



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

THIAGO SANTOS DE SOUZA

**NASF: FRAGMENTAÇÃO OU INTEGRAÇÃO DO
TRABALHO EM SAÚDE NA APS?**

Salvador
2015

THIAGO SANTOS DE SOUZA

**NASF: FRAGMENTAÇÃO OU INTEGRAÇÃO DO
TRABALHO EM SAÚDE NA APS?**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária pelo Programa De Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), na área de concentração em Política, Planificação e Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a Maria Guadalupe Medina

Salvador
2015

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S719n Souza, Thiago Santos de.

NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? / Thiago Santos de Souza. -- Salvador: T.S. de Souza, 2015.

149f.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Maria Guadalupe Medina.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Práticas de Saúde. I. Título.

CDU 614.2

THIAGO SANTOS DE SOUZA

NASF: FRAGMENTAÇÃO OU INTEGRAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NA APS?

Dissertação apresentada para apreciação da banca examinadora do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária com concentração em Política, Planificação e Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Maria Guadalupe Medina

(Orientadora - ISC/UFBA)

Carmen Fontes de Souza Teixeira

(Professora Associada - IHAC/UFBA)

Vitória Solange Coelho Ferreira

(Professora Titular – Universidade Estadual de Santa Cruz)

Salvador
2015

Aos trabalhadores da atenção primária à saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade do aprendizado nessa vida.

Aos meus pais, Jorlange, Antônio e Raquel, que juntos colaboraram para que seu filho atravessasse os limites do rio Paraguaçu e continuasse caminhando na universidade.

À Guadalupe, pela confiança, parceria e orientação prestada sempre com valiosas reflexões que me possibilitaram amadurecer enquanto pesquisador.

À Ana Luiza Vilasbôas, por acreditar no meu potencial e me abrir as portas do GRAB.

À toda a equipe do GRAB, que possibilita aos seus pesquisadores subsídios e condições técnicas e materiais, para o bom funcionamento do grupo e produção científica.

Aos professores do ISC, por colaborarem com nosso aprendizado e fomentar intensas trocas de conhecimento.

Aos funcionários do ISC, por contribuírem com as melhores condições possíveis para o nosso estudo e trabalho.

Ao CNPq, pelo financiamento dessa pesquisa vinculada ao projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017).

Aos amigos de turma do mestrado que juntos partilhamos por momentos de incertezas, apoio mútuo e aprendizado coletivo.

À Lívia, pelo seu amor e companheirismo nesta árdua e prazerosa jornada.

Aos familiares e amigos, obrigado pelo apoio de sempre e encorajamento para seguir firme na luta pelos meus sonhos.

Aos profissionais e gestores da atenção primária do município investigado, agradeço a disponibilidade por partilhar seu trabalho e colaborar com a realização desse estudo.

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

(Paulo Freire)

SOUZA, Thiago Santos. **NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2015.

RESUMO

Nas últimas duas décadas, a Estratégia Saúde da Família evoluiu nos municípios e com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) a atenção primária à saúde (APS) passou a contar com equipes que deveriam atuar em estreita parceria. Entretanto, ainda permanecem na literatura lacunas relacionadas à análise do processo de trabalho do NASF e suas relações técnicas e sociais. Esse estudo teve como objetivo analisar as práticas de saúde da equipe NASF, a fim de identificar se a inserção destes profissionais na APS reforça a fragmentação do trabalho em saúde ou fomenta a integração de suas práticas. Trata-se de um estudo de caso realizado em um município baiano, onde investigamos a equipe NASF e três EqSF. O estudo fundamenta-se nos referenciais teóricos da teoria do processo de trabalho em saúde e dos modelos de atenção à saúde. Foram utilizadas como fontes de evidência documentos do município e da equipe NASF, informações registradas no diário de campo do pesquisador e realizadas 14 entrevistas semi-estruturadas envolvendo os integrantes do Núcleo de Apoio, médicas e enfermeiras de três EqSF, gestoras da atenção básica e uma profissional responsável por uma pesquisa de promoção à saúde, que os profissionais da APS do município participaram. A análise dos dados envolveu a técnica de triangulação de dados e fontes, e para compreensão das práticas foi utilizada uma matriz elaborada com a representação do “tipo ideal” de NASF por referência a cada modelo de atenção. Os resultados evidenciaram que a maioria dos profissionais nunca havia atuado na APS e não possuía formação em saúde coletiva. Apesar de terem sido identificados os principais agravos e problemas que acometiam a população foi evidente que a equipe NASF não enfatizou os determinantes sociais nas suas atividades. Os instrumentos de trabalho utilizados por estes profissionais foram relacionados à tecnologia material médica e ações de tecnologia sanitária. As atividades realizadas envolveram palestras, atendimentos, visitas e grupos nas unidades e instituições do território. Já as relações técnicas e sociais têm ocorrido com ausência de espaços compartilhados de decisões, circulação da informação limitada e existência de conflitos entre as equipes. Foi possível identificar que a equipe investigada se aproxima mais das características dos modelos hegemônicos. Destaca-se que a inserção dos profissionais do Núcleo de Apoio na APS tem possibilitado as EqSF do município ampliar suas atividades. Porém, existem desafios de diversas ordens que limitam as práticas e impõem entraves as relações técnicas e sociais tornando o processo de trabalho fragmentado. São necessárias outras pesquisas de natureza empírica que problematizem o trabalho da equipe NASF, aprofundem a compreensão das relações estabelecidas com as EqSF e avaliem a efetividade das suas atividades.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Estratégia Saúde da Família; Práticas de Saúde.

