

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

DANIEL FREIRE NORDI

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO EM UM MUNICÍPIO PAULISTA

SÃO CARLOS
2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

DANIEL FREIRE NORDI

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO EM UM MUNICÍPIO PAULISTA**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof^a D^{ra} Maria Lúcia Teixeira Machado
Co-orientadora: Prof^a D^{ra} Adriana Barbieri Feliciano

**SÃO CARLOS
2014**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

N832na Nordi, Daniel Freire.
Núcleo de apoio à saúde da família : o processo de
implantação em um município paulista / Daniel Freire Nordi.
-- São Carlos : UFSCar, 2015.
99 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2014.

1. Saúde pública. 2. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo
de Apoio à Saúde da Família. 3. Sistema Único de Saúde
(Brasil). I. Título.

CDD: 362.1 (20ª)



FOLHA DE APROVAÇÃO

DANIEL FREIRE NORDI

**“NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO EM UM
MUNICÍPIO PAULISTA”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 23/05/2014

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^ª Dr.^ª Maria Lúcia Teixeira Machado - UFSCar

Prof.^ª Dr.^ª Maria do Carmo Caccia-Bava – USP

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva - UFSCar

DEDICATÓRIA

*Dedico esse trabalho em
memória de duas pessoas muito
especiais: Vovó Áurea e Tio
Adilson.*

*“A maior riqueza do homem
é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou - eu não aceito.*

*Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas,
que puxa válvulas, que olha o relógio,
que compra pão às 6 horas da tarde,
que vai lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.*

*Perdoai
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem usando borboletas”.*

Manoel de Barros

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao meu Pai Nivaldo e minha Mama Cristina, por simplesmente tudo. Durante toda a minha vida vocês sempre estiveram ao meu lado me aconselhando e incentivando, mostrando os caminhos a serem percorridos sempre com muito respeito e dedicação.

À minha querida irmã Luciana pelo companheirismo de sempre. Você sempre foi e sempre será um grande exemplo pra mim. Ao Thiago pela parceria e Lara pela alegria que me proporciona em todos os nossos encontros.

A todos os familiares restantes, pela união e consecução de uma grande família.

À minha pequenina, Aline, você reapareceu em meio a esse processo e mudou a minha vida, nossos caminhos foram traçados e enfim se encontraram, para não mais se separar. Eu te amo.

À minha orientadora Maria Lúcia Teixeira Machado, pela orientação, paciência e perseverança, sempre me acolhendo e incentivando nos momentos mais difíceis, alternando orientações de pai e de mãe (risos).

À minha co-orientadora Adriana Barbieri Feliciano, pelos apontamentos e acompanhamento durante todo esse processo.

Ao meu amigo/irmão Chiquinho pela amizade e companheirismo de mais de quinze anos.

Aos “Queridos Amigos”: Xelão, Wawa, Magayver, Tru, Jonh, Fred, Déde, Gi, Marininha do Bem e Marininha do Mal.

Aos colegas residentes/resistentes, em especial, Mari, Guizão, Brunão, Macaco, Lucas, Lara, Carlinha, Renata, Américo, Larissa, João e Débs.

As amigadas São-carlenses, Monica, Mariana e Du.

Enfim, a todos que de uma forma ou outra contribuíram para a realização desse trabalho.

RESUMO

Núcleo de Apoio em Saúde da Família: o processo de implantação em um município paulista

O objetivo dessa pesquisa foi analisar o processo de implantação de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em um município paulista. Sendo a implantação uma das etapas mais importantes para o desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde, considerou-se importante discuti-la no âmbito de um NASF, por se tratar de um dos principais programas de apoio às Equipes de Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde. Metodologicamente, caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de caso único e em processo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores da Secretaria Municipal de Saúde e Grupo focal com os integrantes da equipe NASF. Como técnica exploratória do material coletado foi utilizada a análise categorial temática. O projeto de pesquisa foi apreciado e obteve seu desenvolvimento autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar e também a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde. A discussão dos resultados mostrou que a implantação do NASF no município em estudo ocorreu de forma bastante conturbada, com pouca adesão às propostas apresentadas. Os profissionais que integraram a equipe inicial do NASF já faziam parte da própria rede de saúde do município. Essa forma de seleção e constituição da equipe gerou consequências negativas para a consolidação do mesmo, visto que os profissionais tinham pouca experiência ou nenhum conhecimento sobre a proposta de trabalho. O processo de trabalho desenvolvido entre NASF e ESF caminhou a passos lentos, contudo, apesar de pouco diálogo e apoio da gestão, como relataram os participantes, a equipe conseguiu viabilizar algumas formas de apoio preconizadas pelo Caderno de Atenção Básica que trata das diretrizes do NASF. A principal ferramenta utilizada pela equipe durante esse processo foram as discussões de caso. Através delas os integrantes da equipe NASF puderam trabalhar diversos temas que são pertinentes ao seu trabalho, tais como: a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe, a construção de planos de cuidados através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), estabelecendo o Apoio matricial como a principal base para seu trabalho. O desenvolvimento do estudo, assim como todo o período de implantação, evidenciou a falta de planejamento, tendo como principal resultado o pouco diálogo entre a gestão e a equipe NASF, dificultando ainda mais seu sequencial processo de integração na rede municipal de saúde. A criação de espaços coletivos, de educação permanente, pode ser mola propulsora, pois repensando o trabalho, olhando os problemas e vendo significado neles, mudanças podem ser geradas em determinado contexto, a partir da motivação dos atores envolvidos.

Palavras-chave: estratégia saúde da família; núcleo de apoio à saúde da família; sistema único de saúde.

ABSTRACT

Support Nucleus Family's Healthy: the process of introducing into cities of São Paulo State

The purpose of the present research was to analyze the process of introducing a Support Nucleus Family's Healthy (NASF) team into the cities of the state of São Paulo. Considering that the introduction of the team is one of the most important stages to the development of work processes in health, it is important to discuss this stage in a NASF context, as it is one of the main projects supporting the Health Family's Team (ESF) of the Ministry of Health. In terms of methodology it is a qualitative research, of a single case and in process. Therefore, several semi-structured interviews were carried out with managers of the Municipal Secretariat of Health and focal Group members of the NASF team. The analysis by categories of topics was the technique used to explore the material collected. The research project was analyzed and had its development approved by UFSCar's Ethics Committee on Human Research and by the Municipal Secretariat of Health. The discussion indicated that the introduction of the NASF into the municipalities occurred in a very disturbed way and with few adherence to the proposals described in the NASF acquisition project. The professionals who integrated the first NASF teams were already part of the municipality health system. This choice for the selection and formation of the teams has brought negative consequences for its consolidation, once the professionals had few experience or no knowledge at all related to the work proposal. Nevertheless, although the work process between NASF and ESF has developed very slowly, due to, as related by the participants, the lack of communication and management support, the team was able to make it feasible some ways of support dictated by the Basic Attention Brochure, which sets out NASF's policies. The main tool used by the teams during this process were the case discussions. Through them, the components of the NASF team were able to work on several topics relevant to their work, such as interdisciplinary, team work and construction of care plans through the singular therapeutic project (PTS), establishing the matricial support as the principal element for their work. However, the development of the work and the introduction period have shown lack of planning, and, as a main consequence, lack of dialogue between management and NASF, making even harder the introduction process of the team in the health network. The establishment of collective places for continuous education could become a propelling spring, once, rethinking the work, looking at the problems and identifying its meanings, may lead to changes in certain contexts from the motivation of the players involved.

Key-words: family health strategy; Support Nucleus Family's Healthy; Unified Healthy System

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ARES – Administração Regional de Saúde

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CIB – Comissão Interna Bipartite

DGCA – Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

ESF – Equipes de Saúde da Família

GF – Grupo Focal

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAD – Programa de Atendimento Domiciliar

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PST – Projeto de Saúde no Território

RMS – Residências Multiprofissionais em Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SF – Saúde da Família

SESU – Secretaria de Educação Superior

SUS – Sistema Único de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF– Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 01 – Evolução da implantação das Equipes de Saúde da Família	21
QUADRO 01 – Categorias e núcleos de sentido	37
FIGURA 01 – Modelo lógico de descentralização da saúde	43
QUADRO 02 – Atividades desenvolvidas na capacitação dos profissionais para os quatro NASF em Olinda, Recife	54

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	17
4. REFERENCIAL TEÓRICO	18
4.1 Atenção Básica (AB) em saúde no Brasil: conceitos e diretrizes.....	18
4.2 A estratégia de Saúde da Família como reorganizadora da Atenção Básica.....	19
4.3 Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)	20
4.4 O processo de implantação das Equipes NASF	26
5. PERCURSO METODOLÓGICO	28
5.1 Caracterização da pesquisa	28
5.2 Cenário da pesquisa	29
5.3 Participantes da pesquisa	31
5.4 Etapas da pesquisa	31
5.4.1 Entrevistas semiestruturadas	31
5.4.2 Grupo Focal.....	32
5.5 Técnicas de análise.....	32
5.6 Aspectos éticos da pesquisa	34
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
6.1 Caracterização dos participantes	35
6.1.1 Gestores.....	35

6.1.2 Equipe NASF.....	35
6.2 Análise das entrevistas com gestores	36
6.3 As idas e vindas nos primeiros passos do NASF	37
6.3.1 O primeiro passo: a ideia inicial.....	37
6.3.2 O projeto, sua conformação e a sustentação da proposta	40
6.3.3 Os atores protagonistas da implantação	44
6.4 A busca pela construção do NASF	46
6.4.1 Constituição das equipes	46
6.4.2 A inserção nas Unidades.....	51
6.5 O NASF no cotidiano.....	55
6.5.1 Metodologia de Trabalho.....	55
6.6 Os caminhos percorridos e os próximos passos do NASF	64
6.6.1 Resolutividade e mudança no olhar	64
6.6.2 Validação e ampliação do NASF	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
APÊNDICES	75
ANEXOS	80

APRESENTAÇÃO

A minha introdução ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu por meio do Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), do qual fiz parte da primeira turma entre os anos de 2007 e 2009.

Conhecer o SUS aos vinte e seis anos de idade foi um choque e um tanto quanto embaraçoso, por perceber que algo tão grandioso e audaz não fazia parte do meu cotidiano, e me fez refletir o quanto participamos nas construções das políticas públicas em nosso país.

Uma vez imerso dentro da Saúde Pública, como residente fui me envolvendo e percebendo que tinha achado o campo de atuação profissional que procurava, pois mesclava vivências da atuação profissional como educador físico e ações de fortalecimento das políticas do SUS.

Após o término da Residência me sentia preparado para ingressar no SUS como profissional de saúde, e foi então que tive a oportunidade de fazer parte de duas equipes de apoio em municípios distintos. As vivências foram muito intensas e produziram alguns questionamentos sobre o processo de trabalho dessas equipes, principalmente no que tange à questão da inserção destas na rede de saúde.

Esses questionamentos tratavam do despreparo que a rede de saúde, principalmente a atenção básica, demonstrava em poder acolher tais equipes que continham propostas inovadoras para o cuidado em saúde. Tal situação acarretava dificuldades para desenvolver o trabalho e prejudicava a proposta do apoio junto às equipes de saúde.

A partir dessa realidade que se mostrava cada vez mais latente, surgiu o interesse em pesquisar sobre a inserção das equipes de apoio, em especial as do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que a partir de 2008 começaram a se distribuir pelos municípios brasileiros como principal forma de apoio às equipes da atenção básica em saúde.

Esta pesquisa tem como referência os conceitos de gestão e gerência que estão explicitados na NOB/96. Gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.),

que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão/gestores é atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996).

O referencial teórico do trabalho foi dividido em quatro eixos: atenção Básica (AB) em saúde no Brasil: conceitos e diretrizes; a estratégia da saúde da família como reorganizadora da atenção básica; os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); o processo de implantação das equipes NASF. Os resultados foram organizados e discutidos segundo quatro categorias de análise: as idas e vindas nos primeiros passos do NASF; formação, composição e inserção das equipes na rede; NASF no cotidiano; os avanços do NASF e seus desafios futuros.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, nos últimos anos, vem mostrando significativos avanços desde sua criação pela constituição de 1988. Entre eles está a ampliação do número de equipes de Saúde da Família (ESF), com cobertura crescente da população brasileira e melhoria na assistência e de seus mecanismos gestores (BRASIL, 2009).

As propostas de fortalecimento da Atenção Básica (AB) no SUS decorrem do reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde e da prevalência de doenças crônicas, que exigem contato permanente com os serviços de saúde e outros equipamentos sociais (MENDES, 2011). Implementar uma concepção integral de AB implica na construção de sistemas de saúde orientados pela APS (Atenção Primária a Saúde), articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população (GIOVANELLA et al., 2009).

Apesar do grande aumento de implantação das ESF, pode-se notar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pouco avanço na ampliação do tipo de ações ofertadas, na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população. Tal fato pode ser ligado ao grande desafio de execução do sistema, pois este se constrói no dia a dia dos serviços e das práticas profissionais, dependendo dos que acreditam em uma mudança da saúde no Brasil, já que o modelo de saúde assistencialista e curativo ainda tende a se perpetuar (ROMAGNOLI, 2009 apud COSTA, 2013).

Com o intuito de ampliar as ações de consolidação da Atenção Básica no Brasil, o Ministério da Saúde propõe, em 2008, a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), visando assegurar apoio técnico - pedagógico às ESF tendo em vista a reorientação das práticas de cuidados em saúde (MAGALHÃES, 2013).

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da 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 (BRASIL, 2009, p. 10-11).

Para que a proposta de inclusão dos NASF nas redes de atenção à saúde seja efetivada, é necessário cumprir a etapa de implantação dessas equipes. A Portaria 2.488/11 que regulamenta o NASF preconiza que deve ser submetido pelos municípios requisitantes e pelo Distrito Federal, um projeto que contemple a proposta de gestão, de planejamento e de intervenção das equipes de NASF (BRASIL, 2011).

A recente Política Nacional de Atenção Básica atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção, com a inclusão e ampliação do número de municípios que podem ter NASF. A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família prevê um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

No que se refere à implantação, a Portaria do NASF estabelece as orientações gerais do que se deve contemplar no projeto de implantação dos NASF nos municípios, estando a Secretaria Municipal de Saúde com a função de assumir o papel organizativo das ações do NASF, e conseqüentemente definir o processo de implantação nos municípios (BRASIL 2008; BRASIL, 2012; MAGALHÃES, 2011).

Considerando a perspectiva da implantação do NASF pela gestão municipal é notório que muitos municípios têm vivenciado a implantação dos NASF e organizado de diversas formas esse processo, que tem influencia direta na organização do trabalho e no impacto das ações desenvolvidas por essa equipe.

Nesse contexto, a situação que se configura e tem alta relevância é o debate sobre o processo de implantação dos NASF, respeitadas as singularidades de cada município ou território. Este trabalho busca resgatar como foi o processo de implantação de uma equipe NASF em um município do interior do estado de São Paulo.

2. JUSTIFICATIVA

A ideia de analisar o processo de implantação de uma equipe NASF, nasce da curta experiência vivida pelo pesquisador, que participou da inserção de duas equipes de apoio matricial, cada uma com suas particularidades, mas todas em comum com o destaque para o despreparo da rede de saúde em receber novas equipes, com arranjos e propostas diferentes.

Analisar o processo de implantação do NASF em um determinado município justifica-se pela necessidade de aprimorar a análise e posterior produção de conhecimento sobre esse novo arranjo que visa aperfeiçoar o trabalho das ESF, agregando novos olhares e formas de realizar o cuidado da população.

A proposta dos NASF mantém grande coerência técnica, mas é nova e suscita indagações como: o que são e para que servem os NASF? De que forma os NASF podem contribuir junto com as ESF para a promoção da saúde da população? Como implantar os NASF de forma que essas perguntas sejam respondidas e objetivos sejam cumpridos?

Diante das indagações suscitadas, esse trabalho pretende propor reflexões, notadamente para o caso do município estudado, sobre uma política pública recente no Brasil, podendo ser útil para repensar os processos de implantação e organização do trabalho de equipes NASF. Outro ponto importante a ser destacado é a baixa produtividade de pesquisas relacionadas diretamente à implantação do NASF nos municípios, o que evidencia ainda mais a necessidade de explorar esse tema no âmbito da saúde pública.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de implantação das equipes do NASF localizadas em um município no interior do estado de São Paulo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudar o projeto de implantação do NASF proposto pela gestão municipal;
- Investigar a compreensão de gestores e integrantes das equipes NASF sobre seu processo de implantação.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Atenção Básica (AB) em saúde no Brasil: conceitos e diretrizes

O conceito do processo saúde-doença tem evoluído, nas últimas décadas, do foco principal nas doenças e morte para concepções mais vinculadas à qualidade de vida da população e de produção social da saúde. Esta mudança só se torna efetiva se transformada em práticas concretas. São estas que produzem impacto na qualidade de vida da população. Desde o início da implantação do SUS, algumas propostas de organização dos serviços e das práticas têm buscado dar conta deste desafio. Dentre essas propostas vale ressaltar a AB ou APS (TANAKA; RIBEIRO, 2008).

