



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

VALENTINA ARRUDA CÂMARA CABRAL

**A ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA (NASF) NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE - PB
2012**

VALENTINA ARRUDA CÂMARA CABRAL

**A ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA (NASF) NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE/PB**

Monografia apresentada ao Curso de Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, *Campus I*, como pré-requisito para a obtenção do Grau de Especialista em Gestão em Saúde.

ORIENTADORA: PROF^a. MSC. ADRIANA PAULA BRAZ DE SOUZA

**Campina Grande - PB
2012**

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

C117a Cabral, Valentina Arruda Câmara.

A atuação do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) no município de Campina Grande [manuscrito] / Valentina Arruda Câmara Cabral. - 2012.

32 p.

Digitado.

Monografia (Gestão em Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

"Orientação: Profa. Ma. Adriana Paula Braz de Souza, Departamento de Gestão em Saúde".

1. Núcleo de apoio à Saúde da família. 2. Saúde da família.
3. Assistência a saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

VALENTINA ARRUDA CÂMARA CABRAL

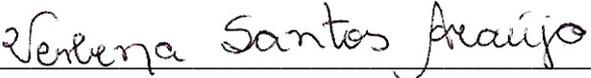
**A ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA (NASF) NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE/PB**

Aprovada em 05 de setembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª. Msc. Adriana Paula Braz Souza - Orientadora


Prof^ª. Msc. Sanuyla de Albuquerque Oliveira - Examinadora


Prof^ª. Msc. Verbena Santos Araújo – Examinadora

À minha filha, Maria Tereza
Dedico meu esforço, e que lhe sirva de incentivo para a sua caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que iluminou e guiou meus passos para que eu alcançasse mais um objetivo.

A minha Orientadora, professora Msc. Adriana Paula Braz de Souza, meus sinceros agradecimentos.

Aos meus amigos, que me ajudaram com palavras, me dando incentivo de força e coragem para concluir mais uma etapa da minha vida.

RESUMO

Nesse estudo é apresentada a análise da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Campina Grande. Tem como objetivo, descrever o processo de implantação, distribuição e surgimento, como também, analisar as atividades realizadas pelos profissionais que compõem a equipe, sua formação e critérios utilizados. Foram feitos estudos entre as ações que os profissionais realizam junto aos usuários adscritos às (09) equipes de Saúde da Família existentes no município. Podemos observar que, o tempo de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família é muito recente e tanto os profissionais e a população quanto à própria gestão estão em fase de adaptação a esta forma de trabalho de compartilhamento. Os resultados mostram que mudanças ocorreram, mas que é preciso realizar alguns ajustes. Contudo, vale salientar que as atividades preconizadas pela Portaria 154/08 estão sendo aos poucos incorporadas no dia-a-dia da equipe e, assim, procurando alcançar os meios de atender a universalidade, a integralidade da atenção, buscando levar em consideração os valores culturais e sociais da população.

Palavras-chave: Parceria. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Saúde da Família.

ABSTRACT

This study presents the analysis of the performance of the Support Center for Family Health (NASF) in the city of Campina Grande. It aims to describe the process of implantation, distribution and appearance, but also analyze the activities carried out by professionals who make up the team, their training and the criteria used. Studies were conducted among professionals perform actions with users ascribed to (09) Family Health Teams in the municipality. We can observe that the deployment time from the core to support Family Health is very recent and both professionals and the public about the actual management are being adapted to this form of work-sharing. The results show that changes have occurred, but that it is necessary to do some adjustments. However, it should be noted that the activities envisaged by the decree 154/08 are being gradually incorporated into the day to day team and thus the means of reaching out to meet the universality, comprehensiveness of care, seeking to take into account the cultural and social values population.

Keywords: Partnership. I support the Center for Family Health (NASF). Family Health

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

MS – Ministério da Saúde.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

PSF – Programa Saúde da Família.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA	10
3	OBJETIVOS	11
3.1	OBJETIVO GERAL.....	11
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4.1	IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE NO BRASIL	12
4.2	SURGIMENTO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	15
4.3	ATUAÇÕES DO NASF NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB	18
5	METODOLOGIA	20
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
6.1	A DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB	22
6.2	A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA	24
6.3	A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA, PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS	25
6.4	AÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE DA MULHER	26
6.5	A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS NASF DE CAMPINA GRANDE	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem-se demonstrado um cuidado com a saúde da população. O Ministério da Saúde (MS) criou Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, sendo republicada em 04 de março de 2008, que tem como objetivo apoiar as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na condição da rede de atenção, interdisciplinaridade, e a ampliação do escopo das ações de atenção básica, buscando sua resolubilidade (BRASIL, 2008).

A atuação do NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividades físicas e práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, do adolescente e do jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008).

O grande desafio do NASF não se restringe na qualidade do serviço, mas na mudança de uma cultura organizacional no SUS, que busca a quantidade e não a qualidade da assistência prestada à população.

