



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

FERNANDA CARLA MAGALHÃES

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE-PB**

CAMPINA GRANDE – PB

2011

FERNANDA CARLA MAGALHÃES

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Departamento de
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba (UEPB), em cumprimento às
exigências para obtenção do título de
Bacharel e Licenciada em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima de Araújo Silveira

CAMPINA GRANDE – PB

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M188a Magalhães, Fernanda Carla.

Avaliação do processo de implantação dos núcleos de apoio à saúde da família em Campina Grande - PB. [manuscrito] / Fernanda Carla Magalhães. – 2011.

25 f . : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira, Departamento de Enfermagem”.

“Co-orientador: Prof. Hudson Pires de Oliveira Santos Junior, Departamento de Enfermagem”.

1. Saúde Pública. 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 3. Saúde da família. 4. Enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

FERNANDA CARLA MAGALHÃES

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Departamento de
Enfermagem da Universidade Estadual
da Paraíba (UEPB), em cumprimento às
exigências para obtenção do título de
Bacharel e Licenciada em Enfermagem.

Aprovado em 02 de dezembro de 2011.



Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Araújo Silveira
Orientadora



Prof^ª. Ms. Cláudia Santos Martiniano Sousa/UEPB
Examinadora



Profª Drª Juliana Sampaio/UFPB
Examinadora

*Dedico este trabalho aos meus pais, pelo
companheirismo durante este percurso, por me
encorajar nos momentos difíceis, por me fazer
sentir-se grande diante das dificuldades e pela luta*

diária travada por cada um, para que este sonho, que também é deles, chegasse a ser concretizado. A vocês, essa vitória!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus** pelo dom da vida e pela oportunidade que me foi concedida de poder buscar o meu sonho! A jornada foi longa, mas Ele esteve sempre me guiando neste caminho, cheio de obstáculos, fazendo-me forte o suficiente para superá-los. Obrigada por me proteger!

Agradeço aos meus pais, **Antônio e Lourdes**, por cada renúncia que fizeram em meu favor, pela luta diária a fim de que hoje eu estivesse aqui. Obrigada pelo exemplo e pela confiança!

Agradeço aos meus irmãos, **Afrânio e Felipe**, por estarem sempre ao meu lado, dividindo tristezas e alegrias, me apoiando e incentivando a cada nova barreira que a vida traçava. Obrigada por me encorajar e por acreditarem em mim!

Agradeço aos meus familiares, em especial, **Maria, Francisco e Fábio** por sempre estarem presentes, auxiliando-me nas dificuldades e por terem me incluído em suas orações diárias. Obrigada por torcerem por mim!

Agradeço ao meu noivo, **Alexandre**, por muitas vezes compreender (ou não!) os motivos da minha ausência e do meu estresse. Obrigada pela paciência e pelo carinho!

Agradeço às minhas amigas, **Bianca e Pauliany**, pela relação construída durante esses cinco anos. Com vocês aprendi que as diferenças se completam e que juntas somos mais fortes! Obrigada pelo companheirismo!

Agradeço à professora-amiga, **Cláudia Martiniano**, pelo incentivo, pela disponibilidade, pela paciência, pela confiança depositada, pelas noites mal dormidas... Enfim, por me acolher em sua vida! Obrigada por ter me passado lições diárias que me fizeram amadurecer e entender o verdadeiro sentido do “saber”!

Agradeço à professora **Juliana Sampaio**, pela contribuição na minha formação.

Agradeço à minha amiga-irmã, **Fernanda**, pelo privilégio de conhecê-la e poder estar ao seu lado durante esses cinco anos. Ela, sem dúvida, participou diretamente dessa conquista me apoiando, incentivando, oferecendo colo quando era preciso... Foi ela quem me “aturou” em todos os momentos, assumindo, muitas vezes, o papel daqueles que estavam distantes... A você, irmã, toda gratidão e reconhecimento do mundo!

Agradeço aos **mestres**, pelos conhecimentos, e aos **profissionais** que fizeram parte deste trabalho, pela disponibilidade e colaboração.

Por fim, agradeço a todos aqueles que passaram pela minha vida acadêmica e que de alguma forma deixaram sua marca, dentre eles: **Emanuella, Aline, Antônio, Gilberto, Camylla e Isabel**.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| APRESENTAÇÃO..... | 7 |
| ARTIGO..... | 8 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2. MÉTODOS..... | 11 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 12 |
| 3.1 Processo de implantação das equipes NASF do município..... | 13 |
| 3.2 Definição de profissionais a serem inseridos..... | 16 |
| 3.3 Atuação e integração das equipes NASF com a rede..... | 19 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 22 |
| 5. REFERÊNCIAS..... | 23 |
| ANEXO | 25 |

APRESENTAÇÃO

Este estudo se constitui como Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem para atender aos pré-requisitos para a obtenção dos títulos de Graduação e Licenciatura em Enfermagem.

O mesmo é fruto da pesquisa intitulada “NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE: compreendendo sua dinâmica a partir da percepção dos profissionais envolvidos” desenvolvida junto ao Programa de Iniciação Científica da Universidade Estadual da Paraíba (PIBIC), cota 2010-2011, onde me inseri como aluna colaboradora.