A AB é algo complexo e que demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população, o que é comprovado por meio de evidências em diversos países do mundo. Assim, recomenda-se a utilização de saberes de variadas origens para que a AB possa ser mais eficaz e resolutiva. Saberes tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade (BRASIL, 2009).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 9).

De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 a AB 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.

As principais diretrizes e fundamentos que norteiam as ações da AB são: trabalhar com território adstrito, possibilitar o acesso universal e contínuo aos

serviços de saúde, desenvolver relações de vínculo e responsabilização com a população de seu território, proporcionar um cuidado integral à saúde dos usuários e estimular a participação dos usuários na autonomia e corresponsabilização do cuidado.

A valorização da Atenção Básica à saúde vem sendo entendida como fruto de uma produção social, e o modelo de assistência deve ser reorganizado de forma a articular todos os pontos da rede de cuidados, para que os problemas de saúde da população possam ser enfrentados e resolvidos (RAMOS, 2013).

4.2 A Estratégia Saúde da Família como reorganizadora da Atenção básica

No Brasil, a adesão às proposições da APS, segundo Oliveira (2012) citado por Magalhães (2013), intensifica-se a partir de meados dos anos 90 com o processo de municipalização e descentralização. Tal processo foi utilizado como estratégia de construção do SUS em meio à conjuntura neoliberal e, portanto, desfavorável às políticas sociais e à implantação de sistema público de saúde como direito de cidadania.

Diante do processo de descentralização político-administrativa, transferência de responsabilidades nas ações e serviços de saúde para estados e municípios, o Ministério da Saúde passa a investir em programas e ações básicas como parte da estratégia de reorganização do modelo de atenção e sob defesa da importância da promoção da saúde (OLIVEIRA, 2012 apud MAGALHÃES, 2013, p.103).

No percurso dessa evolução, um dos marcos foi o início da Estratégia Saúde da Família, em 1994, embasada no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o qual se iniciou na Região Nordeste, em 1991. A principal característica inovadora da Estratégia Saúde da Família foi mudar o foco de atenção da Assistência à Saúde do indivíduo para a família, no intuito de organizar os serviços de promoção da saúde, levando em conta o ambiente onde as pessoas vivem (FLORINDO, 2009).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo

acompanhamento das famílias coloca para as equipes de Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2009).

Cada equipe de Saúde da Família se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2010).

Na Estratégia Saúde da Família, o cuidado à saúde é realizado por uma equipe multiprofissional com composição mínima de um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem com um número máximo de 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O número de ACS deve ser o suficiente para atender 100% da população cadastrada, sendo cada agente responsável pelo acompanhamento de no máximo 750 pessoas (BRASIL, 2006). Fazem parte da ESF uma equipe de saúde bucal composta por um cirurgião dentista e atendente de consultório dentário ou/e um técnico de higiene bucal.

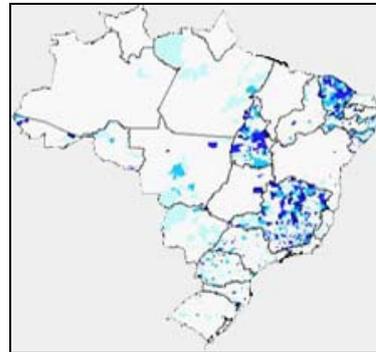
As ESF devem estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população, estimulando a organização desta para exercer o controle social das ações e serviços de saúde. Deve ainda utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões e atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais (BRASIL, 2011).

4.3 Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)

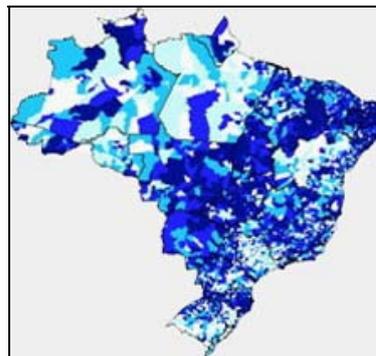
A expansão das ESF implantadas no Brasil, a consequente disseminação dessa estratégia e os investimentos no que se denominou Rede Básica de Saúde, trouxeram várias questões para debate em nível nacional, dentre as quais a forma

de organização e hierarquização das redes assistenciais (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007; MENEZES 2011).

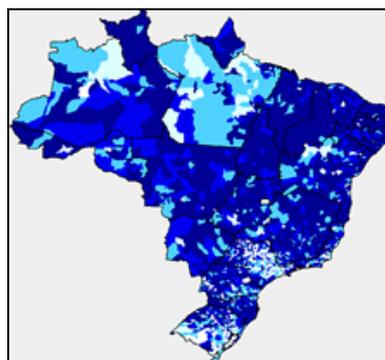
GRAFICO 1. Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família



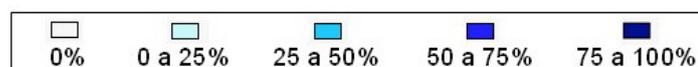
2000



2006



2010



Fonte: DATASUS.

Um marco para o avanço da APS brasileira foi a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A sua primeira versão foi aprovada e publicada pelo Ministério da Saúde em 28 de março de 2006, a PNAB apresenta uma revisão da legislação sobre a operacionalização da atenção primária. A partir de então a consolidação da Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção primária e centro ordenador das redes de atenção à saúde foi reiterada (SAMPAIO, 2008).

Essa proposição da Política Nacional de Atenção Básica sugeriu uma reestruturação dos sistemas locais de saúde, revisão das funções das UBS, além da legitimação e expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção primária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; AZEVEDO, 2011).

Nessa perspectiva a época, com o objetivo de suplementar e apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a sua abrangência, resolutividade, territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou os NASF, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Tendo como base a portaria citada acima, um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF (BRASIL, 2010).

Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: 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 Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou

seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva e/ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011).

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Este, quando necessário, deve ser regulado pelas equipes de atenção básica. A partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, devem atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2012).

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

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

A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde, destacando-se os Cadernos de Atenção Básica/Primária que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família. O desenvolvimento do processo de trabalho do NASF depende de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e da Pactuação do Apoio.

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados encarregados de intervir sobre um mesmo problema de saúde, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas. Para que ocorra clara definição da responsabilidade sanitária é fundamental valer-se da metodologia de adscrição de clientela à equipe de referência. Assim, permite-se a avaliação de risco e vulnerabilidade, identificando-se aqueles casos que mereceriam a elaboração de um projeto terapêutico singular, alteração da avaliação diagnóstica ou dos procedimentos de cuidado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda assistencial e de suporte técnico-pedagógico às equipes de referência; busca personalizar os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio; procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. O apoiador é um profissional que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto dos profissionais de referência, mas que pode contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para que esse modo de organização possa ser executado, algumas ferramentas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) auxiliam a construção de plano de cuidado e pode ser um bom instrumento para “discussão de caso”. O PTS possui algumas etapas previamente estabelecidas, sua construção é interdisciplinar e que auxiliam na compreensão e na formulação de ações diante de situações/problemas complexos apresentados a um serviço de saúde, em um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de indivíduos, famílias ou grupos (OLIVEIRA, 2008).

Durante o percurso do NASF, desde sua criação até os dias atuais, algumas mudanças ocorreram principalmente no que diz respeito a sua primeira portaria normativa (154/08), que atualmente já esta revogada e substituída pela portaria nº 2488/11, que aprova a Nova Política de Atenção Básica. As mudanças concentram-se na questão da composição das equipes, inclusão de novos profissionais e principalmente na relação do número de ESF apoiadas por cada NASF. A primeira portaria previa duas modalidades de NASF (I e II) e exigia um número grande de ESF no município, já que no mínimo necessitariam de três equipes para a implantação do NASF II e oito para o NASF I. Contudo, o que se observava era a carência de cobertura dos NASF nos municípios de pequeno porte já que os mesmos muitas vezes possuíam apenas uma ou duas ESF.

Foi então que com o objetivo de universalizar o acesso das ESF aos NASF, principalmente nos municípios de pequeno porte, são redefinidos, na Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, os parâmetros de vinculação dos NASF modalidades 1 e 2, com a inclusão da modalidade 3.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser organizados, com financiamento federal, nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3, seguindo os parâmetros e critérios abaixo estabelecidos:

- **NASF 1**, deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior, cuja soma de suas cargas horarias não ultrapasse 200 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horaria semanal menor que 20 horas; cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horaria semanal; cada NASF 1 deverá estar vinculado a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove Equipes de Saúde da Família

e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

- **NASF 2**, deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior cuja soma de suas cargas horarias não ultrapasse 120 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horaria semanal menor que 20 horas; cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horaria semanal; cada NASF 2 deverá estar vinculado a, no mínimo, três e, no máximo, quatro Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

- **NASF 3**, deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que a soma de suas cargas horarias não ultrapasse 80 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horaria semanal menor que 20 horas; cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horaria semanal; cada NASF 3 deverá estar vinculado a, no mínimo, uma e, no máximo, duas Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

4.4 O processo de implantação das Equipes NASF

Para a implantação dos NASF nos municípios é necessário seguir alguns passos burocráticos e organizativos que auxiliam o bom desenvolvimento do trabalho.

De acordo com a portaria nº 2.488/11, em seu anexo 2, o município requisitante de um NASF para compor sua rede de saúde, deverá apresentar um projeto contendo as seguintes informações: área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente; dados levantados em diagnóstico elaborado pelo município que justifique a implantação do NASF; definição dos profissionais que irão compor as equipes do NASF; descrição das Unidades de Saúde em que serão implantados os NASF; proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços prestados pelo NASF; definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do Pacto da Atenção Básica e a

utilização dos sistemas nacionais de informação; descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais do NASF.

Após a confecção deste projeto, o município o submete para a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que o aprovando, envia as informações para a análise da Secretaria Estadual de Saúde, onde é submetido à apreciação pela Comissão Interna Bipartite (CIB). Vencidas essas etapas, o projeto é remetido ao Ministério da Saúde para a aprovação final e consequente publicação no Diário Oficial da União, consolidando a implantação do NASF no município solicitante (Brasil, 2009).

O município, com as equipes previamente credenciadas pelo Estado, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades (BRASIL, 2011).

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF. Para tanto, sua equipe e as equipes de SF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Diante de tal perspectiva, o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (BRASIL, 2010).

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Caracterização da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo. Para Minayo (2003), a pesquisa qualitativa visa à construção da realidade em um nível que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Esta realidade permeada de elementos subjetivos, sugerida pela autora, é própria deste estudo de caso, justificando a opção pela abordagem qualitativa.

Godoy (1995, p.58) explicita algumas características principais de uma pesquisa qualitativa, presentes também neste trabalho:

Considera o ambiente como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave; possui caráter descritivo; o processo é o foco principal de abordagem e não o resultado ou o produto; a análise dos dados foi realizada de forma intuitiva e indutivamente pelo pesquisador; não requereu o uso de técnicas e métodos estatísticos; e, por fim, teve como preocupação maior a interpretação de fenômenos e a atribuição de resultados.

A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995). Compreender a realidade estudada sob a ótica dos indivíduos pesquisados é essencial para exercer uma intervenção contextualizada e participativa.

A pesquisa em questão é um estudo de caso, que buscou analisar o processo de implantação de uma equipe do NASF. Segundo Triviños (1990), o estudo de caso é um dos mais relevantes tipos de pesquisa qualitativa e constitui uma importante expressão dessa tendência na investigação educacional. Este tipo de estudo se caracteriza como uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. O conhecimento gerado por um estudo de caso tem um valor único, próprio e singular. Apesar desta singularidade, avaliamos que o referido estudo pode subsidiar o melhor entendimento da concepção e atuação dos NASF, quer seja evidenciando experiências bem sucedidas ou os equívocos do processo.

5.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi desenvolvido em um município localizado no centro geográfico do estado de São Paulo, com uma população de 221.936 habitantes (IBGE 2010), e conhecido nacionalmente como “Capital da Tecnologia”, devido à presença de Universidades, centros de pesquisa e pólo industrial.

O município conta com uma Rede Escola de Atenção à Saúde. A Rede Escola é um sistema que envolve docentes, profissionais das equipes e estudantes, articulando o conjunto das IES e serviços de saúde. A finalidade é construir e consolidar uma rede de ações e serviços sob a perspectiva de constituição de um espaço de aprendizagem permanente. Ou seja, a ampliação da relação ensino-serviço em cenários reais das práticas na produção de cuidados integrais à saúde, contribuindo, dessa forma, para a formação e qualificação de profissionais da área.

A Rede Escola de Cuidado à Saúde do município surgiu a partir de uma parceria entre a UFSCar e a Prefeitura Municipal, com o propósito de oferecer cuidado integral e qualificado à saúde da população, bem como articular as atividades teóricas e práticas da graduação e pós-graduação da UFSCar, visando, como citado anteriormente, o desenvolvimento de competência profissional em cenários reais da prática.

No ano de 2007, a rede escola fortaleceu-se com a chegada do curso de medicina na UFSCar, que carregava esse desafio de articular e fortalecer a rede de saúde e ensino em sua proposta.

O cenário político a época era muito favorável, a administração do município completava o segundo ciclo, sempre com a proposta de estreito vínculo entre universidade e prefeitura. Diante dessa realidade, a rede escola foi ganhado corpo e outras vertentes foram sendo criadas, dentre elas a que dá origem a principal proposta de trabalho do NASF, que é o apoio matricial, lançada na rede escola no mesmo ano do curso de medicina, a partir da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Esta tinha a perspectiva de fortalecer o sistema de saúde do município apostando na formação dos trabalhadores e problematizando e gerando as mudanças necessárias para a organização da rede de saúde municipal.

Com a introdução da Residência, houve na rede de saúde municipal um ganho de experiência com relação ao apoio matricial de equipes multiprofissionais, porém devido a inúmeros fatores, sendo um deles a troca de administração no município e a conseqüente enfraquecimento da relação com a universidade não foi dado a continuidade no programa de residência, tendo a sua última turma no biênio 2012 – 2014.

Atualmente, o município conta com doze Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dezessete equipes de SF, tendo uma cobertura populacional de 26,16% pela ESF (BRASIL, 2012b). A 22ª meta do município era alcançar uma cobertura de 50% até o final de 2009, que corresponderia a trinta equipes de SF. Além dessas Unidades, o município conta com o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), duas Unidades de Atendimento Médico e Odontológico de Urgência (UPA), um NASF 1, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Atenção Ambulatorial de Especialidades, Atenção em Saúde Mental – CAPS-Ad e CAPS II, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A Assistência Hospitalar é prestada pela Santa Casa de Misericórdia e pelo Hospital Escola Municipal (UFSCar, 2012; BRASIL, 2012b).

A Rede Escola está organizada em cinco Administrações Regionais de Saúde (ARES): Ares 1 – Cidade Aracy; Ares 2 – Vila Isabel; Ares 3 – Redenção; Ares 4 – Vila São José; Ares 5 – Santa Felícia (UFSCar, 2012).

A representação da Secretaria Municipal de Saúde mais próxima ao usuário do SUS são as Administrações Regionais de Saúde. É onde o cidadão pode informar suas necessidades e apresentar propostas. As Administrações Regionais têm a função de coordenar as Unidades de Saúde localizadas na sua área de abrangência, no intuito de propiciar atendimento integral às demandas dos moradores da referida área geográfica.

Nessa estrutura organizacional, o Administrador Regional de Saúde é responsável pela estruturação, organização e coordenação dos serviços e equipes de saúde. Portanto, deve ter participação direta na implantação de novas equipes em seu território.

5.3 Participantes da pesquisa

Os participantes dessa pesquisa foram os integrantes da equipe NASF do município e os gestores que estiveram ou estão no departamento de gestão do cuidado ambulatorial ao qual o NASF faz parte, dentro da divisão departamental da Secretaria de Saúde do Município. Dentre os gestores, procurou-se identificar os que estiveram mais envolvidos no processo de implantação da equipe NASF. Para tanto, foi necessário abordar alguns que já não pertenciam mais ao quadro atual da Secretaria de Saúde.

5.4 Etapas da Pesquisa

A investigação/coleta dos dados da pesquisa foi dividida em duas partes. A primeira caracterizou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas que foram realizadas com os gestores do departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde. A segunda tratou da realização de Grupo Focal com os integrantes das equipes NASF do município.

5.4.1 Entrevistas semiestruturadas

Para Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Complementa o autor, afirmando que a entrevista semi-estruturada:

[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

De acordo com Manzini (1990/1991), a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Um ponto semelhante, para ambos os autores, se refere à necessidade de perguntas básicas e principais para atingir o objetivo da pesquisa. Dessa forma,

Manzini (2003) salienta que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos. O roteiro serviria, então, além de coletar as informações básicas, como um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante. Também consideramos que a confecção de um roteiro garante a fluência do diálogo e condiciona a entrevista aos objetivos pretendidos pelo estudo. Isto, contudo, sem deixar fluir a fala do informante, que pode adicionar informações inesperadas e relevantes.