Inicialmente, esta pesquisa fundamenta-se na abordagem da implantação dos programas de saúde e no surgimento do NASF no Brasil, enfatizando sua atuação no município de Campina Grande/PB. Traz, como resultados, a distribuição das equipes de saúde no município, a atuação dos profissionais de educação física, dos profissionais de fisioterapia, psicólogos e psiquiatras, ações relacionadas à saúde da mulher, e, por fim, a atuação dos profissionais de saúde nos NASF de Campina Grande.

2 JUSTIFICATIVA

Com o intuito de ampliar ainda mais a resolutibilidade do sistema de saúde, o município de Campina Grande optou pela implantação do NASF, buscando um fortalecimento na atenção básica e o apoio dos profissionais às equipes da ESF.

As equipes precisam estar engajadas e criarem estratégias para atender à população e obterem resultados satisfatórios. Neste sentido, faz-se necessária a realização de um trabalho que identifique e analise a atuação e distribuição dos NASF no município de Campina Grande-PB.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação e distribuição dos NASF no município de Campina Grande-PB, vivenciando entre 2011 e 2012.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a formação de equipes e os critérios utilizados para formação dos núcleos;
- Explicitar a distribuição das equipes no município de Campina Grande;
- Descrever a atuação dos profissionais de saúde no NASF de Campina Grande.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE NO BRASIL

A valorização da saúde no Brasil ocorreu depois de seu descobrimento, quando a exploração portuguesa se deu e não havia preocupação com a saúde dos nativos, porém os interesses em extrair o máximo que pudesse do novo paraíso chamado “Pau-Brasil” fez com que a Corte Portuguesa, após se instalar em terras brasileiras em 1808, determinasse mudanças na administração colonial, principalmente na área de saúde, já que o Rio de Janeiro era sede provisória do Império Lusitano e também se encontrava lá o principal porto do país, tornando-se o centro das ações sanitárias (BERTOLLI FILHO, 2008).

Ao longo dos tempos as ações voltadas para melhorias da saúde da população tinham todo um contexto de interesses comerciais e políticos, porém no que diz respeito à saúde, o Brasil chegou a situações calamitosas de epidemias e outros agravos que mataram milhares de pessoas. As tentativas de mudar essa realidade não foram poucas, porém muitos eram os percalços que confrontavam as melhorias na saúde da população, mesmo porque a maioria das ações era coletiva e só quem poderia pagar por alguma assistência à saúde teria direito a um atendimento individual (BAPTISTA, 2005).

Ao contrário do que muitos pensam, a saúde no Brasil não só passou a ser um direito de todos os brasileiros, como também um dever do Estado após a instituição do SUS, em 1988, que inicialmente propôs uma assistência à saúde mais abrangente, justa e democrática, com responsabilidade ativa do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde, com um sistema único capaz de atender às diferentes necessidades da saúde em todos os níveis de complexidade. A fim de nortear a proposta do novo sistema de saúde, foram enunciados os princípios gerais do SUS, Universalização, Integralidade, Democratização e Participação Popular (BAPTISTA, 2005).

A instituição do SUS foi alicerçada por amplos debates em diferentes segmentos, objetivando “a democratização do direito à saúde, contudo foi na VIII Conferência Nacional de Saúde que reafirmou a saúde como direito de todos e dever do Estado” (DUCAN et al., 2004, p. 70).

O SUS foi instituído no país por meio da Constituição de 1988, incorporando os princípios doutrinários de universalidade sanitária, expressos na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Está estruturado sob a forma de uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, para atender com resolubilidade às necessidades de saúde dos grupos sociais (BRASIL, 1990).

Fundado no direito universal à saúde e priorizando a atenção básica como porta de entrada do sistema, passou a requerer um modelo de saúde integral e resolutivo em todos os níveis de atenção (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O sistema de saúde pública apresenta uma fragmentação bem representada em seus setores, essa divisão se dava através dos níveis de complexidade na assistência, ou seja, a atenção poderá ser primária, secundária ou terciária dependendo da complexidade do problema de saúde apresentado (SAITO, 2008).

Segundo os parâmetros do SUS, as mudanças técnicas e assistenciais na prestação dos serviços de saúde ocorrem desde que a mesma passou a ser direito de todos e dever do Estado, pois a Constituição concerne os direitos do usuário e normatiza a conduta da gestão Tripartite (União, Estados e municípios).

A divisão na assistência da saúde em níveis de complexidade oportunizou a criação de estratégias específicas para cada nível, e foi nessa proposta que em 1994 surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), representando um novo olhar voltado para a família e comunidade, estruturando uma reorganização na atenção básica, alicerçada aos princípios e diretrizes do SUS, objetivando uma assistência de cobertura organizada, estabelecendo uma melhor acessibilidade e tornando-se a porta de entrada do usuário no SUS, com o suporte de uma equipe multiprofissional, priorizando a preservação da saúde e bem-estar.