SOUZA, Thiago Santos. **NASF: fragmentation or integration of health work in PHC?** Dissertation (Masters in Public Health). Institute of Public Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2015.

ABSTRACT

In the last two decades, the Family Health Strategy has evolved in the municipalities and together with the implementation of the Family Health Support Centers (NASF) primary health care (PHC) could count on teams that should work in close partnership. However, there are still gaps in the literature related to the analysis of the work process of NASF and its technical and social relations. This study aimed to analyze health practices of NASF team in order to identify whether the inclusion of these professionals in PHC reinforces the fragmentation of health work or whether it promotes the integration of its practices. It is a study case performed in a municipality in the Brazilian State of Bahia, where NASF team and three EqSF were investigated. The study is based on the theoretical references of the work process in health theory and health care models. Documents the municipality and the NASF staff were used as sources of evidence, recorded information in the researcher's field diary and conducted 14 semi-structured interviews involving members of the Support Center, doctors and nurses three EqSF, managers of primary care and a professional responsible for health promotion research that professionals of PHC in the city have participated. Data analysis involved data triangulation technique and sources, and for understanding the practices we used a matrix made with the representation of the "ideal type" of NASF as reference to each model of care. The results showed that most professionals had never acted in PHC and had no training in public health. Although they were identified the main grievances and problems that affected the population, it was evident that the NASF team did not emphasize the social determinants in their activities. Working instruments used by these professionals were related to materia medical technology and health technology actions. The activities involved lectures, public care, visits and groups in the units and institutions of the territory. Regarding the technical and social relations, they have taken place with no shared spaces decisions, limited information flow and the existence of conflicts among teams. It was observed that the investigated team is closer to the characteristics of hegemonic models. It is noteworthy that the inclusion of professionals Care Support PHC has enabled this location EqSF to expand its activities. However, there are challenges of different orders that limit the practices and impose barriers to the technical and social relations, making it a fragmented work process. Other researches that problematize the empirical work of the NASF staff are needed, to reach a deeper understanding of the relationships established with the EqSF and evaluate the effectiveness of their activities.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Health practices.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Caracterização das equipes e agenda semanal das USF investigadas no município caso, 2014.....	37
Quadro 2- Caracterização da equipe NASF, profissionais das três EqSF investigadas e gestoras do município caso, 2014.....	39
Quadro 3 - Sistematização das informações cotejadas, segundo os elementos do processo de trabalho das equipes da APS investigadas.....	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
EqAB	Equipe de Atenção Básica
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
NASF: FRAGMENTAÇÃO OU INTEGRAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NA APS?	13
INTRODUÇÃO	13
MÉTODOS	15
Referencial teórico.....	15
Desenho do estudo.....	26
Seleção do caso.....	26
Produção dos dados.....	27
Aspectos éticos.....	32
RESULTADOS	32
Descrição do caso.....	32
Dinâmica de trabalho dos profissionais do NASF e das EqSF: sujeitos, objetos, atividades, instrumentos e relações técnicas e sociais.....	34
Caracterização dos sujeitos do estudo.....	38
A implantação do NASF no município: as origens.....	40
O cotidiano do trabalho dos profissionais: agenda e atividades.....	41
O que pensam os profissionais sobre o NASF.....	47
O NASF e as Equipes: relações técnicas e sociais.....	49
DISCUSSÃO	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61
ANEXOS	70
ANEXO A - Cronograma de atividades da equipe NASF investigada.....	70
ANEXO B - Cronograma de datas do Ministério da Saúde.....	101
APÊNDICES	105
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com os profissionais do NASF.....	105
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com o médico e a enfermeira da EqSF.....	107
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com a coordenadora da atenção básica.....	109