As entrevistas realizadas com os gestores seguiram um roteiro com questões norteadoras sobre o processo de implantação da equipe NASF no município (Apêndice 1). Foram aplicadas pelo autor e gravadas em um gravador digital após consentimento dos colaboradores. Tiveram duração média de 25 minutos, mediada pelo roteiro da entrevista e pela livre fala dos entrevistados.

5.4.2 Grupo Focal

O Grupo Focal (GF) tem sido muito utilizado em pesquisas qualitativas com o objetivo de coletar dados através da interação entre os indivíduos do grupo. Segundo Charlesworth e Rodwell (1997), o GF é especialmente utilizado em delineamento de pesquisas que consideram a visão dos participantes em relação a uma experiência ou a um evento. Busca-se obter a compreensão de seus participantes em relação a algum tema, através de suas próprias palavras e comportamentos. Os participantes descrevem detalhadamente suas experiências, o que pensam em relação a comportamentos, crenças, percepções e atitudes (Carey, 1994).

Neste estudo, a utilização do grupo focal possibilitou unir competências e experiências distintas com respeito ao tema da pesquisa. Além disso, o GF é o espaço ideal para o eventual surgimento de novas ideias, fruto da discussão entre seus componentes.

5.5 Técnicas de análise

Foi utilizada a análise categorial temática como técnica de análise para as entrevistas semiestruturadas e o grupo focal.

Minayo (2004) descreve duas possíveis perspectivas da análise temática, uma que prioriza inferências estatísticas e outra que trabalha com significados. Nesse estudo, a escolha foi por fazer a análise temática buscando identificar nas falas dos sujeitos, sentidos, significados e valores em relação ao objeto de estudo, sem a preocupação com a regularidade dos dados em categorias mais frequentes. Ou seja, com essa técnica de análise espera-se compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente da linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A análise temática se organiza em três grandes etapas que são a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e a interpretação (MINAYO, 2004, p.43):

- Pré-análise: nessa etapa realiza-se a escolha dos documentos a serem analisados retomando os objetivos iniciais da pesquisa. Pode ser decomposta em *leitura flutuante* que consiste em um contato exaustivo com o material coletado, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; *constituição do corpus* que é a etapa de organização do material, de tal forma que possa responder a algumas normas de validade como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência; e a *formulação de hipóteses e objetivos* que é feita a partir de procedimentos exploratórios. Nessa fase são determinados a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise;

- Exploração do material: consiste essencialmente na operação de codificação. Segundo Bardin apud Minayo (2004), é nessa fase que se realiza a transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto;

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa etapa os dados são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitem a proposição de inferências e a realização de interpretações.

A fase inicial da análise de dados se deu pela transcrição literal das entrevistas e do grupo focal, realizados com os gestores e integrantes do NASF, respectivamente. Neste momento, fez-se uma leitura atenta da transcrição, mas

ainda sem condicioná-la aos objetivos do estudo. Após essa etapa, realizou-se uma aproximação das ideias contidas nas falas dos participantes, através de uma leitura mais sugestionada pelos objetivos propostos pela pesquisa. As entrevistas foram enumeradas em ordem crescente de realização, sendo as entrevistas com os gestores, identificadas, por exemplo, como G1, e assim sucessivamente. Os integrantes da equipe NASF que participaram do grupo, da mesma forma, seguiram a ordem de apresentação, sendo o primeiro IENASF 1 e assim sucessivamente.

As entrevistas e o grupo focal foram analisados na íntegra, determinando-se os recortes, as unidades de contexto, os núcleos de sentido e por fim as categorias. Os recortes foram constituídos por fragmentos das falas dos participantes, entendidos como regras de recortes de sentido e não de forma. As unidades de contexto representam uma descrição dos recortes das falas dos entrevistados, e os núcleos de sentido, a representação da ideia geral.

5.6 Aspectos éticos da pesquisa

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa e a concessão de sua participação no estudo se deu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndices A e B). Todos os sujeitos convidados aceitaram participar do estudo, não havendo recusas.

A conduta ética no desenvolvimento de uma pesquisa científica é de extrema relevância, uma vez que ela traz consigo o compromisso e a responsabilidade para com os dados coletados e a preservação da identidade dos sujeitos envolvidos. Foram utilizados nomes fictícios para representar os entrevistados. Importante ressaltar que o projeto de pesquisa foi apreciado e teve seu desenvolvimento autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos (Parecer: 189.420; DR: 05/02/2013), além de contar com a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde, instituição coparticipante da pesquisa, e representada pelo chefe do Departamento de Gestão e Cuidado Ambulatorial (DGCA).

Durante todo o desenvolvimento do estudo, buscou-se garantir os direitos dos sujeitos envolvidos através da explanação dos riscos e benefícios da participação na pesquisa, bem como o respeito ao anonimato e sigilo das informações obtidas. Assegurou-se que os materiais produzidos na pesquisa (entrevistas e relatoria do grupo focal) ficariam sobre a guarda do pesquisador.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos participantes

6.1.1 Gestores

Dos quatro gestores entrevistados, três são do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades que variaram entre 49 e 61 anos. Em relação à escolaridade e formação, os gestores apresentam nível superior completo, sendo dois deles com formação em Odontologia, um em Enfermagem e um em Medicina. Na pós-graduação todos cursaram especialização na área e dois gestores possuem mestrado.

Quanto à função exercida, os gestores diferem em relação aos cargos que ocupam ou ocuparam durante o processo de implantação do NASF, variando entre o setor de planejamento e a coordenação técnica. Dois gestores ocuparam o cargo de Diretor do Departamento de Atenção Básica, e um deles também acumulou o cargo de Administrador Regional de Saúde na região, na época da implantação do NASF.

Dentre os gestores, no momento da realização da entrevista em meados do mês de janeiro de 2014, dois permaneciam no quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, um deles na mesma função há sete anos e outro ocupa uma diferente há um ano.

6.1.2 Equipe NASF

A equipe NASF do município pesquisado é composta atualmente por seis integrantes, representados pelas seguintes profissões:

- 01 Assistente Social;
- 01 Profissional de Educação Física;
- 01 Fonoaudióloga;
- 01 Fisioterapeuta;
- 01 Nutricionista;
- 01 Terapeuta Ocupacional.

Dentre os profissionais da equipe, quatro deles estavam presentes no momento de sua criação e participaram de todo o processo de implantação. Com exceção do Profissional de Educação Física que é o autor do trabalho, todos os membros do NASF descritos acima são participantes da pesquisa.

A predominância é de indivíduos do sexo feminino, tendo apenas um representante do sexo masculino na equipe. A faixa etária dos integrantes da equipe esta compreendida entre 26 e 37 anos.

No que diz respeito à experiência profissional, apenas um integrante apontou o NASF como seu primeiro trabalho no SUS. Em relação à formação, todos os integrantes apresentam especialização em saúde coletiva, e um também acumula um título de mestrado na área da saúde. É importante ressaltar que quatro dos seis integrantes fizeram a especialização após o ingresso na equipe NASF.

6.2 Análise das entrevistas com gestores

A partir da análise das entrevistas realizadas com os gestores foram obtidos oito núcleos de sentido, agrupados em quatro categorias:

- As idas e vindas nos primeiros passos do NASF;
- A busca pela construção do NASF;
- Os caminhos percorridos e os próximos passos do NASF;.
- NASF no cotidiano.

Quadro 1 – Categorias e Núcleos de Sentido

CATEGORIAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
As idas e vindas nos primeiros passos do NASF	O primeiro passo: a ideia inicial
	O projeto sua conformação e a sustentação da proposta
	Os atores protagonistas da implantação
A busca pela construção do NASF	Constituição da equipe
	A inserção nas Unidades de Saúde
NASF no cotidiano	Metodologia de trabalho
Os caminhos percorridos e os próximos passos do NASF	Resolutividade e mudança no olhar
	Validação e ampliação do NASF

Essas categorias estão apresentadas nos tópicos seguintes. Nestes, as falas dos participantes são destacadas e identificadas como descritas na metodologia. As falas destacadas no texto são discutidas a partir da literatura.

6.3 As idas e vindas nos primeiros passos do NASF

6.3.1 O primeiro passo: a ideia inicial

Os primeiros registros da implantação do apoio matricial como aposta da gestão municipal foi por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, que se constitui em ensino de pós-graduação lato sensu caracterizado por ensino em serviço.

Este primeiro contexto foi lembrado por um dos entrevistados, que acrescentou também a chegada concomitante do curso de Medicina na UFSCar:

...um trabalho muito conjunto com a Universidade Federal de São Carlos e com foco principalmente... era o curso de medicina que estava chegando com essa vocação e com essa necessidade de atuação na rede desde o início.(...) a proposta que vinha para a saúde nasceu dentro da universidade então esses eram fatores que contribuíam muito na época para que esse projeto fosse dessa maneira (G3).

Neste período havia um contexto político favorável em que a gestão federal incentivou a implantação de Programas de Residência. Desde 2002, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram instituídas pelo Ministério da Saúde com sua viabilidade garantida pela aproximação das políticas e ações acerca da gestão do trabalho e da educação em saúde instituída pelo Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2005).

Além disso, houve um grande movimento político/social com a participação de diversos atores sociais com o objetivo de debater a residência multiprofissional em saúde no sentido de fortalecer as estratégias de formação dos trabalhadores de saúde (CAMPOS, 2006).

No nível local, a gestão municipal e a instituição de ensino estreitavam laços e se apoiavam na construção da Rede Escola de Cuidados à Saúde, fato que é comprovado pela afirmação de uma integrante da equipe NASF, que informa sobre uma especialização em saúde da família oferecida para alguns profissionais da rede em parceria da Prefeitura Municipal com a Universidade Federal:

[...] foi em 2007, eu estava já na prefeitura, e eu fiz uma especialização em saúde da família, por uma parceria entre prefeitura e UFSCar. Primeira turma da especialização da UFSCar foram duas né e eu fiz parte da primeira (IENASF2).

Na construção do Programa de Residência considerou-se o contexto local, o perfil sócio-demográfico e epidemiológico, bem como a organização da Rede, especialmente na perspectiva da ampliação das práticas de saúde locais (UFSCar, 2008).

A aposta da gestão na inserção de residentes distribuídos em equipes de apoio matricial e equipe de referência, representava uma das estratégias de enfrentamento da realidade local na qual alguns desafios já estavam postos: 1) excesso de demandas e cuidados de patologias nas USF; 2) organização do trabalho dificulta construção de vínculo e outras possibilidades práticas em saúde; 3)

relação hierarquizada de gestão do trabalho; 4) frágil definição de responsabilidades clínicas ou sanitárias dos serviços; e a 5) presença de profissionais que intervêm de modo fragmentado (UFSCar, 2007).

Além disso, outra justificativa apresentada pelos gestores é a de que a Residência foi apresentada como uma política de governo (federal e municipal) com a perspectiva de fortalecer o sistema público de saúde, tendo como um dos eixos a formação dos trabalhadores e, concomitantemente, as mudanças necessárias para a organização do sistema de saúde (ROSA, 2012).

De 2007 até 2011, ano da implantação da equipe NASF, os gestores, trabalhadores e a instituição de ensino ganharam experiência, problematizaram o contexto e incluíram novas práticas.

Na tese de Rosa (2012), que estuda os impactos da Residência em São Carlos, há uma avaliação de que a implantação dessa política no município trouxe vantagens para os três grupos: profissionais da saúde, usuários e residentes. As equipes puderam contar com os residentes para dividir responsabilidades, ampliar a assistência e diminuir a demanda, bem como para colaborar na gestão do serviço e na organização do trabalho. As pessoas atendidas também foram beneficiadas por meio da assistência ou visitas domiciliares e na inserção delas nos grupos de orientação, prevenção, educação popular e formação política. Este benefício se ocorreu tanto no sentido de dar visibilidade ao sujeito na unidade, quanto na corresponsabilização pela qualidade de saúde daquele território.

Em relação a essa questão, dois Gestores afirmam que todo o acúmulo de discussão nestes anos também favoreceu a construção do Projeto do NASF no município:

[...] acho que o município tinha um acúmulo de discussão no sentido de que era necessário a inclusão de outros profissionais que não os profissionais da área da saúde, mas isso nunca avançou muito porque não tinha uma política mais efetiva de incentivo e aí quando surgiu a proposta do NASF, o município então entendeu que era um bom momento para implantar uma política de inclusão de outros profissionais na área da saúde (G2).

[...] o objetivo foi no sentido de incrementar as ações da estratégia da saúde da família mesmo que era o modelo de atenção até então que foi adotado desde 2007 pela gestão daquele momento, da proposta que era da gestão daquele momento (G1) .

Em concordância com as falas, consta no Projeto de Implantação do NASF o destaque para o modelo de gestão da época e o acúmulo de discussões proporcionado pelas ações estratégicas:

A efetiva inserção na Rede de Cuidado dos Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família, com o estabelecimento de Equipes de Apoio Matricial constituído por: farmacêutico, psicólogo, fisioterapeuta; terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, educador físico e fonoaudiólogo e da inserção de profissionais contratados pela Prefeitura Municipal, a saber: psiquiatra, fisioterapeuta e farmacêutico, têm proporcionado um “novo fazer” na Estratégia Saúde da Família mais integral e resolutivo (SÃO CARLOS, 2008, p. 5).

Quando perguntados sobre como foi à implantação da Equipe NASF no município, surgiu nas entrevistas o fato de que na época da construção do Projeto havia uma necessidade identificada de incrementar as ações realizadas pelas ESF, e que isso já era tema de discussão dentro da Secretaria de Saúde:

[...] no sentido de incrementar as ações da estratégia de saúde da família e na rede de serviços que era oferecida, o município pleiteou, diante de ser um modelo de atenção do município a estratégia da saúde da família, então pleiteou-se a implantação também do núcleo ficando o apoio matricial dessas equipes (G1).

Então assim, quando eu elaborei o projeto lá de São Carlos. Meu objetivo era esse. Era qualificar a atenção básica, que era um processo que a gente vinha tentando construir. Era aumentar, eu brincava. Gente, a gente precisa aumentar o cardápio da unidade. Não dá pra oferecer só a consulta médica. Quando a gente trabalhou com práticas alternativas, levamos terapias comunitárias. Tentamos formar e obedecer outras coisas, outras ações de saúde no sentido de melhorar a resolutividade das equipes. Então, o outro objetivo foi esse. Apoiar as unidades na resolução do enfrentamento dos problemas da comunidade (G4).

Com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, é publicizada a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. É a partir desta portaria que o município se interessa pela inclusão de equipes NASF como apoio importante na consolidação da Estratégia de Saúde da Família.

6.3.2 O projeto, sua conformação e a sustentação da proposta

Identificada a necessidade de apoiar as ESF através do NASF, o município, por meio dos gestores responsáveis, iniciou a confecção do projeto para a adesão das equipes de apoio.

Em junho de 2008, meses após a criação da portaria que estabelecia a possibilidade de adesão dos NASF pelos municípios, o projeto foi enviado ao Ministério da Saúde.

[...]a partir do momento que o ministério abriu a possibilidade de implantar a política de apoio as equipes de saúde da família, com regulamentações específicas, o município se interessou pela proposta e fez uma gestão no sentido de que tivesse duas equipes do NASF. Essas duas equipes depois de encaminhar um projeto ao ministério da saúde elas foram aprovadas (G2).

Segundo o relato do gestor G2, o projeto do município objetivava contar com duas equipes NASF para apoiar todas as USF da rede básica de saúde. Na época da construção do projeto a portaria 154 de 2008 previa duas modalidades de NASF: 1 e 2. A modalidade 1, escolhida pelo município, poderia apoiar de oito a vinte ESF, sendo factível dessa forma, possibilitar a cobertura de todas as dezessete USF pelo NASF.

Sobre a construção deste projeto e os aspectos da tomada de decisão, como, por exemplo, o número de equipes e os profissionais escolhidos, chamaram a atenção colocações dos gestores em forte consonância com a normativa ministerial, como pode ser observado abaixo:

[...] que marcou foi apenas a questão do Ministério, da portaria fazendo incentivos para os municípios e isso também era um recurso a mais para trazer para o município, então eu acho que a proposta de trazer quando foi solicitado foi nesse sentido, baseado na portaria, acho que apenas (G1).

Enquanto gestora a gente sempre seguia a orientação que vinha do Ministério da saúde né com foco no departamento de atenção básica do ministério, os dados que vinham do ministério né, essa eram as orientações, e legislação vigente sempre, assim tudo o que a gente ia fazer tinha foco...o foco sempre era o que estava valendo do Ministério da saúde (G3).