A opção de apresentar o resultado da pesquisa no formato de artigo atende à Resolução Nº 32 da UEPB/CONSEPE do ano de 2009, que define as normas do Trabalho de Conclusão de Curso e do ponto de vista de sua normalização, este artigo atende as normas de formatação da Physis - Revista de Saúde Coletiva, a qual será submetido.

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE-PB**

**EVALUATION OF THE IMPLANTATION PROCESS OF THE SUPPORT CENTERS
FOR FAMILY HEALTH AT CAMPINA GRANDE - PB.**

Fernanda Carla Magalhães

Endereço para Correspondência:

Rua Antônio José Santiago, nº 215 - Dinamérica, Campina Grande – PB, CEP:
58432-045.

Telefone: (083)88214631

Email: nandamag204@hotmail.com

RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi instituído pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria nº 154, em janeiro de 2008, tendo em vista o aumento do escopo das ações da atenção básica, potencializando a resolutividade da mesma. Em Campina Grande – PB, a aprovação dessa proposta ocorreu em agosto de 2008, conferindo ao mesmo o lugar de pioneiro na implantação dessa nova política. Este estudo teve por objetivo avaliar o processo de implantação das equipes NASF no município de Campina Grande-PB. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, no qual foi utilizado como instrumentos de coleta de dados a análise documental que incluiu a Portaria nº 154/2008, o Caderno de Atenção Básica nº 27 do Ministério da Saúde publicado em 2009 e o Projeto de Implantação das equipes NASF do referido município, além de 36 entrevistas semi-estruturadas com coordenação, gerentes de distritos e profissionais do NASF desta localidade. Considerando a análise de discurso de Bardin e as categorias analíticas: processo de implantação das equipes NASF, definição de profissionais e atuação e integração das equipes NASF com a rede obteve-se como resultado que o município estudado não atende a todos os critérios estabelecidos, o que acaba por influenciar na conformação dessa atual proposta. Conclui-se que a forma tênue do Ministério da Saúde em orientar a implantação dessa proposta, aliada ao modelo de gestão de cada município, acaba por estabelecer um modelo de NASF que nem sempre atende à proposta de reorganizador da rede de serviços de saúde.

Palavras-chave: Avaliação; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The Support Center for Family Health (SCFH) was established by the Ministry of Health from Ordinance n° 154 in January 2008 with a view to increasing the scope of activities of basic care, increasing the resolution of the same. In Campina Grande – PB, approving this occurred in August 2008, giving the same place as a pioneer in the implementation of new policies. This study aimed to evaluate the process of deploying teams SCFH in Campina Grande – PB. This is an exploratory study with a qualitative approach, which has been used as instruments to collect data to document analysis that included Ordinance n° 154/2008, Primary Care Booklet n° 27 of Ministry of Health published in 2009 and the Project Implementation teams SCFH in Campina Grande, and 36 semi- structured interviews with coordination, district managers and professionals in this town SCFH. Considering the discourse analysis of Bardin and analytical categories: deployment project teams NASF, and definition of professional performance and integration of teams got SCFH with the network as a result the city studied does not meet all the criteria, the which ultimately influence the formation of this current proposal. It is concluded that the weakly Ministry of Health to guide the implementation of this proposal together with the management model of each municipality, eventually yestablishing a model that does not alwas SCFH supports the proposal forre organizing the network of health services.

Keywords: Evaluation, Support Centers For Family Health, Family Health Strategy.

1. INTRODUÇÃO

Entre as ações de consolidação da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde propõe, em 2008, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando assegurar apoio técnico-pedagógico às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista a reorientação das práticas de cuidados em saúde.

De acordo com a Portaria n° 154/2008, os profissionais dos NASF devem estar comprometidos com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, atuando de maneira interdisciplinar e intersetorial, de forma que cada profissional de saúde, a partir de seu conhecimento específico, possa contribuir na resolutividade dos problemas de saúde nos territórios (BRASIL, 2008; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para tanto, os NASF devem seguir as diretrizes já presentes na atenção básica, como: a territorialização, a integralidade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o controle social, a promoção da saúde, a educação permanente e a humanização da atenção (BRASIL, 2009).

No que se refere à instituição das equipes NASF, a Portaria 154/2008 prevê para os municípios, a implantação dos NASF tipo 1 e NASF tipo 2, que se diferem quanto à sua composição, abrangência e financiamento. (BRASIL, 2008).

Para efetivação dessa proposta na rede de atenção à saúde, uma etapa determinante é o processo de implantação das equipes NASF. A Portaria nº 154/2008 define que para implantar o NASF é necessária a submissão, pelos municípios e pelo Distrito Federal, de um projeto ao MS, o qual deve contemplar a proposta de gestão, de planejamento e de intervenção das equipes de NASF (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, apesar da Portaria estabelecer as orientações gerais do que se deve contemplar no projeto de implantação dos NASF nos municípios, fica a cargo de cada Secretaria Municipal de Saúde assumir o papel organizativo das ações do NASF e, conseqüentemente, definir o processo de implantação nos municípios (BRASIL, 2008).

