



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS – CIPE  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – SEAD  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL  
PNAP/UEPB/UAB**

**HOSANA DE FÁTIMA ARAÚJO**

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2012**

**HOSANA DE FÁTIMA ARAÚJO**

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal da Universidade Estadual da Paraíba, para obtenção do título de Especialista.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Moema Amélia Serpa Lopes de Souza

**CAMPINA GRANDE – PB  
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A663p Araújo, Hosana de Fátima.  
O processo de implantação do núcleo de apoio a saúde da família de  
Campina Grande [manuscrito] / Hosana de Fátima Araújo . – 2012.

43f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública  
Municipal) – Universidade Estadual da Paraíba, Secretaria de  
Educação a Distância - SEAD, 2012.

“Orientação: Prof<sup>a</sup>.Dra. Moema Amélia Serpa Lopes de Souza”.

1. Políticas na Saúde. 2 Saúde na Família. 3. Núcleo de Apoio à  
Saúde da Família. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

**HOSANA DE FÁTIMA ARAÚJO**

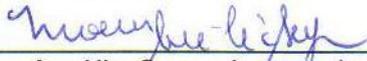
**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE**

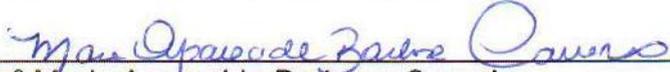
**APRESENTADO EM 14/AGOSTO/2012**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em  
Gestão Pública Municipal da Universidade Estadual da Paraíba  
para obtenção do título de Especialista

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Moema Amélia Serpa Lopes de Souza

Comissão examinadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Moema Amélia Serpa Lopes de Souza – Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Aparecida Barbosa Carneiro

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Ms Maria do Socorro Pontes de Souza

**CAMPINA GRANDE – PB  
2012**

*Dedico este trabalho aos usuários e às equipes de Saúde da Família no Bairro do Mutirão I e II de Campina Grande. Tenho aprendido muito com todos vocês, e isso me motivou a realizá-lo.*

## **AGRADECIMENTOS**

A minha maior gratidão é a Deus, pela oportunidade que me concede, pela sabedoria e inteligência, pela iluminação das ideias, dos pensamentos e a disposição de ousar sempre, o que considero um dom outorgado por ele;

Agradeço ao nosso Ex-presidente Lula, pela iniciativa de efetivar políticas públicas de Educação e de ampliar a Universidade Aberta do Brasil como um direito de acesso a todo cidadão;

E a todos vocês, da Universidade Estadual da Paraíba - professores, tutores e alunos - obrigada pela companhia, pela presteza e pela precisão em nos acompanhar mesmo virtualmente;

De forma carinhosa, agradeço à Dr<sup>a</sup>. Moema Amélia Serpa, pela forma atenciosa com que sempre me orientou. Ela foi relevante na conclusão deste trabalho. Realizei um sonho com esse curso em gestão!

*“Motivação significa mexer com o coração e a mente das pessoas, e isso é possível se lidarmos com elas honestamente.”*

Yoshio Kondo

## RESUMO

Neste estudo, é apresentado o processo de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Campina Grande – PB. O objetivo foi de documentar o processo de implantação desse serviço e de identificar sua articulação dentro da Atenção Básica e da Rede Municipal de Saúde. A realização deste estudo foi motivada pela experiência como profissional de Serviço Social do NASF, desenvolvida no Distrito Sanitário II, que abrange a zona rural de São José da Mata, e mais duas equipes na zona urbana de Campina Grande. Nossa pretensão foi de discutir a implantação do NASF no município citado, considerando os aspectos positivos para a contribuição de novos conhecimentos, assim como sua implantação como estratégia estruturadora da atenção básica. Este estudo demonstra as metas e as ações que constam no projeto estruturante do NASF, apresentado pela Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande. Utilizamos como metodologia a pesquisa documental, com o objetivo de coletar dados relevantes através de documentos institucionais de uso interno que estão em arquivos ou que foram utilizados, relatórios de atendimentos ou avaliativos produzidos pelos profissionais, que apontassem os indicadores de contribuição e apoio do NASF. Também fizemos um levantamento bibliográfico sobre as Políticas de Saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e do Município. O tempo de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família é considerado recente, e a adaptação dos profissionais e da comunidade e da gestão ainda está em fase de adequação a essa nova forma de trabalho e de gestão compartilhada. Embora os resultados não demonstrem percentuais significativos diante das diretrizes estabelecidas da população cadastrada, eles sinalizam que é preciso fazer algum ajuste nesse processo de trabalho. A partir daí, poderão ser elaborados projetos que objetivem trabalhar determinadas temáticas que atendam aos usuários. As observações realizadas no decorrer deste trabalho nos permitem considerar a implantação do NASF como uma ação relevante na promoção da saúde do nosso município, na perspectiva de uma ação coletiva entre as equipes da SF e o NASF.

**Palavras-chaves:** Política de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

## ABSTRACT

In this study the process of implementation of the Support Center for Family Health (NASF) in Campina Grande - PB is presented. Aimed at documenting the process of implementation of the service and identify their articulation within the Primary Care and Municipal Health This study was motivated by the experience as a professional Social Service NASF developed the Sanitary District II covering the countryside of São José da Mata and two more teams in the urban area of Campina Grande. Our intention with this paper is to discuss the implementation of NASF in the city cited the positive aspects considering the contribution of new knowledge, as well as its deployment as a structuring strategy of primary care. This study demonstrates the goals and actions contained in the structural design NASF submitted by the Health Department of the Municipality of Campina Grande. Methodology used as documentary research in order to collect relevant data through institutional internal use documents that are on file or were being used , care or evaluation reports produced by professionals , who pointed the indicators of contribution and support of the NASF . And we did a literature around the Health developed by the Ministry of Health and County policies. Time Deployment Support Center for Family Health is considered and the recent adaptation of both professionals and the community and management are still in the process of adaptation to this new way of working and shared management. Although the results did not demonstrate significant percentage of the guidelines set forth, the enrolled population, the same signal to make some adjustments in this work process. May also arise from there to the elaboration of projects that aim to work certain themes that meet users. The observations made in this work allow us to consider deploying the NASF as an important and relevant action in promoting the health of our county, from the perspective of collective action between the teams of SF and the NASF.

