



UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO SAÚDE E EDUCAÇÃO
STRICTO SENSU

FLÁVIA LUZIA LOPES BARBOSA BERTACI

A PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO NASF – NÚCLEO
DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SUA IMPLANTAÇÃO NO
MUNICÍPIO DE MATÃO/SP – UM ESTUDO DE CASO

RIBEIRÃO PRETO
2016

FLÁVIA LUZIA LOPES BARBOSA BERTACI

A PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO NASF – NÚCLEO
DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SUA IMPLANTAÇÃO NO
MUNICÍPIO DE MATÃO/SP – UM ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada à Universidade de
Ribeirão Preto - UNAERP como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida de
Souza Lehfeld

RIBEIRÃO PRETO
2016

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

Bertaci, Flávia Luzia Lopes Barbosa, 1981-
B536i A percepção da equipe multiprofissional do NASF – Núcleo de
Apoio à Saúde da Família sobre sua implantação no município de
Matão/SP: um estudo de caso /Flávia Luzia Lopes Barbosa
Bertaci. - Ribeirão Preto, 2016.
82 f. il. color.

Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2016.

1. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Implantação.
2. Equipe multiprofissional. I. Título.

CDD 610

FLÁVIA LUZIA LOPES BARBOSA BERTACI

A PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE A IMPLANTAÇÃO
DO NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
MATÃO/SP – UM ESTUDO DE CASO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde


Data da defesa: 07 de novembro de 2016

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof.ª Dra. Erika Monteiro de Souza e Savi
UFU – Universidade Federal de Uberlândia



Prof.ª Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2016

Dedico a DEUS que me deu sabedoria e me guiou até o fim.
Aos meus pais IZABEL e CÍCERO que me permitiram estar aqui.
Ao meu filho NÍCOLAS tudo é pra você.
Em especial ao meu esposo, companheiro, amigo MOACIR que esteve presente desde o momento em que decidimos juntos a realização deste sonho, sempre compreensivo e determinado, me mostrando o melhor caminho a seguir. Obrigada!
Esta realização é por vocês!

AGRADECIMENTO

A Deus, pelas conquistas até o momento, mas peço a Ele para me dar sabedoria para conquistar muito mais.

Aos meus pais Izabel e Cícero, por me ajudarem e apoiarem sempre, em tudo que me proponho a realizar.

À minha Vó Maria, simplesmente, por estar aqui comigo para comemorar.

Ao meu filho Nicolas, eu vivo por você, porque você é minha vida e meu MILAGRE!

Moacir, obrigada por você existir em minha vida, por me fazer sonhar, sentir melhor, crescer, rir, acreditar, querer mudar, ir em frente, compartilhar, pois se não fosse seu zelo, dedicação e amor para comigo, talvez eu não teria felicidade. Agradeço-lhe por tudo.

À minha orientadora Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld, por confiar no meu potencial e pela sabedoria dedicada, proporcionando a realização deste sonho tão importante em minha vida.

À coordenadora Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva, aos funcionários e a todos os docentes do Mestrado Profissional em Saúde e Educação da UNAERP, em especial às professoras que compuseram a banca para minha qualificação e defesa, pela dedicação, seriedade e sabedoria que transmitiram.

Aos meus novos amigos do Mestrado que demonstraram o quão é importante a amizade e o companheirismo, independentemente da distância, em especial a minha nova AMIGA Camila Bergamin.

Minha gratidão aos participantes da pesquisa, à equipe do NASF 1 do município de Matão/SP, obrigada por contribuírem para a ciência.

“Ensinar é um exercício de imortalidade. De alguma forma continuamos a viver naqueles cujos olhos aprenderam a ver o mundo pela magia da nossa palavra. O professor, assim, não morre jamais [...].”

(Rubem Alves)

APRESENTAÇÃO

Como profissional de enfermagem, formada pela Universidade de Araraquara – UNIARA, no ano de 2008, sempre gostei muito da área de saúde pública em especial pela estratégia saúde da família, fiz especialização em Atenção Básica com ênfase na saúde da família pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP (2010).

Em 2009, logo após a conclusão do curso de enfermagem, fui contratada como enfermeira no Hospital Carlos Fernando Malzoni, onde exerci a função de enfermeira gerencial e assistencial, em diversos setores desta instituição.

Em abril de 2011, fui convidada a participar do quadro de docentes da Faculdade de Taquaritinga – FTGA do curso de Enfermagem, onde pude me dedicar à educação e ao aprimoramento dos futuros enfermeiros da nossa região, pois minha preocupação era saber se o que estava transmitindo era assimilado pelos alunos, uma vez que considerava a questão didática muito importante. Fiz vários outros cursos que muito acrescentaram para minha atuação prática em área específica.

Desde então, senti necessidade de um maior preparo para prestar ensinamentos de forma mais estruturada e veio o desejo por ingressar em uma pós-graduação *stricto sensu* que além de aumentar meus níveis de conhecimentos atenderia ao imperativo de acrescentar novas possibilidades de atuação profissional, para poder transmitir, ensinar, passar minhas experiências vividas, e no ano de 2015, iniciei o meu Mestrado.

Mesmo não atuante na saúde pública, surgiu a curiosidade de saber como estava acontecendo a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na cidade de Matão/SP e como esses profissionais estavam desenvolvendo suas ações, na prática profissional, verificando e acompanhando suas reuniões. Dessa forma, surgiram vários questionamentos que me fizeram refletir sobre a importância da implantação deste Núcleo no município, as ações que estes profissionais estavam desenvolvendo com a população, em conjunto com as equipes da Estratégia Saúde da Família. Passei a acompanhar as reuniões de equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para observar, foi aí que aumentaram minhas indagações acerca de toda esta problemática que envolve a implantação de um serviço novo na saúde pública.

Sabe-se que o Sistema Único de Saúde nos fornece ferramentas para que possamos trabalhar em prol de uma comunidade e suas necessidades, a fim de melhorar a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de todos e percebendo a preocupação da equipe

multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em não medir esforços para cada vez mais atingir um nível de excelência no atendimento desta população.

Como proposta deste estudo, acredito poder contribuir de forma positiva para as ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e que também possa fazer uma interface com os programas afins, como a Estratégia Saúde da Família e demais programas da rede pública de saúde. Tendo em vista esta conjunção de questões ligadas à qualidade de atendimento à saúde da população deste município e as indagações por mim evidenciadas é que surgiu o objeto da minha pesquisa para elaboração desta dissertação de mestrado.

RESUMO

BERTACI, F. L. L. B. A percepção da equipe multiprofissional do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família sobre sua implantação no município de Matão/SP – Um estudo de caso. **Mestrado Profissional em Saúde e Educação**. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2016.

O Sistema Único de Saúde representa um novo modelo hegemônico de saúde para o país, centrado na prevenção de agravos, na promoção da saúde e relacionado à qualidade de vida da população. A Estratégia Saúde da Família é um modelo estruturante dos sistemas municipais de saúde, com o objetivo de reorientação assistencial, e assume uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde para atender às demandas da cobertura assistencial em áreas de risco social elevado. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado para dar matriciamento às equipes da Estratégia Saúde da Família, a fim de aumentar sua resolutividade, com o compromisso de as equipes multiprofissionais atuarem no gerenciamento de ações e no desenvolvimento de mecanismos facilitadores para melhorar a qualidade da saúde do indivíduo e da comunidade. A pesquisa tem como objetivo compreender a atuação da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a sua relação com as equipes da Estratégia Saúde da Família no município de Matão/SP e construir conhecimento teórico-científico na área da saúde pública, contribuindo com fundamentos para a melhoria dos serviços de saúde. É um estudo de caso com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, cujos dados foram obtidos através de entrevistas estruturadas, com a utilização de um instrumento norteador com perguntas abertas sobre o conhecimento dos entrevistados acerca do trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município. A amostragem foi intencional, com os profissionais dessa equipe. A análise de dados foi realizada por meio da análise de conteúdo com a apresentação de três categorias e sete eixos temáticos que abordaram: a percepção cognitiva dos profissionais acerca da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional e as dificuldades encontradas pela mesma para otimização dos serviços de saúde prestados. Observou-se que a equipe foi bem estruturada para atender às necessidades da população através de reuniões e grupos de estudos, para reforçar o suporte à Estratégia Saúde da Família, mas que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família é uma ferramenta que está em processo de construção e que realiza ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, de acordo com as demandas da Estratégia Saúde da Família. As dificuldades encontram-se no trabalho inter equipe e transdisciplinar na resistência às mudanças e às reuniões; contudo, a resiliência dos profissionais está aprimorando os serviços de saúde prestados. Conclui-se que é fundamental que as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família trabalhem em conjunto com as equipes da Estratégia Saúde da Família para substituir o modelo médico atual, reforçar as diretrizes na atenção à saúde e horizontalizar as relações com trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

Palavras-chaves: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Implantação. Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

BERTACI, F.L.L. B. The multidisciplinary team perception of the NASF – Center for supporting the family health about you implantation in the municipality in Matão/SP – A case study. **Marter's degree in Health and Education.** University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2016.

The Unique Health System represents a new hegemonic model of health to the country, focused on preventing the aggravations, on the promotion of health and relating to the life quality of the population. The Family Health Strategy is a structural model of the municipal systems of health, with the goal of care reorientation, and assumes a new dynamic in the organization of health services and actions to attend the demand of the care coverage in areas of high social risk. The Center for supporting the family health was created to give matrix to the Family Health Strategy, in order to increase the resoluteness, with the commitment of the multidisciplinary team to act in the management of the actions and the facilitative mechanisms development to improve the quality of health of the individual and the community. The research has as goal to understand the performance of the Center for supporting the family health and it's relation with the Family Health Strategy teams in the city of Matão/SP and to build theoretical-scientific knowledge in the public health area, contributing with foundations to improve the health service. It is a case study with qualitative, explanatory and descriptive approach, whose data were obtained through organized interviews, with the use a guiding device with open-ended questions about the interviewees' knowledge regarding the work developed by the Center for Supporting the Family Health in the city. The data analysis was done by the content analysis with a presentation of three categories and seven guiding themes that addresses: the cognitive perception of the professionals regarding to the implementation of the Center for Supporting the Family Health, the developed actions by the multidisciplinary team and the difficulties found by it to optimization of the health services provided. It was observed that the team was well organized to attend the population needs by meetings and study groups, to reinforce the support to the Family Health Strategy, but that the Center for Supporting the Family Health is an instrument that is in development process and that perform actions of promotion, prevention and rehabilitation of the health, according to the demands of the Family Health Strategy. The difficulties are found inter teams and interdisciplinary and in the resistance to the changes and to the meetings; however, the workers resilience is improving the health services provided. It is concluded that it is fundamental that the teams of the Center for Supporting the Family Health work together with the Family Health Strategy to substitute the current medical model, reinforcing the guidelines in the attention to the health and level the relation with interdisciplinary and multidisciplinary work.

Key-words: Center for Supporting the Family Health. Implementation. Multidisciplinary Team.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Equipes de atuação no NASF.....	37
Figura 2: Cidade de Matão 1970.....	41
Figura 3: Cidade de Matão 2015.....	41
Figura 4: Infográfico da cidade de Matão.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde.....	21
Quadro 2: Caracterização das participantes da pesquisa realizada no NASF I na cidade de Matão/SP em outubro de 2016.....	48
Quadro 3: Categorias e eixos temáticos.....	50
Quadro 4: Ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional do NASF e seu direcionamento.....	60
Quadro 5: Dificuldades encontradas na implantação do NASF pela equipe multiprofissional.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: A percepção cognitiva dos profissionais do NASF da cidade de Matão/SP, sobre sua implantação.....	52
Tabela 2: As ações desenvolvidas pela equipe do NASF na cidade de Matão/SP.....	59
Tabela 3: As dificuldades encontradas pelo NASF para otimização dos serviços de saúde.....	64

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSs	Agentes Comunitários de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência de Especialidades de Assistência Social
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFs	Estratégias Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASFs	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PTSs	Projetos Terapêuticos Singulares
PUBMED	<i>Public Medline or Publisher Medline</i>
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SCIELO	Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros

SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSs	Unidades Básica de Saúde
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 JUSTIFICATIVA	18
1.2 HIPÓTESE	19
1.3 OBJETIVO GERAL.....	19
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
1. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 OS CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL	20
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	27
2.3 ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA.....	28
2.4 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	31
2.5 PROCESSOS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO NASF.....	35
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	39
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	39
3.2 LOCAL DO ESTUDO	40
3.2.1 Caracterização do local do estudo	40
3.3 UNIVERSO E AMOSTRA DA PESQUISA.....	43
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	44
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	45
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	45
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	46
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	47
4.1 PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO NASF.....	47
4.2 CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....	49
5. CONCLUSÃO.....	67
6. REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A: ENTREVISTA ESTRUTURADA DA EQUIPE DO NASF.....	77
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	78
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....	79
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	80

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. Sua função é realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar (PAIM et al., 2011).

Com a instituição do Programa da Estratégia Saúde da Família (ESF) pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, como modelo de atenção para a reestruturação e a consolidação da atenção básica em saúde no Brasil, as ações do SUS neste nível de atenção têm-se fortalecido com as intervenções multiprofissionais desenvolvidas para a promoção da saúde. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pela Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de redefinição, qualificação, resolutividade e ordenação das redes de atenção básica (AB), ampliando as ações de cuidado em saúde na AB e ESF.

O desenvolvimento deste trabalho ocorreu no município de Matão/SP, onde há um NASF 1 que atende às equipes da ESF que operam no município. Esse serviço é relativamente recente e está em fase de implantação. Buscou-se compreender a percepção cognitiva dos profissionais que integram a equipe multiprofissional e interdisciplinar do NASF, as ações desenvolvidas pelo mesmo e as dificuldades em sua implantação e operação.

Foi desenvolvido um estudo de caso exploratório descritivo, por meio de entrevistas estruturadas, que utilizou um instrumento norteador com perguntas aplicadas à equipe multiprofissional do NASF, e a análise dos dados foi mediante a análise de conteúdo de Bardin (2011).

Nesta dissertação, a revisão de literatura foi subdividida em cinco subitens, ou seja: a história da saúde no Brasil; o Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da Família; o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o processo de trabalho dos profissionais do NASF.

1.1 JUSTIFICATIVA

De acordo com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o NASF atua junto às equipes da ESF como um órgão de suporte para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, e sua implantação é relevante para os serviços de saúde no país.

O NASF realiza, com as equipes da ESF e da AB do município, o gerenciamento das ações de saúde e dá suporte por meio da sua equipe multiprofissional, para a melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde do indivíduo; isso, ainda, aliado às novas ferramentas de educação em saúde, praticadas nos programas de Educação Permanente do Município.