De acordo com as normas ministeriais, o processo de implantação das equipes NASF deve ser operacionalizado, inicialmente, da avaliação conjunta da situação do território, tendo como atores e gestores, as equipes de saúde da família e os conselhos locais, que conhecem profundamente as necessidades de saúde em seu território e podem identificar os temas e situações que mais precisam de apoio (BRASIL, 2009).

No Brasil, a descentralização tem-se constituído em um dos principais componentes do processo de Reforma Sanitária, cujas diretrizes foram aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ao longo dos anos da implementação do SUS, a descentralização foi se institucionalizando e ganhando maior abrangência e densidade a partir da aprovação das suas bases legais (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2007).

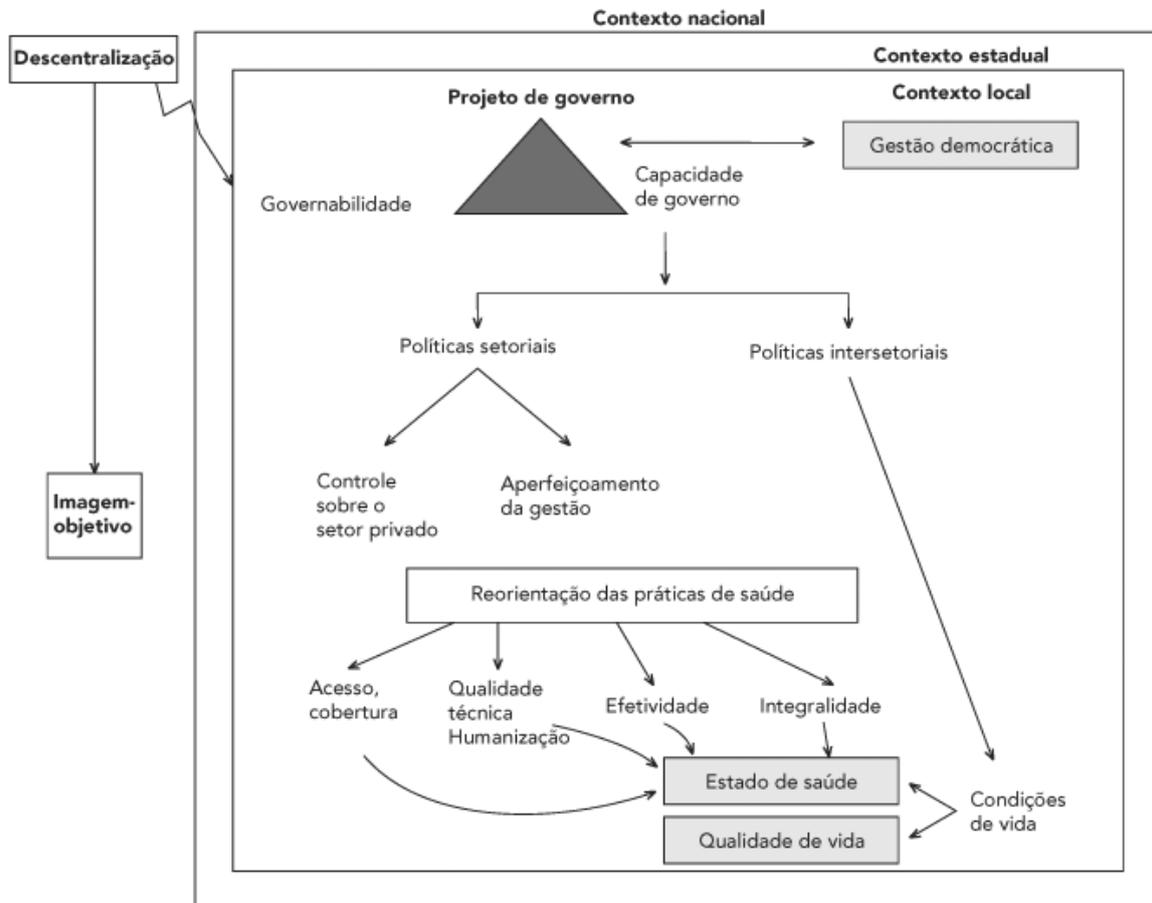
O documento mais recente publicado a esse respeito, o Decreto 7508/2011, afirma em um dos seus capítulos, que o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (BRASIL, 2011).

VIEIRA-DA-SILVA e colaboradores (2007) propuseram um modelo lógico, “imagem-objetivo” que funcionou como referência para apreciação do grau de implantação dos componentes da descentralização, conforme Figura 1.

Figura 1: Modelo lógico de descentralização da gestão sem saúde

Figura 1

Modelo lógico.



Extraído de: VIEIRA-DA-SILVA et al (2007).

Segundo os autores, é necessária uma articulação efetiva entre os três entes federados para que as condições favoráveis propiciadas pelo processo de descentralização resultem em modificações na gestão da saúde.

No caso em estudo, cabe destacar a influência do processo normatizador federal em relação às práticas. Tomando como referência as entrevistas concedidas, a tomada de decisão visando melhorar a organização da atenção à saúde, com profissionais vinculados à Secretaria, além dos que já existiam, decorreu mais de respostas a iniciativas nacionais do que da ação local. Segundo os autores supracitados, por um lado isso é positivo, pois mostra a importância da definição de

políticas centrais na condução das ações locais. De outro modo, pode significar a limitação da capacidade propositiva e definidora da gestão municipal ou sua insuficiência técnica.

Quando se confrontam as entrevistas com o Projeto do NASF há dissonâncias a esse respeito. Nas falas analisadas, parece que a inclusão da proposta se deu por uma Portaria indutora federal atrelada a recursos financeiros, em contraposição ao Projeto que descreve a necessidade do município em novas conformações do trabalho em saúde das equipes da Atenção Básica.

De fato, as melhorias relacionadas com o acesso, acolhimento e a qualidade das práticas oferecidas à população, ainda estão muito distantes da “imagem-objetivo” delineada. Mesmo com políticas indutoras federais, as possibilidades de mudança estão mais interligadas com a autonomia municipal, visto que é no âmbito local que as intervenções devem ser realizadas visando suprir as carências identificadas.

Segundo Trevisan e Junqueira (2007), o aspecto mais importante da atividade interorganizacional não verticalizada é o estabelecimento de conexões entre a oferta de um bem ou serviço público e a demanda mais necessitada desse serviço. A operação em rede não significa apenas incentivar a conexão, bem definida do ponto de vista federativo. Também, não implica apenas em definir os precisos limites das tarefas, sem invasões ou “conflitos de fronteiras” entre os poderes de Estado. Além disso, e essencialmente, a operação em rede incorpora a perspectiva de que a sua construção decorre de um serviço público que é planejado, concebido, produzido e oferecido à população.

6.3.3 Os atores protagonistas da implantação

No sentido de traçar um caminho de pensamento, retomo a perspectiva da descentralização para iniciar a discussão da importância dos atores na implantação da proposta do NASF.

Vieira-da-Silva e colaboradores (2007) afirmam que quando ocorre uma adequada articulação entre os componentes do triângulo de governo há também um fortalecimento do poder local, das instituições públicas e da capacidade de gestão dos sistemas de saúde. Essa situação é favorável a uma maior participação popular,

o que poderia aproximar os gestores das necessidades da população e melhorar a capacidade de intervenção do sistema.

O gestor G2 afirma que a política de descentralização municipal se deu a partir das regionais de saúde e que a condução da implantação do NASF aconteceu com a participação dos administradores regionais juntamente com os gestores em nível central:

Os mais diretamente envolvidos eram a diretora do departamento de atenção básica na época e os administradores regionais, e o município ainda tem essa forma de gestão descentralizada com a constituição de regionais de saúde, então esses atores principalmente conduziram esse processo (G2).

Em contraposição à fala deste gestor, o gestor G1 entende que esse processo se deu de forma centralizada, com os gestores do nível central:

Na implantação na época..., pelo que eu sei foi decidido a nível de gestão, secretário de saúde, diretora do departamento de atenção básica na época que eu sei...foi a gestão direta mesmo, não teve envolvimento de outros profissionais (G1).

Outro gestor entrevistado que à época ocupava o cargo de coordenadora de departamento de atenção básica, reafirmou a parceria com a UFSCAR, porém destacou que a intenção da universidade em defender esse projeto se deu pela criação do curso de especialização em Residência Multiprofissional:

Mas eu acho que os autores principais foi o próprio curso de medicina, gestão do curso, o secretário de saúde a época os residentes e as unidades óbvio. Na coordenação, todas as administradoras regionais, todas defenderam a importância e entendiam a proposta. Agora, foi uma coisa proposta por mim. Num sei como é que seria num outro movimento, se eu não tivesse essa intencionalidade, se eu não tivesse implantado a residência, se isso seria uma coisa que apareceria como prioridade (G4).

Um dos grandes desafios da organização em rede está em estabelecer “modalidades de gerências” capazes de articular objetivos comuns. Para uma gerência eficaz, três aspectos importantes devem ser considerados: a “descoberta” de pessoas e recursos necessários para alcançar os objetivos; criar “compromissos comuns” entre os integrantes; desenvolver um ambiente que incentive a integração. A questão essencial nesse processo está na incorporação de diferentes atores no processo decisório das políticas de saúde. Essa incorporação depende da forma de planejamento e participação na gestão de saúde (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Ainda segundo o autor supracitado, a interação entre esses dois “substantivos” – o planejamento e a participação – nunca foi processo de fácil condução. A implantação do SUS demonstrou que o conceito de “gestão participativa” foi capaz de dar conta, no contexto operacional, da inclusão de novos atores no “ambiente” da saúde pública.

É fato que a instituição dos Conselhos Municipais e locais de Saúde representou uma estratégia essencial para promover a participação na gestão. Porém, esse processo é insuficiente para incentivar a participação na política de saúde, visto que muitos desses órgãos foram criados apenas formalmente para cumprir o referido requisito legal, se constituindo em mecanismos de legitimação de gestões. São manipulados desde a sua composição, com a ingerência política dos gestores, até a sua atuação, reduzida à aprovação de documentos necessários para repasse de recursos (BRASIL, 2006; RIBEIRO; NASCIMENTO, 2011).

No caso em estudo, não ficou perceptível se este processo se deu de forma colegiada. A contradição na fala dos gestores pode revelar, de certa forma, pouca vinculação ao processo ou pouca clareza com relação à sua condução. Sabe-se que o processo tramitou no Conselho Municipal de Saúde, mas não foi possível analisar como foram as discussões naquele Conselho, dado que não aparecem informações a respeito na fala dos entrevistados.

6.4 A busca pela construção do NASF

6.4.1 Constituição das equipes

Após a aprovação do projeto o município definiu a composição das equipes NASF. Na proposta, estava indicado que seria realizado um concurso específico para a contratação de profissionais. Segundo o gestor G3, no entanto, devido a alguns contratamentos não se efetivou a realização do concurso:

[...]a prefeitura tinha, apontava como barreira porque eu não vou entrar no mérito se era ou não de fato, por conta da lei de responsabilidade fiscal não podia ampliar o número de profissionais que ultrapassaria o permitido por lei, para contratar teria que...aquele discurso da época que não poderia mais contratar porque não caberia mais na folha de pagamento[...] (G3)

De acordo com a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal vem cumprir importante lacuna para a obtenção do

equilíbrio fiscal do País, ao estabelecer regras claras para a adequação de despesas e dívidas públicas em níveis compatíveis com as receitas de cada ente da Federação, envolvendo todos os Poderes.

Em termos macroeconômicos, ela contribui de forma decisiva para o ajuste fiscal da parte não financeira das contas públicas. O componente financeiro, expresso pelos encargos financeiros, não é atingido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, uma vez que a taxa de juros é função da política monetária, que visa fundamentalmente o controle da inflação (KHAIR, 2010).

A Lei de Responsabilidade Fiscal permite também melhor avaliação da gestão de prefeitos, governadores e do Presidente da República, ao reduzir fortemente os passivos financeiros, que, do contrário, poderiam ser repassados ao sucessor ou herdados do antecessor (KHAIR, 2000).

Diante da impossibilidade de contratação de novos profissionais, o município viu-se obrigado a mudar a estratégia para constituição das equipes:

[...] o secretario de saúde na época entendeu que era preferível garantir esse projeto já aprovado e decidiu que indicaria os profissionais que estavam previstos no projeto que já trabalhavam na rede como sendo profissionais do NASF[...] (G3).

[...] Não foi feito nenhum concurso e nenhum processo seletivo para a contratação específica para os NASF, e sim um remanejamento de profissionais que já atuavam em alguns setores da prefeitura (G2).

A estratégia utilizada foi a de remanejar profissionais que faziam parte da rede de saúde do município, respeitando a composição prevista na proposta do projeto, que trazia como profissionais integrantes da equipe, o fonoaudiólogo, o assistente social, o psicólogo, o nutricionista e o terapeuta ocupacional.

Como a rede de saúde apresentava uma escassez desses profissionais à época, houve muitas dificuldades em formar as equipes, situação que exigiu que o município retroagisse e formasse apenas uma, já que o prazo para o cadastramento das equipes estava se esgotando:

[...] o tempo foi passando até que chegou no limite de prazo, a gente partiu do principio que não dava para fazer os dois então nós decidimos que não tinha equipe para isso (G3).

O anexo II da portaria 2.488/11, afirma que o município com as equipes previamente credenciadas pelo Estado, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades.

Outro ponto relevante foi o desconhecimento que os profissionais convidados para compor a equipe à época tinham sobre as propostas de trabalho da equipe NASF:

[...] na verdade assim, foi feito um convite, um reconvite... foram chamadas essas pessoas, conversado com elas sobre a proposta, falado do que era, foram tomar mais propriedade do caderno, entender um pouquinho mais do que era essa política do ministério e aí se mostraram interessadas em fazer parte do NASF (G1).

[...] então eu acho que o que atrapalhou muito o NASF foi essa briga que a gente teve de não conseguir montar em primeira mão uma equipe preparada para atuar na saúde da família (G3).

O fato da não possibilidade de realizar um concurso específico para o NASF ocasionou uma lacuna no que tange à contratação dos profissionais para atuar no apoio.

O município de Campina Grande, na Paraíba, passou por situação semelhante no processo de composição de suas equipes do NASF no ano de 2008, e detectou que a forma de contratação pode influenciar diretamente na determinação do perfil dos profissionais.

O perfil desses profissionais parece estar implicado na forma de sua contratação, já que não tendo sido realizado um concurso público, como previsto no projeto de implantação do NASF (CAMPINA GRANDE, 2008), a capacidade técnica não foi o principal critério de seleção dos profissionais (ROCHA et al, 2009).

Contudo, o que se apresenta como característica do perfil predominante à maioria dos profissionais de saúde são as atividades ambulatoriais desenvolvidas, uma vez que coincidem com o modelo de sua formação, centradas nas intervenções com foco na doença, de caráter medicamentoso e especializado (GOMES, 2007).

A hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades e do modelo curativo individual no ensino em saúde (na seleção de conteúdos, de metodologias e de formas de avaliação), uma educação da saúde marcada por uma ciência das doenças, um corpo entendido como o território onde evoluem as doenças e uma clínica voltada para o método experimental de restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos contribui, sobremaneira, para a precoce especialização (CARVALHO; CECCIN, 2006).

Sabe-se que os profissionais têm como função oferecer novos saberes e modalidades de cuidado e gestão do trabalho às ESF, para assim qualificar as ações e ampliar o alcance da Saúde da Família. Entretanto, são eles próprios, carentes de uma formação específica no campo da saúde pública/coletiva que ofereça ferramentas relacionadas, dentre outros saberes, à vigilância em saúde e clínica ampliada (ROCHA et al, 2009).

A presença da Saúde Coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino da área, precisaria transversalizar o conjunto da formação; estruturar práticas intercursos; estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e na extensão; estabelecer cruzamentos com as áreas sociais e de humanidades (educação, história, artes etc.) e encetar práticas criativas de interlocução com os sistemas e serviços de saúde e com as redes sociais por localidades. A presença da saúde coletiva ao final dos cursos e não em seu início, implementando um conjunto de saberes profissionais para descrever, avaliar e inovar nas realidades epidemiológicas, sociais e de gestão em saúde, pode ser parte do desafio que temos a enfrentar (CARVALHO; CECCIN, 2006).

Segundo Soleman (2012), a fim de que os profissionais de saúde incorporem às suas práticas estratégias fundamentais de promoção da saúde e de prevenção, vem sendo implantados nas Instituições de Ensino Superior programas que visam favorecer uma formação integral e multidisciplinar.

Como estratégia para fomentar essa prática na formação dos profissionais o Ministério da Saúde, em uma ação intersetorial com outras secretarias, principalmente a de Educação Superior (SESu), instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró Saúde, lançado

oficialmente em novembro de 2005. Esta iniciativa teve por objetivo a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela Estratégia da Saúde da Família. Isto porque, vem sendo apontado o distanciamento entre o mundo acadêmico e o da real prestação dos serviços de saúde, como um dos responsáveis pela crise do setor. De acordo com o documento que apresenta este programa, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolubilidade, será impactante até mesmo para os custos do SUS (BRASIL, 2005 apud SOLEMAN, 2012).