A ESF, mesmo não tão recente, representou uma grande mudança na assistência primária à saúde e instituiu ainda uma lacuna entre a proposta do programa e a compreensão dos usuários, que são habituados a reportar-se apenas para os hospitais gerais, produzindo uma grande influência na demanda do atendimento deste setor, visto que, as emergências hospitalares estão sobrecarregadas com atendimentos da atenção básica e esta sobrecarga influencia diretamente nos profissionais e conseqüentemente na qualidade do serviço prestado, além de representar um risco para o cliente, que quando recorre ao hospital, e não a uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), fica exposto desnecessariamente a agentes biológicos nocivos a saúde.

Nos últimos anos, o governo federal tem investido de forma significativa na saúde para atender a demanda que é grande com relação ao atendimento de forma eficiente e de

qualidade. Contudo, os recursos não são suficientes para esse fim e os resultados estão estampados nas capas de revistas, nas manchetes de jornais de circulação nacional e nos telejornais de todo país.

Com a municipalização da saúde, que aconteceu no período da presidência de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a responsabilidade de aplicação dos recursos ficou a cargo dos municípios, que têm total autonomia para aplicarem esses recursos dentro do que é previsto em lei e da melhor forma que deve atender a toda população frente às necessidades urgentes de seus habitantes. Tais recursos são repassados mensalmente de acordo com o número de habitantes de cada município, que, por sua vez, devem atender à população investindo na saúde, desde a prevenção de doenças até as urgências que irão acontecer.

Com o passar do tempo, essa descentralização de recursos, que destacava como objetivo principal atender de forma eficiente à população evitando a burocracia, tornou-se um entrave para a qualidade dos serviços básicos de saúde, colocando a saúde pública com conceito de descaso e negligência, sendo capa de jornais até no exterior. Para tentar melhorar o sistema público de saúde, o governo federal vem a cada ano criando programas para melhorar a saúde pública, com ações de prevenção que visam evitar futuros gastos com internações e outras complicações.

Sobre as ações do SUS, Noronha e Levcovitz dizem:

A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) guarda uma série de inovações e avanços para o campo da saúde, representando uma democratização no acesso e na garantia à saúde para a população brasileira como um todo, promovendo a organização descentralizada que vai permitir aos vários municípios do país a elaboração de políticas pertinentes às suas realidades locais e referendando os princípios básicos do SUS: universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada (apud GUIMARÃES; TAVARES, 2003, p. 73).

A principal delas, logo no início dessa descentralização, foi à implantação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os agentes de endemias, que apresentavam como objetivos principais a prevenção de doenças e o combate à dengue que, na época, lotava os hospitais e causava muitos casos de mortes.

Os postos do PSF são locais que prioritariamente atendem os casos que não precisam de internações, pois estes contam com uma equipe que atende diariamente os casos mais simples e acompanham a comunidade através de seus ACS, sendo encaminhados para os hospitais e às clínicas os casos não resolvidos.

Contudo, é bem verdade que os programas não funcionam como deveriam devido à corrupção, à falta de profissionais e à infraestrutura dos postos de saúde. Logo, não podemos

negar que os postos de PSF têm uma imensa importância na saúde pública do país (SAITO, 2008).

Ampliando ainda mais os programas voltados para a família, o governo cria programas de prevenção de doenças que atingem as crianças, os idosos, as mulheres e os grupos de riscos, como aos aidéticos, as pessoas com câncer, os fumantes, entre outros. Com a evolução dos programas sociais e de atenção às famílias, o governo cria o NASF, que envolve vários profissionais de áreas afins para trabalharem como um apoio à saúde, visando prevenir doenças comuns a determinados grupos e melhorar as condições de vida da população brasileira.

4.2 SURGIMENTO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

De acordo com o MS, a criação do NASF deu-se mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, e publicada em 4 de março de 2008, objetivando ampliar a atenção básica à saúde e apoiar nas estratégias de melhoria saúde pública como, mostra o Manual de orientação do NASF distribuído pelo governo federal:

O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2008).

Conforme foi descrito no Manual do MS, o NASF apresenta diretrizes básicas compostas de orientações aos profissionais de saúde e aos gestores para a criação e funcionamento do programa:

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de Equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da SF. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

O NASF alicerça-se em apoiar as ações das ESF, atuando em parceria, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes. Este não se constitui

como porta de entrada do sistema, devendo atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as ESF.

A atuação de maneira sincronizada visa o aprimoramento cada vez mais determinante do trabalho, assim a articulação entre as equipes ocorre em três planos: atendimentos e intervenções conjuntas; orientações e capacitação durante reuniões e discussões de caso; atualização contínua da equipe quando o apoiador intervier em situações que exijam atenção específica de seu núcleo de conhecimento (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O NASF tem como objetivo apoiar a saúde da família, assim os municípios têm como tarefa principal colocar em execução as ações para que ele funcione de maneira eficiente e atenda ao público-alvo. Neste sentido, os municípios teriam que fazer uma adesão ao Plano Nacional de Saúde Pública e fornecer todos os dados necessários para cadastrar o município e receber os recursos necessários para a compra de equipamentos e sua implantação, bem como garantir o pagamento dos profissionais envolvidos no programa (BRASIL, 2011).

Segundo o Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde, no que se refere à implantação do NASF nos municípios, segue:

A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2009).