Ao se estudar o que pensam os profissionais, sobre o seu desenvolvimento e a atuação no NASF, busca-se a construção da autonomia dessas equipes e das equipes da ESF, para identificarem ações de promoção da qualidade de vida da população por meio de ferramentas a serem utilizadas pelas mesmas como o apoio matricial, a clínica ampliada, projeto terapêutico singular (PTS) e o projeto de saúde no território (PST), a fim de atingir uma melhoria na qualidade da assistência de saúde prestada pelo município (BRASIL, 2010).

O interesse em realizar a pesquisa surgiu com a necessidade de esclarecer a importância da implantação do NASF na cidade de Matão/SP e a percepção dos profissionais da equipe multiprofissional do NASF que atuam com as equipes da ESF, no gerenciamento de ações aliadas às novas ferramentas de educação em saúde praticadas no município.

Com a necessidade da realização de programas de educação em saúde no município, faz-se necessária a implantação do NASF, para que, de forma integrativa com as equipes da ESF, se desenvolvam programas, ações e estratégias de saúde voltadas para os anseios da comunidade.

Justifica-se este estudo em função de sua contribuição que se embasa nos aspectos sócio-político-científicos, uma vez que sua contribuição social está em estudar a percepção da equipe multiprofissional do NASF e verificar as condições para melhoria dos serviços prestados à comunidade; contribui com as políticas públicas voltadas à saúde de uma população e identifica estratégias de aperfeiçoamento e implementação de novas estruturas políticas para otimização dos serviços desenvolvidos, e sua necessidade científica está em acrescentar mais elementos sobre o conhecimento dos serviços do NASF que ainda são ínfimos no meio científico e necessitam de maiores estudos para aprimoramento dos serviços de saúde.

1.2 HIPÓTESE

Embora se reconheça a importância do NASF no cotidiano da comunidade de Matão/SP, há resistência de aceitação e valorização da sua atuação por parte dos profissionais da ESF para melhorar o nível de saúde da população.

1.3 OBJETIVO GERAL

Compreender a atuação da equipe do NASF e a sua relação com as equipes da ESF no município de Matão/SP e construir conhecimento teórico-científico na área da saúde pública, contribuindo com fundamentos para a melhoria dos serviços de saúde.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Caracterizar o perfil socioprofissional da equipe multiprofissional do NASF, do município de Matão/SP;
- B. Conhecer as percepções dos profissionais do NASF após a sua implantação, nos processos de trabalho desta equipe no município de Matão/SP acerca da ESF;
- C. Evidenciar as ações que o NASF desenvolve no município, desde a sua implantação, através da articulação das equipes da ESF e a importância do trabalho multiprofissional para propiciar novos parâmetros de ações em saúde; e
- D. Descrever as dificuldades e possibilidades que o NASF tem quanto aos seus limites e potencialidades no atendimento de seus objetivos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta revisão de literatura, serão abordados os temas pertinentes para contextualizar e subsidiar a discussão sobre a temática proposta, considerando a articulação dos objetivos que foram traçados nesta pesquisa e contemplando os conceitos referentes aos Caminhos da Saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os Processos de Trabalho dos Profissionais do NASF.

2.1 OS CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL

De acordo com a história do Sistema de Serviços de Saúde do Brasil, identificam-se modelos de atenção hegemônicos e propostas alternativas, alternando-se em atender às demandas e/ou às necessidades de uma população. No Brasil, o modelo médico hegemônico refere-se ao individualismo, saúde/doença como mercadoria, biologismo, medicina curativa, consumismo médico e participação passiva dos consumidores. Já o modelo sanitarista, adotado pela saúde pública convencional, refere-se a intervenções através de campanhas ou programas, intervindo, assim, nos problemas e necessidades de saúde da população (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (1979, p.37-43), a Conferência de Alma-Ata de 1978 define os Cuidados Primários de Saúde como:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.

De acordo com Paim et al., (2011, p. 16-17), “o sistema de saúde brasileiro é constituído por uma diversidade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos”, como está demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 - O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde

	CONTEXTO MACROECONÔMICO ESOCIOECONÔMICO	CONTEXTO POLÍTICO	SISTEMA DE SAÚDE	PRINCIPAIS DESAFIOS DE SAÚDE
COLONIALISMO PORTUGUÊS (1500-1822)	Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI: <ul style="list-style-type: none"> • Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda. • Organização sanitária incipiente 	Doenças pestilenciais e assistência à saúde para a população
IMPÉRIO (1822–89)	Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização.	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária; • Administração da saúde centrada nos municípios; • Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850). 	Doenças pestilenciais e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio).
REPÚBLICA VELHA (1889-1930)	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos.	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais.	<ul style="list-style-type: none"> • Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897); • Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907); • Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923); • Incipiente assistência à saúde pela previdência social; • Dicotomia entre saúde pública e previdência social. 	Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais).

(Continuação)

	CONTEXTO MACROECONÔMICO ESOCIOECONÔMICO	CONTEXTO POLÍTICO	SISTEMA DE SAÚDE	PRINCIPAIS DESAFIOS DE SAÚDE
DITADURA VARGAS (1930-45)	Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária.	“Estado Novo” - Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazifascismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública • Previdência social e saúde ocupacional institucionalizada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio • Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose • Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38) 	Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas, esquistossomose ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais.
INSTABILIDADE DEMOCRÁTICA (1945-64)	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional.	Governos liberais e populistas	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Ministério da Saúde (1953) • Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) • Expansão da assistência hospitalar • Surgimento de empresas de saúde 	Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito).

(Continuação)

	CONTEXTO MACROECONÔMICO ESOCIOECONÔMICO	CONTEXTO POLÍTICO	SISTEMA DE SAÚDE	PRINCIPAIS DESAFIOS DE SAÚDE
DITADURA MILITAR (1964–85)	<p>Internacionalização da economia</p> <p>Milagre econômico (1968–73)</p> <p>Final do milagre econômico</p> <p>Penetração do capitalismo no campo e nos serviços</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Golpe militar, ditadura (1964) • Reforma administrativa (1966) • Crise política (eleições de 1974) <p>Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79)</p> <p>Liberalização e Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º. Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) • Transição política (1974-84) <p>Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979).</p>	<p>Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capitalização da medicina pela previdência social • Crise do sistema de saúde • Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes • Crise na previdência social • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977) • Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado • INAMPS financia Estados e municípios para expandir a cobertura. 	<p>Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito).</p> <p>Persistência de endemias rurais com urbanização.</p> <p>Doenças infecciosas e parasitárias, predominando nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste</p>

(Continuação)

	CONTEXTO MACROECONÔMICO ESOCIOECONÔMICO	CONTEXTO POLÍTICO	SISTEMA DE SAÚDE	PRINCIPAIS DESAFIOS DE SAÚDE
TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA (1985–88)	Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica.	<ul style="list-style-type: none"> • Início da “Nova República” (1985). • Saúde incluída na agenda política. • 8ª Conferência Nacional de Saúde. • Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária. • Assembleia Nacional Constituinte. • Nova Constituição (1988) 	<ul style="list-style-type: none"> • INAMPS continua a financiar Estados e municípios . • Expansão das AISs. • Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987). • Contenção das políticas privatizantes. • Novos canais de participação popular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização. • Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres. • Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS. • Epidemia de dengue

(Continuação)

	CONTEXTO MACROECONÔMICO ESOCIOECONÔMICO	CONTEXTO POLÍTICO	SISTEMA DE SAÚDE	PRINCIPAIS DESAFIOS DE SAÚDE
DEMOCRACIA (1988-2010)	<p>Crise econômica (hiperinflação)</p> <p>Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994)</p> <p>Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista</p>	<p>Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a impeachment.</p> <p>Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo vice-presidente Itamar Franco</p> <p>Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) — Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)</p> <p>Reforma do Estado (1995)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do SUS. • Descentralização do sistema de saúde. • 9ª Conferência Nacional de Saúde. • Extinção do INAMPS (1993). • Criação do Programa de Saúde da Família (1994). • Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996). • Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS • Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998). • 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde. • Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização). • Regulamentação dos planos de saúde privados. • Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999). • Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000). • Criada a lei dos medicamentos genéricos. 	<p>Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito)</p> <p>Doenças cardiovasculares, principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres</p> <p>Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária</p>

(Conclusão)

		<p>Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 e 2007-10) — Partido dos Trabalhadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS. • Emenda Constitucional 29 para a estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, Estados e municípios (2000). • Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001). • Expansão e consolidação do PHC. • Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (2003). • Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006). • Política Nacional de Atenção Básica (2006). • Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). • 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde. • Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente, 2006). • Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100.000 (2008). • Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008). 	<p>Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI</p> <p>• Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006)</p> <p>• Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização</p> <p>• Expectativa de vida sobe para 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres; 2008)</p>
--	--	--	---	---

Fonte: <http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf>

Estudos demonstram que o modelo biomédico inserido pelos usuários dos serviços de saúde começa a ser antiquado. O mesmo busca hoje em dia um cuidado ampliado, pois além dos aspectos biológicos da doença, que incluem determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, demonstrado na prática diária dos profissionais da ESF, ainda há a práxis dos cuidadores familiares (OLIVEIRA; NASCIMENTO; MARCOLINO, 2010).

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS foi instituído na Constituição Federal de 1988, pelo movimento da Reforma Sanitária, estruturado através de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, afim de obter resolutividade das demandas populacionais (BRASIL, 1990b).

Para Brasil (2000), o SUS representa um novo modelo de saúde para o país, centrado na prevenção de agravos e na promoção da saúde, relacionado à qualidade de vida da população, para a alimentação, trabalho, renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, vigilância sanitária, moradia, lazer entre outros. Como aperfeiçoamento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, têm-se identificado grupos com características específicas evidenciando indicadores desfavoráveis à saúde do indivíduo ou população. Portanto surge a necessidade dos programas de saúde para o desenvolvimento de estratégias eficientes para atendê-los. O SUS tem como princípios doutrinários:

- Universalidade – saúde é direito de todos e é dever do Poder Público a provisão dos serviços e ações;
- Integralidade – atenção à saúde levando em consideração as especificidades do indivíduo ou comunidade;
- Equidade – redução das disparidades sociais e regionais existentes no país.

Para Teixeira (2011) e Brasil (1990b), existem ainda os “princípios e/ou diretrizes estratégicas” para a organização do SUS, que compõe a descentralização da gestão dos recursos, a regionalização e hierarquização das unidades de produção de serviços e a integração das ações de promoção, prevenção e reabilitação, que dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que determina como deve vir a ser construído o Sistema que se quer representar e institucionalizar, que são definidas como:

- **Descentralização:** transferência de autoridade de decisão sobre a política de saúde do nível Federal para os Estados e Municípios, a partir da redefinição das atribuições e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político administrativa do

sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, de recursos financeiros, humanos e materiais para a administração das exigências governamentais correspondentes.

- **Regionalização:** definição de uma base territorial para o sistema de saúde, que considera a divisão político-administrativa do país, que contempla a descrição de espaços territoriais específicos para a disposição das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo.

- **Hierarquização:** delineamento das unidades segundo grau de diversidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que destaca as entidades mais simples às instituições mais complexas, por meio de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações.

- **Integração:** constitui uma descrição de oferta das ações e serviços do sistema que considera várias possibilidades de interferência sobre os problemas de saúde em vários planos, compreendendo intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde.

Inicialmente, foram criados os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo de melhorar, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), o conhecimento da população para atentar-se à sua saúde através de subsídios para consolidação dos Sistemas de Saúde locais (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de AB (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o PACS (BRASIL, 2012, p.13). De acordo com Brasil (2010a), a ESF tem como objetivo primordial a reestruturação das práticas da atenção à saúde para mais perto das famílias, buscando melhorar o estilo de vida das mesmas.

2.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A AB foi reorganizada com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994; pois o Ministério da Saúde (MS) considerou o PSF uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e o denominou em 1999 como ESF, voltado a atender às demandas da cobertura assistencial em áreas de risco social elevado, a fim de melhorar a saúde da população através de um novo modelo assistencial baseado na promoção, proteção diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, conforme os princípios e diretrizes do SUS, dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. A ESF considera a família como uma unidade de intervenção para reorientação das práticas profissionais, a partir da AB

integral e contínua (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011; ESCORELL et al., 2007).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a PNAB, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o PACS, traz como especificidades da ESF:

- A equipe multiprofissional da ESF deve ser composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podem ser acrescentados os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

- A quantidade de ACS deve cobrir 100% ou 750 pessoas da população cadastrada por ACS e de 12 ACSs por equipe de Saúde da Família; cada equipe de saúde da família deve ser responsável por 4.000 pessoas, recomendando-se uma média de 3.000 pessoas, obedecendo aos critérios de equidade e ao grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

- Cada profissional de saúde deve ser cadastrado em apenas uma equipe da ESF, com exceção do profissional médico que poderá atuar em duas equipes no máximo, com 40 horas semanais; e

- Todos os profissionais da ESF devem trabalhar 40 horas semanais, observando-se a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família, o profissional pode, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dispensar até oito horas para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, e também atividades de educação permanente e apoio matricial.

Segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS, ou seja, pela AB e se completa na rede regionalizada e hierarquizada; com isso, a AB deve cumprir com um elevado grau de descentralização, ser resolutiva, ordenar as redes e saber identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, do indivíduo e/ou comunidade através da clínica ampliada, coordenar o cuidado, elaborar,

acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares para se contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 que aprova a PNAB, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para o PSF e o PACS. Além de trazer as características do processo de trabalho das equipes de AB como:

- Atualizar o cadastramento das famílias e dos indivíduos de forma sistemática, considerando-se para a análise da situação de saúde as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- Definir o território de atuação, através do mapeamento e reconhecimento da área adstrita;
- Diagnosticar, programar e implementar as estratégias de acordo com os critérios de risco à saúde, priorizando a solução dos mais frequentes problemas de saúde;
- Ampliar o cuidado familiar, através do conhecimento das estruturas e funcionalidades das famílias com o intuito de propor intervenções que inspirem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade com o trabalho multiprofissional das equipes;
- Promover o desenvolvimento de ações intersetoriais, buscar parcerias e integrar os projetos sociais voltados para a promoção da saúde, sob a coordenação da gestão municipal;
- Reconhecer os diversos saberes e práticas em uma perspectiva integral e resolutiva, possibilitar a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- Estimular sempre a promoção da participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- Acompanhar a avaliação sistemática das ações implementadas, para se obter sempre sua readequação do processo de trabalho.