Dentro desse contexto de formação profissional, os convites para integrar a equipe do NASF foram feitos de diversas formas, e os perfis dos profissionais procurados também se mostraram bastante diversos. No caso ao integrante da equipe NASF, IENASF 4, foi exigido formação de pós graduação na área da saúde:

[...]a pessoa que me indicou, ela solicitou que eu tivesse formação na área da saúde, eu tenho especialização em saúde pública e reabilitação[...] (IENASF4).

Em contraponto, aos integrantes da equipe NASF, IENASF 1, 3 e 5, essa exigência não foi colocada como determinante:

Eu não tinha formação específica nenhuma e não foi cobrado isso na minha contratação, em momento nenhum (IENASF1).

Eu quando entrei no NASF estava fazendo a especialização em Saúde da Família, mas para eles pouco importava isso [...] (IENASF5)

[...] a única coisa me perguntaram foi se eu gostava de trabalhar com o coletivo e escola, e eu disse que sim, e foi a única pergunta que foi feita (IENASF3).

Como o NASF se configura como um arranjo organizacional recente, ainda são escassos os cursos de pós-graduação direcionados especificamente para o seu trabalho. O que se exige como formação na maioria dos concursos públicos direcionados para o NASF são as especializações em Saúde Coletiva e as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, por garantirem uma formação em serviço, onde o especializando adquire uma experiência da dinâmica do trabalho, experienciando na prática o apoio às ESF.

Vale ressaltar certa incoerência na formação do NASF, uma vez que dentro do município o apoio foi introduzido na rede através dos residentes, e os mesmos

construíram com as equipes “formas de realizar o apoio”. Contudo, quando se formou a equipe do NASF não foram absorvidos nenhum desses residentes, e sim profissionais sem experiência no apoio. Talvez esse seja um dos desapontamentos da rede de saúde e um dos motivos da paulatina queda do número de residentes formados em parceria da Secretaria Municipal de Saúde com a Universidade, culminando, atualmente, com a extinção desse curso, já que não se enxerga no horizonte possibilidade de continuidade da formação/trabalho dentro da rede de saúde.

6.4.2 A inserção nas Unidades

Em meados de 2008 a equipe do NASF começou a ser formada, porém, devido às dificuldades para recrutamento e alocação dos profissionais, passaram-se meses até que a equipe ficasse completa:

[...] na verdade passaram – se vários meses sem que efetivamente a equipe inserida nos sistemas oficiais do ministério atuassem efetivamente como NASF, como um grupo constituído para levar adiante um projeto, teve muita dificuldade nesse sentido (G2).

Então as pessoas foram chegando no NASF cada uma em um momento diferente, então levou um certo tempo até a equipe ficar completa[...] (IENASF1).

Essa demora na constituição da equipe prejudicou demais o início do trabalho e conseqüente inserção da equipe NASF na rede de saúde. A primeira orientação da gestão foi direcionada para o estudo do caderno da atenção básica nº 27 de 2009 do Ministério da Saúde que trata das diretrizes do NASF, para que os integrantes pudessem tomar mais conhecimento da proposta:

[...] então a primeira tarefa que eu passei para eles e foi mais ou menos na época que estava acontecendo quando eu sai, era vamos aprender o que a gente tem que fazer, porque primeiro, eu não tenho experiência em NASF e esta acontecendo agora né, então vamos cuidar de um recém nascido, primeiro tem que dar comida depois ele vai engatinhar e depois ele vai andar, então a minha atuação em relação ao NASF na época foi de documentar esse pessoal e proporcionar espaço que eles conseguissem estudar, que eram os cadernos exatamente, todos os documentos que tinham em relação a NASF que vinha do ministério era tarefa deles[...] (G3)

Porém, como podemos identificar na própria fala da gestora G3, esse período de instrumentalização da equipe NASF coincidiu com o momento de sua saída:

[...] eu peguei meio que não consegui ver eles ficarem de pé direito, eles estavam começando a engatinhar quando eu sai em novembro de 2011(G3).

Tal situação parece ter ocasionado uma quebra na proposta de inserção da equipe NASF na rede de saúde do município, ocasionando um distanciamento entre gestão e equipe NASF.

Ao serem questionados sobre a forma de inserção nas ESF, os integrantes do NASF reforçaram a falta de apoio da gestão e evidenciaram uma única forma, produzida por eles, para se apresentarem para as equipes:

Nós estudamos o manual, montamos uma apresentação, do manual, do conteúdo teórico que ele apresentava né, que foi o único conteúdo teórico que a gente teve naquele momento, e aí nos fomos para as equipes, mas em momento nenhum nos fomos juntos com a gestão, a equipe foi formada e nos fomos nos apresentando como equipe nas unidades de saúde da família (IENASF1).

[...] nós fomos estudando esse manual, cada uma que chegava a gente passava o conteúdo e tal, daí sentamos e montamos essa apresentação quanto equipe mesmo em grupo e aí nos organizamos para passar em todas as equipes que na época, eram oito unidades. Mas foi tudo acordado entre nós mesmo em reuniões, que nós fizemos para estudar o conteúdo. Foi dessa forma (IENASF1).

Pelas falas apresentadas fica claro a falta de apoio da gestão no que diz respeito à inserção do NASF, e a inexistência de um planejamento para a implantação dessas equipes:

[...] o planejamento foi feito por nós mesmos [...] em momento nenhum a gestão falou da gente fazer essa apresentação, a gestão não deu uma sugestão de como deveria ser a nossa... os nossos horários, a nossa atuação nas equipes, tudo isso nos fizemos por nós mesmos (IENASF5).

Outros municípios têm vivenciado esse processo de forma diferente, Pinhais, no Paraná, desenvolveu em conjunto com a Universidade Federal do Paraná (UFPR), um projeto que contemplava uma proposta metodológica de implantação das equipes do NASF no município (MARCHAUKOSKI, 2011). Segundo o autor, o projeto de Pinhais previu a inserção dos NASF nas redes de saúde em quatro momentos, possibilitando a todos os envolvidos o empoderamento dessa “nova” estratégia de sustentação do sistema de saúde, baseado na responsabilização e na integralidade da atenção à saúde:

- Primeiro momento: propôs encontros entre os profissionais que iriam compor a equipe para balizamento de saberes e conhecimentos a respeito da metodologia do NASF e da Estratégia Saúde da Família (ESF) abordando os temas: organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, ferramentas do NASF (Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território e Pactuação de Apoio), Diretrizes do NASF e Aspectos Normativos;
- Segundo momento: elaboração de um seminário para as equipes da ESF que seriam apoiadas pelo NASF. O seminário deveria ter como princípio, a constituição da rede de cuidado à saúde de forma corresponsabilizada entre a equipe do NASF e as equipes da ESF.
- Terceiro momento: a equipe do NASF iria para o campo de trabalho nas unidades de saúde. Esse momento organizado seguinte forma: no primeiro dia, cada profissional da equipe do NASF, ficaria em uma unidade de saúde, com o compromisso de fazer uma representação, um desenho do funcionamento da unidade, das equipes de saúde, das características do território, da população, das atividades desenvolvidas, da rotina, dos tipos de relacionamento, enfim uma caracterização geral na busca para visualizar a inserção do NASF. No segundo e terceiro dias, a equipe do NASF seria dividida em duplas e voltaria às unidades, participando das visitas domiciliares e dos atendimentos aos usuários, com revezamento nas duplas. No quarto dia, cada profissional do NASF acompanharia uma equipe da ESF. No quinto e último dia de exercício, profissionais do NASF participariam de reuniões nas unidades de saúde, com objetivo de discutir casos e conhecer mais as equipes e a rotina do trabalho.
- Quarto momento: realização de um novo encontro da equipe do NASF para apresentação das experiências vivenciadas nas unidades de saúde, do retrato de cada unidade, dos desafios e dificuldades, para discussão das possibilidades de ações e atividades e para revisar o planejamento feito no primeiro momento com a realidade encontrada.

Menezes (2011), em seu trabalho sobre a implantação do NASF no município de Olinda, Pernambuco, revela que todos os profissionais selecionados para integrar as quatro primeiras equipes do NASF foram capacitados com noções gerais de atenção básica à saúde, enfocando cada área específica de atuação junto à Estratégia de Saúde da Família. A capacitação durou duas semanas e a programação do curso está apresentada no Quadro 2.

Duração e Método	Atividades desenvolvidas
1ª semana – Oficina de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação da situação de saúde do município de Olinda ➤ Rede de Saúde Instalada ➤ Principais agravos à saúde ➤ Pactuação dos indicadores de saúde ➤ Apresentação das Políticas Estratégicas de Saúde do Município
2ª semana Construção do plano de ação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconhecimento do Território ➤ Reunião ESF/NASF para identificação do público prioritário para realização das ações ➤ Planejamento conjunto de atividades e elaboração de agenda de trabalho de acordo com a realidade local ➤ Divulgação das ações da equipe para a comunidade

Quadro 2 – Atividades desenvolvidas na capacitação dos profissionais para atuação nos quatro NASF (1ª Etapa) em Olinda, Recife.

A autora ainda afirma que tal procedimento embasou e enriqueceu a capacitação das outras equipes do NASF que foram implantadas em Olinda:

Todos os profissionais contratados participaram de capacitação para o trabalho a qual, diferindo do que ocorrera na primeira etapa, esteve mais bem estruturada e permitiu o debate dos desafios entre os membros antigos e os novatos, para busca de soluções e exposição dos aspectos aprendidos ao longo do desenvolvimento do NASF. Outra diferença marcante da capacitação dos profissionais na segunda etapa em relação à primeira consistiu na possibilidade de apresentar-lhes as atribuições compartilhadas

pelas categorias profissionais, construídas a partir da experiência adquirida no período de julho de 2008 a dezembro de 2009 (MENEZES, 2011, p. 30).

No caso deste estudo, observou-se que a falta de planejamento e as constantes trocas na gestão trouxeram consequências negativas para o desenvolvimento do trabalho do NASF, principalmente no que se referem ao entendimento da proposta pelas ESF e dos gestores, o que gerou diversas dificuldades devido à falta de apoio na inserção desses profissionais na rede de saúde.

6.5 O NASF no cotidiano

6.5.1 Metodologia de trabalho

O distanciamento entre gestão e NASF permanece como uma característica marcante em toda a implantação da equipe. Em todos os processos que a evoluíram percebe-se uma lacuna em relação ao papel da gestão, evidenciada quando os próprios gestores são questionados sobre a metodologia de trabalho construída durante a trajetória da equipe:

[...] assim o entendimento você percebe dos gestores às vezes é um pouquinho diferente em relação até ao entendimento do que é o matriciamento, do que é o atendimento, do entender qual é o papel realmente do NASF eu acho que isso acaba gerando, não sei se um stress mais um incomodo grande até pelos próprios profissionais dessa equipe em relação ao trabalho que eles deveriam executar e muitas vezes não conseguem porque toda vez tem que ficar trabalhando com a gestão qual é o papel deles e o que se deve fazer[...] (G1).

Como apontou o gestor G1, isso gerou um desgaste muito grande para a equipe, que se via obrigada a diversas vezes retomar todo o processo de construção da proposta de trabalho:

E cada gestão nova que vem a gente tem que iniciar tudo isso, porque a gestão vem, não conhece o trabalho do NASF, a gente tem que recomençar, explicar o que é, conscientizar a pessoa que a gente precisa de algum apoio, de algum material pra trabalho e ai começar tudo de novo[...]Porque a gestão não é capacitada quanto ao NASF também, então cada pessoa que entra não tem o entendimento do que é, e vem todos os questionamentos novamente, porque que que é feito assim? Porque não pode ser feito diferente? Porque vocês fazem assim? Porque vocês não aceitam encaminhamento? E ai a gente começa tudo de novo em três anos já começamos varias vezes (IENASF5).

Isso gera muito degaste pra nós né, quanto equipe (IENASF1).

Apesar de todo esse desgaste citado pelos integrantes da equipe NASF, os mesmos começaram a traçar as possibilidades de trabalho com as ESF. A ideia inicial era seguir as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde através do Caderno de Atenção Básica nº 27. No entanto, como afirma a integrante da equipe NASF, IENASF 5, algumas adaptações tiveram que ser feitas devido às múltiplas facetas que a realidade do trabalho impunham:

[...] no principio nos lemos o manual e chegamos nas equipes e implantamos, e aí as coisas não deram certo e nos começamos a repensar junto com as equipes , fazendo uma mescla do que o manual preconizava e do que as equipes gostariam que fosse feito (IENASF5).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde e, posteriormente, do Programa de Saúde da Família, toda hierarquização da atenção à saúde centrava-se no médico dentro do hospital. Com a criação das ESF, a essas equipes atribuiu-se o valor social de grande monta, o que foi interpretado pelos membros das equipes como valor pessoal. Assim sendo, parece pertinente o surgimento de uma resistência por parte desses profissionais em relação à aparente maior valia dos membros dos NASF, posto que lhes cabiam apoiar e qualificar aqueles que, até recentemente, gozavam de certa hegemonia na relação com a população (MENEZES, 2011).

As resistências eram direcionadas mais ao tipo de atendimento oferecido pelo NASF, que fugia um pouco do que tradicionalmente as equipes estavam acostumadas a realizar, o atendimento individual, conduta que ainda é muita enraizada nos profissionais de saúde, e algumas vezes apontada por muitos como a única forma de cuidado a ser utilizada.

Quanto à proposta de apoio né, eles querem um atendimento ambulatorial de todos os profissionais e não o apoio (IENASF5).

Tal conduta mais uma vez se justifica, segundo Menezes (2011), pois com maior ou menor intensidade, os profissionais que compõem as ESF e os NASF foram criados em um regime acadêmico medicocêntrico e hospitalocêntrico. Significa dizer que ambos estão diante do desafio de mudança de paradigma, de trabalho interdisciplinar, da construção do valor da equipe na qual a valia é equânime e não se mede pelo cargo, pela função, pela formação acadêmica ou pelo nível ocupado pelo profissional na rede matricial.

Este desafio também passa pela aceitação dos próprios usuários quanto a novas ofertas de cuidado:

Os pacientes também, eles preferem o atendimento individual do que outro tipo de atendimento (IENASF5).

Segundo as diretrizes citadas no caderno de atenção básica nº 27, intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre conforme encaminhamento das ESF, com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso. Tal atendimento direto e individualizado ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias.

Em alguns municípios do Rio de Janeiro, à época da implantação dos NASF no ano de 2009, foram realizadas várias oficinas de discussão entre os diversos atores que compunham a rede de saúde para definir ou elaborar as diretrizes e a metodologia de trabalho do NASF. Ficou definido que atuariam dando apoio às equipes de saúde da família, mediante trabalho matriciado e prestariam a assistência em alguns casos a serem definidos em parceria com as equipes (BADUY, 2010).

Esse tipo de discussão e elaboração da metodologia de trabalho do NASF não foi citado por nenhum dos participantes da pesquisa. No entanto, no projeto de implantação enviado para o ministério para adesão das equipes, aparecem como norteadoras do trabalho do NASF, as equipes de referência territorial, o apoio matricial e a responsabilização compartilhada.

Dentre as diretrizes norteadoras a serem utilizadas no cotidiano, a equipe NASF resolveu atuar no apoio matricial às ESF que seriam as equipes de referência territorial. Houve, contudo, muitas dificuldades para a implementação das mesmas, principalmente dada a incompreensões acerca da proposta:

É e ai eu sinto assim uma dificuldade, porque as equipes querem mesmo essa questão de queixa conduta, a questão do apoio matricial é como se não fosse útil em sentido da produtividade da equipe[...]eu sinto que a proposta de apoio matricial ainda para eles não seria algo muito útil, mas porque eles estão na lógica ainda da queixa conduta(IENASF4).

Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a

problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. 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. Ressalta-se que no caso as equipes de apoio e de referência são, respectivamente, o NASF e as ESF.

O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (ESF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as ESF) (BRASIL, 2010).

Como citado anteriormente, o apoio matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem atuar simultaneamente nos diversos momentos (BRASIL, 2009).

Existem diversas formas de se realizar o apoio matricial, a equipe NASF apostou nas discussões de caso para tentar introduzir essa ferramenta de trabalho com as ESF, porém como ressalta a integrante da equipe IENASF5, ainda há dificuldade a respeito:

A questão da discussão de caso, a gente tem lutado bastante para que isso faça parte do dia a dia, e tem feito, do PTS também a gente tem lutado para que isso aconteça mas ainda estamos em busca (IENASF5).

A integrante da equipe NASF acima também aborda em sua fala o Projeto Terapêutico Singular (PTS), como ferramenta a ser utilizada nas discussões de caso. O PTS tem sido muito utilizado para embasar as discussões de caso com o

intuito de formular um plano de cuidado mais resolutivo, principalmente nos casos que apresentam maior complexidade.