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista com a responsável pelo estudo de promoção à saúde em escolares no município investigado.....	111
APÊNDICE E - (Quadro 3) - Sistematização das informações cotejadas, segundo os elementos do processo de trabalho das equipes da APS investigadas.....	112
APÊNDICE F –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	148

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado é resultado de um estudo de caso realizado em um município baiano, que tomou como objeto de investigação uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e três Equipes de Saúde da Família (EqSF). A pesquisa teve como objetivo analisar as práticas de saúde da equipe NASF, especialmente, como são estabelecidas as relações técnicas e sociais entre essa equipe e as EqSF, a fim de identificar se a inserção dos profissionais do NASF na Atenção Primária à Saúde (APS) reforça a fragmentação do trabalho em saúde ou fomenta a integração de suas práticas.

As inquietações sobre o NASF, desde a Residência em Saúde da Família, me levaram à busca dessa investigação, primeiro pelo fato de ser este Programa uma das formas de inserção do fisioterapeuta na APS. Segundo, porque os documentos normativos do Ministério da Saúde que orientavam o Núcleo de Apoio, não eram suficientes em sua tarefa de direcionar esta proposta. Terceiro, porque possuía muitas dúvidas sobre o modo como equipes multiprofissionais, muitas vezes sem a devida formação, experiência e engajamento poderiam atuar a favor do Sistema Único de Saúde (SUS). Quarto, por imaginar o quão desafiador deveria ser a constituição do processo de trabalho entre o NASF e as EqSF, visto que estas já estão cerca de 20 anos atuando no primeiro nível de atenção, com seus entraves, contradições e avanços.

Na dissertação estão os principais resultados e considerações do estudo, além da reflexão sobre os referenciais teóricos adotados, diante da necessidade de melhor fundamentação e posterior problematização das práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes da APS. Nos anexos encontram-se o cronograma de atividades da equipe NASF investigada e o calendário do Ministério da Saúde, principal documento no processo de orientação da agenda da equipe. Nos apêndices, são elencados os roteiros de entrevista, o quadro com a sistematização do cotejamento das informações e o termo de consentimento livre e esclarecido.

NASF: FRAGMENTAÇÃO OU INTEGRAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NA APS?

1. Introdução

A atenção primária à saúde (APS) refere-se a um conjunto de práticas individuais e coletivas, orientadas a responder a maioria dos problemas de saúde de uma população (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008), possui caráter de porta de entrada e ordenação das ações e serviços do sistema de saúde, e constitui-se como uma das mais importantes políticas do governo brasileiro na atualidade (AQUINO et al., 2014).

Nas últimas duas décadas, a Estratégia Saúde da Família (ESF) evoluiu vertiginosamente nos municípios (AQUINO et al., 2014), e existe na literatura um grande volume de publicações sobre a melhoria de saúde da população e a colaboração da ESF para a reorientação do modelo de atenção (MEDINA e HARTZ, 2009; ALCÂNTARA e NASCIMENTO, 2009; SHIMIZU e ROSALES, 2009; RASELA et al., 2010; DOURADO et al., 2011; AQUINO et al., 2009; GUANAIS, 2013; RASELA et al., 2013).

Paralela à ampliação da cobertura assistencial oferecida na atenção básica, gestores e equipes de saúde da família (EqSF) identificaram demandas e necessidades de saúde, que indicavam a necessidade da inserção de outras categorias profissionais no primeiro nível de atenção, para além da equipe mínima, o que culminou com a criação de equipes denominadas Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (FORMIGA e RIBEIRO, 2012).