Para Corbo, Morosini e Pontes (2007) e Brasil (2009), o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) incorpora ações como: identificação de áreas e situações de risco para o indivíduo e comunidade; encaminhamento dos indivíduos e/ou comunidade aos serviços de saúde quando há necessidade; orientação de saúde para as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde e acompanhamento das situações de saúde das pessoas, para que as mesmas conquistem bons resultados através dos serviços de saúde nos modelos de atenção, com o objetivo de ações que sucedem o modelo hegemônico, salientando a prevenção e promoção da saúde pública.

A ESF é um desafio, pois com o seu desenvolvimento busca-se alterar o modelo assistencial, que está saturado nas ações em saúde, fazendo com que os profissionais se aperfeiçoem para suas práticas e atuações, com o intuito de que suas atividades garantam acesso à integralidade, equidade e eficiência nos serviços desenvolvidos, para suprir as demandas da comunidade, gerar mudanças e impactar na qualidade de vida da população (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

2.4 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O NASF foi criado por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com a inserção da ESF nos serviços de saúde, a fim de avultar sua abrangência, expandir sua resolutividade, corroborando a territorialização e a regionalização em saúde. O NASF visa, ainda, ao compromisso com a promoção de mudanças no desempenho da ESF, incorporando ações intersetoriais e interdisciplinares para desenvolver promoção, prevenção, reabilitação, humanização e ações educativas nos serviços de saúde (BRASIL, 2010b).

O principal objetivo de implantar o NASF nos municípios do Brasil é aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da AB. No decorrer da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto individualmente quanto coletivamente, ampliando, assim, o repertório de ações da AB, a capacidade do cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades (BRASIL, 2014).

Em um primeiro momento, criou-se o NASF, dividido em:

- NASF 1: composto por, no mínimo, cinco profissionais com as seguintes formações no ensino superior: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Vinculados, no mínimo, a oito equipes e, no máximo, a 20 equipes da ESF.

- NASF 2: composto por, no mínimo, três profissionais com as seguintes formações no ensino superior: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional. Vinculados a, no mínimo, três equipes da ESF (BRASIL, 2010b).

E com a Portaria nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012, através da Reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 22 de novembro de 2011, elaboraram-se novas

regulamentações, proporcionando aos municípios brasileiros uma política que aprimora e incentiva o trabalho do NASF já implantado; ficaram redefinidas as especificações de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) 1 e 2 junto às equipes da ESF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, e gerou uma nova modalidade:

- NASF 3: que, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilita a universalização das equipes para todos os municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de AB para populações específicas, deverá estar vinculado, no mínimo, a uma e, no máximo, a duas equipes da ESF e/ou equipes da AB para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se especificamente ao processo de trabalho das mesmas e configurando-se como uma equipe ampliada.

Para Brasil (2010a), as modalidades do NASF são formadas por uma equipe de nível superior multiprofissional descrita como:

I. NASF 1 – atua com a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe de 200 horas semanais, no mínimo, nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas e no máximo 80 horas semanais, deverá estar vinculado a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove equipes da ESF e/ou equipes de AB para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

II. NASF 2 – atua com a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe de 120 horas semanais, no mínimo, nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas e, no máximo, 40 horas semanais, deverá estar vinculado a, no mínimo, três e a, no máximo, quatro equipes da ESF e/ou equipes da AB para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

III. NASF 3 – atua com a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe de 80 horas semanais, no mínimo, nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas e, no máximo, 40 horas semanais, deverá estar vinculado a, no mínimo, uma e, no máximo, duas equipes da ESF e/ou equipes da AB para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas e configurando-se como uma equipe ampliada.

Para Lancman et al. (2013), cada NASF possui sua particularidade de trabalho, dependendo da região em que o mesmo está inserido e, principalmente, do perfil da sua equipe e das equipes da ESF, tornando as ações flexíveis de acordo com as demandas das equipes e da população e promovendo o desenvolvimento do programa.

O financiamento do NASF encontra-se embasado na Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013, onde foi instituído, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e

da Qualidade da AB (PMAQ-AB);o Incentivo Financeiro do mesmo, denominado Componente de Qualidade do Piso de AB Variável, alterou o prazo para solicitação da avaliação externa no PMAQ-AB, e trouxe, no art. 1º, o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, a saber:

I - R\$ 8.500,00 por equipe da AB contratualizada;

II - R\$ 2.500,00 por equipe de Saúde Bucal vinculada a uma ou a duas equipes da AB;

III - R\$ 5.000,00 por NASF Tipo 1;

IV - R\$ 3.000,00 por NASF Tipo 2; e

V- R\$ 2.000,00 por NASF Tipo 3.

Com o surgimento de novas tecnologias no SUS, como as relacionadas ao NASF, vieram à tona questões para o desenvolvimento, implementação e reordenação de políticas públicas e seus programas, uma vez que as necessidades sociais são inúmeras e diversificadas, mas faltam reflexões e análises sobre a eficiência, a eficácia e a efetividade do modelo de saúde utilizado atualmente. Portanto, o NASF foi instituído para reforçar os modelos hegemônicos e biologicistas médico-centrados na reorientação do SUS e, também, para fortalecer os modelos de atenção básica na busca da promoção da saúde integral da comunidade atuando de forma inter/transdisciplinar (ALMEIDA, 2013).

Estudos descrevem o NASF como um recurso transformador, capaz de potencializar as ações da ESF, fundamental para a integralidade do cuidado à comunidade, contributivo para a resolutividade da atenção primária à saúde e para o SUS, pois colabora com indicadores para os gestores de saúde (SILVA et al., 2012).

Para Brasil (2010b, 2014), as ações do NASF têm um propósito de atuação dentro de algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde, voltadas à ação interdisciplinar e intersetorial, englobando a dimensão clínica e sanitária, quanto a, como por exemplo: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs), intervenções no território, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, promoção da saúde e humanização.

A implantação do NASF inicia-se com a elaboração de um projeto ou algo equivalente, que considera a análise do território e as demandas da população, identificadas por meio da percepção das equipes de AB e da análise dos gestores de saúde, observando-se as características da Rede de Atenção à Saúde local/regional (BRASIL, 2014).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012), para realizar a implantação da ESF, se faz necessário o desenvolvimento de um projeto de implantação das Equipes de Saúde da Família e/ou de Saúde Bucal, de ACS ou de AB para populações específicas e dos NASFs, devendo conter:

- I. O território com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas;
- II. A infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas unidades básicas de saúde (UBSs) onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar;
- III. Garantia do fluxo da referência, contrarreferência e o cuidado em outros pontos de atenção, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem, levando em consideração os padrões mínimos de oferta de serviços, de acordo com a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e protocolos estabelecidos pelos Municípios, Estados e MS;
- IV. Garantia da assistência farmacêutica básica;
- V. Descrição das principais ações desenvolvidas pelas equipes no âmbito da AB, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
- VI. Gerenciamento e apoio institucional ao trabalho das equipes;
- VII. Recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, cumprindo com a carga horária definida para cada profissional;
- VIII. Implantação do sistema de informação para AB, no momento da implantação da equipe da AB;
- IX. Avaliação do trabalho das equipes e o acompanhamento dos indicadores da AB;
- X. Contrapartida de recursos dos municípios e do Distrito Federal;
- XI. O NASF será cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), de acordo com o número de equipes que a ele está vinculado.

Para Brasil (2014), as ações iniciais fundamentam-se através das necessidades constatadas e pactuadas com as equipes de AB, evitando a construção de ofertas de apoio irrelevantes ou secundárias pelas equipes apoiadas, entretanto, as ações devem conceituar as demandas percebidas pela equipe do NASF, pelos gestores da saúde e solicitações das equipes de Saúde da Família/AB.

Segundo o autor, o modo da “chegada” deve ser empenhado, no sentido de serem “bons encontros” tanto para os profissionais do NASF quanto para os profissionais da ESF e AB; considera-se, ainda, o porte do município, da região de saúde e da rede de saúde existente

para definir a composição e as formas de atuação do Núcleo, avaliando tecnicamente se é possível e economicamente viável. Com a implantação, os usuários têm ofertas de cuidado próximas aos seus domicílios e locais de trabalho, configura-se, então, uma AB cada vez mais resolutiva, evitando o deslocamento desnecessário dos usuários.

2.5 PROCESSOS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO NASF

Lancman et al. (2013), descrevem em seu artigo que o trabalho dos profissionais do NASF está firmado, com expectativa de se delinear através da vivência das situações reais ao longo do desenvolvimento das ações, bem como da *expertise*, experiência progressa e saber-fazer de cada um dos profissionais. O NASF apresenta características de trabalho diferentes em cada região, na equipe que o compõe e do perfil das Equipes da ESF. Com avaliação positiva e esperada, possibilita flexibilização das ações frente às necessidades das equipes e da população. Por outro lado, impede-se que criem práticas coletivas e experiências que possam ser compartilhadas e agregadas aos vários NASFs do Brasil em geral, impactando no progresso e no crescimento do programa em geral.

Com a resolutividade proporcionada por meio da responsabilização das equipes, com atitudes criativas e flexíveis, através de um atendimento acolhedor, o trabalho resolutivo em saúde baseia-se no cuidado corresponsável, em que domina um personagem principal da equipe multiprofissional, com o intuito de introduzir os saberes e as práticas no campo da saúde. Essas ações pressupõem produções de vínculos interpessoais e contratuais, além da autonomia no processo de trabalho na atenção primária (COSTA et al., 2014).

O trabalho do NASF prioriza as ações a serem realizadas em grupos de discussões, reflexões e com atuações compartilhadas. Para tanto, há a necessidade de se despende tempo e o desimpedimento dos profissionais envolvidos, pois os atendimentos da ESF carecem de elucidacões rápidas e impreteríveis (LANCMAN et al., 2013).

Segundo Brasil (2014), as percepções e as expectativas sobre as necessidades do território em questão também devem ser requisitadas aos gestores e profissionais da AB, incluindo os representantes da população. Seguem alguns atores estratégicos que podem ser analisados:

- **Usuários:** faz-se necessário ouvir a população, pois para a definição das equipes NASF e das áreas de atuação delas, a população possui informações relevantes, em função do conhecimento intrínseco que possui do território e das necessidades de saúde que lá

existem. Essa ação pode ocorrer por meio de reuniões com Conselhos Municipais e Locais de Saúde, conversas com lideranças comunitárias, demais moradores da comunidade e outros atores sociais do território.

- **Equipes de AB:** fornecem subsídios para definição de situações que exigem maior suporte do NASF, em virtude de dificuldade de ação ou frequência das mesmas. Para isso, podem ser criados espaços de conversa com as equipes de AB, possibilitando sua contribuição e participação na ação decisória de implantação do NASF.

- **Gestores de saúde:** em função da amplitude do conhecimento e visão de conjunto da AB e da rede locorregional, as percepções e as expectativas sobre as necessidades do território em questão também devem ser requisitadas aos gestores, além do consequente aumento da resolutividade da atenção básica, da sua efetiva capacidade de gestão do cuidado, da legitimação e do reconhecimento da atenção básica pelos usuários e do acesso a recursos de atenção com indicação, de modo oportuno e equitativo.

O NASF pode contribuir para o esforço de produzir cuidado integral no SUS e, nesse sentido, o escopo de ações que podem ser desenvolvidas não se esgota aqui, apresentam-se apenas alguns caminhos, mas outros tantos podem ser criados no encontro entre as equipes ou entre elas e seus territórios. A figura abaixo busca ilustrar mais concretamente o que está descrito.

Figura 1: Equipes de atuação do NASF



Fonte: Brasil, 2014.

Para Figueiredo (2012) e Brasil (2014), a organização do NASF parte do pressuposto de quatro ferramentas para o desenvolvimento dos processos de suas ações. São elas:

- **Apoio Matricial:** é uma tecnologia de gestão que se complementa com os processos de trabalho das equipes da ESF e que busca um padrão de responsabilidade nas organizações. Dessa forma, o apoio matricial agrega ação técnico-pedagógica que produz apoio educativo para as equipes.

- **Clínica Ampliada:** direciona-se a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Ampliar a clínica significa ajustar os recortes às necessidades dos usuários, através de discussão em equipe de casos clínicos, principalmente os mais complexos; é um recurso clínico e gerencial importantíssimo, traçando um apoio matricial mais eficiente para o trabalho dos profissionais do NASF.

- **Projeto Terapêutico Singular (PTS):** constitui-se em um conjunto de propostas terapêuticas para o indivíduo ou comunidade, através dos resultados obtidos das discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar com o apoio matricial, para situações mais complexas, representando-se o momento em que toda a equipe compartilha opiniões e

saberes, na tentativa de ajudar a entender o indivíduo ou comunidade com especificidades em saúde e para a definição de estratégias de ações. O PTS é sistematizado em quatro momentos:

1) Diagnóstico e análise: deverá conter uma avaliação integral do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais), com uma expectativa de riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades, contemplando o sujeito singular diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

2) Definição de ações e metas: após realizados os diagnósticos, são realizadas as propostas de curto, médio e longo prazo onde são discutidas e negociadas como usuário, familiar, responsável ou pessoa próxima; é muito importante a participação do usuário nesta etapa.

3) Divisão de responsabilidades: definição de tarefas dos usuários, da equipe de AB e da equipe do NASF; além de estabelecer que o profissional com o melhor vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o caso e favorece a dinâmica de continuidade no processo de cuidado.

4) Reavaliação: discutem-se a evolução do caso e a necessidade de correções.

• **Projeto de Saúde no Território (PST):** é uma estratégia das equipes da ESF e do NASF para desenvolver ações de saúde efetivas em um território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades. O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e à promoção da saúde.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Apresentam-se a seguir os conteúdos referentes à casuística e métodos propostos no estudo incluindo sua natureza, local, população, metodologia de análise dos dados, além de aspectos éticos e legais recomendados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

O presente trabalho é um estudo exploratório-descritivo que identifica as características e perfis de pessoas ou grupos com o intuito de coletar e analisar informações para obter, de forma precisa, o contexto da situação e ampliar o conhecimento acerca de ações através da estratégia do estudo de caso, que se fundamenta através do interesse de conhecer alguns aspectos e de modo perspicaz a singularidade de uma determinada condição ou situação (CAPITÃO; VILLEMOR-AMARAL, 2013; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A abordagem metodológica qualitativa se faz necessária para se articular com a pesquisa quantitativa, que contempla de modo pacientemente impaciente o que se pretende pesquisar. É o exercício do olhar rigoroso, crítico, atento na busca do desvendamento da realidade em análise com vistas a uma intervenção mais qualificada (MARTINELLI, 2005).