A possibilidade de formar a equipe do NASF, dentro dos moldes referidos, pressupõe um processo de análise dos gestores juntamente com as ESF e os Conselhos de Saúde. Antes de definir quais profissionais farão parte do NASF em cada região, é importante que o gestor coordene um processo de discussão, negociação e análise com as ESF e com a participação social, para definir quais profissionais serão contratados. A participação das ESF e dos representantes da população é fundamental, porque conhecem profundamente as necessidades em saúde de seu território e podem identificar os temas/situações em que mais precisam de apoio. Essa participação também é importante porque esse é o primeiro momento da relação dessas equipes e da população com os profissionais do NASF, ainda que eles ainda não estejam presentes, e vai facilitar um vínculo positivo entre população, equipes e profissionais do NASF (BRASIL, 2009).

O NASF, em sua atuação, deve servir de acompanhamento às pessoas em situações de risco, sendo envolvidos profissionais ligados à área da saúde e outras áreas afins. Assim, os gestores públicos, através de seus secretários de saúde, se reúnem e elaboram um plano de

ação com atendimento nas diversas áreas de saúde mental, saúde da mulher, pessoas com dependência química, entre outros.

Na formação das equipes do NASF, devem ser obedecidos critérios pré-estabelecidos de acordo com as necessidades da população atendida, sendo compostas por profissionais das áreas de psicologia, assistência social, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, ginecologia, homeopatia, educação física, nutrição, acupuntura, pediatria, psiquiatria e terapia ocupacional. Sendo os profissionais todos com curso superior, formando equipes de, no mínimo, cinco componentes para atenderem a uma população que é escolhida por número de habitantes, como preconiza o Ministério da Saúde:

O NASF deve ser composto de equipe multiprofissional com representação de diversas áreas de conhecimento (entre eles o Assistente Social, o Professor de Educação Física, o Farmacêutico, o Fisioterapeuta, o Fonoaudiólogo, o Terapeuta Ocupacional e o Psicólogo) para atuarem de forma compartilhada com a ESF, tendo como responsabilidade central atuar e reforçar nove 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 (BRASIL, 2008).

Para o MS, as equipes realizam reuniões que têm como objetivo melhorar a sua atuação e facilitar o entrosamento entre os profissionais, uma vez que as ações não podem ocorrer de forma isolada e precisam estar sempre revendo o que não surtiu o efeito necessário para melhorar o atendimento e atingir os resultados esperados. Para isso, o MS recomenda que as equipes do NASF e as ESF realizem reuniões para discussões de prioridades, de critérios de encaminhamento, discussões de casos, construção de projetos terapêuticos, planejamento de ações/intervenções compartilhadas, havendo assim uma interação entre as equipes atuantes (BRASIL, 2008).

De acordo com o MS, podem ser implantadas duas modalidades de NASF diferentes, dependendo do número de habitantes atendidos, sendo classificados de NASF 1 e NASF 2 como segue as citações do Manual de Diretrizes do MS:

Nos termos da Portaria nº 154, existem duas modalidades de NASF: o NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de SF, exceto nos Estados da região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. O NASF 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

O NASF tem uma área de atuação bem abrangente, podendo atender também a outros segmentos da atenção básica da saúde que não estão elencados no planejamento e orientações do plano, contudo, é de obrigação dos NASF atuar de forma eficiente em seu campo.

Além desses conjuntos de itens de responsabilidade relativos ao processo de trabalho dos NASF, existem aspectos operacionais a serem considerados, por exemplo, nas ações por área estratégicas especificadas, que são: Saúde da Criança e Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Serviço Social; Assistência Farmacêutica; Atividade Física/Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2009).

4.3 ATUAÇÕES DO NASF NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB

O município de Campina Grande/PB, assim como os demais municípios brasileiros, apresenta dificuldades na atuação do sistema de saúde pública, isto porque ainda precisam melhorar muito para que se tenha uma saúde digna de seus habitantes. Contudo, os governos municipais, estaduais e federais tentam soluções inovadoras para que essa melhoria chegue o mais rápido possível.

Neste sentido, o município de Campina Grande aderiu à formação do NASF, a partir desta adesão foi cadastrado o município para receber os recursos necessários a sua implantação, que teve êxito em sua adesão e foram formadas as equipes de profissionais que atuam nas mais diversas áreas para o melhor atendimento de sua população.

Conforme Nascimento e Oliveira (2010), em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF busca superar essa lógica, em direção à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos.

As implantações dos programas de gestão necessitam de recursos financeiros para a atuação, uma vez que os municípios têm um orçamento bem limitado e, apesar de ser um programa custeado em sua maioria pelo governo federal, tem a contrapartida do município, que muitas vezes tem um valor que não está previsto no orçamento municipal. Porém, a adesão foi aceita pelo governo federal e a formação das equipes foi efetivada para colocar em

prática os núcleos, a partir daí, o município dispõe de diversos núcleos espelhados em seu território, atuando em praticamente todos os requisitos básicos dos NASF.