**Key words:** Health Policy Family Health Strategy . Support Center for Family Health.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 –</b>	Metas e ações em áreas estratégicas para atuação da equipe do NASF.....	27
<b>Quadro 2 –</b>	Mapa de produção dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Campina Grande – PB, relativo ao período de julho a dezembro de 2011.....	31
<b>Quadro 3 –</b>	Mapa de produção dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Campina Grande – PB, relativo ao período de julho a dezembro de 2011.....	34

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACS** - Agentes Comunitários de Saúde

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**DAB** - Departamento de Atenção Básica

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**FUNASA** - Fundação Nacional de Saúde

**HU** - Hospital Universitário

**LOS** - Lei Orgânica de Saúde

**NASF**- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PST** - Projeto da Saúde no Território

**PTS** - Projeto Terapêutico Singular

**SF** - Saúde da Família

**SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A EMERGÊNCIA DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF 14.....</b>	<b>15</b>
<b>3. A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1. DISCUTINDO A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NASF.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2. A CONTRIBUIÇÃO DO NASF COM A REDE DE SERVIÇOS EM CAMPINA GRANDE - PB.....</b>	<b>24</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO III.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO IV.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO V.....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende discorrer sobre o processo de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, no município de Campina Grande – PB. Esse município surge no cenário da Paraíba como uma das primeiras cidades a implantar o NASF em abril de 2008 e a inserir nove equipes nos seis distritos sanitários do município. Pretendemos, com este estudo, fomentar uma discussão sobre esse processo de implantação.

A iniciativa de realizar este estudo teve como motivação principal nossa prática profissional como assistente social do NASF, desenvolvida no Distrito Sanitário II, que abrange a zona rural de São José da Mata e mais duas equipes na zona urbana de Campina Grande.

Discutimos sobre a implantação do NASF, na perspectiva de contribuir com o processo de construção de novos conhecimentos acerca de tal temática e com sua implantação como estratégia estruturadora da atenção básica. Nesse sentido, documentamos o processo de implantação do NASF no município de Campina Grande, objetivando compreender como aconteceu esse processo, identificar sua articulação no contexto da Atenção Básica e da Rede Municipal de Saúde e destacar sua contribuição para a ampliação de estratégias de gestão local.

A pesquisa classifica-se como documental e bibliográfica. Segundo Lüdke e André (1986), a pesquisa documental é uma técnica qualitativa que proporciona a complementação de informações extraídas por meio de outras técnicas ou revelar aspectos novos de um problema de pesquisa (2001, apud BORGES-ANDRADE; ABBAD; MOURÃO, 2006, p.224). Assim, lançamos mão da pesquisa bibliográfica, recorrendo a leituras em trabalhos científicos - monografias, dissertações, teses, etc. - além dos documentos oficiais que abordam a Política de Saúde no Brasil, publicados pelo Ministério da Saúde e do Município. Detivemo-nos nessas fontes bibliográficas devido à escassez de literatura referente ao tema pesquisado.

No processo de coleta dos dados, extraímos informações dos documentos indiretos institucionais de uso interno e foram utilizados os relatórios de atendimento e de avaliação dos serviços produzidos pelos

profissionais do NASF.

Na estruturação deste trabalho, no primeiro capítulo, discorremos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), abordando os aspectos legais e estruturantes da Política de Saúde, destacando também a estruturação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como política de apoio à estratégia de Saúde da Família. No segundo capítulo, discutimos sobre a Estratégia de Saúde da Família como instrumento fundamental, no âmbito da política de saúde no município de Campina Grande, e a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é considerado pelo nosso município como um importante passo para a consolidação do SUS. Ainda no capítulo I, apresentamos uma discussão sobre a atuação dos profissionais do NASF, como as ações foram organizadas e a contribuição dos profissionais para a melhoria da rede de serviços em Campina Grande. Também apresentamos três quadros: o primeiro mostra as ações em áreas estratégicas para a atuação da equipe; o segundo e o terceiro fazem referência à produção das ações dos profissionais de forma quantitativa com percentuais.

Por último, tecemos as considerações finais, em que fazemos alusão à implantação do NASF, sua importância e a contribuição da ESF nesse processo. Para concluir, fizemos referência ao objetivo deste estudo e aos desafios que temos como profissional.

## **2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A EMERGÊNCIA DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF**

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual e teve os seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde em 1990.

A partir da LOS, foram definidos os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, a saber: a universalização, a integralidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização e a participação popular. A universalização garante atendimento a todos os cidadãos indistintamente, porquanto a saúde é um direito de todos e dever do Estado; a integralidade prevê a garantia de atendimento em todos os níveis de atenção; a equidade é um princípio que reafirma a igualdade de oportunidade e de acesso para todos, mesmo considerando as disparidades sociais e regionais que existem no Brasil, embora as necessidades de saúde sejam diversas; a participação da população é definida a partir do controle social regulado pela Lei de nº 8.142. É reconhecida a participação de usuários, trabalhadores de saúde no controle social das ações de saúde através das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

É também competência do SUS controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e de outros insumos; executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde e participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico (VASCONCELOS, 2009).

Percebemos que o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se em um processo de desenvolvimento contínuo e veio com o objetivo de melhorar a qualidade e a abrangência da assistência à saúde em todos os municípios do país. Para tanto, a orientação era de descentralizar as ações através da municipalização, para alcançar a universalidade, a equidade e a integralidade. Somente na década de noventa foi que surgiu um instrumento importante para o avanço da política de saúde - o Programa Saúde da Família (PSF), que, depois, recebeu o nome de Estratégia de Saúde da Família, contudo sem mudar a essência. Surgiu, em 1994, como programa de caráter governamental, proposto pelo governo federal aos

municípios, para fortalecer a atenção básica. Teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, que já trabalhava a família como unidade de ação programática. Concebido como Programa dentro da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), aos poucos, o PSF foi se tornando prioritário dentro dos modelos propostos para a atenção básica e hoje assume o caráter de Estratégia de Saúde da Família.

No âmbito do discurso oficial, a Estratégia de Saúde da Família se insere no contexto do SUS como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Dessa forma, a ESF passa a ser prioritária para a sua organização e surgiu em resposta à crise do modelo médico-clínico propondo uma mudança na forma de pensar a saúde, uma vez que o modelo assistencial predominante no país ainda não contempla os princípios do SUS. Ou seja, a assistência permanece individualizada, baseada na cura e na medicalização, com baixa resolutividade e baixo impacto social (CAMPOS, 2007)

Portanto, os desafios da ESF estão na desconstrução de práticas de saúde ainda influenciadas pelo modelo flexneriano, que conceitua saúde como ausência de doença, centra o cuidado na cura e constrói um modelo sanitário centrado em procedimentos que fortaleçam a produção de cuidados (BRASIL, 2001). Na ESF, a equipe deve atuar para promover, prevenir, recuperar e manter a saúde da população adstrita, com ações que buscam uma atenção integral à saúde e estabeleçam um vínculo com a comunidade. Nessa estratégia, a família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, levando em consideração suas necessidades, suas condições sociais e o meio onde está inserida, para que a equipe possa planejar e promover as ações de saúde de forma integral e com qualidade (COSTA, 2009) e tenha uma compreensão ampliada do processo saúde/doença.