O estudo será fundamentado, ainda, em uma pesquisa bibliográfica que, segundo Barros e Lehfeld (2007), é desenvolvida para resolver um problema, adquirir, levantar ou selecionar conhecimentos através de trabalhos publicados em bibliotecas, editoras, banco de dados. Faz-se necessária a realização de uma investigação científica aprofundada.

Para a pesquisa bibliográfica, acessaram-se as bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCiELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Public Medlineor Publisher Medline* (PUBMED), no período de março de 2015 a novembro de 2016. Foram realizadas buscas com as palavras-chaves NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, percepções dos profissionais e implantação do NASF.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Matão/SP, localizado no interior do Estado de São Paulo, na região central do Estado, vinculado aos 24 municípios que integram a área de abrangência da Diretoria Regional de Saúde III, com os profissionais da unidade do NASF, no município de Matão/SP, que está classificada como NASF-1.

Apesar da implantação do NASF no Município ocorrer no mês de Abril/2015, seu planejamento, com as reuniões e as estratégias necessárias para sua implantação, como a exemplo a formação da equipe multiprofissional que o iria constituir, se iniciou no ano de 2014.

O NASF é composto por uma equipe multiprofissional (Assistente social, educadora física, fisioterapeuta, fonoaudióloga, gerontóloga, nutricionista, psicóloga e psiquiatra), que desenvolve suas ações em conjunto com 12 equipes da AB e oito equipes da ESF.

A equipe do NASF se encontra toda terça-feira as 9:00hs nas dependências da Unidade Básica de Saúde “Dr. Salvador de Toledo Galvão”, localizada na rua: Ítalo Ferreira, nº 580 – Centro, Matão/SP, para que de forma transdisciplinar possam desenvolver ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano de acordo com as diretrizes do NASF.

3.2.1 Caracterização do local do estudo

O município de Matão-SP, atualmente administrado pela gestão do prefeito José Francisco Dumont, compõe a Região Administrativa Central do Estado de São Paulo. Está a 300 km da capital, a 36 km de Araraquara, a 67 km de São Carlos, a 96 km de Ribeirão Preto e a 12 km do polo aeroespacial (Embraer), localizado em Gavião Peixoto.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015), o município de Matão está situado na região entre as nascentes do rio Itaquerê, afluente do Jacaré-Guaçu e Ribeirão Dobrado, afluente do rio dos Porcos.

De acordo com Leite (1993), a história do município se inicia quando, em terras de José Inocência da Costa, começaram a chegar colonizadores vindos de municípios vizinhos, formando o Arraial do Senhor Bom Jesus das Palmeiras, a partir de 1880. Em 1892, reuniram-se os moradores da região, sob a presidência do juiz de direito da Comarca de Araraquara, decidindo-se constituir uma comissão, autorizada a angariar fundos para aquisição de uma área e a convidar pessoas interessadas em construir casas nos lotes a serem concedidos.

Segundo o autor, essa comissão, levantando recursos, adquiriu de José Inocêncio da Costa, antigo morador, dez alqueires de terras, doados ao patrimônio, onde, entre 1893 e 1894, foi erguida uma capela dedicada ao Senhor Bom Jesus das Palmeiras, nome que se estendeu à vila. Com o afluxo de interessados e a construção de casas residenciais, de comércio e indústria, o povoado acabou por ganhar a condição de Distrito de Paz, e em 1897, já com o nome de Matão, em decorrências da exuberância das matas que existiam no local. Em 1898, chegavam a Matão os trilhos da Estrada de Ferro Araraquara.

O município de Matão está localizado na região central do Estado de São Paulo com 76.786 mil habitantes, segundo o Censo do IBGE de 2010 e com uma estimativa de 81.439 mil habitantes para 2015. A cidade de Matão tem dois distritos: São Lourenço do Turvo e Silvânia. As cidades vizinhas de Matão são: Dobrada, Araraquara, Gavião Peixoto, Nova Europa, Tabatinga, Itápolis e Taquaritinga (IBGE, 2015). Para Brasil (2015), o município de Matão faz parte dos 24 municípios que integram a área de abrangência do Departamento Regional de Saúde III (DRS-III), da cidade de Araraquara/SP.

Figura 2: Cidade de Matão 1970



Fonte: <https://www.facebook.com/mataoterradasaudade>

Figura 3: Cidade de Matão 2015



Fonte: <https://www.facebook.com/mataoterradasaudade>

Figura 4: Infográfico da cidade de Matão



Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=352930>

Destaca-se, em sua localização, não apenas a dinâmica economia da região, sobretudo no segmento agroindustrial (agricultura, indústria de máquinas e equipamentos para a agricultura e indústrias processadoras de produtos agrícolas), mas ainda a proximidade de universidades públicas, faculdades privadas, centros de pesquisa e educação (PREFEITURA DE MATÃO, 2016).

O município é servido por duas das mais importantes rodovias do Estado de São Paulo: o entroncamento da Rodovia Brigadeiro Faria Lima (Matão - Brasília) com a Rodovia Washington Luiz. Portanto, as rodovias Washington Luís e Faria Lima fazem a ligação da cidade com São Paulo e o resto do Estado, além de ligar o município a algumas regiões do país; conta ainda com ferrovia, que foi um dos principais fatores de desenvolvimento do município, desde o início de sua formação (PREFEITURA DE MATÃO, 2016).

A forma como ocorreu o crescimento populacional se refletiu sobre as demandas por serviços públicos que tiveram de ser respondidas pelas políticas públicas municipais. No campo da educação, por exemplo, Matão dispõe de uma rede pública municipal que abrange quase todas as modalidades de Educação Básica, da Educação Infantil ao Ensino Médio Profissionalizante, além de instituições de Ensino Superior (PREFEITURA DE MATÃO, 2016).

Para o Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) (2015), outro indicador importante da condição de vida é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), no qual, também, o município se encontra em uma situação favorável com 0,773%. Com relação às condições de vida da população matonense, no ano de 2010 apresentou um percentual do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) – Dimensão Riqueza de 40%, IPRS – Dimensão Longevidade de 64%, IPRS – Dimensão Escolaridade de 63% e o grau de urbanização de 98,17%.

Quanto ao saneamento básico, o município se encontra em situação mais confortável que a Região de Governo e o Estado. Vale ressaltar que, atualmente, são tratados mais de 90% do esgoto sanitário do município, os dados são do ano de 2010, onde foi observado um percentual de 99,79% de coleta de lixo, 99,29% de abastecimento de água e 99,08% de esgoto sanitário (SEADE, 2015).

Atualmente, o município possui: 2.735 estabelecimentos comerciais; 297 estabelecimentos industriais; 4.298 estabelecimentos de prestação de serviço; 768 comercial/prestador de serviços; 92 indústria/comércio; 48 indústria/comércio/prestação de serviços; 09 agropecuárias; 15 estabelecimentos bancários; 50 sociedades civis e 38 entidades

assistenciais. O município conta, ainda, com três distritos industriais implantados com infraestrutura de água, esgoto, luz e telefone (IBGE, 2015).

De acordo com a Prefeitura de Matão (2016), a infraestrutura de saúde do município conta com:

- ATENÇÃO BÁSICA – 09 UBSs e 08 equipes do PSF;
- URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - 02 UBSs que atendem 24 horas, possui o serviço do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), com 02 unidades móveis, unidade móvel do Corpo de Bombeiros e conta, ainda, com o Pronto-Socorro do Hospital;
- ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 Núcleo de Prevenção da Violência, 01 Centro de Saúde Mental Infantil e 01 Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) adulto;
- ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR – 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Centro de Fisioterapia, 01 Hospital com 184 leitos, sendo: 10 leitos Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, 10 leitos UTI neonatal e pediátrica e 164 unidades de internação, ainda, são prestados, pelo Hospital, os serviços de: Nefrologia que atende atualmente 58 pacientes, Ressonância, Tomografia, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia, Ecocardiograma convencional/transesofágico, Banco leite materno, Hemodinâmica, Alta complexidade ortopedia, Nutrição enteral/parenteral, Colonoscopia, Endoscopia, Densitometria óssea e Oncologia;
- VIGILÂNCIA EM SAÚDE – possui Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Controle de Vetores.

Ainda, segundo a Prefeitura de Matão, (2016), a Estrutura Municipal de Assistência Social conta com: 03 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), 01 Centro de Referência de Especialidades de Assistência Social (CREAS), 01 Casa de Passagem e 18 entidades de serviços assistenciais.

3.3 UNIVERSO E AMOSTRA DA PESQUISA

A pesquisa teve como universo os profissionais que atuam de forma integrada na equipe do NASF, totalizando oito profissionais com as seguintes formações: psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, psiquiatra, gerontóloga, educadora física, assistente social e fisioterapeuta.

Os profissionais foram selecionados a partir da amostragem intencional, no qual a população envolvida foi convidada a participar da pesquisa através de uma entrevista estruturada que, segundo Sampieri; Collado; Lucio (2013), é um encontro para se conversar e trocar informações entre o entrevistador e os entrevistados, o que poderia ser individualmente ou um grupo pequeno onde o entrevistador realiza sua entrevista com base exclusivamente em um roteiro de perguntas específicas na própria unidade.

Os critérios de inclusão contemplaram os profissionais integrantes da equipe do NASF há mais de três meses, que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) e estando presentes na data predeterminada para a coleta de dados.

O critério de exclusão considerou um profissional que não pode comparecer na data predeterminada para a coleta de dados.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, a pesquisadora utilizou um instrumento (APÊNDICE A) como roteiro norteador com perguntas que foram aplicadas a cada participante de maneira individual, após concordar com a pesquisa. Neste instrumento incluíram-se questões que abordaram o perfil de cada profissional, o conhecimento sobre o NASF, as dificuldades encontradas na sua implantação, as ações que o NASF desenvolve na cidade, a atuação de cada profissional dentro da equipe do NASF e a percepção de cada indivíduo sobre o objetivo do trabalho do NASF.

A entrevista estruturada foi utilizada por permitir uma comunicação entre o entrevistador e os entrevistados, através de um roteiro com perguntas predeterminadas, o principal interesse do pesquisador é conhecer o significado que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos, por meio da utilização dos seus próprios termos; o pesquisador não tem liberdade para desenvolver cada situação através dos sentimentos, conduta das pessoas manifestada pelas opiniões e sentimentos, livremente, dos entrevistados (MARCONI; LAKATOS, 2009).

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados, efetuou-se o contato direto com a coordenadora do NASF, para agendar a data da entrevista junto aos profissionais da equipe, ou seja, com a psicóloga, a nutricionista, a fonoaudióloga, a gerontóloga, a educadora física, a assistente social e a fisioterapeuta que foram convidadas antecipadamente para participarem da pesquisa em que houve uma triagem para garantir os critérios de inclusão em seu local de trabalho e também preencheram o TCLE (APÊNDICE B).

A pesquisadora se reuniu pessoal e individualmente com os participantes do estudo nas dependências da Unidade Básica de Saúde “Dr. Salvador de Toledo Galvão”, localizada na rua: Ítalo Ferreira, nº 580 – Centro, onde existe uma sala disponibilizada à equipe multiprofissional do NASF, na data e hora predeterminadas pela coordenadora do NASF no dia 11 de outubro de 2016, para a realização da entrevista. Todos os participantes foram informados, em linguagem clara e acessível, sobre a pesquisa, seus objetivos, o caráter voluntário, as questões éticas envolvidas, o sigilo da pesquisa, ciência e assinatura do TCLE (APÊNDICE B).

O instrumento norteador (APÊNDICE A) utilizado na pesquisa foi testado preliminarmente com um profissional do NASF, no dia 02 de maio de 2016, para que a pesquisadora pudesse adequar as questões para seu devido preenchimento, a fim de sempre poder alcançar os objetivos propostos. Nessa ocasião a participante (C) sugeriu fazer a junção de duas perguntas (O que é o NASF? e Para que serve o NASF?) o que posteriormente foi alterado.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo é o conjunto de preceitos que se aplicam a conteúdos diversificados através de uma interpretação de textos ponderada para sua objetividade e subjetividade, com descrição de processos que permitam a inferência de saberes destas temáticas e se apresentam organizacionalmente sob:

- A pré-análise em que são escolhidos os documentos, formuladas as hipóteses e elaborados os indicadores para nortear a interpretação final;
- A fase da exploração e análise do material e por fim;
- O tratamento dos resultados; observando as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade.

A análise de conteúdo foi a técnica escolhida para analisar os dados coletados nas entrevistas, com a apresentação de três categorias norteadoras dos resultados e sete eixos temáticos, com a transcrição das respostas dos entrevistados na íntegra, para a realização da discussão dos resultados da pesquisa.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, seguindo os princípios éticos, foi mantida a confidencialidade no estudo. Houve autorização do prefeito do município de Matão/SP (ANEXO A), para abordar os profissionais do NASF necessários para o estudo, após as solicitações a esses responsáveis, bem como a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres humanos da Universidade de Ribeirão Preto, sob o Parecer nº 1.347.609, de 02/12/2015, de acordo com o pedido a esse órgão (ANEXO B), feito por esta pesquisadora.

Aos participantes que aceitaram colaborar com a pesquisa, foi entregue o TCLE (APÊNDICE B), para assinar, que informa os objetivos da pesquisa. Não houve situação de risco para os participantes durante o estudo, uma vez que eles somente participaram do preenchimento do formulário individual em local seguro e apropriado, assistidos e supervisionados pela pesquisadora. As informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa foram utilizadas para o estudo e poderão ser divulgadas em meios científicos. Para a proteção da identidade real dos participantes, utilizaram-se as letras alfabéticas (A, B, C, D, E, F, G) para diferenciá-los.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO NASF

Foram entrevistadas sete profissionais da equipe do NASF, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social, educadora física, nutricionista, gerontóloga e fisioterapeuta que foram caracterizadas quanto ao perfil socioprofissional, durante o estudo:

- As participantes tinham idades entre 26 e 60 anos;
- 86% são casadas e 14%, solteiras;
- 86% possuem pós-graduação e 14%, graduação;
- 14% possuem especialização em saúde pública e 86% não possuem pós-graduação nessa área;
- O tempo de formação das profissionais entrevistadas variou entre quatro e 19 anos;
- O tempo de atuação das mesmas na rede pública variou entre quatro e 16 anos;
- 57% atuam no NASF há dois anos, 29% há um ano e seis meses e 14% há seis meses.

A caracterização das participantes da investigação científica, realizada no NASF I da cidade de Matão/SP, está representada por meio do Quadro 2, onde se encontram registradas as identificações fictícias por meio das letras alfabéticas A, B, C, D, E, F, G, no intuito de preservar o seu anonimato.

Quadro 2: Caracterização das participantes da pesquisa realizada no NASF I na cidade de Matão/SP, em outubro de 2016.