A emergência do termo Projeto Terapêutico Singular (PTS) apoia-se na ideia de que o projeto terapêutico pode ser utilizado não só para indivíduos, mas também para coletivos (Cunha, 2005, p.185). O termo singular também remete à diferença, contexto singular, não passível de reprodutibilidade e, portanto, menos sujeito a processos de captura pelo planejamento normativo. Para Cunha o PTS é produzido em “uma variação da discussão de caso clínico”. Configura-se em formato de reunião de equipe em que os profissionais de saúde trocam percepções e constituem uma compreensão coletiva do sujeito doente, a qual subsidia o desenho de intervenções sobre o caso (NUNES, 2007).

O PTS contém quatro movimentos:

- 1) Definir hipóteses diagnósticas: este momento deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário;
- 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor;
- 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza. Uma estratégia que procura favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações e promover uma dinâmica de continuidade do Projeto terapêutico singular é a escolha de um profissional de referência. Não é o mesmo que responsável pelo caso, mas aquele que articula e “vigia” o processo;
- 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo (BRASIL, 2009).

Os espaços de discussão de caso ainda não estão totalmente fortalecidos. Isso tem como consequência uma falta de padronização na interlocução entre a equipe e o núcleo de apoio, ocorrendo, na grande maioria das vezes,

encaminhamentos de “casos” ao NASF de forma inadequada, como afirma IENASF 4:

De diversas formas, tanto por encaminhamento médicos ainda um pouco, menos que no início, mas ainda acontecem, dos agentes comunitários fazerem contato telefônico por uma simples orientação e aí a gente nota que o caso tem que ser melhor trabalhado, em corredores, na própria sala de reunião tentando desenvolver alguma outra atividade, de diversas formas (IENASF4).

Destaca-se, contudo, que ainda é um desafio a criação de espaços coletivos, nos quais as equipes de saúde compartilhem a elaboração de planos gerenciais e projetos terapêuticos, principalmente devido à tendência hegemônica de fragmentação do trabalho; obstáculo estrutural à clínica ampliada e ao trabalho interdisciplinar (CAMPOS, 1998).

Porém, a mesma integrante da equipe reportada acima afirma que quando os casos são trazidos para a discussão nos espaços adequados, se transformam em encontros muito potentes para se trabalhar a questão da interdisciplinaridade:

[...] nas discussões de caso eu percebo que eles compreendem melhor a interdisciplinaridade, não existe para eles um conceito teórico, e como a gente desenvolve isso na prática, e aí o caminho que eu vejo é através das discussões de caso, quando não ocorre discussão de caso e ficou no plano individual ele vai enxergar apenas a sua disciplina, e é aí que eu digo que cabe a nossa integração, até pra dizer pra ele que aqui também compete uma ação da fisio, uma ação da fono, compete a cada um de nós e não só as equipes e às vezes a gente peca um pouco nisso também né (IENASF4).

Percebe-se que para a integrante da equipe, o trabalho interdisciplinar ainda é um obstáculo para o NASF, fato que fica evidenciado ainda mais em outra fala sobre o mesmo tema:

[...] estar em equipe interdisciplinar é digo assim ser um desafio por que você sair um pouco da sua única visão para entender a visão do outro [...] porque muito da forma de como a gente interpreta as nossas próprias disciplinas é a visão que a gente acaba passando para as equipes, então eu entendo que algumas coisas são facilitadas outras também são dificultadas nesse sentido [...] (IENASF4).

Fazenda (2003) citado por Oliveira et al. (2011), destaca que a interdisciplinaridade é uma atitude especial ante o conhecimento, que se evidencia no reconhecimento das competências, incompetências, possibilidades e limites da

própria disciplina e de seus agentes, no conhecimento, na valorização suficiente das demais disciplinas que se sustentam e tangem o saber e o fazer.

O processo interdisciplinar envolve questionamentos sobre o sentido e a pertinência da colaboração entre as disciplinas, visando um conhecimento do “humano”. A primeira condição de efetivação da interdisciplinaridade é o desenvolvimento da sensibilidade e da comunicação entre as diversas áreas, promovendo, dessa forma, a troca de informações entre diferentes campos do conhecimento com o intuito de alcançar a mesma finalidade (PHILIP et al, 2000 apud OLIVEIRA et al, 2011).

Fazenda (1996) também reforça que a primeira condição de efetivação da interdisciplinaridade é o desenvolvimento da sensibilidade, fazendo-se necessário um treino na “arte de entender e esperar, um desenvolvimento no sentido da criação e da imaginação”. Interdisciplinaridade não se ensina nem se aprende, apenas vive-se e exerce-se.

A interdisciplinaridade diferencia-se da multi ou pluridisciplinaridade, pois nestas há justaposição das disciplinas, sem relação entre si, sem uma coordenação num nível superior (Japiassú; Marcondes, 2001, p.145 apud NUNES, 2007). Na interdisciplinaridade a integração entre as disciplinas é permitida, facilitada e orientada pela existência de uma temática comum a todas as disciplinas, com a qual elas deverão observar o objeto (Silva, 1999, p.7 apud NUNES, 2007).

Na área da saúde, os pressupostos da integração estão presentes há algum tempo e, nas últimas décadas, a interdisciplinaridade tem sido invocada para a criação de modelos pedagógicos e para a construção de um conhecimento partilhado por ciências biológicas e sociais. São muitas as dificuldades para se trabalhar numa perspectiva integradora de vários saberes. O modelo vigente de formação profissional para a área da saúde reforça a formação clínica na vertente das ciências biomédicas, deslocando o social para a periferia. As dificuldades não se limitam ao campo epistemológico, mas de vencer as barreiras que historicamente vêm privilegiando uma determinada maneira de formar recursos humanos (NUNES, 1996 apud VILELA, 2003).

Em sua fala a integrante da equipe NASF, IENASF 2, afirma que há uma dificuldade das ESF trabalharem na perspectiva interdisciplinar, já que enxergam como se fosse um “jeito” de trabalhar somente da equipe NASF:

E se colocarem como participantes da interdisciplinaridade, porque a vezes eles veem a gente quanto equipe e eles ficam de fora um pouco desse processo né, e a gente tem que tentar inclui – los nesse processo a todo o momento (IENASF2).

Nesse contexto da relação entre equipe NASF e ESF, a mesma integrante aponta o trabalho em equipe como outra dificuldade na construção da metodologia de trabalho da equipe NASF:

É difícil, na verdade o trabalho em equipe é difícil, nos temos só a equipe NASF né, tem o NASF e nesse momento mais cinco equipes, então eu acho que fazer esse trabalho conjunto, ter esse dialogo bem estabelecido com as equipes e fazer elas comprarem essa ideia é difícil. Tem muita resistência ainda quanto a essa proposta (IENASF2).

Piancastelli et al (2000) aponta que a principal dificuldade do trabalho em equipe está relacionada com as diferentes concepções sobre o conceito de equipe. Dentre essas, se observam as seguintes definições: a equipe como um conjunto ou grupo de pessoas que desempenham uma tarefa ou trabalho não importando, nesse caso, os objetivos e as relações interpessoais; ou a equipe como um grupo de pessoas que tem um objetivo comum. Sendo, nesse caso, fundamental que tenham o mesmo objetivo, não importando como cada um pretenda alcançá-lo; ou a equipe como um conjunto de pessoas que além de um objetivo comum pretendem alcançá-lo de forma compartilhada; ou refere-se ainda à equipe como um conjunto ou grupo de pessoas cujo objetivo é resultante da negociação/discussão entre todos os membros do grupo e por fim com o conceito que considera equipe como um grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras e pelo objetivo comum, obtido através da negociação entre os atores sociais envolvidos no plano de trabalho.

Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem (ARAUJO, ROCHA, 2007).

O trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas. Possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns. Se não houver interação entre os profissionais das ESF incluindo os de apoio matricial, corre-se o risco de repetir a prática fragmentada, desumana e centrada no enfoque biológico individual com diferente valoração social dos diversos trabalhos.

Andrade et al (2012) afirma, em seu estudo sobre a Implantação do NASF em Santa Catarina, que a atuação multiprofissional abrange várias possibilidades de significados na articulação do trabalho. O autor afirma que quando os depoentes foram questionados sobre quais eram as principais potencialidades de articulação dos processos de trabalho da ESF e dos NASF, o trabalho em equipe ganhou destaque na vasta gama de opções que foram articuladas. A possibilidade de adaptação do trabalho em equipe de acordo com a complexidade e individualidade de seus componentes foi defendida em prol da eficácia e da eficiência possibilitando a atuação além dos limites geográficos da ESF.

Paim et al (2000) sugere em seu trabalho algumas características importantes que o profissional de saúde, em especial o de saúde pública, necessita para conseguir desenvolver um trabalho com fluidez: capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realiza; compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde; exercício de um agir comunicativo ao lado do pensamento estratégico; “advocacy” ou habilidade para proceder denúncia de situações e convencimento de interlocutores; tolerância e diálogo em situações de conflitos; atenção a problemas e necessidades de saúde; senso crítico quanto à efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas e finalmente permanente questionamento sobre o significado e o sentido do trabalho e dos projetos de vida.

Nota-se que a maioria das características apontadas pelo autor acima se encontra nas áreas de comunicação e trabalho em equipe. Pode-se concluir que seria de grande importância o estímulo dessas habilidades nos profissionais de saúde, pois se tratam de características marcantes no perfil desses profissionais, já que dependem disso para realizar quase todas as suas ações no cotidiano.

6.6 Os caminhos percorridos e os próximos passos do NASF

6.6.1 Resolutividade e mudança no olhar

Apesar de todas as dificuldades encontradas no processo de implantação da equipe NASF no município, uma das gestoras aponta com muita clareza, uma diferença na questão da resolutividade nas equipes apoiadas pelo NASF:

Olha acho que assim, a questão do NASF, olhando um pouquinho para as duas regionais aonde ele atuou, acho que o apoio matricial que a equipe NASF realiza ele é de grande valia quando você olha para outras unidades, porque as outras unidades eu percebo uma procura menor de resolução de dificuldades e problemas com a gestão em relação as outras unidades que as vezes não tem o apoio dos profissionais[...] (G1)

E reforça também o empoderamento e a instrumentalização das equipes, diminuindo a procura por resolução de problemas pela gestão:

[...] eles conseguem entre eles discutir melhor o seu território e suas ações, assim eles conseguem uma autonomia maior, empodera bastante a equipe, o trabalho da NASF acaba empoderando bastante a equipe nesse sentido e também na questão das ações promoção e prevenção da saúde, acho que isso é bastante importante, eu percebo um diferencial bastante grande em relação as equipes, que são equipes mais distantes que é nossa maior área de vulnerabilidade e eu percebo que eles conseguem sentar e discutir fazer um plano de trabalho terapêutico juntos, conseguem discutir os casos, conseguem ter uma resolutividade, isso não acontece nos outros espaços, os outros espaços acabam vindo em busca da gestão para resolver seus problemas, eu acho que as equipes acabam sendo mais resolutivas porque elas se sentem apoiadas (G1).

Isso mostra um melhor entendimento do trabalho do NASF, e uma mudança no olhar das ESF em relação ao que esta sendo proposto:

Eu acho que é uma maior aceitação, do que a gente vem trazendo de proposta de trabalho, o entendimento eu acho que todo mundo ainda tem muito a ganhar, quanto ao entendimento desse processo de trabalho, até nós quanto equipe NASF temos muito a aprender ainda (IENASF1).

É uma relação que vem amadurecendo, é uma relação que no inicio era mais conturbada e agora é uma relação mais madura, as equipes têm aceitado melhor o modo de trabalho da equipe NASF, e isso tem evoluído bastante (IENASF5).

Outro ponto relevante que indica a evolução do entendimento da proposta de trabalho, e a perceptível redução do numero de encaminhamentos, é o aumento de casos discutidos nos espaços reservados, percebidos pelos integrantes do NASF:

Eu penso que uma das conquistas é a diminuição dos encaminhamentos, antes tinha encaminhamento, agora a gente está conseguindo levar para a discussão de caso, é uma luta constante, mas tem melhorado bastante, eu acho que essa é uma das principais conquistas que a gente teve nos quase três anos[...] (IENASF5).

Como desafio para o desenvolvimento das ações do NASF, a Gestora 1, destaca a oferta trabalho em grupo, relatando como uma grande dificuldade das equipes em realiza-lo como também dos usuários em aceita-lo como forma de atendimento:

[...]a gente tem uma dificuldade enorme de trabalho em grupo, uma dificuldade tanto da comunidade de adesão quanto da equipe de propor, as vezes a gente propõe um trabalho em grupo, mas será que aquele tema é o que a população ta pedindo, as vezes a gente profissional acha que “eu acho importante” mas será que é uma demanda dessa população entendeu, então eu acho que NASF tem um papel fundamental nessa questão de trabalhar a atividade coletiva, que uma coisa que falta, a gente trabalhar mais no coletivo[...] (G1)

Já a integrante da equipe NASF coloca como desafio o aprimoramento das ações de reabilitação, desfocando um pouco somente da promoção e prevenção da saúde:

Eu tenho um entendimento que talvez um desafio grande, além do trabalho interdisciplinar que foi colocado, eu penso quanto as ações de reabilitação na atenção primaria, eu acho que o NASF como a atenção primaria ela preconiza não só ações de prevenção, promoção da saúde, mas sim também ações de reabilitação[...] (IENASF2).

O apoio realizado pelo NASF deve ser abrangente, capilarizado, rizomático, com capacidade para atingir as necessidades identificadas em conjunto com as ESF. A proposta de apoio não se engendra ou solidifica-se em determinadas ações, é preciso ampliar e diversificar o cardápio.

6.6.2 Validação e ampliação do NASF

Como citado anteriormente neste trabalho, o projeto inicial do NASF tinha como proposta a inserção de duas equipes, que à época apoiariam todas as ESF existentes, porém devido a diversos contratempos só foi possível implantar uma. Com o município sob uma nova gestão, de acordo com a Gestora G1, vislumbra-se a possibilidade de aumentar o numero de equipes NASF, com o intuito de que exista

uma equipe para cada ARES, possibilitando, assim, que todas as ESF sejam apoiadas pelo NASF:

[...] a gente tem nessa gestão atual uma proposta de a ideia de colocar um NASF em cada região da cidade e que pudesse pelo menos matriciar todas as equipes atuais que a gente hoje[...] (G2)

[...] Pro próximo ano a gente vai ter um novo orçamento para a geração de vagas para a saúde, então a gente tem a proposta de abrir vários concursos e com a abertura desses concursos aproveitando alguns que a gente tem vigente ainda daria pra gente agregar e pensar em formar novos núcleos (G2).

Mas para que isso seja possível, a integrante da equipe NASF, IENASF 4, discursa sobre a necessidade de fortalecer e estreitar a relação entre NASF e gestão, tanto a gestão central como a gestão das ESF, que no município é compartilhada entre o médico, o enfermeiro e o dentista:

Eu vejo que um dos ganhos também é essa construção nossa com a gestão, não só das unidades, mas as que também gerenciam diretamente o NASF, eu acho que a gente tem conseguido manter com eles um dialogo de necessidades maiores que a gente tem nem todas são atendidas ainda, eu acho que falta um incentivo para a equipe do NASF também, mas vejo isso também como algo bacana para ser conquistado no futuro, que eles compreendam um pouco mais as nossas necessidades e possam nos dar condições que são importantes pra gente desempenhar o nosso trabalho [...](IENASF4).

Quando questionados sobre se sentiam falta de algum profissional na equipe do NASF, a resposta foi unanime em apontar o psicólogo e o psiquiatra, já que relatam que a demanda de saúde mental existente é muito grande, e que muitas vezes não conseguem absorvê-la pela falta desses profissionais específicos dessa área:

Eu sinto falta de psicólogo e psiquiatra, eu acho que é necessário trabalhar também com os médicos as questões de medicamento, outras questões na qual o psicólogo não da conta na equipe, a gente conhece varias outros NASF que tiveram apoio do psiquiatra e que foram felizes nessa contratação, então fico sentindo muito a falta desses profissionais (IENASF2).

Os integrantes do NASF ainda apontam que na primeira formação a equipe contava com uma psicóloga, mas que a mesma foi transferida no final de 2012 e desde então não foi designado nenhum profissional dessa área, mesmo após várias solicitações feitas pela equipe:

Eu concordo também nesse aspecto que pra gente poder trabalhar e desenvolver alguns trabalhos, sobretudo na saúde mental que a demanda é muito grande nas unidades é o psiquiatra e o psicólogo, já foi solicitado inclusive para a gestão essas contratações e a gente tem insistido inclusive nelas (IENASF4).