A formação e implementação das equipes para a criação dos NASF envolvem diversos profissionais que devem ter uma disponibilidade de tempo para atuar. Outro desafio é com relação ao espaço físico para atuação das equipes, pois este deve apresentar as condições mínimas de estrutura e, para este propósito, então, foi imprescindível encontrar espaços dentro dos centros de saúde existentes no município para atender às necessidades dos NASF.

5 METODOLOGIA

Para Minayo (2000), pode-se entender que a metodologia envolve um grupo de técnicas e concepções teóricas, sendo um “sopro divino do potencial criativo do investigador” (p. 16), auxiliando, portanto, o desenvolvimento da ciência, da investigação científica, já que, para o mesmo autor, este conjunto de técnicas “[...] possibilitam a apreensão da realidade” (p. 22).

Parece, então, que a metodologia é mais um elemento que norteia a pesquisa, a descoberta e a revelação de incógnitas as quais os seres humanos estão sempre tentando resolver. Assim, pesquisar é o mesmo que buscar ou procurar resposta para alguma coisa. Gil (2008, p. 42) a define como “o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, cujo objetivo mor é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”.

Portanto, nesta investigação foram realizadas pesquisas: exploratória e descritiva. O estudo exploratório trata de uma abordagem adotada para a busca de maiores informações sobre determinado assunto (MARTINS, 2000).

[...] se caracteriza pelo desenvolvimento e esclarecimento de idéias, com o objetivo de oferecer uma visão panorâmica, uma primeira aproximação a um determinado fenômeno que é pouco explorado. Esse tipo de pesquisa também é denominada “pesquisa base”, pois oferece dados elementares que dão suporte para a realização de estudos mais aprofundados sobre o tema (GONÇALVES, 2005, p. 65).

Quanto à pesquisa descritiva, esta é utilizada “[...] para explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações” (LEOPARDI, 2001, p. 139). Gonçalves (2005), ao discorrer sobre tal modalidade investigativa, aponta que a mesma objetiva escrever as características de um objeto de estudo. Neste sentido, a pesquisa descritiva observa, anota, avalia e correlaciona fatos ou fenômenos modificáveis sem que haja manipulação propriamente (CERVO; BERVIAN, 2002).

De modo geral, esta investigação correspondeu a uma revisão e síntese da literatura sobre o NASF, sua atuação e seus pressupostos. A revisão de literatura é uma busca sistemática no sentido de mapear o que se tem da pesquisa. A integração do material levantado deve permitir uma análise do que se tem denominado “o estado da questão” sobre um determinado tema ou problema de pesquisa, revelando lacunas que justificam o estudo que se pretende fazer (MOURA; FERREIRA; PAINE, 1998).

De acordo com Lakatos e Marconi (2005), a pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada publicada em relação ao tema de estudo. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito sobre determinado assunto.

Portanto, a análise do material para auxílio quanto à constituição da monografia ocorreu, segundo Gil (2008), através de quatro etapas:

- a) **leitura exploratória:** serviu para o conhecimento de toda bibliografia catalogada a partir do interesse pelo tema;
- b) **leitura seletiva:** permitiu a seleção, criteriosa, dos livros, teses, dissertações, monografias, artigos científicos relativos aos objetivos da investigação;
- c) **leitura analítica:** este momento, considerado o mais importante para a pesquisa, serviu para a análise e avaliação das informações coletadas, ressaltando-se os aspectos primordiais sobre a temática;
- d) **leitura interpretativa:** este momento conferiu sentido mais amplo aos resultados obtidos com a etapa anterior.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 A DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB

Conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde (2012), do município de Campina Grande, a cidade conta com nove NASF, distribuídos dentro do município de acordo com as necessidades de cada localidade, sendo formadas as equipes e distribuídas da seguinte forma:

O NASF 01. Localizado no Centro de Saúde Francisco Pinto, no centro da cidade, com os seguintes atendimentos: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Social, Reabilitação, Assistência Farmacêutica, Saúde Metal, Educação Física, Alimentação e Fonoaudiologia. É composto por uma equipe de oito profissionais, atendendo às localidades de: Jardim Tavares, bairro das Nações, Alto Branco, bairro da Glória, Nova Brasília, Monte Castelo, Conceição, Jardim América e Sítio Guarabira, dando assistência a uma população de 25.491 habitantes.

O NASF 02. Localizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do José Pinheiro, no bairro de mesmo nome, com os seguintes atendimentos: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Social, Reabilitação, Assistência Farmacêutica, Saúde Metal, Educação Física, Alimentação e Fonoaudiologia. É composto por uma equipe de oito profissionais, prestando assistência aos seguintes bairros: José Pinheiro, Monte Castelo, Castelo Branco e o Santo Antonio, atendendo a uma população de 21.028 habitantes.

O NASF 03. Localizado no Centro de Saúde da Palmeira, no bairro de mesmo nome, com os seguintes atendimentos: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Social, Reabilitação, Assistência Farmacêutica, Saúde Metal, Educação Física, Alimentação e Fonoaudiologia. É composto por uma equipe de oito profissionais, atendendo aos seguintes bairros: Jeremias, Araxá, Monte Santo, Jardim Continental, Sítio Jenipapo, Promorar e Cuités, dando assistência a uma população de 24.642 habitantes.