Participantes	Profissão	Idade	Estado civil	Escolaridade	Pós-graduação saúde pública	Tempo de formação	Atuação saúde pública	Atuação no NASF
A	Nutricionista	26	Casada	Pós-graduada	Não	4 anos	4 anos	2 anos
B	Gerontóloga	32	Casada	Pós-graduada	Sim	7 anos	6 anos	2 anos
C	Fonoaudióloga	37	Casada	Pós-graduada	Não	15 anos	12 anos	1,6 ano
D	Fisioterapeuta	39	Casada	Pós-graduada	Não	18 anos	16 anos	1,6 ano
E	Psicóloga	40	Solteira	Pós-graduada	Não	16 anos	16 anos	2 anos
F	Educadora Física	45	Casada	Pós-graduada	Não	19 anos	4 anos	2 anos
G	Assistente Social	60	Casada	Graduada	Não	4 anos	6 meses	6 meses

Fonte: Autora

Observa-se, conforme Almeida (2013), um quadro inter/transdisciplinar que possui experiência na prestação de serviços públicos de saúde e busca atender às inúmeras necessidades sociais e fortalecer o modelo de atenção básica do município, para melhoria da promoção de saúde integral da comunidade, que é o cerne do NASF, contudo sua atuação ainda é recente e está na fase de implantação.

4.2 CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Após estudo das entrevistas estruturadas, com vistas a responder aos objetivos que a pesquisa desta dissertação de mestrado se propôs, os dados coletados previamente foram analisados, por meio da análise de conteúdo que foi organizada por meio da pré-análise, da exploração do material e do tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos mesmos, para se obter uma melhor sistematização dos resultados.

Para a composição do agrupamento dos dados, seguiu-se da forma prevista por Bardin (2011), pois após a seleção do material e a leitura flutuante, a exploração foi realizada através da categorização que classificou os elementos e investigou o que cada um tem em comum, o que permitiu o agrupamento de acordo com os aspectos analógicos de cada participante.

Vale esclarecer que, neste estudo, a percepção cognitiva é a capacidade de compreender novos conhecimentos que levam a mudanças de comportamentos e de práticas, através de processos múltiplos de aprendizagem e interpretação de estímulos captados pelos sentidos e que possibilitam identificar acontecimentos (GAZZINELLI et al., 2006).

De acordo com os estudos de Aggio (2006), para Protágoras, sensação e conhecimento são iguais, para Aristóteles, a sensação é uma ação que tem como objetivo conhecer, o pensamento é diferente da sensação, o conhecimento também compreende seus objetos sensíveis e inteligíveis, por isso, a percepção é vital para a consecução do conhecimento; a sensação e o conhecimento não devem ser precisos, o ser é constatado e determinado pela aptidão perceptiva conhecida pelo intelecto.

Para melhor entendimento acerca da pesquisa efetuada e responder aos seus objetivos, foram necessárias, conforme o Quadro 3, a categorização de três temas centrais e a definição de seus eixos temáticos.

Quadro 3: Categorias e eixos temáticos.

CATEGORIAS	EIXOS TEMÁTICOS			
A percepção cognitiva dos profissionais acerca da implantação do NASF	O que é e para que serve o NASF	A implantação do NASF	A atuação profissional na equipe do NASF	Percepção do trabalho do NASF no município
As ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional	Quais ações o NASF desenvolve	A quem são direcionadas as ações do NASF		
As dificuldades encontradas pela equipe do NASF para otimização dos serviços prestados	Dificuldades encontradas na implantação do NASF			

Fonte: Autora, 2016.

O primeiro tema “A percepção cognitiva dos profissionais acerca da implantação do NASF” compreende quatro eixos temáticos acerca do conhecimento sobre:

- O que é e para que serve o NASF;
- A implantação do NASF;
- Atuação da equipe do NASF;
- Percepção do trabalho do NASF no município.

Consiste na descrição do conhecimento e percepção da equipe multiprofissional que atua no NASF, acerca da implantação do mesmo e de sua atuação no município.

O segundo tema “As ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional” apresenta dois eixos temáticos:

- Quais ações o NASF desenvolve;
- A quem são direcionadas as ações do NASF.

Nele estão incluídos relatos sobre quais ações o NASF vem desenvolvendo no município de Matão/SP, em conjunto com as equipes da ESF e quais usuários se beneficiam com essas ações.

O terceiro tema “As dificuldades encontradas pela equipe do NASF para otimização dos serviços prestados” inclui um eixo temático sobre:

- Dificuldades encontradas na implantação do NASF.

Aqui se discutem as dificuldades percebidas por cada membro da equipe acerca da implantação do NASF, no município de Matão/SP.

A fim de analisar a percepção cognitiva da equipe multiprofissional do NASF no município de Matão/SP, acerca da necessidade de sua implantação, foi efetuada entrevista estruturada com a mesma.

Vale ressaltar, conforme observado na presente pesquisa, que o NASF é um serviço multidisciplinar estabelecido para saúde pública, que proporciona um impacto no discernimento das pessoas por ser uma estratégia nova no âmbito do SUS, o seu fortalecimento pode ampliar o modelo de atenção integral ao indivíduo, através de uma intervenção educativa maior.

Souza et al. (2013), com a modernização, o aumento do número de profissionais da área da saúde e a gratuidade desses serviços, compreendem que o aumento da população e o êxodo do campo para as cidades dificultam o avanço deste processo, levando ao aparecimento de alguns problemas, como filas, morosidade nos atendimentos e nos exames específicos. As atividades propostas pelo NASF, de alguma maneira, trazem uma boa perspectiva, elevando a abrangência das ações que interferem nas concepções do cuidado preventivo com a saúde, provocando mudanças significativas no cotidiano individual e familiar; essas práticas necessitam de maior divulgação entre a população, visto que a cobertura do atendimento multiprofissional ainda é pequena.

A Tabela 1 apresenta a percepção cognitiva dos profissionais do NASF da cidade de Matão/SP, sobre sua implantação:

Tabela 1: A percepção cognitiva dos profissionais do NASF da cidade de Matão/SP, sobre sua implantação

EIXOS TEMÁTICOS	TRECHO DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES
<p>O QUE É E PARA QUE SERVE O NASF?</p>	<p><i>“NASF tem como objetivo principal matricular as equipes de saúde para ajudar a melhorar a qualidade do atendimento multidisciplinar”(A)</i></p> <p><i>“O NASF tem a função de matricular, dar suporte e apoiar as unidades de saúde da família através de reuniões, contato telefônico, relatórios, e-mails entre outras formas de contato”(B)</i></p> <p><i>“NASF é uma equipe composta por diferentes profissionais, de diversas áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada apoiando os profissionais e as equipes de saúde da família. Serve para dar apoio matricial à ESF... A ideia é que os profissionais do NASF possam compartilhar seus saberes específicos com os profissionais da ESF... realizar atendimentos compartilhados, discussão de casos em equipe e apoiar todos os projetos que a ESF tiver com ideia de implantar... nós do NASF temos que esperar a demanda de cada ESF chegar para podermos atuar em grupo” (C)</i></p> <p><i>“A função do NASF é apoiar, matricular e dar suporte às equipes da ESF”(D; F; G)</i></p> <p><i>“O NASF é um programa do Ministério da Saúde, formado por equipes multiprofissionais que visam dar apoio à ESF... pode acontecer através de matriciamento/discussão de caso, reunião de equipe, desenvolvimento de estratégias... atendimento, individuais ou compartilhados pontuais”(E)</i></p>

(Continuação)

EIXOS TEMÁTICOS	TRECHO DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES
<p style="text-align: center;">IMPLANTAÇÃO DO NASF NA CIDADE</p>	<p><i>“A implantação ocorreu há cerca de 2 anos, com estudos sobre o NASF para desenvolver o trabalho da maneira que é regulamentado pelo Ministério da Saúde”(A)</i></p> <p><i>“A implantação do NASF no município de Matão ocorreu através de reuniões com a equipe multidisciplinar... a princípio era realizado grupos de estudos abordando temas relevantes como o matriciamento, atenção básica, saúde da família, entre outros”(B)</i></p> <p><i>“O NASF foi implantado no final de 2014 com os profissionais já existentes na rede, ou seja, sem contratações. Hoje nossa equipe é formada por gerontóloga, fonoaudióloga, psicóloga, fisioterapeuta, psiquiatra, nutricionista, assistente social e educadora física”(C)</i></p> <p><i>“Tem sido de extrema importância a implantação do NASF em Matão, as unidades se sentem mais acolhidas, com suporte. Ao meu ponto de vista, melhorou muito o contato com os agentes comunitários e os enfermeiros, visando à melhoria para a população”(D)</i></p> <p><i>“... fomos convidando os profissionais que já faziam parte da rede e que acreditávamos que tinham perfil. Quando a equipe foi formada começamos a estudar o que era o NASF e as ferramentas que poderíamos utilizar. Acredito que o NASF ainda está em fase de implantação no município. Caminhamos com cautela e nos preocupando em não causar rejeição por parte das equipes assistidas”(E)</i></p> <p><i>“O NASF foi implantado através de reuniões semanais com uma equipe multidisciplinar através de estudos do SUS, matriciamento, atenção básica, saúde da família, etc.”(F)</i></p> <p><i>“Comecei a fazer parte do NASF em abril/2016, não participei da implantação”(G)</i></p>

(Continuação)

EIXOS TEMÁTICOS	TRECHO DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES
<p style="text-align: center;">ATUAÇÃO DA EQUIPE DO NASF</p>	<p style="text-align: center;"><i>“Sou nutricionista, auxílio nos grupos e também faço atendimento nas unidades de saúde. Me reúno, com a equipe para reunião semanal, auxílio na resolução dos casos clínicos sempre que possível”(A)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>“Como gerontóloga atuo em visitas domiciliares e participação na discussão de casos, tanto com a equipe NASF e PSF”(B)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>“Fonoaudióloga, porém dentro do NASF acabamos sendo um técnico de referência para os projetos. Atuo de forma específica na minha profissão somente quando necessário, ou seja, em visitas de acamados geralmente com sonda. Não resolvemos e decidimos nada sozinhos. Como somos profissionais de várias áreas, sempre colocamos os casos em reunião e decidimos qual a melhor solução para ele”(C)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>“Sou fisioterapeuta, mas não exerço unicamente minha profissão no NASF, colaboro com ajudas de casos, em grupos e nos matriciamentos”(D)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>“Psicóloga e coordenadora do NASF” (E)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>“Sou professora de ginástica de todos os PSFs, a ginástica é direcionada para idosos como forma preventiva ou mesmo atuando em pessoas que já apresentam algum tipo de lesão, as aulas são semanais com 1:30 de duração, fazemos alongamentos, fortalecimento muscular, dança circular e atividades com bola, todos podem participar sem limite de idade”(F)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>“Assistente social” (G)</i></p>

(Conclusão)

EIXOS TEMÁTICOS	TRECHO DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES
<p style="text-align: center;">PERCEPÇÃO DO TRABALHO DO NASF EM MATÃO/SP</p>	<p><i>“Na minha percepção o NASF vem desenvolvendo um bom trabalho no município, mas acredito que ainda temos muito mais a contribuir, não só com as unidades ma, também com os usuários. Estamos discutindo nas reuniões sobre as campanhas de saúde a serem desenvolvidas no próximo ano, inclusive para poder divulgar com antecedência e atingir um número maior de unidades e usuários possíveis”(A)</i></p> <p><i>“O trabalho do NASF está iniciando, com uma longa jornada pela frente. Os principais desafios do NASF está em ajudar as equipes de PSFs em realizar grupos e reuniões em equipe”(B)</i></p> <p><i>“Estamos começando um novo trabalho. Acho que temos muito pela frente, nossa equipe está crescendo e veio para ajudar a promover saúde. Tudo ainda é muito novo, mas estamos conseguindo dar andamento, conforme as resoluções do NASF. Será e está sendo de grande valia. Tivemos um bom feedback da ESF em relação ao trabalho realizado ano passado nas unidades. Espero que o NASF cresça muito e mostre para que veio, ajudando sempre a população a ter uma qualidade de vida/saúde melhor. Pra mim está sendo um novo desafio”(C)</i></p> <p><i>“Evoluiu muito sim, mas ainda tem muito a evoluir. As unidades se sentiram mais seguras depois da implantação do órgão”(D)</i></p> <p><i>“Acredito que foi um importante equipamento para o fortalecimento da atenção básica. Com muitas barreiras a serem vencidas, mas com conquistas diárias. Traz um olhar para o aperfeiçoamento profissional, para a desburocratização dos encaminhamentos, foco na prevenção, cuidado integral ao indivíduo”(E)</i></p> <p><i>“O NASF veio para proporcionar para a saúde pública um trabalho em rede com mais eficiência. Ajudar e adiantar casos com problema maior. Proporcionar para a ESF um trabalho em equipe. Nestes dois anos de implantação conseguimos bons resultados e uma boa adesão por toda a rede”(F)</i></p> <p><i>“O NASF tem pouco tempo de implantação, e ainda temos muito a desenvolver”(G)</i></p>

A análise dos depoimentos apresentados nos induz a concluir que a equipe multiprofissional possui o entendimento que o cerne do NASF é o apoio à resolubilidade das ações das equipes da ESF, por meio do matriciamento e de um trabalho corresponsável.

Nesse sentido Nascimento e Oliveira (2010) e Sampaio et al. (2012) afirmam que com o propósito de alcançar a integralidade e a interdisciplinaridade das ações, o MS criou o NASF que permitiu, com sua implantação, espaços para adequações a vários modelos de se produzir saúde nos diferentes territórios, afim de reforçar e fortalecer os modelos de saúde, com uma equipe multiprofissional que apóia as equipes da ESF na ampliação, efetivação e resolubilidade das ações da AB.

Ainda, para Lancman et al. (2013), o NASF traz como estratégias e ferramentas tecnológicas o matriciamento e o projeto terapêutico singular, que são formas de organização do trabalho e que necessitam ser consolidadas. Tem como prioridade a realização de ações compartilhadas, de atendimentos grupais e o trabalho de corresponsabilidade, obrigando todos os profissionais envolvidos a mudarem sua forma de atuação.

Os profissionais do NASF do município de Matão/SP descrevem a importância da implantação do mesmo para o município e para o apoio às ESFs, pois através de seus relatos a equipe foi bem estruturada para o atendimento das necessidades da população por meio de reuniões e grupos de estudos para o crescimento cognitivo dos mesmos e reforçar o suporte à ESF; contudo, observa-se que o NASF é uma ferramenta que está em processo de construção.