A ampliação das equipes precede um “afinamento” do trabalho do NASF com as ESF e do NASF com gestão. Espaços de diálogos devem ser criados para que os incômodos possam ser discutidos e intervenções sejam traçadas, a fim de criar uma maior aproximação da proposta de trabalho por todos os atores que compõem a rede de saúde. A composição das equipes deve ser levada como pauta de discussão entre os profissionais, usuários e gestão. O fomento da gestão participativa com ênfase no controle social torna-se necessário para que esse arranjo inovador que são os NASF possam promover cuidados diferenciados, sempre em busca da integralidade das ações em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se dedicou ao estudo de uma política recente no cenário da APS brasileira – os NASFs - sendo uma das razões para focar a sua implantação.

A implantação oficial do NASF no município de estudo ocorreu em 2011, mas a proposta do apoio matricial iniciou-se e fomentou-se com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em 2007, em uma parceria entre as esferas municipal, federal, com o apoio da Universidade.

A maioria dos participantes da pesquisa reconhece que essa experiência com os residentes na rede de saúde trouxe muitos avanços e acúmulo de discussão que facilitaram a adesão das equipes NASF em 2008, quando lançadas oficialmente pelo Ministério da Saúde como uma proposta de apoio à ESF.

A trajetória da implantação do NASF teve fases antagônicas que culminaram em um processo de difícil consolidação. O projeto de adesão enviado atendeu a todas as normas ministeriais, porém, o município após aprovação do mesmo não conseguiu colocar em prática as propostas descritas.

Não foi possível a realização de um concurso público específico para a contratação das equipes NASF, acarretando a redução do número de equipes, sendo formada apenas uma ao invés das duas inicialmente previstas. .

Os profissionais que integraram o NASF foram captados dentro da rede de saúde do município. Essa forma de seleção e constituição da equipe teve consequências negativas para a consolidação do NASF, já que os profissionais tinham pouca experiência ou nenhum conhecimento sobre a proposta de trabalho. O despreparo da equipe NASF, evidenciou-se pela pouca oferta da gestão em relação à formação e à capacitação desses profissionais e em relação aos profissionais da ESF.

O processo de trabalho desenvolvido entre NASF e ESF caminhou a passos lentos, contudo, apesar de pouco diálogo e apoio da gestão, como relatam os participantes, a equipe conseguiu viabilizar algumas formas de apoio preconizadas pelo Caderno de atenção básica que trata das diretrizes do NASF.

A principal ferramenta utilizada pela equipe durante esse processo foram as discussões de caso. Através delas os integrantes da equipe NASF puderam trabalhar diversos temas que são pertinentes ao seu trabalho, tais como: interdisciplinaridade, trabalho em equipe, construção de planos de cuidado através do PTS, estabelecendo o apoio matricial como a principal base para o seu trabalho

Os avanços das ações de apoio da equipe NASF são notoriamente expressivos apesar das dificuldades em relação ao seu processo de implantação na rede de saúde do município. Visualiza-se uma melhor compreensão da proposta pelos gestores e pela equipe de saúde da família, diminuindo a solicitação direta de atendimentos individuais, aumentando o número de casos discutidos em equipe e a capacidade de resolubilidade das unidades apoiadas.

Muitos são os desafios apontados nessa pesquisa pelos seus participantes, sendo o de maior destaque a aproximação entre gestão e equipe NASF, para que possam ser criados espaços formais e deliberativos de discussão em que as dificuldades e as potencialidades do trabalho possam ser debatidas. Uma vez apoiados pela gestão o diálogo e entendimento de algumas propostas de intervenção tendem a ser mais bem aceitos pelas equipes de saúde da família.

Uma das dificuldades visualizadas são os processos que se iniciam quase exclusivamente com as pessoas que já estão mais sensibilizadas ou que se mobilizam mais em torno do tema. É evidente que estas discussões fluem mais tranquilamente, já que se está entre pares que compartilham da mesma ideia.

Ao mesmo tempo, excluem-se pessoas que estão relacionadas diretamente com o poder. A inclusão desses atores é fundamental para viabilizar a mudança, mas também é ímpar a formação de novos atores que em processo podem contribuir de forma mais significativa. A partir do momento que a proposta é aprovada e implementada, é preciso criar estratégias para mudar a situação de inércia. A criação de espaços coletivos, de debates, de educação permanente, é mola propulsora, pois repensando o trabalho, olhando os problemas e vendo significado neles, provocam-se mudanças geradas a partir da motivação dos atores envolvidos em determinado contexto.

É considerável contrapor que a implementação dessa estratégia não é tarefa simples, pois exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores, quanto dos trabalhadores. A aposta em processos facilitadores de subjetividades favorece a abertura para o diálogo, a estimular o compromisso com a saúde dos usuários, reconhecimento dos limites e a invenção de novos caminhos dentro do cotidiano do espaço do trabalho. Há um desafio posto: a mudança organizacional, com criação de espaços coletivos, do estabelecimento de algum grau de co-gestão ou de democracia institucional.

Registrar e analisar o processo de implantação de uma equipe NASF em um município paulista foi extremamente gratificante, posto que durante a pesquisa nossas visões foram se modificando e as percepções sobre o tema ganhando maior corpo.

As contribuições dessa pesquisa não se findam nela própria, mas trazem uma gama de possibilidades que podem ser utilizadas no contexto de trabalho das equipes NASF. A partir da discussão apresentada, outros delineamentos futuros parecem mais claros, como a necessidade de se explorar mais profundamente os processos de trabalho da equipe NASF e como são configuradas as formas de apoio que essa equipe realiza, em detrimento das diversas realidades das equipes de saúde da família.

Por fim, as atividades desenvolvidas e as experiências vivenciadas durante toda a pesquisa viabilizaram um enorme amadurecimento pessoal e profissional, desenvolvendo habilidades críticas sobre a realidade e despertando ainda mais a vontade de continuar produzindo e adquirindo conhecimentos sobre o SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, março-abril, 2007, p. 455-464, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasil.

AZEVEDO, N.S. **Núcleos de apoio à saúde da família: o processo de implantação em Belo Horizonte** - Belo Horizonte, 2011.

BRASIL. **Decreto 7508/Organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. 28 de junho de 2011. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde. Texto de referência para discussão nas oficinas do **I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. 01 e 02 de dezembro de 2005. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/96**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Família - NASF. **Diário Oficial da União**, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**, Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**, Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Nova Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da saúde**. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F.E. de. A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, 14(4): 863-870, 1998.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev. 2007.

CARVALHO, Y, M.; CECCIN, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos, G. W. S. et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006, pp. 149-82.

COSTA, M. M. L. da. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): contextualização de sua implantação na Atenção Básica do Brasil**, Brasília, 2013.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S.H. Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares. **Psico**, 31(1), 39-66, 2000.

DE ANTONI, C.; MARTINS, C.; FERRONATO, M. A.; SIMÕES, A., MARENTE, V.; Costa, F.; KOLLER, S.H. Grupo focal: método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 53(2), 38-53, 2001.

DE ANTONI, C.; MARTINS, C.; FERRONATO, M. A.; SIMÕES, A.; MARENTE, V.; Costa, F.; KOLLER, S. H. Grupo focal: método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 53(2), 38-53, 2001.

FAZENDA, I.C.A. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?** 4. ed. São Paulo: Loyola; 1996.

FLORINDO, A. A. Núcleos de Apoio a Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Rev. Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 72-73, 2009.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 21, p. 211- 259, jun. 2000.

GOMES, R.S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A (Org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS, 2007.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p.783-94, 2009.

KHAIR, A. A. **Lei de Responsabilidade Fiscal**: guia de orientação para as prefeituras / Amir Antônio Khair. – Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; BNDES, 2000. 144p.

MAGALHÃES, F. C. **Avaliação do processo de implantação dos núcleos de apoio à saúde da família em Campina Grande - PB**. 2011. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENEZES, C. A. **Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda: estudo de caso**. 2011. Dissertação (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviço de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Revista Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 2011; 13(4): 28-34.

PAIM, J.S, ALMEIDA FILHO, N. **A crise na saúde pública e utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.

PIANCASTELLI, C.H., FARIA, H.P., SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe. In: Santana JP (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. p 45-50.

RAMOS, F. T. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma nova estratégia de reorganização da atenção em saúde mental?** 2013. Dissertação (Mestrado) em Saúde da Comunidade – Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2013.

RIBEIRO, F.B.; NASCIMENTO, M.A. Exercício de cidadania nos Conselhos Locais de saúde: A (Re)Significação do “Ser Sujeito”. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.35, supl.1, p.151-166 jan./jun. 2011.

ROCHA, A. M. O. et al. . **Análise do perfil profissional das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Campina Grande – PB**. Campina Grande, 2011. In: XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 2011, São José dos Campos.

ROSA, S.D. **Tecendo os fios entre educação e saúde**: a formação profissional na Residência Multiprofissional em Saúde. 2012. 221f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. São Carlos, 2008.

SOLEMAN, C. **O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**: compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho. Dissertação na área de Serviços Públicos de Saúde – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, 14(2): 477-486, 2009.

TREVISAN, L.N; JUNQUEIRA, L.A.P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UFSCar. **Proposta de termo de referência para apoio matricial residente nas unidades de saúde da família do município de São Carlos**. Material elaborado em oficina realizada pelos residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade – turma 2007-2009. São Carlos, 2007.

UFSCar. **Manual da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade 2008-2010**. Universidade Federal de São Carlos- Prefeitura Municipal de São Carlos. São Carlos: EdUFSCar, 2008.

VIANA, A.L.; BAPTISTA, T.V.F. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz / Cebes. 2008, p. 575-625.

VIANA, A.L.; MACHADO, C. V.. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n 3, p. 807-817, maio/jun. 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, L.G. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Roteiro preliminar de entrevista com gestores

Primeiro momento: esclarecimentos sobre a pesquisa - objetivos, justificativa da escolha da instituição e do profissional entrevistado, autorização para gravar e assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido.

Segundo Momento: caracterização do entrevistado

Nome (sigilo):

Sexo:

Idade:

Profissão:

Escolaridade/Formação:

Atividade que desenvolve:

Tempo de desempenho da função:

Terceiro Momento: desenvolvimento do diálogo.

1- Como é a história da implantação do NASF em São Carlos?

- a. Quais foram os precedentes? (trabalhos anteriormente desenvolvidos, outras experiências de gestão, diretrizes já conhecidas, etc.)
- b. Quem foram os atores diretamente envolvidos (individuais e coletivos)?
- c. Quais foram os marcos conceituais (de textos governamentais e/ou acadêmicos) utilizados para embasar a implantação?
- d. Que documentos foram produzidos para sustentar a implantação?
- e. Em que se baseou a construção da metodologia de trabalho?
- f. Como se pensou a composição das equipes?
- g. Como se deu a contratação dos profissionais no momento de implantação e como se faz isso atualmente?

2- Em que se avançou desde o início da implantação?

3- Quantas equipes de NASF há atualmente em São Carlos?

4- Seria possível ter acesso a dados detalhados e atualizados sobre o NASF com a composição de cada equipe em atuação, discriminando-se as categorias profissionais em cada uma delas?

5- Há estratégias de monitoramento e avaliação do processo de implantação do NASF em São Carlos?

6- Como você acha que deve ser a atuação da equipe NASF?

Encerramento: agradecimento ao entrevistado(a) por sua participação na entrevista e consequente colaboração para desenvolvimento da pesquisa.

APÊNDICE 2 – Roteiro preliminar do Grupo Focal com os integrantes do NASF

Primeiro momento: esclarecimentos sobre a pesquisa - objetivos, justificativa da escolha da instituição e dos profissionais participantes, autorização para gravar e assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido.

Segundo momento: desenvolvimento do grupo.

- 1- Qual a formação profissional de cada um?
- 2- Há quanto tempo vocês atuam no NASF?
- 3- Houve uma formação pela Secretaria antes de ingressar no campo?
- 4- Como foi a forma de acesso?
- 5- Como vocês acham que deveria ser a atuação da Equipe NASF?
- 6- Na equipe de vocês, como o trabalho é realizado? (relação com as ESF)
- 7- Como é trabalhar em uma equipe interdisciplinar?
- 8- Vocês sentem falta do trabalho de profissional de outra(s) categoria(s)? Qual(is)? Por quê?
- 9- Quais as conquistas e desafios identificados por vocês na atuação do NASF?

Encerramento: agradecimento aos profissionais por sua participação no grupo focal e consequente colaboração para desenvolvimento da pesquisa.

APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “O Processo de Implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em um município do interior do estado de São Paulo - SP”, que será realizada para a elaboração da dissertação para a conclusão do Mestrado Profissionalizante do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos – SP.

Você foi selecionado por fazer parte da equipe do NASF ou por ser ou ter sido um gestor que participou do processo de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família dentro do município a ser pesquisado.

Esta pesquisa será realizada pelo Educador Físico Daniel Freire Nordi e está sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Lúcia Teixeira Machado e da co-orientação da Prof^a Dr^a Adriana Barbieri Feliciano, do Depto de Enfermagem da UFSCar.

A presente pesquisa pretende investigar e analisar as concepções dos gestores e trabalhadores da equipe NASF, sobre como foram as ações e iniciativas dentro do processo de implantação da equipe no município.

Convidamos você a nos conceder uma entrevista com perguntas abertas sobre a temática e suas percepções sobre a mesma. A entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita. O uso deste material ficará restrito aos propósitos desta pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição e você poderá acessar a qualquer tempo, às demais informações que julgar necessárias.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Esta pesquisa incorrerá em riscos mínimos que poderá ser o cansaço do entrevistado durante a entrevista. Caso isso ocorra você poderá interrompê-la a qualquer momento e retomá-la caso queira.

Esta pesquisa poderá contribuir para o entendimento de como se deu o processo de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família no município estudado.

Aponta-se ainda a possibilidade de suscitar discussões e reflexões em nível local sobre como essa equipe atua e disparar ações/ideias para otimização do processo de trabalho e também de sua implantação, já que as equipes NASF estão em crescente aumento pelo Brasil.

Assinatura do Pesquisador

Daniel Freire Nordi

End. Alameda dos Miosótis, 42, São Carlos, SP

Cel: (16) 81536946

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, de de

Assinatura do sujeito

ANEXOS

ANEXO 1

Projeto de Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF do Município.

1– Introdução

O Sistema Único de Saúde tem como um dos seus princípios a garantia da Integralidade das ações. Esse princípio também é um dos pilares de organização da Atenção Básica à Saúde. A Integralidade significa a abordagem do indivíduo sem fragmentação da assistência, no contexto familiar e social no qual está inserido. Significa também a organização das práticas de saúde integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. No âmbito da organização do sistema de saúde, significa a garantia de acesso aos diferentes níveis de “complexidade” da atenção. Outro sentido importante é o de oferecer respostas não apenas a um recorte de problemas, mas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade, o que caracterizaria a Atenção Básica como a principal porta de entrada (primeiro contato) do usuário no sistema de saúde. Um dos principais desafios para a qualificação da estratégia Saúde da Família é a necessidade de avançar na Integralidade e na Resolubilidade da atenção.

A Atenção Básica deseja implementar ações para além das áreas estratégicas mínimas preconizadas para a Atenção Básica a partir da agregação de outros profissionais ao trabalho das ESF, no cotidiano de cuidar de indivíduos, famílias e comunidade, se faz necessário.

É sabido que a inserção dessas ações no âmbito da atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, multiprofissionalidade e transdisciplinaridade, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Estas ações devem buscar promover a cidadania e a autonomia de usuários e seus familiares.

No sentido de avançar na consecução da Integralidade da Atenção e da Gestão em saúde e no aumento da Resolubilidade é que o Departamento de Atenção Básica elabora este projeto visando a adesão aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Pressuposto do arranjo organizacional: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde com conseqüente humanização. Tem que nortear este arranjo a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

Pretende-se com este novo arranjo organizacional investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial das equipes das USFs. Criar uma nova forma de organização capaz de produzir outra cultura e outra forma de lidar com as expressões pessoais dos sujeitos, que não aquelas centradas, por um lado, nos interesses de grupos específicos e, por outro, na falta de participação de cada trabalhador da equipe. O arranjo proposto é transversal, no sentido de estimular novos padrões de relação que perpassem os trabalhadores, as equipes e os usuários, de forma a ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde, favorecendo a troca de informações. As equipes de referência e o apoio matricial são dois arranjos organizacionais com características de transversalidade. Na proposta, a **equipe de referência territorial** (USF organizada segundo características e objetivos da própria Unidade e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos) tem a responsabilidade pelas famílias cadastradas, estabelece o vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. As equipes de referência territoriais são responsáveis pela atenção integral do usuário, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos (apoio matricial), quando necessário. Tem a responsabilidade principal pela condução do caso. O **apoio matricial** é um arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de referência. Se a equipe de referência é “**A**” responsável pelos “**SEUS**” usuários, ela geralmente não os encaminha, ela pede apoio. Os profissionais de apoio matricial, sempre que necessário, participa junto da elaboração de projetos terapêuticos dos usuários que recebem atenção de ambas as equipes e ajuda as equipes de referência a incorporarem conhecimentos para lidar com casos mais simples. Portanto, o apoio matricial é uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência. A equipe de referência e o apoio matricial, juntos, atuam de

modo transdisciplinar nos projetos terapêuticos, possibilitando uma atenção mais integral.