O NASF 04. Localizado no Centro de Saúde do Catolé, no bairro de mesmo nome, com os seguintes atendimentos: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Social, Reabilitação, Assistência Farmacêutica, Saúde Metal, Educação Física, Alimentação e Fonoaudiologia. É composto por uma equipe de oito profissionais, dando assistência aos seguintes bairros: Catolé, Porteira de Pedra, Vila Cabral de Santa Terezinha, Itararé, Estação

Velha, como também ao Distrito de Galante, atendendo a uma população de 24.341 habitantes.

O NASF 05. Localizado no Centro de Saúde Francisco Pinto, no centro da cidade, prestando os seguintes atendimentos: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Social, Reabilitação, Assistência Farmacêutica, Saúde Metal, Educação Física, Alimentação e Fonoaudiologia. É composto por uma equipe de oito profissionais, atendendo aos seguintes bairros: Tambor, Nossa Senhora Aparecida, Velame, Ressurreição, Cruzeiro, Novo Cruzeiro, Ligeiro, Jardim Paulistano, assistindo a uma população de 33.451 habitantes.

O NASF 06. Localizado no Centro Municipal de Saúde, no bairro da Prata, com os seguintes atendimentos: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Social, Reabilitação, Assistência Farmacêutica, Saúde Metal, Educação Física, Alimentação e Fonoaudiologia. É composto por uma equipe de oito profissionais, atendendo aos seguintes bairros: Catingueira, Jardim Figueiredo, Catolé de Zé Ferreira, Cidades, Jardim Verdejante, Queimadas das Emas, Catolé de Boa Vista, Lucas e Estreito, dando assistência a uma população de 21.915 habitantes.

O NASF 07. Localizado no Centro Municipal de Saúde, no bairro da Prata, com os seguintes atendimentos: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Social, Reabilitação, Assistência Farmacêutica, Saúde Metal, Educação Física, Alimentação e Fonoaudiologia. É composto por uma equipe de oito profissionais, atendendo as seguintes localidades: Conjunto Cinza, bairro do Rocha Cavalcante, bairro das Malvinas, prestando assistência a uma população de 35.228 habitantes.

O NASF 08. Localizado no Centro Saúde de São José da Mata, no Distrito de São José da Mata, com os seguintes atendimentos: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Social, Reabilitação, Assistência Farmacêutica, Saúde Metal, Educação Física, Alimentação e Fonoaudiologia. É composto por uma equipe de oito profissionais, atendendo as seguintes localidades: Distrito de São José da Mata, bairro do Mutirão, Sítio Serrotão, Félix Amaro e Gaspar, bairro São Januário, Vila dos Teimosos, Cidade Universitária e Lagoa de Dentro, assistindo uma população de 24.258 habitantes.

O NASF 09. Localizado no Centro Municipal de Saúde, no bairro da Prata, com os seguintes atendimentos: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Social, Reabilitação, Assistência Farmacêutica, Saúde Metal, Educação Física, Alimentação e Fonoaudiologia. É composto por uma equipe de oito profissionais, atendendo as seguintes localidades: bairro do Pedregal, Conjunto Severino Cabral, Bodocongó e Ramadinha, dando assistência a uma população de 33.592 habitantes.

Conforme visto nas descrições sobre a atuação do NASF na cidade de Campina Grande, os núcleos estão espalhados por toda cidade e têm suas equipes formadas e atuando de maneira sistemática em todos os núcleos, conforme foi relatado por funcionários da Secretaria de Saúde do município, isto mostra que, em um futuro bem próximo, surgirão os resultados positivos de sua atuação.

Sabe-se que todo sistema público de saúde tem suas falhas, mas se todos os profissionais fizeram seu trabalho como deve ser feito e as falhas vão aos poucos sendo transformadas em eficiência, pois a melhoria virá para toda população.

6.2 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Os profissionais de Educação Física têm um papel fundamental na prevenção de doenças relacionadas ao sedentarismo e à obesidade, para tanto, percebe-se que os profissionais que atuam nas equipes dos NASF realizam um trabalho voltado ao combate e prevenção dos efeitos do sedentarismo de duas maneiras. Primeiro, a realização de palestras nas escolas e nos postos de saúde para conscientizar as pessoas da necessidade de realizarem atividades físicas. Este trabalho é realizado de maneira interdisciplinar com a ação do profissional de educação física, do nutricionista e outros profissionais que podem ajudar com informações importantes para as pessoas que estão assistindo as palestras para dar o segundo passo que é a mobilização social.

Na fase de mobilização social, os profissionais de Educação Física atuam através dos meios de comunicação local e no trabalho corpo-a-corpo com a panfletagem, divulgando os locais que serão realizadas as atividades físicas e os horários disponíveis à população. Depois de toda divulgação, a ação dos profissionais vai ser realizada por grupos de pessoas que têm uma faixa etária e características físicas semelhantes, depois será feito um acompanhamento médico nos casos necessários, por exemplo, quando de trata de obesidade infantil.