Corroborando a assertividade da equipe, Nascimento e Oliveira (2010) descrevem que, para uma melhor implantação do NASF, é necessário estabelecer rotinas de reunião, planejamento e discussão de casos para definir projetos terapêuticos compartilhados por toda a equipe multiprofissional significativamente reconhecida pelos gestores, na forma de PTSs e PST e que o NASF colabora para a implementação de ações mais qualificadas, ampliando a resolutividade das equipes através de discussão de problemas com as equipes e com os usuários dos serviços sobre os determinantes do processo saúde-doença, como desenvolver ações e estratégias para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para Lisboa (2011), com a implantação do NASF, destaca-se um importante processo de organização do trabalho das equipes da ESF, com uma perspectiva do trabalho interdisciplinar e multiprofissional para mudança de hábitos de vida de uma comunidade com ações específicas, em busca de uma qualidade de saúde com mais resolubilidade e equidade terapêuticas.

Portanto, a implantação de um serviço interdisciplinar para atenção primária à saúde tem uma repercussão na percepção da população, por ser uma estratégia pioneira que amplia e

dá variedade de recursos humanos disponíveis no âmbito do Sistema Único de Saúde para fortalecer e impulsionar novos paradigmas da atenção integral ao indivíduo, através de condutas educativas de saúde trazidas pelos princípios e diretrizes do SUS (LANCMAN et al., 2013; SOUZA et al., 2013).

Destaca-se, nas respostas dos profissionais do NASF, o entendimento do início de um trabalho que está se desenvolvendo paulatinamente, embasado nas diretrizes e resoluções do MS no fortalecimento da atenção básica. Porém, o trabalho está se aperfeiçoando e já contribui com a ESF na maximização das ações de saúde desenvolvidas, no intuito de atender aos anseios dos cidadãos. A qualidade em saúde não depende apenas de uma forma ou modelo, mas também da soberania das competências necessárias ao respectivo exercício dos profissionais envolvidos.

Evidencia-se, assim, a importância das relações multiprofissionais entre as equipes do NASF e da ESF para um desenvolvimento de ações e atuação interdisciplinar, compartilhando com eles saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território com as equipes de saúde e para com a população, através de investimentos por parte da gestão, para qualificação dessas relações, de modo a intensificar a implantação do NASF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; MARTINS, 2016).

Segundo Anjos et al. (2013), para se fortalecer o NASF e ampliar suas ações, estão sendo estimuladas práticas diversas, individuais, coletivas e, principalmente, multidisciplinares, nas diversas áreas da saúde coletiva na AB em Saúde.

Para o autor, algumas rotinas precisam ser reestruturadas, e inquietações serão inevitáveis, instituindo-se consequências diretas à defesa e ao fortalecimento do NASF; das medidas necessárias para que ocorram essas alterações destacam-se: a reflexão sobre o cotidiano com os atores envolvidos, o investimento no sentido de fortalecer os vínculos e a criação de um espaço para o debate coletivo entre as disciplinas envolvidas no processo de trabalho e na produção do cuidado.

Deve-se ressaltar que, entre as habilidades requisitadas, o trabalho em equipe é essencial para o desenvolvimento do NASF, dada sua importância para reorganização do processo de trabalho na ESF. O vínculo dos saberes por meio de uma interação entre equipes comunicativa e horizontal é um requisito indispensável para o processo de trabalho do NASF.

A interdisciplinaridade, a flexibilidade, a proatividade, a resiliência, o respeito e o comprometimento são atitudes fundamentais aos profissionais do NASF, frente às dificuldades vivenciadas na implantação de um novo modelo de cuidado em saúde pública. Para o trabalho em saúde do NASF, o eixo central da formação em saúde deve ser o usuário e

o processo de cuidado, com o propósito de resgatar o cuidado contínuo, com toda a abrangência e singularidade que o termo possibilita pensar, o que envolve desde o processo interativo entre quem cuida e é cuidado até o estabelecimento de parcerias intersetoriais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

De acordo com Lisboa (2011), o crescimento das ações de saúde do NASF é fortalecido priorizando a população de risco, atividades educativas e em grupo junto à comunidade, compartilhando saberes entre os profissionais da atenção primária para a efetiva implantação da Política Nacional de Promoção à Saúde no município, através de uma agenda compartilhada, apresentada junto às unidades de saúde da família e desenvolvendo cronogramas de atendimentos dos profissionais do NASF e/ou reuniões e eventos.

Segundo o autor, destaca-se ainda a comunicação de diversos setores da rede de saúde municipal com ações voltadas não apenas ao atendimento individual, mas buscando sempre a participação da comunidade com os profissionais do NASF e da ESF; é importante enfatizar a necessidade de fortalecer a educação permanente junto aos profissionais de toda a rede de assistência municipal, através de qualificação e treinamento aos diversos setores existentes na rede pública de saúde.

Assim, na análise do primeiro tema, que tratou da percepção cognitiva dos profissionais acerca da implantação do NASF e dos eixos temáticos acerca do conhecimento da necessidade do NASF, da importância de sua implantação, da atuação multiprofissional da equipe do mesmo e da percepção desses profissionais, acerca do trabalho do NASF no município, observa-se, na descrição do conhecimento e percepção da equipe, que há entendimento e conhecimento necessário aos trabalhos desenvolvidos, senso comum da necessidade de otimização dos processos de trabalho e continuidade dos mesmos.

A Tabela 2 descreve os relatos sobre as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional do NASF, na cidade de Matão/SP:

Tabela 2: As ações desenvolvidas pela equipe do NASF na cidade de Matão/SP

EIXOS TEMÁTICOS	TRECHO DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES
<p>AÇÕES DO NASF NA CIDADE</p>	<p><i>“Matriciamento de equipes de saúde, campanhas de prevenção, implantação de reuniões de equipe, implantação de relatórios casos clínicos, grupos de saúde como o grupo para diabéticos usuários de insulina Lantus, comemorações de datas relacionadas à saúde, reuniões sobre alta responsável com o hospital municipal, visitas domiciliares a acamados quando necessário”(A)</i></p> <p><i>“O NASF realiza matriciamento das equipes, discussão de casos, atendimentos domiciliares quando necessários, além, dos grupos de meditação, diabetes (usuários de Lantus) e atividades físicas”(B)</i></p> <p><i>“NASF desenvolve ações mediante a demanda da ESF. Ultimamente chega para nós muitos casos individuais que não são resolvidos dentro da própria unidade e eles pedem um suporte a nós. Desenvolvemos ações de promoção e prevenção da saúde no mês de março na academia da saúde junto à ESF, cada dia era realizado uma atividade, porém todos os dias verificavam a pressão arterial e o teste de glicemia. Temos um grupo de meditação semanal na academia da saúde, grupos de atividade física nas ESF todos os dias. Estamos iniciando um grupo controle do diabetes para pacientes que fazem uso da insulina Lantus e tendo em vista, outro projeto com grupo de pacientes renal”(C)</i></p> <p><i>“Grupo de diabetes (Lantus), grupo de meditação” (D)</i></p> <p><i>“Reuniões de equipe, reuniões entre equipes, discussão de casos, atendimento individuais e em grupos, atividades na academia da saúde, grupo de meditação, grupo de diabetes tipo I, grupo de movimento, grupo de caminhada, entre outros”(E)</i></p> <p><i>“Apoio, orientação e ajuda a toda saúde ESF e UBS, atividades preventivas como reuniões na ESF, grupos de apoio tabaco e diabetes, atuação na área do esporte como meditação e atividades física”(F)</i></p> <p><i>“Serviço de apoio matricial às unidades de saúde, grupos de meditação, grupos de diabéticos, grupos de atividades física na academia da saúde, grupos de controle do tabagismo”(G)</i></p>

(Conclusão)

EIXOS TEMÁTICOS	TRECHO DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES
<p>AS AÇÕES SÃO DIRECIONADAS A QUAIS USUÁRIOS</p>	<p><i>“As ações são direcionadas a todos os usuários da saúde do município, pois o NASF auxilia as unidades em campanhas de saúde, casos clínicos e mais necessitados entre outros”(A)</i></p> <p><i>“As ações do NASF são destinadas a todos os usuários do SUS”(B)</i></p> <p><i>"As ações do NASF são direcionadas nesse momento para a população em geral, independente do território. Principalmente as que são realizadas na academia da saúde. E com os projetos em andamento, dependendo, serão direcionadas para a patologia específica”(C)</i></p> <p><i>“São direcionada a toda população do município”(E)</i></p> <p><i>“Todos os usuários do serviço da atenção básica de saúde” (D; F; G)</i></p>

Fonte: Autora, 2016.

Quadro 4: Ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional do NASF e seu direcionamento.

AÇÕES	A QUEM SÃO DIRECIONADAS
1. Campanhas de promoção e prevenção da saúde.	<p>A população em geral independente do território.</p>
2. Implantação de reuniões de equipe junto a ESF.	
3. Discussão de casos.	
4. Atendimento domiciliar.	
5. Grupos de meditação, diabetes (usuários da insulina Lantus) e controle do tabagismo.	
6. Atividade física (caminhada)	
7. Apoio, orientação e ajuda a ESF e UBS	

Fonte: Autora, 2016.

A análise das respostas, acerca das ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional, evidencia que a população é atendida como um todo, independente do território municipal onde se encontram os usuários.

Conforme preconizado pelo MS, a elucidação dos profissionais que integram os referidos Núcleos é de encargo dos gestores municipais, e a ESF deverá criar espaços de discussões para gestão do cuidado à comunidade e ao indivíduo (BRASIL, 2010b).

Ainda, segundo o mesmo, as intervenções do NASF devem ser pautadas por nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

As ações do NASF do município de Matão/SP são desenvolvidas mediante a demanda das equipes da ESF, tais como: casos individuais, ações de promoção e prevenção, grupos de meditação realizados na academia da saúde, grupos de atividades físicas nas unidades da ESF, grupo de controle de diabetes aos usuários da insulina *Lantus*, grupos de controle do tabagismo, apoio e orientação a todas as equipes da ESF e unidades básicas da saúde.

Realizam, também, implementação de reuniões de equipe nas unidades da ESF, reuniões sobre alta responsável com o Hospital do Município, atendimentos domiciliares, discussões de casos e auxílio em campanhas de saúde, entre outras ações.

Nesse diapasão, de acordo com Andrade et al. (2012), as equipes do NASF em conjunto com as equipes da ESF têm como responsabilidade central atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

As ações do NASF devem elencar prioridades e fundamentam-se por meio do apoio matricial, de reforço estratégico para gerir saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado aos usuários da ESF, por estar mais próximo da rede familiar, social e cultural, a fim de que haja a reconstrução de sua história de vida e de seu processo de saúde e adoecimento (OLIVEIRA, 2014).

Segundo Andrade et al. (2012), dentre os benefícios em estabelecer prioridades a partir da melhoria das relações interdisciplinares e o planejamento dos serviços oferecidos à população, o trabalho em equipe visa à descentralização da prestação de serviço da figura do médico, superando o modelo hegemônico, horizontalizando as relações e fazendo com que os especialistas envolvidos trabalhem de forma interdisciplinar e multiprofissional.

O autor cita, ainda, que o diálogo com a Gestão Municipal é essencial para o desenvolvimento das ações do NASF, o que influencia diretamente a organização dos serviços de saúde e da articulação entre as equipes; devido à complexidade da prestação de serviços de saúde, a gestão municipal deveria pautar-se no conhecimento dos problemas de saúde de cada equipe da ESF, objetivando a mudança efetiva nas práticas de saúde pública.

Deve-se enfatizar que, para desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver da população, o primeiro passo é a educação em saúde e essa atividade educacional deve ser realizada continuamente, através de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades de cada indivíduo, por meio de troca de informações durante a realização de trabalhos em grupos de pacientes e equipes de saúde, favorecendo o esclarecimento de dúvidas e atenuando ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes (MASCARENHAS; OLIVEIRA; SOUZA, 2006).

Para os autores, o trabalho da equipe multiprofissional poderá dar aos pacientes e à comunidade motivação suficiente para vencer os desafios de adotar novas atitudes que tornem essas ações efetivas e permanentes. Poderá ser abordada uma maior quantidade de indivíduos com diferentes necessidades, tornando-os multiplicadores de conhecimentos.

Em virtude de a ESF ser responsável pelo atendimento de milhões de pessoas, luta com as limitações de um sistema de saúde que muitas vezes dá respostas curtas às necessidades de saúde da população. O NASF surge para apoiar as ações da ESF e contribuir para ampliar a eficácia, a integralidade das ações da atenção primária à saúde com as equipes da ESF, melhorar os seus laços com a ESF, fazendo com que as atividades profissionais complementem um ao outro, edificando as ações de interação entre as equipes e os usuários, na busca por superar os desafios do processo de trabalho em equipe e procurar conquistar uma assistência coletiva em saúde com qualidade (SANTANA et al., 2015).

Por isso, em virtude de as ações do NASF serem indissociáveis e dependentes das ações da ESF, faz-se necessário estabelecer ajustes nos processos de trabalho das equipes que são indissolúveis, mas que possuem formas de composição de trabalho distintas.

Então, para Silva et al. (2012), há uma grande procura por atendimentos direcionada à ESF que, muitas vezes, exige soluções rápidas e inadiáveis e, em contrapartida, o trabalho do NASF prioriza a discussão, reflexão e a atuação compartilhada, o que necessita tempo e disponibilidade da equipe; possibilita-se, assim, uma desarmonia entre a obrigação de atender à demanda, a resolução rápida em alguns casos e a nova lógica de trabalho proposta pelo NASF.

O NASF revela os nós críticos do sistema de saúde, dada a situação de reflexão que integra o âmago de sua existência e há a necessidade de estar integrado às equipes da ESF, com interação dos núcleos de saberes, de maneira dinâmica, para garantir a construção do plano de cuidado sem subdivisões e promover ações contundentes e eficazes (LANCMAN et al., 2013).

Para Andrade et al. (2012), o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para a comunidade, mas dá apoio às equipes da ESF e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

Incorporado a tal interpretação, para o Ministério da Saúde, o NASF busca destacar-se no fundamento fragmentado da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado de forma corresponsabilizada com a ESF. Por isso, há necessidade de estabelecer reuniões rotineiras em que os profissionais, tanto do NASF como das equipes da ESF, assumam suas responsabilidades na participação, construção e coordenação de gestão da saúde através de discussão de casos, planejamento de ações, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação e resolução de conflitos, entre outros (BRASIL, 2010b).