O Programa Saúde da Família ficou consolidado como estratégia prioritária, através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, estabelecida pelo Ministério da Saúde, para organizar a Atenção Básica. Um dos seus fundamentos consiste em possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS. Sua expansão requer profissionais capacitados para acompanharem essa proposta. Com isso, a Política Nacional de Atenção Básica emite a Portaria GM/MS nº 2488/2011, que define a educação

permanente em contribuição constante com as Secretarias Municipais e as Secretarias Estaduais de Saúde. Para tal, as instituições de ensino precisam promover aproximações sucessivas com o setor saúde e reconhecer as prioridades para a formação (CAMPOS, 2001).

A direção governamental foi de apoiar a inserção da ESF e a expansão da rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, visando aumentar-lhe a resolutividade e reforçar os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2010, p. 10).

O desenvolvimento dos trabalhos, no dia a dia das equipes de saúde da família, evidenciou um acúmulo de demandas de atenção à saúde da população adscrita, que poderiam ser atendidas por profissionais especialistas vinculados à atenção básica, sem serem identificadas como serviços de referência dentro da rede de atenção à saúde.

Campos (2001) sugere um novo arranjo para os serviços de saúde. Essa nova proposta tem como base os conceitos de equipe de referência e de apoio especializado matricial, partindo da suposição de que uma reordenação do trabalho em saúde através de uma diretriz de vínculo terapêutico entre a equipe e os usuários proporciona um novo modo de produção e responsabilidade pela coprodução em saúde. Essa junção de saberes oriunda de diversas profissões tem contribuído para a superação do modelo hegemônico centrado em um único profissional.

A partir desse entendimento, institui-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, que foi originado pela Portaria ministerial nº 154, de 24 de janeiro de 2008, dá suporte a uma equipe matricial vinculada às equipes para contribuir com a organização da demanda e, ao mesmo tempo, interagir com a população para que haja uma nova compreensão do processo saúde-doença. As diretrizes do NASF definem o conceito de pertencimento para atuar nos territórios das equipes que têm responsabilidades sanitárias (BRASIL, 2008).

A implantação do NASF nos municípios é acordada pela portaria supramencionada, direcionada para os municípios com um maior número de equipes. Ao mesmo tempo, pode haver um consorciamento entre municípios para atingir um teto mínimo de equipes e para que aos municípios com grande extensão territorial coloquem uma modalidade diferente no tocante ao número de profissionais (BRASIL, 2008).

Usando de um aporte organizacional novo nos arranjos das equipes de saúde da família, imagina-se que essa estruturação matricial poderá de fato contribuir para o conceito ampliado de saúde dentro das equipes de saúde da família e melhorar a qualidade da atenção prestada aos usuários do SUS, adscritos às equipes de saúde da família, contribuindo para uma mudança cultural da população quanto aos componentes da saúde (BRASIL, 2008).

Para isso, tem sido necessário organizar o processo de trabalho dos profissionais do NASF, que deve ser desenvolvido através de apoio matricial e da criação de espaços coletivos de discussão e planejamento. Isso se materializa na organização e na estruturação de espaços de:

- Atendimento compartilhado;
- Intervenções específicas dos profissionais do NASF com usuários e famílias;
- Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade.

A organização e o desenvolvimento do trabalho do NASF estão atrelados a algumas ferramentas que foram experimentadas na realidade brasileira, como é o caso do apoio matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e da Pactuação do Apoio (BRASIL 2007).

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias principais inseridas na lógica de trabalho do NASF. Diante disso, a articulação entre as equipes, o NASF e a ESF deverá criar espaços de discussões internos e externos, objetivando o aprendizado coletivo. A constituição do NASF é organizada por profissionais de diversas áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, além de compartilhar com desafios no aumento da resolutividade e efetivar a coordenação integrada do cuidado na APS.

Uma questão bem enfatizada na estruturação do NASF é a interdisciplinaridade<sup>1</sup> que, segundo a Portaria do NASF, deve estar presente nas

---

<sup>1</sup> Apesar de haver uma discussão por parte de alguns autores sobre a interdisciplinaridade, eles afirmam que não é possível determinar um conceito para ela. Para Japiassu (1996), a “Ciência” está subdividida em humanas, sociais e exatas, o que caracteriza a disciplinaridade. No entanto, ele compreende a possibilidade de um diálogo interdisciplinar que estreite os saberes específicos que provêm das diversas áreas de conhecimento, de tal forma que todos os envolvidos compreendam. Para o autor, o conceito de interdisciplinaridade não se limita à

práticas individuais e coletivas dos profissionais, que devem ser planejadas, discutidas, programadas e executadas em parceria com a Equipe de Saúde da Família. Assim, é possível elaborar projetos terapêuticos únicos, por meio dos quais que apreciem o indivíduo e necessidades no contexto familiar e social (BRASIL, 2008).

As primeiras experiências e a atuação dos profissionais do NASF de forma interdisciplinar, em diversos setores do município de Campina Grande, foram através da realização de visitas domiciliares a gestantes, idosos, acamados, deficientes físicos e outras formas de adoecimento e participação social, além das informações que as ESF repassavam em reuniões ou em diálogos individuais sobre as várias situações apresentadas, visando encontrar a solução através dos vários saberes envolvidos pelos profissionais. Algumas vezes, resultavam em projetos terapêuticos de acordo com a especificidade de cada área de atuação. Essa prática não perdurou por muito tempo em todas as equipes do NASF e da ESF, e alguns profissionais continuaram atuando mesmo com a participação de poucos. As informações por parte da ESF já não aconteciam em reuniões periódicas, ficavam limitadas a diálogos individuais, de acordo com a situação apresentada pelo usuário ou pela comunidade. Dessa forma, os usuários eram atendidos ou encaminhados para as redes de cooperação pelo profissional solicitado.

É de fundamental importância que o trabalho das equipes tenha como base a interdisciplina, por meio da qual toda a equipe de saúde possa intervir e garantir aos usuários assistência em todas as suas necessidades. Consideramos uma perda as interrupções das reuniões e dos encontros com as equipes dos NASF e das ESF. Por causa disso, é possível que tenhamos perdido uma investigação mais precisa, o que originou a superficialidade dos casos e a não obtenção da resolutividade.

Dessa forma, apoio e compartilhamento de responsabilidades são aspectos centrais da missão do NASF. De forma sucinta, destacamos os aspectos que pontuam o papel do NASF na atenção básica de serviços, a saber:

- O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes da ESF;

- Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação;
- A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criam espaços de discussão para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo;

Assim, o NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família. É importante destacar que a implantação desse serviço tem particularidades em cada realidade. No próximo item, descrevemos como ocorreu essa implantação dos NASFS no município de Campina Grande-PB.