Após fazer a seleção das pessoas por grupos semelhantes, os profissionais começam o trabalho com a orientação das práticas adequadas de exercícios físicos, que podem ser realizados de forma adequada e com os objetos mais simples em substituição aos produtos que custam muito dinheiro e que têm efeito semelhante ao aplicado, com isso, os profissionais atuam no combate ao sedentarismo e ensinam novas técnicas de exercícios físicos adequados

e com um custo bastante baixo, uma vez que o público alvo não dispõe de muitos recursos financeiros para comprar equipamentos complicados e caros.

Percebe-se que o governo está implantando as academias populares com o objetivo de combater o sedentarismo e, conseqüentemente, os efeitos causados por ele. Na cidade de Campina Grande, as academias ainda não estão em funcionamento, pois precisam de um tempo para ser construídas e montadas, atendendo a todos os padrões que necessitam para funcionarem conforme o projeto das mesmas.

Assim, os profissionais de Educação Física usam da criatividade para adaptarem os espaços disponíveis e os equipamentos que são fruto do talento e da criatividade, a fim de conseguirem realizar trabalhos bastante proveitosos em sua atuação.

Quanto às ações de combate ao sedentarismo, existem os grupos formados por pessoas de idade acima de sessenta anos, também conhecidas como “a melhor idade”. Nestes grupos, os exercícios propostos atendem à população que necessita de atividades físicas para ajudar na locomoção, uma vez que na idade avançada os movimentos e a agilidade ficam mais restritos. Assim, o profissional serve de condutor à estimulação de exercícios físicos para melhorar a saúde física do idoso melhorando, também, a qualidade de vida.

No caso das crianças, os exercícios são voltados mais especificamente àquelas que estão acima do peso e necessitam de um acompanhamento, para não se tornarem futuros obesos, o que vai trazer problemas para o resto de suas vidas. Para tanto, os profissionais têm a preocupação de irem às escolas e, juntamente com os professores de Educação Física, tentar realizar atividades educativas e brincadeiras que estimulem à prática esportiva em seu dia-a-dia.

6.3 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA, PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS

Os profissionais de Fisioterapia realizam um trabalho de acompanhamento de pessoas que sofreram acidentes para voltarem às suas atividades, normalmente mediante a sua recuperação. Para tanto, faz-se necessário o trabalho em conjunto dos psiquiatras e psicólogos, uma vez que os acidentados sempre sofrem, como consequência, além dos traumas físicos, dos traumas psicológicos que os impedem de realizar tarefas simples ou de

voltar à sua atividade normal, mesmo que os problemas de ordem física já tenham sido curados.

Também existem os casos de pessoas com asma que necessitam de acompanhamento dos fisioterapeutas para voltarem a ter sua vida normal, daí percebe-se que os fisioterapeutas que trabalham nos NASF planejam ações conjuntas com outros profissionais, para realizarem seu trabalho e conscientizar a população da necessidade de um acompanhamento de profissionais habilitados para cada tipo de caso.

No que se refere aos psicólogos e psiquiatras, eles elaboram ações de prevenção ao tabagismo e formam grupos de pessoas fumantes que recebem todo atendimento necessário para deixarem de fumar, então, os psicólogos vão orientando os fumantes nos procedimentos de desintoxicação da nicotina e fazem um tratamento mental para livrá-los da dependência química. Quando o estágio já está avançado e os psicólogos sozinhos não conseguem resolver, entram em ação os psiquiatras, que receitam medicamentos e fazem o tratamento necessário para livrá-los da dependência química.

Há também casos de tratamento de pessoas com problemas psíquicos causados pela obesidade, que têm um acompanhamento para emagrecer e reabilitá-los físico e mentalmente. Nesses casos, são feitos acompanhamentos coletivos através de vários profissionais para resolverem o problema como um todo.

6.4 AÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE DA MULHER

Sabemos que o MS vem, há muito tempo, desenvolvendo programas de melhoria da saúde da mulher e acompanhamento de gestantes. Estes programas são veiculados nos meios de comunicação e chegam à maioria das mulheres brasileiras que são acompanhadas pelos ACS, médicos e enfermeiros do PSF no país afora. Contudo, percebe-se que a informação e a falta de interesse por parte de algumas mulheres ainda preocupa os órgãos de saúde, isto porque os programas nunca concluem as metas previstas.

Como se sabe, os NASF têm a função de melhorar o acesso aos programas de saúde, através de ações conjuntas. Assim, os ACS e enfermeiros ligados à saúde da mulher realizam uma triagem e identificam as falhas que ocasionaram o fracasso em atingir a meta prevista nas campanhas de saúde da mulher.

Através de reuniões entre os envolvidos nos programas realizados, verifica-se que falta direcionar alguma atividade para atingir índices acima da meta prevista. Traçam-se estratégias para atrair as mulheres e despertar o interesse em participarem das ações realizadas pelo grupo.