O Apoio Matricial constitui-se então num arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas à Equipe de Referência. Os diferentes profissionais dos irão compartilhar determinados usuários e projetos terapêuticos com a equipe de saúde local (no caso as Equipes de Referência responsáveis pelas famílias de um dado território). Este compartilhamento se produz em forma de **co-responsabilização**, que pode se efetivar através de ações conjuntas: discussões de casos, intervenções junto às famílias e comunidades, proposição de atividades específicas que não aquelas desenvolvidas pela equipe de saúde local e/ou atendimentos clínicos.

A **responsabilização compartilhada** dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, desenvolvendo a educação permanente no processo de trabalho. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a transdisciplinaridade, qualificando e ampliando a clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e/ou sintomatológica, na análise singular de cada caso. Dessa maneira, riscos e vulnerabilidades sociais dentre outros se incorporam à avaliação clínica.

A incorporação de outras profissões na forma de Apoio Matricial, integra a Política Nacional de Promoção da Saúde, já que em seu âmbito trabalha-se com o conceito ampliado de saúde, definido como resultado dos modos de organização social da produção no contexto histórico de uma sociedade, exigindo a formulação e a implementação de uma política que invista na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades, garantindo-lhes a saúde como direito de cidadania e como recurso fundamental para a vida diária.

O Município tem vivenciado com êxito este modelo de organizar as práticas em saúde com a parceria desenvolvida com a Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. A efetiva inserção na Rede de Cuidado dos Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família, com o estabelecimento de Equipes de Apoio Matricial constituído por: farmacêutico, psicólogo, fisioterapeuta; terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, educador físico e fonoaudiólogo e da inserção de

profissionais contratados pela Prefeitura Municipal, a saber: psiquiatra, fisioterapeuta e farmacêutico, têm proporcionado um “novo fazer” na Estratégia Saúde da Família mais integral e resolutivo.

II – Objetivos

II. 1. Objetivo Geral

Ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica.

II. 2. Objetivos Específicos

- Estabelecer Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuem em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família – ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na Unidade na qual o NASF está cadastrado;
- Rever a prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS; e
- Buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementariedade do trabalho das Equipes Saúde da Família – ESF.

III – Proposta

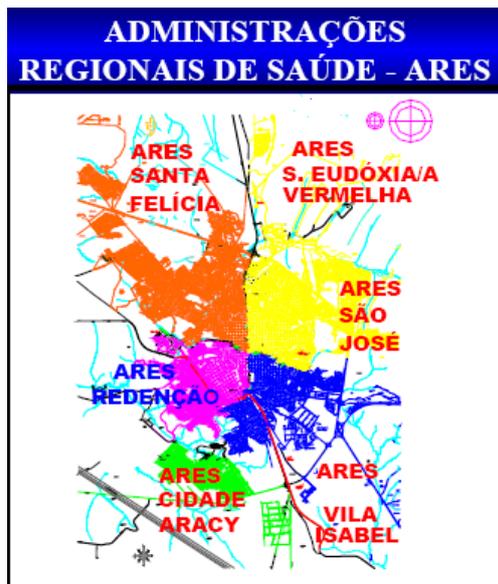
A proposta é a adesão ao NASF 1, modalidade que pressupõe de acordo com a portaria a constituição de equipes compostas por no mínimo 05 profissões de nível superior.

As profissões propostas são:

- Nutricionista;
- Terapeuta Ocupacional;
- Fonoaudiólogo;
- Psicólogo;
- Assistente Social.

Observação: O município já conta com Fisioterapeuta; Farmacêutico e Psiquiatra no Apoio Matricial às Equipes de Saúde da Família.

A Secretaria Municipal de Saúde organizou seu Território em 05 Administrações Regionais - ARES (Figura 1) e tem vinculado em todos os ARES Unidades Básicas de Saúde – UBS e Equipes de Saúde da Família – ESF, a saber:



- ARES Cidade Aracy
- ARES Santa Felícia
- ARES São José
- ARES Vila Isabel
- ARES Redenção
- * ARES São José incluem o ARES Santa Eudóxia e Água Vermelha (área rural).

Quadro 1 – Equipes de Saúde da Família segundo Administração Regional. SMS/DAB, junho de 2008.

ARES	Equipes de Saúde da Família
Cidade Aracy	Antenor Garcia
	Presidente Collor
	Cidade Aracy – Equipe I
	Cidade Aracy – Equipe II
Santa Felícia	Romeu Tortorelli
	Santa Angelina
	Jardim Guanabara
	Jockey Clube
São José	Água Vermelha
	Santa Eudóxia
	Jardim Munique
	Astolfo (em implantação)
Vila Isabel	Jardim Gonzaga
	USF Cruzeiro do Sul – Equipe I
	USF Cruzeiro do Sul – Equipe II
Redenção	USF Jardim São Carlos

Fonte: DAB/SMS.

A proposta considera 02 NASF da seguinte forma:

1. NASF – Equipe I cadastrado na USF Antenor Garcia e responsável pelo apoio às ESF dos ARES Cidade Aracy; ARES Vila Isabel e ARES Redenção.
2. NASF – Equipe II cadastrado na USF Jockey Clube e responsável pelo apoio às ESF dos ARES Santa Felícia e ARES São José.

IV – Atribuições comuns dos profissionais dos NASF

- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
- Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

V – Áreas Estratégicas e Respectivas Ações

V.1. Reabilitação

Desenvolvimento de ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo

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

Ações:

- Realizar diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF;
- Desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado;
- Desenvolver ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil;
- Desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento;
- Realizar ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;
- Acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF;
- Desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos;
- Desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros;
- Realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos;
- Capacitar, orientar e dar suporte às ações dos ACS;
- Realizar, em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares;
- Desenvolver projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- Orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo;

- Desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão;
- Acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes;
- Acompanhar o uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário;
- Realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde; e
- Realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência.

V.2. Alimentação e Nutrição

Desenvolvimento de ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis.

Ações:

- Conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- Promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários;
- Capacitar ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; e
- Elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento.

V.3. Saúde Mental

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

Ações:

- Realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- Apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;
- Discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;
- Criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;
- Evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;
- Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc;
- Priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;

- Possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e
- Ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

V.4. Serviço Social

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

Ações:

- Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;
- Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;
- Discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
- Atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- Identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
- Discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
- Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;
- Identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;
- Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;

- Desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
- Estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;
- Capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e
- No âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenioterapia.

VI – Custo da Proposta

O custo para o Município, considerando a política salarial vigente pode ser observada no quadro abaixo.

Quadro 2 – Custo com profissionais segundo política salarial vigente. SMS/DAB, junho de 2008.

NASF	Profissão	Jornada de Trabalho	Número de Profissionais	Salário Base* + Benefícios**	Custo Mensal: Salário + Encargos***
Equipe I e II	Terapeuta Ocupacional	30	04	R\$ 1.928,22	R\$ 3.063,21
	Nutricionista	40	02		
	Fonoaudiólogo	40	02		
	Psicólogo	40	02		
	Assistente Social	40	02		

Total	R\$ 36.758,52 (R\$ 3.063,21 x 12)
--------------	--

Fonte: Divisão de Gestão de Pessoas/SMS

* Salário Base: R\$ 1.736,08

** Assiduidade (6% do Salário Base): R\$ 109,14; Insalubridade: R\$ 83,00.

*** Encargos (INSS + FGTS + Vale Transporte): R\$ 642,30. Foi considerando as férias, 13º e 14º salário.

VII – Repasse do Ministério da Saúde

Quadro 3 – Repasse do Ministério da Saúde. SMS/DAB, junho de 2008.

Custeio Mensal*	Estruturação dos NASF**
R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00

Fonte: Portaria GM Nº. 154, de 24 de Janeiro de 2008.

* 02 NASF. ** Parcela única no mês subsequente da informação no cadastro inicial

VIII – Quadros com as Informações Necessárias para Adesão/Implantação dos NASF

VIII. 1 – Caracterização Geral

Nº. do NASF: Equipe I – Antenor Garcia
Nº. do EAS no CNES: 2063123

Área Geográfica de Atuação	Equipe de Saúde da Família Vinculada	População Estimada
Bairro Antenor Garcia	ESF Antenor Garcia	5.833
Bairro Presidente Collor	ESF P. Collor	3.171
Bairro Cidade Aracy I	USF Cidade Aracy – Equipes I	3.500
	USF Cidade Aracy – Equipes II	3.500
Bairro Jardim São Carlos	ESF Jardim São Carlos	2.717
Bairro Jardim Paulista		
Bairro Jardim Gonzaga	ESF Jardim Gonzaga	3.832

Bairro Vila Monte Carlo	USF Cruzeiro do Sul – Equipe I	3.500
Bairro Vila S. Madre Cabrine		
Bairro Vila Conceição	USF Cruzeiro do Sul – Equipe II	3.500

Nº. do NASF: Equipe II – Jockey Clube
Nº. do EAS no CNES: 2083558

Área Geográfica de Atuação	Equipe de Saúde da Família Vinculada	População Estimada
Bairro Jockey Clube	ESF Jockey Clube	2.787
Bairro Jardim Guanabara	ESF Jardim Guanabara	2.555
Residencial Monsenhor Romeu Tortorelli	ESF Romeu Tortorelli	2.266
Loteamento Social Santa Angelina	ESF Santa Angelina	2.835
Distrito de Água Vermelha incluindo área rural	ESF Água Vermelha	2.932
Distrito de Santa Eudóxia incluindo área rural	ESF Santa Eudóxia	2.513
Jardim dos Coqueiros, parte do Jardim Munique e parte do Residencial Maria Stela Fagá	ESF Jardim Munique	2.058
Bairro Astolfo e parte do Jardim Itamaraty	ESF Astolfo	3.500

VIII. 2 – Áreas de Apoio do NASF

Área	Ocupações	Nome dos Profissionais	Carga Horária	Carga Horária Semanal por ocupação
Alimentação	Nutricionista	A contratar	08	40
Reabilitação	Fonoaudiólogo		08	40
Saúde Mental	Terapeuta Ocupacional		06	30
	Psicólogo		08	40
Serviço Social	Assistente Social		08	40

VIII. 3 – Infra-Estrutura – Material Permanente e outros.

Material	Existente	Qtde.	A adquirir	Qtde.
Balança Nutricional Computadorizada Digital	Sim	05	Sim	11
Estadiômetro Profissional	Sim	05	Sim	11
Trena Antropométrica com trava e cálculo do IMC	Não	-	Sim	16
Software para Avaliação Nutricional	Sim	02	Sim	14
Adipômetro	Sim	05	Sim	11
Flanelógrafo da Pirâmide da Saúde	Não	-	Sim	16
Curso Aprendendo a Comer com os Nutriamigos	Não	-	Sim	16
Kit Dedoches de Feltro – “Brincando com os Alimentos”	Sim	05	Sim	11
Banner da Pirâmide da Saúde	Não	-	Sim	16
Paquímetro Motricidade Orofacial	Não	-	Sim	16
Bandinha Musical Rítmica 34 instrumentos	Não	-	Sim	16
Conjunto Fono Articulação - Fonemas Laterais e Vibrantes (l/r/R, r/l, r/s e l/h)	Não	-	Sim	16
Trabalhando com a Ortografia: Os Grafemas R e RR em questão	Não	-	Sim	16
Letras Imantadas	Não	-	Sim	16
Álbum de Figuras para Nomeação: Avaliação de Linguagem Oral	Não	-	Sim	16
Estimulador Visual	Não	-	Sim	16
Martelo Buck	Não	-	Sim	16
Software: distúrbios de comunicação; fala e linguagem; voz; leitura e escrita e educativos.	Não	-	Sim	16

VIII. 4 – Forma de Contratação de Recursos Humanos

Ocupação	Forma de Recrutamento	Forma de Seleção	Forma de Contratação	Regime de Trabalho
Terapia Ocupacional	Concurso Público	Prova	Efetivo	CLT
Nutrição		Objetiva		
Fonoaudiologia		+		
Psicologia		Prova de		
Serviço Social		Títulos		

VIII. 5 – Quadro de Metas das Ações em Áreas Estratégicas

Área Estratégica	Ações Propostas para o NASF	Quantitativo de Ações Programadas por ano*
Alimentação	▪ Atividade Educativa e Orientação em Grupo na Atenção Básica	▪ 3.520
	▪ Visita Domiciliar em Reabilitação	
	▪ Consultas na USF ou no Domicílio	▪ 3.520
	▪ Terapia em Grupo	▪ 880
	▪ Terapia Individual	▪ 1.760
	▪ Assistência Domiciliar	▪ 1.760
	▪ Abordagem Cognitiva Comportamental do Fumante	▪ 1.760
	▪ Tratamentos de Anemias Nutricionais	
	▪ Tratamento de Desnutrição e Obesidade	▪ 2.640
		▪ 2.640
Reabilitação	▪ Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Básica	▪ 3.520
	▪ Visita Domiciliar em Reabilitação	
	▪ Avaliação de Linguagem Escrita/Leitura	▪ 3.520
	▪ Avaliação de Linguagem Oral	▪ 2.640
	▪ Avaliação para Diagnóstico de Deficiência Auditiva	▪ 2.640
	▪ Consultas na USF ou Domicílio	▪ 2.640

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia em Grupo ▪ Terapia Individual ▪ Assistência Domiciliar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 880 ▪ 1.760 ▪ 1.760 ▪ 1.760
Serviço Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atividade Educativa e Orientação em Grupo na Atenção Básica ▪ Visita Domiciliar em Reabilitação ▪ Acompanhamento de Pacientes em Reabilitação ▪ Acompanhamento de Paciente do Bolsa Família ▪ Consultas na USF ou Domicílio ▪ Terapia em Grupo ▪ Terapia Individual ▪ Assistência Domiciliar ▪ Abordagem Cognitiva Comportamental do Fumante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3.520 ▪ 3.520 ▪ 2.640 ▪ 1.760 ▪ 880 ▪ 1.760 ▪ 1.760 ▪ 2.640 ▪ 1.760
Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atividade Educativa e Orientação em Grupo na Atenção Básica ▪ Visita Domiciliar em Reabilitação ▪ Acompanhamento de Pacientes em Reabilitação ▪ Consultas na USF ou Domicílio ▪ Terapia em Grupo ▪ Terapia Individual ▪ Assistência Domiciliar ▪ Abordagem Cognitiva Comportamental do Fumante ▪ Aplicação de Testes para Psicodiagnóstico ▪ Atendimento de Grupo em Psicoterapia ▪ Atendimento Individual em Psicoterapia ▪ Prática Corporal ▪ Acompanhamento de Paciente em Reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8.500 ▪ 6.600 ▪ 3.200 ▪ 4.200 ▪ 5.200 ▪ 3.100 ▪ 2.100 ▪ 1.100 ▪ 1.100 ▪ 2.100 ▪ 1.100 ▪ 1.100 ▪ 3.100

* Estimativa

IX - Referências Bibliográficas

Campos, G. W. S (1992). Reforma da reforma, repensando a saúde. São Paulo, Hucitec.

Campos, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.

Ministério da Saúde: Texto de circulação restrita de “Criação dos Núcleos de Saúde Integral” para 2005.

Ministério da Saúde: Cartilhas da Política Nacional de HumanizaSUS.

Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008.

02 de junho de 2006.

ANEXO 2**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS/UFSCar****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Pesquisador: Daniel Freire Nordi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11648612.4.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 189.420

Data da Relatoria: 05/02/2013

Apresentação do Projeto:

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Sua implantação nos municípios deve seguir as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e suas portarias constituintes. Diante disso este estudo pretende analisar o processo de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família em um município do interior do estado de São Paulo e propor reflexões sobre uma política pública recente no Brasil e principalmente no município a ser realizada a investigação, podendo ser útil para se repensar os processos e a organização do trabalho do NASF. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa através da análise de políticas públicas e a análise do discurso. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores e equipe NASF do município a ser pesquisado, além de um grupo focal com o NASF. Essa pesquisa justifica-se pela necessidade de análise e posterior produção de conhecimento sobre esse novo arranjo que visa aperfeiçoar o trabalho das ESF, agregando novos olhares e jeitos de realizar o cuidado da população.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Analisar o processo de implantação do NASF no município

Objetivo Secundário:

-Identificar através de documentos/projetos como foi a implantação da equipe do NASF no município; descrever como foi realizada a composição da equipe do NASF; - conhecer a compreensão de gestores e da equipe NASF sobre como foi o processo e implantação da mesma.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto considerado aprovado. O pesquisador atendeu à pendência do parecer anterior. Segue a Resolução 196/96.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 27 de Janeiro de 2013

Assinado por:

Maria Isabel Ruiz Beretta

(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905

UF: SP Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br