### **3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB**

A implantação das equipes de saúde da família no município de Campina Grande-PB, possui uma trajetória de destaque no país por ter sido pioneira na implantação da estratégia e pela qualidade da atenção à saúde prestada no município.

É importante destacar, inicialmente, que o referido município dispunha, até o início dos anos 1990, de serviços de saúde restritos à atenção ambulatorial em bairros periféricos, desorganizados e desarticulados dos princípios e das diretrizes do SUS. Baseava-se, apenas, em um modelo assistencial (curativo) cuja preocupação era com a ausência de doença baseada na concepção do modelo flexneriano e a prática sanitária da atenção médica (GUIMARÃES 2006).

Compreendia-se que, para mudar esse quadro de saúde pública no município, seria necessário reorganizar a atenção básica, com vistas a promover e proteger os cidadãos, pautada nos princípios do SUS. Com base nesse contexto, a partir de 1994, tal proposta deu início e foi efetivada através da implantação do Programa Saúde da Família. Essa ação significou a possibilidade de se romper com o paradigma sanitário até então vigente.

A trajetória, para essa mudança no modelo sanitário do município em análise, foi feita de modo excessivamente moroso, tendo em vista que a meta inicial de implantar anualmente quinze equipes (com vistas a atingir setenta e cinco ESF) não foi colocada entre as políticas prioritárias na localidade, devido à mudança de gestores e seus respectivos compromissos com a implantação e a implementação do SF no município (GUIMARÃES 2006).

Atualmente, depois de trilhar tantos caminhos, o município dispõe de noventa e duas equipes de SF que atendem a cerca de 90 % da população de diversos bairros, segundo informações obtidas pela Secretaria de Saúde. E mesmo com a implantação da ESF, com uma cobertura de 88 equipes de saúde da família e um percentual de 72% da população (Campina Grande, 2008), até 2008, demonstrava indicadores que apontavam a não diminuição do coeficiente de mortalidade materno, do coeficiente da mortalidade materno infantil e a proporção de óbitos em mulheres em idade fértil investigada. Provavelmente, essa realidade era decorrente do perfil cultural da população e dos profissionais que desenvolviam uma prática curativa, e

na maioria das vezes, o atendimento era direcionado à demanda espontânea, o que acarretava a deficiência na resolução dos problemas de saúde da população. Assim, com base nos dados epidemiológicos e nos indicadores de saúde, verificamos que é preciso criar uma nova estratégia de intervenção, com o apoio de uma equipe multidisciplinar, com a intenção de fortalecer as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, para reduzir o quadro de morbidade por condições sensíveis à atenção ambulatorial, além de investir na redução das sequelas decorrentes de doenças crônico-degenerativas (CAMPINA GRANDE, 2008).

A implantação do NASF, no município de Campina Grande, é vista como um importante passo de consolidação do SUS, principalmente do princípio da integralidade da atenção previsto pela Constituição Federal de 1988. Em janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva da estratégia Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica (DAB), através da Portaria GM/MS nº. 154 criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008). As equipes do NASF são compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento. A orientação do Ministério da Saúde é de que esses profissionais compartilhem da construção de práticas em saúde, nos territórios delimitados e de responsabilidade da equipe de SF<sup>2</sup>.

De acordo com a Portaria nº 154, existem duas modalidades de NASF: o NASF I, 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; e o NASF dois que deve ter, no mínimo, três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional.

Por definição, o município optou pela modalidade de NASF I e implantou nove equipes de profissionais, fazendo cobertura em 92 equipes de SF, em todos os bairros da cidade e nas zonas rurais I, II e III. O processo seletivo foi feito através de

---

<sup>2</sup> Os serviços da rede de Atenção Básica têm como prioridade as equipes da ESF e sua rede de apoio, os NASFs. No conjunto das ações de saúde, os profissionais das equipes de saúde da família realizam todas as atividades relacionadas às ações programáticas que o Ministério da Saúde prioriza, dentre elas: a Atenção à Saúde da Criança; do Adolescente; da Mulher; saúde do Idoso; a assistência pré-natal – Saúde da gestante, parto e puerpério; a Puericultura; o Programas de Tuberculose e Hanseníase; o Programa Nacional de Imunização; a Suplementação de Ferro; e a atenção à hipertensão e à diabetes, entre outros.

currículo, em janeiro de 2009. Os profissionais participaram de um curso de formação, oferecido pela Secretaria de Saúde do Município, com o nome: “Introdutório para Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família” (Anexo I). Durante esse processo, os contratos foram assinados mediante vínculo empregatício da CLT, com carga horária de quarenta horas semanais, exceto os fisioterapeutas, cuja carga horária foi de vinte horas semanais. Somente no mês de junho do referido ano foi os profissionais começaram a atuar.

### 3.1 DISCUTINDO A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NASF

Algumas atividades fazem parte do projeto inicial proposto pela Secretaria de Saúde de Campina Grande para implantar o NASF e as ações que surgem como prioridade no interior de cada UBS.

O trabalho começou com os grupos existentes nas UBS e a formação de novos grupos de usuários pelo educador físico, o fisioterapeuta, o farmacêutico, a assistente social, a psicóloga, a pediatra, a nutricionista e a fonoaudióloga. Os dois primeiros trabalham com alongamento, fortalecimento muscular e resistência à aeróbica, utilizando a música para acompanhar as atividades e descontrair as pessoas que fazem parte dos grupos. O psicólogo trabalha com grupos de saúde mental, com atendimentos individuais em casos especiais. Dos que mencionamos, destacamos também os grupos de idosos e os de gestantes, que são apoiados pelos demais profissionais, que dão suporte técnico de acordo com a especificidade de cada profissional.

A partir dessas atividades, foi elaborado um cronograma de atendimento por cada equipe do NASF, que contemplou todas as UBS inseridas em seu território de atuação, considerando a realidade local. Foram definidos o horário e o dia para os grupos, para atendimentos individuais, reuniões com as ESF e para avaliações e planejamentos das ações a serem desenvolvidas pelas equipes do NASF.

Com o cronograma definido, as equipes elaboram os seus projetos, como também atividades, ações e práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas pelas equipes de Saúde da Família, partindo dos problemas identificados e priorizados pelos profissionais do NASF e as equipes de Saúde da Família.

Ainda integra o projeto do NASF do município o quadro de metas e de ações estratégicas, que descrevem o tipo e o quantitativo de ações que os profissionais

irão realizar. Essas ações configuram a programação que se desdobra numa agenda compartilhada, por meio da qual se observa uma distribuição equitativa dos profissionais pelas equipes devido às necessidades identificadas pelos profissionais do NASF, acordada pelas Equipes de Saúde da Família.