Para subsidiar esse processo de implantação, somente um ano após a publicação da Portaria nº 154/2008, o Ministério da Saúde publica o Caderno de Atenção Básica nº 27, o qual discorre sobre os princípios e diretrizes que orientam as ações que serão desenvolvidas pelas equipes NASF, o que inclui: o processo de trabalho entre os profissionais, sendo abordadas nesse item as atribuições comuns aos membros das equipes e as ações por área estratégica; e as ferramentas tecnológicas para o NASF, que podem ser elencadas como de apoio à gestão e de apoio à atenção.

Em relação ao número de equipes NASF, em 2008 foram implantadas 369 equipes do NASF do tipo 1 e 26 equipes do tipo 2, totalizando 395 equipes. Atualmente, esse número está quase quatro vezes maior já que existem 1378 equipes NASF do tipo 1 e 147 equipes NASF do tipo 2, o que corresponde a um total de 1525 equipes distribuídas em todo território nacional. Nesse cenário, a Paraíba conta atualmente com 96 equipes NASF, todas do tipo 1 (BRASIL, 2011).

Por ser uma proposta recente, ainda são escassos os estudos que avaliam a operacionalização das equipes NASF nos municípios brasileiros. Poucas pesquisas relatam os impactos das ações dos NASF na saúde da população assistida, a exemplo, em estudo de Mendonça (2009), o qual afirma que a partir dos NASF é possível se ofertar à população melhores tecnologia e tratamento para a maioria das doenças crônicas. Na pesquisa realizada por Carvalho et al. (2009), os profissionais

dos NASF são reconhecidos como importantes veiculadores da promoção da saúde. O estudo de Nascimento e Oliveira (2010) tece reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos NASF e, ainda, Martiniano et al (2010) discutem a proposta do NASF na organização dos serviços de saúde.

Contudo, o que se observa é que a maior parte dos trabalhos restringe-se à análise das ações desenvolvidas por categorias profissionais dos NASF, a exemplo do estudo de Rezende e Lima (2010), que aborda a inserção do educador físico no NASF; Barbosa et al. (2010), o qual discorre sobre as atribuições do fisioterapeuta no programa; e Alves et al. (2011), que discutem as ações do assistente social.

Considerando como McKinlay (1996), o que afirma que não apenas processos definem os resultados, mas é fundamental investigar como se deu a implantação à luz das dimensões propostas e, recorrendo a Hartz (1997, p. 96) o que refere que “não se pode assegurar a eficácia das intervenções se não se souber antes quais são suas características de implantação, ou seja, o grau de implementação e os fatores que favorecem sua dinâmica interna”, o presente estudo objetivou avaliar o processo de implantação das equipes NASF no município de Campina Grande-PB.

2. MÉTODOS

O estudo apresenta uma abordagem qualitativa, com a utilização de análise documental e de entrevistas semi-estruturadas.

Os documentos considerados relevantes para esse estudo foram: a Portaria nº 154/GM de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família; o Caderno de Atenção Básica nº 27 do Ministério da Saúde publicado em 2009, o qual apresenta as diretrizes de funcionamento do NASF e o Projeto de Implantação das equipes NASF do município de Campina Grande, submetido ao Ministério da Saúde em abril de 2008.

No que se refere às entrevistas semi-estruturadas, optou-se por esse instrumento considerando a idéia de Minayo, Deslandes e Gomes (2007), que definem as entrevistas como fontes de informações construídas a partir do diálogo com o indivíduo entrevistado e constituem a reflexão do mesmo acerca da realidade que vivencia. Dessa forma, foram realizadas 36 entrevistas semi-estruturadas com coordenação, gerentes de distrito e profissionais de 06 equipes NASF de Campina

Grande. A definição da amostra foi intencional, de acordo com a acessibilidade aos entrevistados. Tendo em vista a garantia do anonimato dos participantes, os mesmos foram nomeados de Gestão, quando as falas forem referentes à coordenação e gerentes de distrito e Profissionais, acrescidos de algarismos arábicos de acordo com a sequência das entrevistas.

Na busca pelos sentidos contidos nas falas e nos documentos tomou-se o método de Análise de Conteúdo de Bardin que organiza as falas dos entrevistados por categorias temáticas, sendo estas caracterizadas por núcleos de sentidos que compõem a comunicação, os quais de acordo com a presença ou frequência de aparição podem representar algum sentido para o objetivo analítico (BARDIN, 2006).

Considerando a metodologia de Bardin, inicialmente, foi realizada a leitura flutuante das transcrições, seguida de uma descrição analítica do material a partir da qual, os dados foram organizados em categorias. Nesse sentido, para avaliar a implantação do programa em Campina Grande-PB, tomou-se como eixo a análise de três principais categorias: o processo de implantação das equipes NASF do município, a definição dos profissionais a serem inseridos e a atuação e integração das equipes NASF com a rede de serviços.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (CAAE - 0177.0.133.000-10).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto de implantação do NASF no município de Campina Grande, elaborado em abril de 2008 propôs a formação de 09 equipes NASF do tipo 1 distribuídas entre os 06 Distritos Sanitários de saúde.