Um dos pontos observados e que causou muita preocupação na área da saúde da mulher foi a não-participação das gestantes em programas que permitam uma gravidez tranquila e não lhes provoquem incômodos desnecessários durante o período de gravidez, pois foi identificado um alto índice de mulheres que reclamavam de fortes dores na coluna e dificuldades de dormir, uma vez que, durante a gravidez, o corpo da mulher sofre modificações que incomodam muito na sua mobilidade.

6.5 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS NASF DE CAMPINA GRANDE

Mais importante do que criar os núcleos de apoio à saúde da família, é criar estratégias que atendam às necessidades mais urgentes de sua população, através dos projetos que serão desenvolvidos para a prevenção, cura e tratamento de doenças ou possíveis males que estão ao alcance dos profissionais para sua resolutividade.

Na cidade de Campina Grande, surgiu a oportunidade de conhecer alguns dos programas que envolvem as ações do NASF, entre eles destacaram-se: a ação dos profissionais de Educação Física, dos fisioterapeutas, dos ginecologistas e enfermeiros, dos psicólogos e psiquiatras, dos nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais.

Percebe-se que a maioria dos NASF do município contam com profissionais de Educação Física que atuam no combate ao sedentarismo, atuando nas áreas mais críticas deste mal, que são: a infância, entre as mulheres donas de casa e os idosos. Os fisioterapeutas têm um papel muito importante na reabilitação de pessoas que sofreram algum acidente ou que sofrem de doenças respiratórias crônicas, como a asma.

Partindo para a ação dos ginecologistas e enfermeiros, a ação está voltada para a saúde da mulher e ao combate à gravidez na adolescência, que são pontos fundamentais para a melhoria na saúde pública. Os psicólogos e psiquiatras atuam nas doenças de caráter psíquico e na dependência química, entre elas do cigarro, do álcool e das drogas ilícitas. Já os

nutricionistas realizam o seu trabalho relacionado ao combate à obesidade infantil e à obesidade mórbida.

Por fim, a ação dos fonoaudiólogos e dos assistentes sociais, estes últimos atuando no acompanhamento das famílias e das pessoas em fatores de risco e os fonoaudiólogos na reabilitação de pessoas com dificuldades em falar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação dos programas de saúde no Brasil, a área da Saúde ficou mais valorizada, com suas ações voltadas para melhorias da saúde da população e as tentativas de mudar uma realidade até então “obscura”. Com isso, a saúde no Brasil passou a ser um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado, notadamente após o surgimento do NASF.

O NASF apresenta diretrizes básicas compostas de orientações aos profissionais de saúde e aos gestores, para a criação e funcionamento do programa, objetivando apoiar a saúde da família em todos os sentidos.

A atuação do NASF no município de Campina Grande tem mostrado resultados muito satisfatórios. O município, assim como muitos outros no país, apresenta dificuldades na atuação do sistema de saúde pública, contudo, os governos municipais, estaduais e federais tentam soluções inovadoras para que essa melhoria atinja o ápice da eficiência e para que o atendimento seja o mais efetivo possível.

A distribuição das equipes na cidade de Campina Grande e a atuação dos profissionais, em suas respectivas áreas, são normatizadas pela Secretaria Municipal de Saúde. O MS desenvolve programas de melhoria da saúde, apoiado pelos ACS, médicos e enfermeiros do PSF do país. O NASF tem a função de melhorar o acesso aos programas de saúde, através de ações conjuntas. Assim, os ACS e enfermeiros ligados à saúde realizam uma triagem e identificam as falhas que ocasionaram o fracasso em atingir a meta prevista nas campanhas de saúde. Através de reuniões entre os envolvidos nos programas realizados, verifica-se que falta direcionar alguma atividade para atingir índices acima da meta prevista.

Em relação à saúde da mulher, um dos pontos observados e preocupantes nesta área foi a não-participação das gestantes aos programas. As ações relacionadas à saúde da mulher pretendem atingir um universo de pessoas bem significativo, com a proposta de uma melhor qualidade de vida às usuárias, como também da positiva participação dos profissionais comprometidos com o trabalho. Enfim, observou-se uma necessidade em manter reuniões para discussão das atividades e planejamento do NASF.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. W. F. **Políticas de Saúde no pós-constituente**: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes Executivos e Legislativos no Brasil. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Textos de apoio em políticas de saúde. Organizado por Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154**, de 24 de janeiro de 2008. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 598/GM**, de 29 de março de 2011. Credencia Municípios a receberem o incentivo financeiro relativo aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107664-598.html>>. Acesso em: 02 jun. 2011.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Número de NASF**. Distribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Campina Grande. Campina Grande, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**: RJ, Rio de Janeiro, fevereiro, 2007.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 242 p.

DUCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidencia. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, H. A. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: AVERCAMP, 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

MARTINS, G. A. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C.; PAINE, P. A. **Manual de elaboração de projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

NASCIMENTO, D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010; 34(1):92-96.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003, p. 73-111.

SAITO, R. X. S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.