Nobrega et al. (2016), enfatizam que é de suma importância que as equipes do NASF e da ESF desenvolvam, de maneira conjunta e indissociável, ações de promoção da saúde, ações de prevenção de agravos, ações de recuperação e reabilitação da saúde, em busca de uma melhor qualidade de vida da comunidade, tanto na unidade de saúde quanto nos demais espaços comunitários, integrando a atuação clínica, técnica profissional e operacional às práticas de saúde coletiva.

A apreciação do segundo tema, que explorou sobre as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional do NASF, e que apresentou em dois eixos temáticos quais ações o NASF desenvolve no município de Matão/SP e a quem são direcionadas essas ações, observou que a equipe multiprofissional está incrementando ações de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e busca executar o apoio matricial junto à ESF, para atender a todas as necessidades e anseios da comunidade.

A Tabela 3 apresenta as dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional do NASF na cidade de Matão/SP, para otimização dos serviços prestados, conforme segue:

Tabela 3: As dificuldades encontradas pelo NASF para otimização dos serviços

EIXOS TEMÁTICOS	TRECHO DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES
DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE DO NASF	<p><i>“Acredito que a maior dificuldade, seja em relação a nossa equipe ser a primeira no município, e como não conhecíamos o trabalho desenvolvido pelo NASF, foi necessário muita pesquisa”(A)</i></p> <p><i>“A dificuldade encontrada foi o reconhecimento das equipes para o surgimento do NASF”(B)</i></p> <p><i>“No início a minha dificuldade foi aceitar vir para o NASF, pois trabalhava no ambulatório de saúde mental com atendimentos individuais e seria uma grande mudança, pois o NASF não visa esse tipo de atendimento e sim promover saúde e dar apoio matricial junto a ESF. Fora isso, não tivemos dificuldades na implantação, pois por ser algo novo, começamos com estudos em grupos de reunião sobre o que seria o NASF, para depois começarmos a atuar. Após isso, conseguimos dar um bom segmento no ano de 2015. Acho que se teve uma dificuldade, essa foi a de lidar com o novo”(C)</i></p> <p><i>“No início tudo era desconhecido para todos os profissionais. Até hoje, ainda encontramos algumas dificuldades pelo caminho, mas com muito estudo, companheirismo, estamos suprindo todas as demandas”(D)</i></p> <p><i>“A maior dificuldade é sensibilizar as equipes sobre a importância das reuniões de equipes nas unidades de saúde da família”(E)</i></p> <p><i>“As dificuldades encontradas no início da implantação foi como achar a melhor maneira de desenvolver estratégias para dar um melhor suporte a ESF”(F)</i></p> <p><i>“Não participei desta etapa” (G)</i></p>

Fonte: Autora, 2016.

Quadro 5: Dificuldades encontradas na implantação do NASF pela equipe multiprofissional.

DIFICULDADES DA IMPLANTAÇÃO
1. Desconhecimento do trabalho do NASF;
2. Reconhecimento das equipes que trabalham com o NASF;
3. Resistência da equipe do NASF para mudar e implantar algo novo;
4. Sensibilizar as equipes da ESF sobre a importância das reuniões em equipe;
5. Desenvolver estratégias para dar um melhor suporte a ESF

Fonte: Autora, 2016.

Observa-se, nas dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional do NASF, para a otimização dos serviços prestados na cidade de Matão/SP, que houve adversidades e resistências para se montar a equipe, em função de mudança e implantação de algo novo, e a grande problemática está na relutância e sensibilização das equipes da ESF, para a realização de reuniões de equipe e conhecimento da importância do trabalho do NASF, para o bom desenvolvimento do apoio matricial, da clínica ampliada, do projeto terapêutico singular e principalmente do projeto de saúde no território.

Conforme Lewin (1939), mudança é a transição de uma situação para outra diferente ou a passagem de um estado para outro diferente, e o processo de implementação das mudanças, em que novas ideias e práticas são incorporadas definitivamente ao comportamento, provoca resistência e influencia o desempenho organizacional, o que exige entendimento das origens e benefícios que tais mudanças trarão aos serviços prestados (SALES, 2009).

Assim, para Andrade et al. (2012), na implantação do NASF, destacam-se pontos vulneráveis que necessitam ser melhorados: a carência de educação permanente, uma vez que a falta de qualificação profissional começa desde a graduação na qual os futuros profissionais de saúde são formados; um melhor entendimento do processo de trabalho e conhecimento sobre o funcionamento do NASF.

De acordo com o autor, existem dúvidas quanto à articulação entre as duas equipes e com a falta de capacitação dos profissionais envolvidos, na medida em que os mesmos trabalham isoladamente dos demais, com séria desarticulação e fragmentação. É necessário investir na formação e na educação permanente de todos os profissionais envolvidos, para que as dúvidas sejam sanadas e o processo de trabalho adaptado às peculiaridades, às complexidades e às limitações da região e dos agentes, o que se trata de uma das principais atuações preconizadas pelo NASF.

Segundo Lancman e Barros (2011), vem ocorrendo a implantação do NASF de maneira desuniformizada, sem processos de capacitação apropriados aos profissionais, com má definição de papéis, com processos de trabalho por vezes desafiadores, com as equipes da ESF de quem necessitam ter vínculos e sem contar com experiências já consolidadas que fundamentam as práticas profissionais. As equipes se sentem sobrecarregadas e insuficientemente preparadas para responder às várias solicitações das equipes da ESF apresentadas pelos usuários e pelas carências do sistema de saúde.

De acordo com a pesquisa de Costa (2013), o crescimento das equipes dos NASFs é insuficiente ante as demandas das equipes da ESF e, devido a essa insuficiência, pode ocorrer

sobrecarga de deveres ou, até mesmo, um mau atendimento dos serviços de saúde prestados à comunidade por parte das equipes da ESF. Faz-se, assim, necessário que se aumente o número de NASF de forma mais acelerada, para melhoria dos serviços de saúde prestados à comunidade.

O trabalho das equipes do NASF e da ESF, para atender às necessidades biopsicossociais da comunidade, requer um comprometimento do trabalho integrado, multiprofissional e interprofissional para a prestação de um serviço mais eficiente e eficaz (SANTANA et al., 2015).

Para minimizar a fragilidade da implantação do NASF, segundo Andrade et al. (2012), é indispensável o entendimento do processo de trabalho e funcionamento dos serviços prestados tanto por parte da equipe envolvida como por parte da comunidade, pois há dúvidas quanto à articulação entre as equipes do NASF e da ESF, devido à falta de envolvimento dos profissionais para garantir as recomendações das diretrizes do NASF.

Costa (2013) afirma, também, que é necessário analisar e mensurar os resultados obtidos pelas ações das equipes, para verificar se os objetivos propostos estão sendo cumpridos, além de verificar se estão sendo respeitados e considerados os fundamentos e diretrizes do MS.

Para Ferreira (2013), as equipes do NASF precisam ter profissionais bem formados e conscientes, para realizarem ações interdisciplinares, integradas e intersetoriais, a fim de se fortalecerem as ações coletivas em detrimento do atendimento individual, pois o sucesso do NASF depende do envolvimento de todos os atores.

A análise do terceiro tema desta pesquisa apresentou as dificuldades encontradas pela equipe do NASF para otimização dos serviços prestados e do eixo temático sobre as dificuldades encontradas na implantação do mesmo. Observou-se que o desconhecimento acerca das ações a serem desenvolvidas pelo NASF, não somente da equipe que o constituiria, mas também das equipes da ESF, assim como a aversão às mudanças foram preponderantes para ampliar as dificuldades no início dos trabalhos da equipe do NASF, do município de Matão/SP, porém aos poucos a mesma está suplantando as adversidades e resistências e, ainda, otimizando o apoio matricial, da clínica ampliada, do PTS e principalmente do PST.

5. CONCLUSÃO

O modelo médico hegemônico e individualista está sendo substituído pelo desenvolvimento de programas, ações e estratégias que buscam a universalidade, a integralidade e a equidade que são os princípios doutrinários do SUS.

A ESF foi criada para atender às demandas quanto à promoção, à proteção, ao diagnóstico precoce, ao tratamento e à recuperação da saúde e para dar suporte à mesma foi criado o NASF, com o intuito de aumentar a efetividade, a resolutividade e a qualidade dos serviços de saúde.

Com a criação do NASF, buscaram-se estabelecer novos recursos e práticas de saúde para as equipes da ESF, como a clínica ampliada, o matriciamento, o PTS e o PST, para a realização de um novo e melhor modelo de trabalho em saúde, centrado no usuário.

É fundamental que as equipes do NASF trabalhem em conjunto com as equipes da ESF para substituir o modelo médico atual, reforçar as diretrizes na atenção à saúde e horizontalizar as relações com trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

As ações e os serviços propostos e prestados pelas equipes da ESF e do NASF seguem as diretrizes de políticas públicas implementadas pelo Estado, em suas três esferas de governo e asseguradas na Constituição Federal, para garantir o direito ao acesso universal e igualitário à saúde pública, frente aos novos desafios, decorrentes da crescente urbanização e consequente aumento da procura pelos serviços públicos de saúde, envelhecimento da população e das inovações tecnológicas no setor de saúde.

Para melhor compreensão da importância social das ações do NASF para o município de Matão/SP e desenvolvimento deste trabalho, dividiu-se o mesmo em três categorias e sete eixos temáticos, que abordaram a análise perceptiva da necessidade dos serviços prestados pelo NASF para a saúde da comunidade, sob a ótica da equipe multiprofissional que o compõe, o conhecimento dessa equipe acerca das ações desenvolvidas pelo mesmo e as dificuldades de implantação e otimização dos serviços prestados.

A análise da primeira categoria, que analisou a percepção cognitiva dos profissionais acerca da implantação do NASF no município e seus quatro eixos temáticos, que abordaram sobre a necessidade do mesmo, sua implantação, a atuação profissional de sua equipe e a percepção dessa sobre o trabalho prestado, apresentou como resultado a coesão no entendimento da necessidade da equipe multiprofissional compartilhar seus conhecimentos com as equipes da ESF, realizar atendimentos compartilhados, matriciamento e

desenvolvimento de estratégias para a otimização dos serviços de saúde prestados à comunidade.

Depreende-se na análise dessa primeira categoria temática, que apesar do pouco tempo de existência, a equipe multiprofissional que compõe o NASF já possui discernimento sobre a singularidade dos serviços prestados e sua importância como ferramenta social para a melhoria no atendimento da saúde pública municipal, através do matriciamento às equipes da ESF, além de dar eficiência aos cuidados à comunidade e focar no trabalho de promoção e prevenção de doenças.

Observou-se que com pouco tempo de implantação, há a evolução dos trabalhos e a concepção da necessidade do aprimoramento no diálogo interpessoal e entre as equipes da ESF e do NASF, que pode ocorrer através de reuniões e trocas de experiências para a solução de problemas e o desenvolvimento de bons serviços de saúde. Há simbiose entre o empirismo e o racionalismo, ou seja, entre a sabedoria perceptiva e o pensamento lógico e racional, fundindo-os em um sincronismo otimizador dos serviços prestados.

A análise da segunda categoria temática, que identificou as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional do NASF e seus dois eixos temáticos, que abordaram sobre as ações do mesmo e o direcionamento dessas, observou que a equipe multiprofissional desenvolve ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, de acordo com as demandas da ESF e ações de apoio e orientação às atividades desenvolvidas por essa, para a população em geral, independente do território.

Essas ações se tornam extremamente necessárias ao novo modelo de saúde proposto pelo MS, pois dá suporte às equipes da ESF e auxiliam em planejamentos estratégicos no aprimoramento das condições dos serviços prestados.

A análise da terceira categoria temática e seu eixo, que analisaram as dificuldades encontradas pela equipe do NASF para otimização dos serviços prestados, apresentou que em virtude da novidade na implantação de um novo modelo de trabalho e das mudanças introduzidas na formulação de melhorias nos serviços realizados à comunidade, houve dificuldades naturais no trabalho inter equipe e transdisciplinar, resistência às mudanças e às reuniões, mas apresentou também, que a resiliência dos profissionais está aprimorando os serviços de saúde prestados e dando eficácia as estratégias de saúde à comunidade.

No contexto das análises, identifica-se que o NASF é um importante instrumento de suporte às políticas públicas municipais dos serviços de saúde no município de Matão/SP, para a efetividade, a resolutividade e a qualidade dos mesmos, como determinado pelas diretrizes do MS.

Apesar de seu pouco tempo de existência e das adversidades enfrentadas, o NASF está se desenvolvendo e aprimorando seus serviços, com uma equipe coesa e apta à implantar melhorias nos serviços prestados.

O presente trabalho identificou, também, a escassez de estudos que demonstram o processo de implantação do NASF no Brasil, sua relação com as ESFs e as dificuldades encontradas pelos profissionais envolvidos, temática que está se apresentando como um campo vasto para pesquisas.

Espera-se que esta investigação científica auxilie no planejamento das ações do NASF e contribua para uma reflexão a respeito de seus serviços, da aprendizagem multiprofissional acerca de suas ações, da importância do bom relacionamento com as equipes da ESF e da necessidade da interdisciplinaridade entre as mesmas, fomentando reuniões de equipe do próprio NASF, reuniões entre as equipes do NASF e da ESF para a discussão de casos, realização de atendimentos individuais e em grupos, para a otimização de suas ações, e maximização dos resultados junto à comunidade onde está inserido.

6. REFERÊNCIAS

- AGGIO, J. O. Conhecimento perceptivo segundo Aristóteles. Dissertação defendida em 2006. São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-10012008-114644/pt-br.php>>. Acesso em: 25 de Nov. de 2016.
- ALMEIDA, E. R. Uma análise da atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em João Pessoa/PB. In: 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICAS, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE. Monografia defendida em 2011. 2013. Belo Horizonte - MG. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/068.pdf>. Acesso em: 17 de mar. de 2016.
- ANDRADE, L. M. B. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis. 2012. vol. 3, n.1. p.18-31. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1471>>. Acesso em: 16 de out. de 2016.
- ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. 2013. vol. 37, n°. 99. p. 672-680. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a15v37n99.pdf>>. Acesso em 12 de out. de 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 3ª Reimpressão. 2011. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/217069465/Analise-de-Conteudo>>. Acesso em: 08 de abr. de 2016.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- BRASIL. PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 12 de out. de 2015.
- _____. PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 12 de out. de 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília/DF. 86p, 2010a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/OficinaQualificacaoNASF.pdf>>. Acesso em: 21 de out. de 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 21 de abr. de 2016.

_____. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 21 de abr. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 19 de abr. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39. vol. 1. Brasília. 2014. 116 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 09 de abr. de 2016.

_____. Ministério da saúde. PORTARIA Nº 562, de 4 de abril de 2013. **Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como componente de qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html>. Acesso em: 21 de abr. de 2015.