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

O projeto de implantação do NASF em Campina Grande foi elaborado pela equipe da Diretoria de Atenção à Saúde. Nele não contém a descrição de análise do processo entre gestores, equipes de atenção básica e conselhos de saúde para a

definição da implantação do referido programa com o objetivo de estabelecer os profissionais que farão parte das equipes NASF, uma vez que tais orientações foram publicadas somente após a implantação do NASF no município.

3.1 Processo de implantação das equipes NASF do município

Para construção do projeto de implantação das equipes NASF torna-se necessário, inicialmente, considerar as características do território onde os profissionais irão atuar e, conseqüentemente, a identificação com as equipes da ESF.

Assim sendo, a orientação da Portaria nº 154/2008 referente ao território de atuação dos NASF indica que este deve ser formado por áreas contíguas onde estão dispostas as equipes de saúde da família. Ao analisar a caracterização do território no município em estudo, foi possível perceber que o projeto apresentava a população adscrita de cada equipe Saúde da Família, sendo cada NASF responsável pela cobertura de 08 a 11 equipes de saúde da família, com a população assistida variando entre 21 mil a 35 mil usuários (CAMPINA GRANDE, 2008).

No que diz respeito ao desenho territorial dos serviços de saúde, Campina Grande é dividida em 06 Distritos Sanitários que delimitam espaços geográficos e populacionais, porém não administrativos (SILVA, 2010). A lógica do Distrito Sanitário refletiu na organização do território das equipes NASF no momento de sua implantação, conforme se revela no depoimento a seguir:

Mas aí a gente criou um modelo que se adequasse à Atenção Básica e à Estratégia Saúde da Família e adequou ao que a gente já vinha fazendo (Gestão 1 do NASF).

A importância dos Distritos Sanitários dá-se pela possibilidade de contribuir na organização da saúde nos municípios, uma vez que a proposta de sua estruturação surge com o processo de regionalização e municipalização da saúde e tem o propósito de funcionar como estratégia de implementação do SUS, através do reconhecimento do mesmo como uma unidade operacional mínima do Sistema Nacional de Saúde (GONDIM et al, 2008). Além disso, os serviços oferecidos em cada Distrito Sanitário devem atender às demandas daquela população, através da melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde desta área,

ultrapassando o aspecto burocrático-administrativo que muitas vezes está associado à definição dos Distritos Sanitários (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998).

Nesta perspectiva, é coerente supor que os NASF devam se organizar na lógica do Distrito Sanitário, de modo que cada equipe atue como responsável pelo compartilhamento dos casos e ações junto às equipes de SF, potencializando-as no território em que estas estão inseridas. A distribuição das equipes NASF por Distritos Sanitários pode ser visualizada no quadro 1, exceto da equipe 3, visto não haver descrição no projeto.

Quadro 1 – Distribuição da área geográfica de atuação dos NASF em relação aos Distritos Sanitários, Campina Grande, 2010.

| NASF | Localização da sede no território | COBERTURA de DS | ÁREAS CONTÍGUAS | Nº de ESF cobertas |
|-------------|--|------------------------|------------------------|---------------------------|
| NASF 1 | Dentro do território | DS I e III | Sim | 08 |
| NASF 2 | Dentro do território | DS I | Sim | 08 |
| NASF 3 | Sem descrição no projeto | – | – | – |
| NASF 4 | Dentro do território | DS IV | Sim | 08 |
| NASF 5 | Fora do território | DS IV e V | Sim | 08 |
| NASF 6 | Fora do território | DS V e VI | Sim | 11 |
| NASF 7 | Fora do território | DS VI | Sim | 11 |
| NASF 8 | Dentro do território | DS II | Sim | 09 |
| NASF 9 | Fora do território | DS II e VI | Sim | 10 |

Fonte: Projeto de Implantação do NASF em Campina Grande (CAMPINA GRANDE, 2008).

Como se observa no quadro 1, algumas equipes NASF estão credenciadas em unidades de saúde localizadas fora dos DS aos quais dão cobertura, o que não corresponde ao previsto na Portaria 154/2008, que determina que os serviços de saúde aos quais os NASF estão credenciados devem estar inseridos no território das ESF vinculadas.

O cadastro dos NASF em Centros de Saúde e outros serviços de referência, os quais teoricamente funcionariam como suas sedes, possibilitou diferentes interpretações pelos profissionais acerca desse espaço físico nesses serviços, visto alguns concordarem com a necessidade de existência desses espaços, outros

discordarem devido à dificuldade de acesso da população aos mesmos e outros, ainda, desconhecem a existência desses espaços.

A gente não tem sede, dizem que tem um projeto para fazer uma sede ai, mas até agora nada (Profissional 1 do NASF).

Imagina você que a sede da gente é no Serviço Municipal, você acha que a gente tem condição de ficar lá no Serviço Municipal se a população da gente é lá na Ramadinha? O povo não tem dinheiro pra comer, vai ter dinheiro para pegar ônibus para ir pro Serviço Municipal? Não tem! A gente não tem condições de ter sede, eu particularmente, eu acho que não tem. Eu não vejo o NASF pelo menos dentro de um grande centro com sede (Profissional 2 do NASF).