Os dados que apresentaremos a seguir foram fornecidos pela Gerência da Atenção Básica e pela Coordenação do NASF. Essas informações constam no projeto estruturante do NASF, com metas e ações em áreas estratégicas, no mapa de produção dos profissionais e na agenda compartilhada que define as atividades que são realizadas nos territórios das equipes de Saúde da Família. O quadro seguinte descreve as ações, com seus respectivos quantitativos, e apresenta um panorama do tipo de atendimento realizado e as formas de suas resoluções.

### 3.2 A CONTRIBUIÇÃO DO NASF COM A REDE DE SERVIÇOS EM CAMPINA GRANDE

A Política Nacional de Atenção Básica nos faz crer que, na área de organização da atenção à saúde, a integração dos serviços e a inovação das práticas de cuidado e de gestão podem, de forma concreta, causar impacto na melhoria da qualidade da atenção e, conseqüentemente, nos indicadores de saúde. O SUS, baseado no princípio da transversalidade, lança a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão, consolidando redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2009).

As redes de atenção à saúde são compostas por um grupo de serviços e equipamentos de saúde, mas só isso não é suficiente. É necessário garantir essa ampliação da cobertura em saúde de forma que resulte em processo de atenção e gestão mais eficientes, que construam a integralidade da atenção.

O NASF tem contribuído muito, como Política de Saúde, já que surgiu com a perspectiva de ampliar a abrangência das ações na atenção básica em colaboração com as Equipes de Saúde da Família. As áreas de atuação são a saúde da mulher, da criança, do adolescente, do jovem, reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; assistência farmacêutica; atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Uma das funções prioritárias do NASF é de qualificar cuidados, discutir casos, educar os

profissionais e desenvolver políticas e ações específicas voltadas para a comunidade. Essa é uma das estratégias especiais na construção de uma rede de cuidados. Dessa forma, as equipes criam espaços de discussões internos e externos, com o propósito de promover o aprendizado coletivo e de dividir responsabilidades.

A utilização dos serviços de saúde corresponde ao centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Assim, o acesso do usuário aos serviços representa parte essencial da organização do processo de trabalho em saúde. A acessibilidade aos serviços de saúde é a possibilidade econômica, geográfica, legal, cultural ou organizativa de uma população para ser atendida em um serviço de saúde (BRASIL, 2008).

Esse conceito demonstra a diversidade de fatores que influenciam o acesso da população/usuário aos serviços. Destacamos como relevante a interação que deve haver entre o usuário e o profissional que o conduz para dentro do sistema, e isso varia de acordo com a necessidade de cada usuário. A partir de nossa experiência como profissional da Unidade de Saúde do Mutirão I e II, podemos afirmar que, na realidade onde trabalhamos, não é diferente, pois as situações que surgem são muito complexas e exigem que os profissionais se envolvam para resolver determinados encaminhamentos. Os serviços são de difícil acesso, distante da comunidade. Diversas vezes, os profissionais recorrem ao setor de transporte da Secretaria de Saúde para conduzir os usuários aos devidos serviços. Cada caso exige a utilização de novas estratégias, incentivos e o envolvimento de todos da equipe, para que as situações graves sejam tratadas aos serviços competentes.

No que se refere, particularmente, a Campina Grande, foi fundada como município em primeiro de dezembro de 1697 e emancipada em 10 de julho de 1854. Está localizada no agreste paraibano, na parte oriental do Planalto da Borborema, com uma extensão territorial de 621 km e uma população de 383.941 habitantes. Desses, 284.135 estão cadastrados no sistema de informação da Atenção Básica (SIAB). Podemos perceber grandes avanços no nosso município analisando desde a sua fundação até hoje. Apesar de todas as dificuldades, a construção de ofertas de diversas redes de atenção à saúde tem contribuído para melhorar a qualidade de vida dos usuários.

A rede de atenção à saúde do município de Campina Grande está constituída por:

- Cinco Centros de Saúde Municipal, com consultas nas especialidades básicas e clínica odontológica;
- Uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA - 24 horas, que ordena o fluxo de urgência e emergência da cidade;
- Um Serviço Municipal de Saúde, que integra o Serviço de Assistência Especializada em HIV/ DST, atendimento em ginecologia, assistência social, além de psicólogos, dentistas e sala de coleta e vacinação;
- O Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA - com serviços de atenção à violência sexual da mulher, da criança e do adolescente, Maternidade, Unidades de Atendimento Pré-natal, adolescentes, gestantes de alto risco, UTI Neonatal, Banco de Leite Humano, Laboratórios de Análises Clínicas, setores de Ultrassonografia e Raios-X;
- Sete Centros de Atenção Psicossocial – CAPS - com a finalidade de atender aos portadores com transtornos mentais e comportamentais. Esses serviços contam com a atuação de médicos psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogo, pedagogo, neurologista e assistente social;
- Um Centro de Convivência e Cultura Artes e Ofícios, para portadores de transtornos mentais;
- Uma Emergência Psiquiátrica e seis Residências Terapêuticas, destinadas ao atendimento às pessoas que são egressas de hospitais psiquiátricos e perderam familiares ou apresentam dificuldades de reintegração familiar;
- 92 Unidades de Saúde da Família, 11 das quais estão localizadas na zona rural de Galante, São José da Mata, Paus Brancos, Catolé de Boa Vista e Estreito.
- Um Centro de Referência ao Idoso, que funciona no IPSEM – Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos de Campina Grande;
- Três Centros de Saúde e duas Unidades de Saúde, onde funcionam grupos de controle ao tabagismo;
- Um Hospital da Criança e do Adolescente;
- Sete hospitais que atendem a alta complexidade.

Essa rede de serviços atende à população da cidade articulada a outros serviços hospitalares que acompanham os casos de urgência e emergência. É uma rede complexa, que já não consegue atender à demanda de Campina Grande e de cidades circunvizinhas.

Embora o município tenha uma ampla rede de atenção à saúde, que atende às características da segunda macrorregião de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização da PB, é necessário não só garantir o acesso como também à sua equidade, com alternativas para os indivíduos com mais dificuldades de adentrarem e se utilizarem dos serviços de saúde oferecidos em uma região com território delimitado.