_____. DECRETO Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12 de abr. de 2016.

_____. LEI Nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990a. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 de mai. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília (DF). 1990b. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 03 de set. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF), 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 04 de set. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. (Série A.

Normas e Manuais técnicos). **Caderno de Atenção Básica**, n.27, 152p. Brasília: Ministério da Saúde. 2010b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad27.pdf>. Acesso em 03 de set. de 2016

_____.Ministério da Saúde.Secretaria Executiva.**Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília (DF). 44p, 2000. Disponível em: <<http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/800/1/Sistema%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20SUS%29%3b%20principios%20e%20conquistas.pdf>>. Acesso em: 03 de set. de 2015.

_____.PORTARIA Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 de abr. de 2016.

_____.PORTARIA Nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Portaria_n_3124_2012.pdf>. Acesso em: 02 de set. de 2015.

_____.PORTARIA Nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 12 de abr. de 2016.

CAPITÃO,C.G.; VILLEMOR-AMARAL, E. A pesquisa com estudo de caso. In: BAPTISTA, M.N; CAMPOS, D. C. (Org.). **Metodologias de pesquisa em ciências:análise quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro, LTC. cap. 19. 2013. p. 238 – 253.

CORBO, A. A.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família:construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.p. 67-106. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>>. Acesso em: 26 de ago. de 2015.

COSTA, J. P. et al. **Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços**. Saúde Debate. Rio de Janeiro. vol. 38. n. 103. p. 733-743. out/dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0733.pdf>>. Acesso em: 14 de out. de 2015.

COSTA, M. M. L. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): contextualização de sua implantação na atenção básica à saúde no Brasil.** Monografia defendida em 2013. Brasília-DF. Disponível em:

<http://bdm.unb.br/bitstream/10483/4945/1/2013_MariaMarthaLauandedaCosta.pdf>. Acesso em 23 de out. de 2016.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 23-26 ago. 2011. São Luis – MA. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSESEDESAFIOSDASPOLITICASDASEGURIDADESOCIAL/ESTRATEGIASAUDEDAFAMILIAREFLEXAO SOBRE ALGUMAS DE SUAS PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 20 de abr. de 2016.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud Pública.** vol. 21. p. 168-176. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 12 de abr. de 2016.

FERREIRA, S. R. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de Vazante / Lagamar-MG: Da implantação aos dias atuais.** In: CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE – CONVIBRA, 2º. 2013. São Paulo. Anais eletrônicos. Disponível em:

<http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/62/2013_62_5913.pdf>. Acesso em: 23 de out. de 2016.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.**

Universidade de São Paulo – UNIFESP, 2102. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em 04 de set. de 2015.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. 2005. Vol. 21, nº1. p. 200-206. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n1/22.pdf>>. Acesso em 29 de out. de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades @.**

Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352930&search=sao-paulo|matao>>. Acesso em: 18 abr. de 2015.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Saúde Pública.** São Paulo. 2013. vol. 47, nº 5. p. 968-75. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>>. Acesso em: 16 de out. de 2016.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo. 2011. vol. 22, nº 3. p. 263-269. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46444/50200>>. Acesso em: 21 de out. de 2016.

LEITE, A. S. **Uma História para Matão**. Volume II. Comarca de Matão, 1993.

LEWIN, K. Field theory and experiment in social psychology: Concepts and methods. **American journal of sociology**. 1939. Vol. 44, nº 6. p. 868-896. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2769418?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em 20 de out. 2016.

LISBOA, M. V. F. **Ações e práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais do núcleo de apoio a saúde da família (NASF) no município de Pedra**. Monografia defendida em 2011. Recife-PE. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011lisboa-mvf.pdf>>. Acesso em: 16 de out. de 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. Ed. 5ª. São Paulo. Editora: Atlas S.A., 2009. p. 312.

MARTINELLI, M. L. Pesquisa Qualitativa: Elementos Conceituais e Teóricos. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL. Campos dos Goytacazes. p. 8-15, out. de 2005.

MARTINS, T. M. S. **Equipes de saúde da família e núcleos de apoio à saúde da família: uma análise acerca das relações de trabalho**. Monografia defendida em 2016. Salvador-BA. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/20812/1/The%C3%B3filo%20Mathias%20Santana%20Martins-Vers%C3%A3o%20final%20Monografia.pdf>>. Acesso em: 16 de out. de 2016.

MASCARENHAS, C. H. M; OLIVEIRA, M. M. L.; SOUZA, M. S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão - Jequié/BA. **Rev. Saúde. Com**. Bahia. 2006. vol. 2, nº 1. p. 30-38. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/39>>. Acesso em 16 de out. de 2016.

MATÃO TERRA DA SAUDADE. **A história de Matão contada em fotos**. Matão. São Paulo. 02 de setembro de 2013. Disponível em <<https://www.facebook.com/mataoterradasaudade/photos/pb.409609162453747.-2207520000.1446146612./508709219210407/?type=3&theater>>. Acesso: 29 de out. de 2015.

MATÃO TERRA DA SAUDADE. **A história de Matão contada em fotos**. Matão. São Paulo. 26 de agosto de 2013. Disponível em <<https://www.facebook.com/mataoterradasaudade/photos/pb.409609162453747.-2207520000.1446146615./505792716168724/?type=3&theater>>. Acesso: 29 de out. de 2015.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. 2010. vol. 34, nº 1. p. 92-96. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 12 de out. de 2016.

NOBREGA, J. S. M. et al. Avaliação da satisfação dos usuários em relação às ações do núcleo de apoio à saúde da família num município brasileiro de médio porte. **Revista Ciência Plural**. Rio Grande do Norte. 2016. Vol. 2, nº 1. p. 69-88. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/10041/7131>>. Acesso em: 22 de out. de 2016.

OLIVEIRA, H. A. **Proposta de implantação de núcleo de apoio à saúde da família no município de Carmópolis**. Monografia defendida em 2014. Florianópolis-SC. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/167350/Heloisa%20Aparecida%20de%20Oliveira%20-%20Psico%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 16 de out. de 2016.

OLIVEIRA, L. S. G.; NASCIMENTO, D. D. G.; MARCOLINO, F. F. Saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções de profissionais e cuidadores familiares. **O mundo da saúde**. 2010; 34(1): 65-72. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/08_original_Saude.pdf>. Acesso em: 15 mar. de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Alma-Ata 1978-**Cuidados Primários de Saúde**. Brasil, 1979. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 10 de abr. de 2016.

PAIM, J. et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries Fascículos em Saúde no Brasil**. 9 mai. 2011. Disponível em: <<http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf>>. Acesso em: 26 ago. de 2015.

PINHO, L. et al. Percepções de hipertensos sobre o acompanhamento nutricional recebido em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Motricidade**. 2012. vol.8, nº S2. p.58-66. Disponível em: <<http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/viewFile/649/539>>. Acesso em: 21 de out. de 2016.

PORTAL DA PREFEITURA DE MATÃO. **A cidade**. Disponível em: <<http://www.matao.sp.gov.br/>>. Acesso em: 25 de abr. de 2015.

SALES, J. M. **Gestão da Mudança Organizacional. A Mudança organizacional na força de trabalho do Ministério da Saúde**. Monografia defendida em 2009. Brasília/DF. Disponível em: <http://www.gespublica.gov.br/sites/default/files/documentos/monografia_-_gestao_e_planejamento_de_mudancas_organizacionais_no_ministerio_da_saude.pdf>. Acesso em: 12 de out. de 2016

SAMPAIO, J. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Paraíba. 2012. vol. 16, nº 3. p. 317-324. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/12572/7870>>. Acesso em: 12 de out. de 2016.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. Ed. 5ª. Editora Penso. Porto Alegre: AMGH. 2013. 623p.

SANTANA, J. S. et al. Núcleo de apoio a saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. **Journalofresearch fundamental care online**. Rio de Janeiro. 2015. vol.7, nº 2. p.2362-2371. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3790/pdf_1547>. Acesso em: 16 de out. de 2016.

SEADE - SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Indicadores de São Paulo: perfil Municipal**. Disponível em: <<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil>>. Acesso em: 19 de abr. de 2015.

SILVA JUNIOR, A. G.;ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In:MOROSINI M.V.G.C; CORBO, A. DA. (Orgs).**Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>> Acesso em: 26 de ago. de 2015.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2012. vol. 28, nº 11. p. 2076-2084. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>>. Acesso em: 16 de out. de 2016.

SOUZA, F. L. D. et al. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. 2013. vol. 37, nº 97. p. 233-240. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a05.pdf>>. Acesso em: 21 de out. de 2016.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador/BA. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acessado em: 25 de Nov. de 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ENTREVISTA ESTRUTURADA DA EQUIPE DO NASF

Data: ____/____/____

DADOS PESSOAIS

DATA NASCIMENTO:	IDADE:	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:		

ESCOLARIDADE		GRADUAÇÃO
		PÓS-GRADUAÇÃO
		MESTRADO
		DOCTORADO
		PÓS-DOCTORADO

ALGUMA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	
--	--

TEMPO DE FORMADO	
TEMPO DE ATUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	
TEMPO DE ATUAÇÃO NO NASF	

RESPONDA:	
1-	O QUE É E PARA QUE SERVE O NASF?
2-	DISCORRA SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO NASF NA CIDADE?
3-	QUAIS FORAM AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO NASF?
4-	QUAIS AÇÕES O NASF DESENVOLVE?
5-	AS AÇÕES DO NASF SÃO DIRECIONADAS A QUAIS USUÁRIOS ?
6-	QUAL SUA ATUAÇÃO DENTRO DA EQUIPE DO NASF ?
7-	QUAL A SUA PERCEPÇÃO SOBRE O TRABALHO DO NASF EM MATÃO?

**MUITO OBRIGADA POR PARTICIPAR DA PESQUISA!!!
FLÁVIA LUZIA LOPES BARBOSA BERTACI**

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: A PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SUA IMPLANTAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MATÃO/SP – UM ESTUDO DE CASO

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Flávia Luzia Lopes Barbosa Bertaci.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld.

Estou ciente de que este trabalho faz parte do Projeto de Pesquisa do Mestrado Saúde e Educação da Universidade Ribeirão Preto - UNAERP, sob orientação da Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld, com o objetivo de construir conhecimento teórico-científico na área da saúde pública, contribuindo com fundamentos para a melhoria dos serviços. Para participar desta pesquisa deverei:

- ❖ Responder a um formulário investigativo, formulado e aplicado pelos pesquisadores;

Estou ciente também que:

- ❖ Minha participação é voluntária;
- ❖ Posso desistir dessa participação a qualquer momento;
- ❖ Não estou exposto a nenhum dano mental ou físico;
- ❖ Não terei nenhum gasto e não receberei nenhum reembolso financeiro por esta participação;
- ❖ Os resultados poderão ser publicados em eventos científicos.

Sendo assim, eu _____

RG _____ concordo em participar desta pesquisa para a dissertação de Mestrado Saúde e Educação como voluntário(a).

Ribeirão Preto, _____ de _____ 2016.

Assinatura do(a) Voluntário(a)



PESQUISADORA RESPONSÁVEL
FLÁVIA LUZIA LOPES BARBOSA BERTACI




PESQUISADORA RESPONSÁVEL
Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld


Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
Av. Costábile Romano, n. 2201, Bairro Ribeirânia, Ribeirão Preto-SP
Fone: (16) 3603-6736 e 3603-6887

ANEXOS

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÃO
PALÁCIO DA INDEPENDÊNCIA



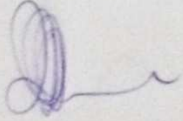
Matão (SP), 30 de outubro de 2015.

A
UNAERP – UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
RIBEIRÃO PRETO - SP

Prezados Senhores

AUTORIZO a Sra. Flávia Luzia Lopes Barbosa Bertaci, aluna do Programa de Mestrado Saúde e Educação *STRICTO SENSU* dessa Instituição, à realizar e coletas de dados junto ao NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Município de Matão/SP, para a consecução do trabalho OS IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DO NASF - NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MATÃO/SP e, posterior publicação.

Atenciosamente,



JOSÉ FRANCISCO DUMONT
PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DO NASF - NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MATÃO/SP

Pesquisador: Neide Aparecida de Souza Lenfeld

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51122515.1.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.347.609

Apresentação do Projeto:

Estudo de caso, o qual será desenvolvido através de pesquisa de campo, através de entrevistas com as equipes de NASF (Núcleo e Apoio à Saúde da Família) com uma amostra pré-definida de 15 participantes, com o objetivo de evidenciar os impactos gerados com a implantação do NASF na cidade de Matão/SP como estratégia para melhorias nos serviços de saúde.

Apresentado de forma clara e objetiva. Descreve os passos a serem realizados que estão de acordo com os objetivos propostos. Introdução detalhada e com as justificativas para a realização do projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos claros e de acordo com o conteúdo apresentado no projeto, buscando analisar e demonstrar a eficiência das ações desenvolvidas pelo NASF na cidade de Matão/SP e a eficácia das mesmas para a otimização dos serviços de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios apresentados e não haverá riscos para os participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande utilidade pois oferecerá subsídios para a melhoria dos serviços oferecidos e se a população que recebe o atendimento fosse entrevistada haveria maiores contribuições para o

Continuação do Parecer: 1.347.609

atendimento ofertado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória demonstrados: autorização do prefeito da cidade de Matão onde o projeto será realizado, folha de rosto assinada corretamente; TCLE com dados completos e o instrumento de coleta de dados também foi apresentado.

Recomendações:

Sugiro rever as palavras "os impactos" no título pois a mesma possui uma conotação negativa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações ou pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa está aprovado e obedece a Resolução 466/12 do CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_626010.pdf	13/11/2015 17:52:14		Aceito
Folha de Rosto	FR_Flavia.pdf	13/11/2015 17:25:23	Neide Aparecida de Souza Lehfeld	Aceito
Projeto Detalhado / Eschura Investigador	PROJETO_MESTRADO_FLAVIA.pdf	13/11/2015 01:12:44	FLÁVIA LUZIA LOPES BARBOSA BERTACI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/11/2015 01:11:11	FLÁVIA LUZIA LOPES BARBOSA BERTACI	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_AO_COMITE_DE_ETICA.pdf	13/11/2015 01:10:42	FLÁVIA LUZIA LOPES BARBOSA BERTACI	Aceito
Outros	AUTORIZACAO.pdf	13/11/2015 00:23:45	FLÁVIA LUZIA LOPES BARBOSA BERTACI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Continuação do Parecer: 1.347.609

RIBEIRÃO PRETO, 02 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br