Assim, nós nos reunimos na sexta feira para avaliar, planejar e ver algum plano de ação que a gente tenha. A gente não tem um local sede, então a gente se reúne na casa de uma de nós, no shopping, numa lanchonete, buscando espaços alternativos, mas achando aquela necessidade de estarmos reunidos (Profissional 3 do NASF).

Além disso, ao instituir 09 equipes NASF para referenciar 06 Distritos Sanitários, a lógica da organização por DS ficou comprometida, visto que implica no apoio da maioria das equipes NASF a mais de um DS e, embora obedeça ao critério de contigüidade no que diz respeito ao DS, o mesmo nem sempre ocorre em relação a áreas contíguas de equipes de SF, como pode ser visualizado no mapa abaixo.



FONTE: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB, 2011.

Dessa forma, considerando que a maior parte dos DS apresenta mais de uma equipe NASF em suas delimitações, como pode ser visto no mapa, não é possível definir quais os critérios que foram utilizados pelo município para determinar essa distribuição.

3.2 Definição de profissionais a serem inseridos

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 27, a definição das equipes do NASF deve ocorrer a partir de uma análise dos principais problemas e necessidades de saúde locais, ou seja, devem-se considerar as áreas de apoio técnico-pedagógico que são prioritárias naquele território (BRASIL, 2009).

Quanto à composição, o NASF 1 deve ser integrado por no mínimo cinco profissionais, enquanto o NASF 2 por no mínimo três profissionais, dentre eles: médico acupunturista, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra e médico ginecologista, médico do trabalho, médico veterinário, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, profissional de educação física, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva. (BRASIL, 2008).

Ao analisar o projeto de implantação, como mencionado anteriormente, não há descrição do processo de escolha dos profissionais, contanto apenas as áreas de apoio dos NASF que incluem os seguintes profissionais: assistente social, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, médico ginecologista e médico pediatra (CAMPINA GRANDE, 2008).

Além disso, não se identificou no documento referência aos indicadores de saúde e os indicadores de gestão dos diferentes territórios onde os NASF eram propostos. Sem esta indicação, não foi possível visualizar o que justifica a escolha destes profissionais em detrimento de outros.

Nesse sentido, segundo alguns profissionais do NASF, a ausência de algumas categorias profissionais comprometem o trabalho, como se revela no depoimento a seguir.

[...] chegou a nutricionista, mas nós estamos sem a pediatra, estamos sem médico aqui na equipe. Tem equipe do NASF mais completa do que a nossa. [...] O ginecologista a gente não tem, que era pra ter aqui, essa

unidade aqui e até o setor que a gente tá do NASF X, é uma região que precisa muito do ginecologista. Se tivesse um médico ginecologista, a gente não tava passando tanto “apuro”, não tem nenhum médico aqui na unidade (Profissional 4 do NASF).

Apesar de não ter sido contemplado inicialmente no projeto, o profissional de educação física já compõe atualmente as equipes NASF do referido município.

No tocante ao processo de contratação desses profissionais, a portaria do NASF determina apenas que, nos projetos de implantação de equipes NASF devem constar a forma de contratação dos profissionais e sua carga horária de trabalho (BRASIL, 2008).

No projeto de implantação do NASF em Campina Grande é especificado que os profissionais seriam selecionados a partir de concurso público. Observa-se, porém, uma divergência entre o que é previsto no projeto e o relatado pelos profissionais, uma vez que estes referem estar no emprego por indicação política, firmada em contrato temporário de trabalho, por 20 ou 40 horas, conforme a especificidade profissional.

Assim, o NASF foi uma coisa que caiu por acaso na minha vida, eu nem sabia, eu fui chamada, nem tava procurando, me chamaram, (...) o NASF chegou, porque uma pessoa soube que tinha essa vaga, deu meu telefone e me chamaram. Eu fui ver, achei interessante, e vim pro NASF. (Profissional 5 do NASF).

Na verdade, eu fui sem saber o que é que era. Quando me disseram o NASF, aí pronto, agora deu pra mim! Na verdade, nem a nomenclatura eu sabia o que era, porque assim, esse emprego apareceu pra a gente: “_Fulano tenho um negócio pra tu!” Vou! Eu não sabia exatamente o que era, sabia que eu ia ser professora de educação física, não sabia que eu ia trabalhar dentro do SUS não (Profissional 6 do NASF; Grifos nossos).

Essa forma de contratação parece trazer algumas implicações para o processo de trabalho dos NASF. A primeira e talvez a mais emblemática, é a própria precarização do trabalho das equipes, cuja fragilidade no vínculo trabalhista nos serviços de saúde, segundo SOUZA (2009), é só mais um dos agravantes que vem reforçar a precarização do trabalho nesse setor. De acordo com essa autora, outros problemas podem estar associados ao processo de desregulamentação do trabalho na saúde, quais sejam: a falta de estrutura para planejamento nos serviços, a descontinuidade na assistência, a exaustiva jornada de trabalho visto múltiplos vínculos de trabalho, as inadequadas remunerações, o rodízio de profissionais e as

precárias condições de trabalho que interferem na qualidade da intervenção ao usuário (SOUZA, 2009).