### **Quadro 1 – Metas e ações em áreas estratégicas para a atuação da equipe do NASF**

**Fonte:** Projeto de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Campina Grande, 2008.

<b>ÁREA ESTRATÉGICA</b>	<b>AÇÕES PROPOSTAS PARA O NASF</b>	<b>QUANT. DE AÇÕES PROGRAMADAS / ANO</b>
<b>Saúde da mulher</b>	Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das ESF que estejam inseridos num processo de educação permanente;	240 ações
	Ações de capacitação em serviço em um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das ESF;	48 capacitações
	Ações de atenção individual às mulheres, desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pelas ESF;	480 ações
	Ações diferenciadas, como pré-natal de risco, cujo acompanhamento se desenvolva em parceria com as ESF;	480 ações
	Realização de colposcopia e biópsia dirigida, de cirurgias de alta-frequência (CAF) e demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico;	240 ações

<b>Saúde da Criança</b>	<p>Ações de atenção às crianças, desenvolvidas com base nas demandas identificadas e referenciadas pela ESF, cuja complexidade exige atenção diferenciada;</p> <p>Ações de interconsultas desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das ESF que estejam inseridos num processo de educação permanente;</p> <p>Ações de capacitação em serviço, por meio de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das ESF e os demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específica.</p>	<p>1460 consultas</p> <p>240 ações</p> <p>240 ações</p>
<b>Fisioterapia</b>	<p>Ações que proporcionem a redução de incapacidades e de deficiências, com vistas a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e a reinseri-los na sociedade, visando combater a discriminação e ampliar o acesso ao sistema de saúde;</p> <p>Realizar ações para prevenir deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;</p> <p>Realizar visitas domiciliares para adaptações, orientações e acompanhamentos;</p> <p>Orientar e informar as pessoas com deficiências, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo.</p>	<p>Mensal</p> <p>Mensal</p> <p>Semanal</p> <p>Semanal</p>
<b>Serviço Social</b>	<p>Ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam a rede de suporte social e mais integração entre os serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado.</p>	<p>Mensal</p>
<b>Nutrição</b>	<p>Fazer o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita ao NASF, com o fim de contribuir para a elaboração do plano de ação da ESF, com a identificação dos grupos populacionais sujeitos aos maiores riscos de agravos nutricionais;</p>	<p>Mensal</p>

	<p>Conhecer e estimular a produção dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;</p> <p>Promover a articulação intersetorial para o cultivo de hortas e de pomares comunitários;</p> <p>Capacitar a ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais, como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição;</p> <p>Elaborar, em conjunto com as ESF, rotinas de atenção e atendimento para doenças relacionadas à nutrição e organizar as referências e as contrarreferências.</p>	
--	---	--

A efetivação dessas ações obedece a uma agenda compartilhada, que é definida junto com as ESF da área de abrangência de cada NASF. As atividades previstas incluem consultas, atendimento em grupos específicos, visitas domiciliares e atividades de campo.

Analisando o quadro de composição dos profissionais do NASF, no início da sua implantação, é possível identificar que há variações no número de profissionais por equipe. Como exemplo, podemos citar o caso do NASF 4, com um quantitativo de 11 profissionais, localizado em uma área nobre da cidade, com uma população estimada em 24.341 usuários e que conta com 11 Equipes de Saúde da Família, para atender também em outros bairros circunvizinhos e à zona rural de Galante. É um número expressivo de equipes para o NASF fazer a cobertura.

Também existe o caso de quatro NASFS, que são compostos por nove profissionais, que atendem em outros bairros localizados em áreas consideradas de risco, em virtude da violência e do tráfico de drogas. Podemos destacar o NASF 8, com apenas seis profissionais. Está localizado na zona rural, distrito de São José da Mata, e cobre nove equipes de SF e seis âncoras. Duas dessas equipes estão localizadas na zona urbana, em um bairro onde havia o lixão, e os usuários são catadores, com particularidades na questão da saúde e nas condições de vida. Certamente, isso exige um trabalho específico em torno das demandas que emergem, e a equipe do NASF não consegue dar conta de todas com a qualidade necessária. Os outros três NASFS implantados estão formados por sete

profissionais distribuídos na zona urbana, atendendo outros bairros da Cidade.

Na estruturação e na formação das equipes do NASF, foi identificada uma resistência de alguns dos profissionais que seriam designados para os locais onde a violência acontece com mais frequência. O receio se dava por ser um bairro de difícil acesso, pela presença do lixão, o uso e o contrabando de drogas e o grande número de usuário. Essa é a realidade da população usuária dos serviços de saúde pública e que requer uma atuação de profissionais de saúde capacitados para lidar com as problemáticas que emergem dessa realidade. Entretanto, constatamos uma frequente rotatividade desses profissionais, principalmente do médico. Mesmo assim, a gestão municipal contrata novos profissionais, incluindo outras categorias profissionais, e procura adequá-los às especificidades de cada equipe de saúde.

Cada profissional deve assumir o seu papel de contribuição nesse processo de construção e estruturação do SUS no município. Apesar de haver um grande número de equipes da SF para cada profissional atender e realizar as ações propostas é necessário seguir a agenda compartilhada e, dentro do possível, atender a todas. Na verdade, isso, muitas vezes, é impossível devido às intercorrências que surgem. Nesse caso, o bom senso tem que ser aplicado juntamente com o princípio da equidade - dar mais a quem tem menos. Esse tem sido um dos grandes desafios dos profissionais.

Dentro dessa realidade, as ações realizadas pelos profissionais do NASF demonstram a intenção de contribuir com o apoio e parceiros das equipes de saúde da família, envolvendo as diretrizes que regem a política de saúde voltada para a promoção, a prevenção e a reabilitação, numa perspectiva de apoio matricial, nas dimensões técnica e pedagógica, interdisciplinar e intersetorial. No entanto, só foi possível demonstrar os dados que conseguimos para essa análise a partir do período de julho a dezembro de 2011, porque não havia dados coletados, e os dados referentes ao ano de 2012 só serão entregues no final de maio, o que já não atende ao prazo delimitado de nossa pesquisa.

O quadro dois, abaixo, apresenta algumas observações quanto ao quantitativo de atendimento por profissionais. Vejamos:

**Quadro 2 – Mapa de produção dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Campina Grande – PB - relativo ao período de julho a dezembro de 2011**