A segunda implicação se refere a como os próprios profissionais do NASF se sentem com esse tipo de vínculo, ora vulneráveis, considerando que a qualquer momento o contrato pode ser rompido; ora pouco comprometidos, não assumindo as responsabilidades inerentes ao cargo.

Eu estou aqui com o programa, ou seja, não sou concursada. Aqui, meu contrato termina e eu saio. (Profissional 3 do NASF).

Porque assim como é um emprego político, a gente entrou, sabendo que ia trabalhar um dia sim, um dia não... então de certa forma isso complicou, **porque eu não dei o sangue, não fiz tudo que era para fazer**, então isso dificultou...(Profissional 6 do NASF; Grifos nossos).

A terceira implicação diz respeito a como as equipes NASF são percebidas pelos profissionais da ESF revelando um descrédito nas atividades do NASF.

Foi uma barreira muito grande assim, bateram de frente, quando começou o NASF, porque o corpo do NASF, as pessoas que são do NASF, são pessoas contratadas e o corpo do PSF são pessoas concursadas. Então eles acham, que o NASF não faz nada em vista deles. (Profissional 5 do NASF).

“Ah... esse NASF não vai funcionar, isso é emprego dado, ninguém vai trabalhar, então nunca colocaram confiança na gente (Profissional 6 do NASF).

A última implicação da forma de contratação dos profissionais do NASF é a falta de perfil dos mesmos para trabalhar na Saúde Pública, agravada pela pouca vivência nessa área, seja em relação a pós-graduações (ensino) ou a experiência anteriores (assistência). Assim, dos 29 profissionais das equipes NASF entrevistados, 21 relataram alguma experiência profissional anterior, e destes apenas 4 trabalharam na atenção básica. Ainda nesse sentido, dos 24 profissionais que relataram possuir especialização, apenas 9 apresentavam na área de saúde pública/coletiva. Dessa forma, pode-se supor que a pouca experiência e a formação deficiente na área da saúde coletiva parece definir determinado perfil, como identificado pela própria profissional do NASF.

Para mim, PSF é usar uma rasteirinha, caminhar, é pegar sol, chuva e lama e é encontrar o usuário, é conhecer o usuário, tem muita gente que tem perfil [para o setor] privado: nutricionistas mandando comer ricota, suplementos alimentares que não são compatíveis com o salário do usuário. (Profissional 7 do NASF).

Isso acaba por influenciar no direcionamento das ações de saúde, e, conseqüentemente, na resolutividade ou não dos problemas da população, visto que a falta de perfil profissional para o trabalho em saúde coletiva, conduz a estratégias distantes da realidade do usuário.

3.3 Atuação e integração das equipes NASF com a rede

A Portaria 154/2008 prevê, em seu Anexo I, um rol de atividades comuns aos profissionais do NASF que devem ser desenvolvidas por todas as equipes e ainda define ações a serem realizadas em nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008; 2009).

No que diz respeito à definição de atividades dos profissionais, o projeto de implantação do município em estudo não apresenta as atribuições comuns aos profissionais do NASF. No mesmo, estão definidas, apenas, as ações das áreas priorizadas pelo município, a saber: Saúde da Mulher; Saúde da Criança. Fisioterapia, Serviço Social, Assistência Farmacêutica, Psicologia e Nutrição.

A opção por definir as atribuições das áreas prioritárias, em detrimento daquelas compartilhadas entre os profissionais, parece indicar maior interesse no desenvolvimento de ações especializadas, fragmentadas e curativas condizentes com modelos convencionais de cuidado em saúde. Isso se revela no depoimento a seguir:

O NASF tem como base mesmo a troca de informações entre profissionais e a educação de prevenção para a comunidade. Isso para não ficar preso apenas ao atendimento à terapia. A troca de informações entre profissionais para a discussão de caso. Na minha concepção, era isso que deveria fundamentar. Mas não é isso que realmente acontece, trabalham apenas com a terapia (Profissional 8 do NASF).

Para Nascimento e Oliveira (2010), a proposta de trabalho do NASF visa à superação desta lógica fragmentada e pautada na especialidade, a partir da co-responsabilização e gestão integrada do cuidado, priorizando atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos para os usuários assistidos.

Uma das oportunidades de resgatar as habilidades e competências necessárias à mudança de modelo pretendida pelo SUS foi o Curso Introdutório das

equipes NASF, realizado antes do início das atividades. Entretanto, os profissionais informam que:

[...] o introdutório foi meio... não foi legal! O que foi passado pra gente lá, pra mim não foi suficiente para a gente começar a trabalhar. Agora essa capacitação que a gente tava comentando aqui foi realmente... era para ter sido lá no início, **quando a gente fala que foi jogado dentro do posto, a gente foi jogado mesmo!** A gente não sabia o que ia fazer não (Profissional 6 do NASF; Grifos nossos).

A gente começou com um curso introdutório no Centro de Saúde, que foi mais para passar o tempo, por que não foi um curso que veio do Ministério, foi feita pela Secretaria de Saúde para passar o tempo mesmo, pois não tinha nada a ver com o NASF (Profissional 9 do NASF).

Pelo exposto, observa-se que as questões como vínculo, acolhimento, escuta e trabalho em equipe, características inerentes ao SUS, a ESF e a partir de então ao NASF, não foram discutidas no curso introdutório oferecido pela Secretaria de Saúde às equipes. Para Nascimento e Oliveira (2010, p. 95), “dentre as dificuldades identificadas no processo de trabalho do NASF está a formação dos profissionais que não atende às necessidades do SUS, muito menos da Atenção Básica”.

Seguindo as normas ministeriais, após a aprovação do projeto de implantação do NASF é necessário, como um segundo momento do processo, o planejamento do processo de trabalho e das metas, que deve contar com a colaboração e articulação de gestores, NASF, as equipes de saúde da família e os usuários. Esta pactuação inicial deve se tornar, contudo, um processo rotineiro, a partir do reconhecimento por parte de todos os atores de sua responsabilidade na co-gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2009).

Apesar dessas orientações do Ministério, não consta no projeto de implantação do município em tela a previsão de agenda compartilhada entre as equipes. Foi possível perceber nas falas dos profissionais que os mesmos reclamam da não pactuação inicial entre ESF e equipe NASF, o que se reflete na dificuldade de realização das ações do NASF junto à ESF.

(...) E, assim, foi passado muito por cima para os profissionais de PSF quem era a gente e o que a gente ia fazer. Então, desde o início que teve esse entrave de o PSF aceitar a presença da gente, porque houve uma falha da Secretaria de Saúde em chamar todos os profissionais dos PSF e explicar pra eles direitinho qual a função da gente, porque a gente foi praticamente jogado dentro dos postos. (Profissional 10 do NASF).

Quando eu comecei, a principal dificuldade era justamente a equipe PSF, não por ela não aceitar, mas sim por ser uma coisa nova que eles não conheciam, que eles não tinham sido apresentados e que a gente que

chegou e disse:”_Nós somos o NASF e vamos fazer o atendimento agora!” (Profissional 11 do NASF).

No que se refere ao formato da rede de serviços, a Portaria 154/2008 indica que o projeto de implantação do NASF apresente a integração da equipe NASF com os demais serviços de atenção à saúde no município por meio da definição de fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência, fluxo de informação e coordenação de acesso pela ESF (BRASIL, 2008).

O projeto em análise não contempla tais especificações. Os profissionais do NASF ao relatarem sobre o processo de trabalho informam que as equipes de Saúde da Família identificam casos e encaminham para o NASF, que atende aos casos específicos na tentativa de resolver o problema. Quando o profissional do NASF não consegue resolver o caso, este é encaminhado para o nível secundário de atenção.

Eu percebo que essa pessoa precisa de um acompanhamento sistemático, uma terapia em longo prazo (...) encaminho para a Universidade Estadual da Paraíba que tem a Clínica de Psicologia lá (...) eu tenho aqui uma relação de todas as pessoas que eu encaminhei com a data do encaminhamento, da unidade que faz parte, para onde eu encaminhei e o nome do agente de saúde” (Profissional 12 do NASF).

Considera-se que, a partir do momento que a equipe Saúde da Família encaminha para o NASF, e este passa a mimetizar a média complexidade, gera-se um fluxo em que não se sabe onde o NASF está inserido. Ainda assim, quando o profissional do NASF não consegue dar resolubilidade ao caso, o mesmo encaminha o usuário para a média complexidade.

Esta lógica no fluxo de integração nos níveis de serviço do município em questão revela a opção do serviço por uma modalidade de atendimento no qual os profissionais do NASF realizam ações assistenciais, como se revela a seguir:

[...] O NASF é para ser apoio matricial e assistencial, mais apoio matricial que assistencial, mas eu sinceramente faço mais assistencial que apoio matricial. Por que existe uma demanda, se eu *tou* ali e posso atender porque eu não vou atender? (Profissional 1 do NASF).

A gestão ela quer um NASF assistencialista, assim, palavras da gestão, de dizer que pactuou, quando iniciou o processo de implantação, ele pactuou como assistencialista, eles escolheram um NASF assistencialista (Profissional 13 do NASF).

Na busca de um formato de integração da rede de serviços de saúde, houve uma intenção do gestor municipal em seguir o previsto na Portaria 154, entretanto,

segundo os técnicos da gestão, alguns seguiram o que estava normatizado e outros não.

O gestor nos deu autonomia para conduzir o processo de acordo com o que é para ser feito, nós temos o apoio da gestão. [...] porque eu conduzo o processo 90% matricial. Aí, quando um profissional viu que outra gerente tava fazendo de outra forma, porque cada um faz de um jeito, aí o profissional disse: “_Ah, não eu quero fazer de tal jeito!” Ai eu disse: “_Então pronto, comigo você não fica! Arruma outro. Se você quer fazer o seu modelo no NASF X, a senhora não vai poder ficar, porque aqui a gente faz como a portaria reza!” (Gestão 2 do NASF).