ATIVIDADES	ASSISTENTE SOCIAL		FISIOTERAPEUTA		PSICÓLOGA		EDUCADOR FÍSICO		FARMACÊUTICO		NUTRICIONISTA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Individual Consulta	1830	0,64	1088	0,38	1367	0,48	—	—	—	—	1710	0,60
Grupo	244	0,08	611	0,21	446	0,15	1246	0,43	476	0,16	429	0,15
Matriciamento	86	0,03	161	0,05	215	0,07	253	0,08	82	0,02	104	0,03
Acompanhamento	80	0,02	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Visita domiciliar	218	0,07	1066	0,37	545	0,19	---	---	---	---	308	0,10
Palestras Escolas	68	0,02	208	0,07	41	0,01	84	0,29	132	0,46	24	0,08
Projetos	13	0,04	43	0,15	37	0,13	28	0,01	23	0,01	28	0,01
Reuniões c/equipe do NASF	102	0,03	190	0,06	129	0,04	117	0,04	96	0,03	125	0,04
Participação em eventos	28	0,01	51	0,01	28	0,01	59	0,02	---	---	46	0,01
Visitas à Instituição	61	0,02	---	---	109	0,03	---	---	---	---	308	0,10
Reunião com a Gerência	43	0,01	90	0,03	51	0,01	58	0,02	64	0,02	73	0,02
Palestras	79	0,02	211	0,07	133	0,04	158	0,05	132	0,04	170	0,05
Dispensação de medicamentos	---	---	---	---	---	---	---	---	1114	0,39	---	---
Organização das Farmácias	---	---	---	---	---	---	---	---	221	0,07	---	---
Pedidos de Farmácia	---	---	---	---	---	---	---	---	223	0,07	---	---
<b>TOTAL</b>	<b>2852</b>	<b>0,99</b>	<b>3719</b>	<b>1,4</b>	<b>3101</b>	<b>1,16</b>	<b>2003</b>	<b>0,94</b>	<b>2563</b>	<b>1,27</b>	<b>3325</b>	<b>1,19</b>

Os dados do quadro acima nos permitem observar e tecer alguns comentários a respeito da atuação de alguns profissionais, como: o assistente social, cujas ações devem estar pautadas em promover e fortalecer a cidadania e produzir estratégias que fortaleçam as redes de suporte social. As ações realizadas com o percentual maior são em relação aos atendimentos individuais (0,64%) e promovem a escuta ativa do usuário em relação aos seus problemas e esclarecimentos. É o momento de conhecer a história de cada indivíduo e de fazer encaminhamentos a outras redes de saúde. Essa ação pode ter caráter eventual ou não, o que vai definir é a realidade de cada indivíduo. Em relação ao percentual das atividades grupais de 0,08 e das visitas domiciliares, 0,07. O primeiro propicia trocas de experiências, vivências e sentimentos, a construção de conhecimentos e de projetos de vida, além de incentivar a autonomia e a autoestima, portanto, um processo educativo permanente. O segundo permite que a família do usuário se aproxime, o que pode ajudar na mediação de conflitos e deve acontecer de forma eventual mediante as necessidades concretas. As atividades grupais são uma estratégia de grande relevância para potencializar respostas às demandas apresentadas e referenciar o apoio matricial. Assim, a pontuação dos percentuais das ações deveria ter sido significativa (Anexo II).

Quanto ao fisioterapeuta, percebemos percentuais elevados no atendimento individual (0,37) e nas visitas domiciliares (0,38%), que são ações que respaldam a Portaria do NASF, a qual recomenda que o usuário deve ser acolhido de acordo com suas necessidades específicas de reabilitação, orientação e informação e de pessoas envolvidas em seu cuidado, como os cuidadores e os agentes comunitários de saúde (ACS), quanto aos manuseios, aos posicionamentos e à utilização de recursos que possibilitem um bom desempenho funcional de cada indivíduo especificamente, com o intuito de proporcionar um acompanhamento bem melhor e adaptação do ambiente para as necessidades do paciente (BRASIL, 2008).

Verificam-se, nas ações desenvolvidas pelo educador físico, que o percentual de 0,43% é nas atividades grupais, que envolveram caminhadas, jogos, formação de times de futebol e de outras atividades, como palestras e projetos, nos espaços públicos de convivência nas comunidades. Consideramos muito positiva essa parceria, em que se valoriza a inclusão social e, de certa forma, combate a violência. É uma atuação significativa nas equipes de SF, que tem ajudado a melhorar a qualidade de vida dos usuários. É notável que esses profissionais realizem uma

produção relevante, no que se refere aos trabalhos grupais, ao matricial, às visitas, à elaboração de alguns projetos, além dos atendimentos individuais que foram necessários ao usuário (Anexo IV).

Quanto ao nutricionista, o índice maior alcançado foi no atendimento individual (0,60%), que favoreceu a orientação de práticas alimentares saudáveis. No entanto, essa prática permanente difere da proposta de apoio matricial. Esse atendimento deve ser realizado ocasionalmente, e quando necessário, deve ser operacionalizado por meio de Projeto Terapêutico Singular, de cuidado e acompanhamento pelas equipes de SF, sob a responsabilidade do NASF. Da mesma forma, a orientação, em nível grupal, de (0,15%) é uma estratégia importante que proporciona espaços de discussões e planejamento em todas as fases do ciclo da vida. Essa prática teve cobertura em várias ações desenvolvidas pelas equipes, como mostra o mapa de produção, e não apresenta um percentual significativo em relação à importância da ação e ao número de usuários atendidos em cada equipe de SF. Mesmo assim, deixa de ser positivo, já que as doenças, muitas vezes, estão relacionadas à forma errada de se alimentar.

As ações do psicólogo estão centradas no atendimento individual, conforme mostra o mapa (0,48), quando deveria ter priorizado as atividades coletivas. Reconhecemos as dificuldades que os profissionais enfrentam diante de uma cultura reinante centrada no consultório, para mudar a forma de lidar com os problemas relacionados à saúde mental da população. Por outro lado, percebem-se algumas mudanças, como: participação nas atividades grupais, palestras nas reuniões com a comunidade (0,07), participação em projetos (0,15) e visitas domiciliares (0,19), que favorecem a criação e a ampliação de vínculos e parcerias no tratamento da saúde mental, buscando redes de apoio e integração, bem como outros danos causados pela violência, o abuso de álcool e outras drogas. Isso aumenta a possibilidade da capacidade resolutiva de problemas de saúde e resulta em uma prática humanizada.

Consideramos significativa para todas as equipes do NASF e da SF a figura do profissional farmacêutico, que passou a atender e a orientar, por meio de palestras, sobre o uso equilibrado de medicamentos nos grupos de saúde mental e em outros grupos - um percentual de 0,04 - como mostra o quadro. Esse apoio tem sido um pouco significativo, em termos percentuais, representados por 284.135 usuários cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Consideramos importante que ações de promoção estejam sendo realizadas nos

grupos, como apresenta o percentual de 0,16, formando concepções na perspectiva de mudar conceitos e de transformar valores culturais.