É importante ressaltar que a dinâmica de trabalho fragmentada das equipes NASF parece, em parte, ser explicada, pelo formato da rede de serviços existente no município que, embora apresente uma grande evolução no número de serviços de atenção básica, contando atualmente com 92 equipes de Saúde da Família e ainda 3 Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, apresenta os serviços de média e alta complexidade operacionalizados pelo setor privado que, no município em análise, não se insere de forma complementar ao sistema de saúde, mas como principal fornecedor desse nível de atenção.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As categorias de análise desse estudo possibilitaram verificar o delineamento conferido a essa proposta no município de Campina Grande a partir da contraposição dos discursos dos entrevistados, da Portaria 154/2008, do Caderno de Atenção Básica nº 27 e do projeto de implantação do NASF no referido município.

Os resultados apontaram que o documento do município referente à implantação das equipes NASF, não contempla todas as especificações exigidas pelo Ministério da Saúde, porém isso não se constituiu impeditivo para a aprovação dessa nova política em Campina Grande.

Dessa forma, percebe-se que a fragilidade na orientação ministerial para direcionar a implantação desse novo projeto em saúde aliado às determinações de cada gestão municipal, propiciou o estabelecimento de um modelo de NASF que não condiz com a verdadeira proposta desse dispositivo. Assim, apesar da proposta do NASF ser interessante, o município de Campina Grande apresenta atualmente

esse projeto deturpado, resultado, em grande parte, do que antecedeu essa implantação.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; LISBOA, C. A. Distritos Sanitários: Concepção e Organização. *Série Saúde & Cidadania*, Vol. 1 / São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ALVES, A. C. F. et al. *A importância da informação acerca do trabalho do assistente social no NASF como viabilizador da efetivação dos direitos à cidadania*. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-da-informacao-acerca-do-trabalho-do-assistente-social-no-nasf-como-viabilizador-da-efetivacao-dos-direitos-a-cidadania/69225/>> Acesso em: 14 nov. 2011.

BARBOSA, E. G. et al. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov.* 2010 abr/jun; 23(2):323-30.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF. n.27*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008c. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>> Acesso em: 25 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.843, de 20 de Setembro de 2010. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2843_20_09_2010.html> Acesso em: 25 out. 2011.

BRASIL . Ministério da Saúde. *Sala de Situação em Saúde*. Disponível em <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em: 10 nov. 2011.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Campina Grande – PB, 2008.

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

CARVALHO, B. G. et al. Doenças Cardiovasculares antes e após o Programa Saúde da Família, Londrina, Paraná. *Arq Bras Cardiol*, 2009; 93(6): 645-650.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Ary Carvalho de Miranda; Christovam Barcellos; Josino Costa Moreira; Mauricio Monken. (Org.). *Território, ambiente e saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, v. 1, p. 237-255

HARTZ, Z. M. A. et al. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz Zulmira Maria de Araújo (Org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 89-131.

MARTINIANO, C.; et al. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da organização dos serviços de saúde: elementos para o debate. In: *Anais da I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e Desigualdade*, Natal-RN, 2010. p. 01-12.

MCKINLAY, J. B. More appropriate evaluation methods for community – level health interventions (introduction to the special issue). *Eval Rev* 1996; 20:237-43.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1493-1497, 2009.

MINAYO, M. C. S. et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.

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; 34(1):92-96.

REZENDE, D. L. M.; LIMA, M. L. F. A Inclusão do Professor de educação física no NASF – Programa de Apoio à Saúde da Família- A verdadeira inserção deste profissional no NASF – PB. *Trabalho de Conclusão de Curso* (Curso de Especialização em Saúde da Família), Faculdades Integradas de Patos, Patos - PB, 2010. Disponível em: < <http://www.copacabanarunners.net/nasf.html>> Acesso em: 26 out. 2011.

SILVA, A. L. M. A. Referência e Contrarreferência em Campina Grande: limites e possibilidades. *Trabalho Acadêmico Orientado do Curso de Enfermagem*. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande – PB, 2010.

SOUZA, M. A. S. L. Trabalho em Saúde: as (re) configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In: DAVI, Jordeana, MARTINIANO, Cláudia, PATRIOTA, Lúcia Maria. (Orgs.). *Seguridade Social e Saúde: Tendências e Desafios*. Campina Grande: EDUEPB, 2009. 192 p.

ANEXO

Andamento do projeto - CAAE - 0177.0.133.000-10



| |
|--|
| Título do Projeto de Pesquisa |
| O que fazem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Campina Grande? Análise das práticas dos profissionais à luz da proposta do apoio matricial |

| Situação | Data Inicial no CEP | Data Final no CEP | Data Inicial na CONEP | Data Final na CONEP |
|-----------------|------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|
| Aprovado no CEP | 21/05/2010 11:08:59 | 14/06/2010 09:40:53 | | |

| Descrição | Data | Documento | Nº do Doc | Origem |
|--|------------------------|----------------|-------------------|-------------|
| 3 - Protocolo Aprovado no CEP | 14/06/2010 09:40:51 | Folha de Rosto | 0177.0.133.000-10 | CEP |
| 1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet | 14/05/2010 00:33:33 | Folha de Rosto | FR340128 | Pesquisador |
| 2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List) | 21/05/2010 11:08:59 | Folha de Rosto | 0177.0.133.000-10 | CEP |