Demonstramos, em seguida, o Quadro três, que especifica o atendimento de outras categorias profissionais também fundamentais na ação do NASF. Vejamos:

**Quadro 3 – Mapa de produção dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Campina Grande – PB - relativo ao período de julho a dezembro de 2011**

ATIVIDADES	PEDIATRA		GINECOLOGISTA		FONOAUDIÓLOGA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Individual Consulta	4495	1,58	570	0,20	261	0,09
Grupo	—	—	—	—	241	0,08
Matriciamento	76	0,02	54	0,01	81	0,02
Acompanhamento	—	—	—	—	—	—
Visita domiciliar	28	0,01	—	—	48	0,02
Palestras em escolas	—	—	—	—	28	0,01
Projetos	11	0,00	—	—	19	0,01
Reuniões c/equipe do NASF	86	0,03	54	0,01	53	0,02
Participação em eventos	39	0,01	—	—	24	0,01
Visitas à Instituição	27	0,01	—	—	56	0,01
Reunião com a Gerência	62	0,02	54	0,01	58	0,02
Palestras	818	0,28	—	—	—	—
Cirurgias	—	—	44	0,01	—	—
<b>TOTAL</b>	<b>5642</b>	<b>1,96</b>	<b>776</b>	<b>0,24</b>	<b>869</b>	<b>0,29</b>

Conforme mostram os dados que integram o Quadro três, nas ações da fonoaudióloga, predominou o atendimento individual (0,09) e em grupo (0,08). Sua atuação promove a qualidade de vida dos usuários e favorece a inserção social, combatendo a discriminação. Essa é uma estratégia de prevenção de doenças por meio de ações multiprofissionais. Quanto às demais, os percentuais são inferiores, o que não deixa de se somar às outras ações de forma positiva.

Em relação ao atendimento médico das clínicas de Pediatria e de Ginecologia, o atendimento ambulatorial se destacou, com percentuais de 1,58 e

0,20, que são mais expressivos do que os percentuais das outras ações. É possível que esses atendimentos individualizados tenham gerado casos que as levaram a fazer apoio matricial, compartilhando conhecimentos com outros profissionais, o que consideramos um indicador importante em sua área de atuação. Isso resultou em encaminhamentos para cirurgias por parte da médica ginecologista. Ela também participou de reuniões com a equipe do NASF e a Gerência. Observamos que a atuação da médica pediatra foi mais precisa no que se refere à proposta do NASF, porquanto ela visitou domicílios e instituições e fez palestras e reuniões. Isso, provavelmente, contribuiu para que houvesse uma atenção mais humanizada voltada para os usuários e com a educação permanente.

Enfim, os dados não nos apresentam percentuais satisfatórios, tendo em vista a Política de Saúde proposta para o NASF e o número de usuários atendidos em relação aos cadastrados no SIAB. Mas, de certo modo, as equipes têm contribuído com a promoção da saúde, contemplando aspectos das diretrizes do NASF, propostas pelo Ministério da Saúde. Acreditamos que muitos paradigmas estão sendo rompidos. É preciso fazer muito ainda pela saúde dos usuários. É provável que, através das ações de promoção, eles aumentem o seu potencial individual e social e passem a preferir formas de vida mais saudável.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da discussão apresentada no decorrer deste trabalho, consideramos a implantação do NASF como uma ação relevante na promoção da saúde do nosso município, embora tenhamos identificado que alguns dados apresentados, em termos de ações realizadas, não representem o atendimento necessário aos usuários.

Considerando o curto período de implantação do NASF, é possível apontar a necessidade de um processo de reestruturação das equipes e avaliar os perfis dos profissionais para atender a determinadas áreas que são consideradas de vulnerabilidade social. A mudança do modelo assistencial e sua respectiva incorporação ao trabalho multidisciplinar exigem amadurecimento dos profissionais e da gestão municipal e que se admitam também as dificuldades da população.

Reconhecemos que será necessário fazer ajustes no processo de trabalho dos profissionais para que, de fato, passem a realizar mais ações de promoção e prevenção, em detrimento de atividades individuais dentro do consultório. Será preciso não só cumprir a carga horária de acordo com cada profissional, mas também monitorar e avaliar as equipes da SF, direcionar a gestão e compor as equipes com profissionais médicos, fonoaudiólogas, além de formação permanente e sistemática para os profissionais.

Por ser o NASF uma ação estratégica de apoio matricial, e não, porta de entrada, as equipes de saúde da família precisam estar organizadas e abertas para serem parceiras desse serviço. É preciso, ainda, que o poder público seja mais compromissado, na perspectiva de possibilitar aos profissionais as condições necessárias para uma atuação coletiva. Assim, é possível construir e desenvolver uma política de humanização transformando paradigmas e ampliar o conceito de saúde-doença por parte dos usuários, bem como dos profissionais de saúde.

As ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF e descritas no quadro de ações em áreas estratégicas estão sendo incorporadas de forma gradativa pelos profissionais em seu dia a dia de trabalho, considerando as especificidades por categoria.

A intenção, com este estudo documental, foi de avaliar a contribuição do NASF em relação à melhoria dos indicadores de saúde. No entanto, não foi possível abordar esse elemento, devido ao fato de os dados não estarem no sistema de

informações e incompletos. É necessário que a gestão apresente os índices e incentive as equipes a realizarem ações que promovam a diminuição da mortalidade.

Nosso desafio, como profissional, não é de quantificar ações, metas ou estratégias, mas de ressignificá-las, considerando a realidade, o contexto e os condicionantes sociais da produção da vida. Essa não é uma tarefa individual, mas coletiva, em que se devem valorizar os vários conhecimentos e saberes para transformar a realidade.

## REFERÊNCIAS

- BRIGAGÃO**, Camila Teles. **Gestão por competências**: o papel dos processos de mapeamento de competências no Banco do Brasil. Brasília, 2008. 41 p.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. li. ISBN85-334-0325.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília; 2001.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – 4. Ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Diário Oficial da União, n. 18, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47- 49.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2010.
- CAMPINA GRANDE**. Secretaria Municipal de Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://portal.pmcg.pb.gov.br>. Acesso em 15 de setembro de 2008.
- CAMPOS FE**, Belisário SA. **O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada**. Interface comunicação, saúde, Educação 2001; 9:133-141.
- CAMPOS**, Luciane, et al. **A Participação em saúde**: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. Texto contexto enfermagem. 2007; 16(2): 271-9.
- COSTA GD**, et al. **Saúde da família**: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Ver Bras. Enferm. 2009; 62(1): 113-8.
- GUIMARÃES**, Erinaldo. D. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande**: origem, implantação e seu papel na atenção básica à saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, 2006.

**LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.**  
São Paulo, EPU, 1986.

**VASCONCELOS, Gisele Cristina Alves Moreira. Um breve histórico da Vigilância Sanitária do Brasil.** Ribeirão das Neves- MG. 2009

# **ANEXOS**

## ANEXO I

**Figura 1 – Curso Introdutório para os Profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**



## ANEXO II

**Figura 2 – Grupo de gestantes com a assistente social e o educador físico**



## ANEXO III

**Figura 3 – Festa dos idosos na Vila Olímpica de José Pinheiro**

## ANEXO IV

**Figura 4 – Os profissionais do NASF na Creche Vovó Adalgisa  
Palestra sobre saúde bucal**



## ANEXO V

Figura 5 – Educador físico com o grupo de caminhada