A proposta política do NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e seu processo de territorialização e regionalização (BRASIL, 2008). Existem três tipos de NASF que devem estar atrelados às EqSF, desde que respeitem as condições específicas definidas em Portaria (BRASIL, 2012). Os NASF são constituídos por equipes de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que devem

atuar em parceria com o trabalho das EqSF, compartilhando atividades nos territórios sob responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2011).

Dado o caráter recente do NASF, a literatura científica disponível sobre o trabalho de suas equipes ainda é incipiente, sendo que a maioria dos estudos apenas apresentam reflexões sobre a inserção das diversas categorias profissionais (BARBOSA et al, 2010; BARROS e JUNIOR, 2012; MOLINI-AVEJONAS et al, 2010; RODRIGUEZ, 2010; LANCMAN e BARROS, 2011; SOUZA e LOCH, 2011; SANTOS e BENEDETTI, 2012; FERNANDES et al, 2013; AZEVEDO e KIND, 2013; COSTA et al, 2013).

Ao analisar o NASF numa perspectiva que extrapole a abordagem de categorias individualizadas, identificam-se poucas pesquisas empíricas que discutam com robustez os elementos do seu processo de trabalho fruto da articulação com as EqSF. Anjos et al (2013) identificaram que a efetividade do NASF é dependente da relação de parceria que se estabelece com as EqSF. Por sua vez, Lancman et al (2013) apontam diferenças entre as equipes que tendem a dificultar a qualificação dessas relações, tais como a formação, a experiência dos profissionais, a dinâmica de trabalho que exige padrões de produtividade diferenciados, e o maior contato com a população.

Araújo e Galimberti (2013) ao buscarem compreender como ocorre a colaboração entre os profissionais da APS observaram que as ações compartilhadas são marcadas por conflitos, e pelo jogo de interações e relações de poder entre o NASF, a gestão e as EqSF. Soma-se a isso, a falta de capacitação dos profissionais, como um aspecto dificultador para promoção de estratégias conjuntas de integração (LEITE et al., 2013).

As reflexões sobre o processo de trabalho do NASF estão na ordem do dia, uma vez que fazem parte de uma das mais importantes políticas de reorganização dos modelos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda cursam em processo de implantação/implementação com potencial de expansão em todo país.

Os estudos sobre o NASF apresentam como lacuna a análise das características do seu processo de trabalho, de modo a permitir a apreensão

do seu caráter histórico na estrutura da sociedade capitalista vigente. Pensar no trabalho efetuado pelos sujeitos do NASF deve remeter a compreensão do seu objeto, de seus instrumentos de trabalho, das formas de organização da produção de seus serviços, e das relações que o conjunto de sua prática guarda com o conjunto das demais práticas sociais.

A literatura ainda carece de pesquisas que confrontem a relação do objeto do NASF com os modelos de atenção à saúde, apontando se este dispositivo está direcionado ao sujeito doente ou as necessidades e problemas de saúde da população no território, à luz de um referencial teórico que sustente as apreensões de suas práticas.

Diante do exposto, esse estudo possui como perguntas de investigação: Como estão sendo desenvolvidas as práticas de saúde dos profissionais que atuam no NASF? A inserção dos profissionais do NASF na APS reforça a fragmentação do trabalho em saúde ou fomenta a integração de suas práticas? Que tipos de relações se estabelecem entre os membros da equipe do NASF e entre estes e os profissionais das EqSF?

O presente estudo, portanto, teve como objetivos analisar as práticas de saúde da equipe NASF em um município no Estado da Bahia, descrever os objetos, os instrumentos e as atividades desenvolvidas pela equipe do NASF, e analisar como são estabelecidas as relações técnicas e sociais entre essa equipe e as EqSF.

2. Métodos

2.1. Referencial teórico

Nessa pesquisa foi adotado como referencial teórico a teoria do processo de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1979; 1988; 1992; 1994), e sua utilização na reflexão sobre os modelos de atenção à saúde, particularmente, os modelos hegemônicos, o modelo de vigilância da saúde (Paim, 2008; Teixeira e Vilasbôas, 2014) e o modelo da clínica ampliada (Campos, 2003).

Foram considerados os elementos constitutivos do trabalho, ou seja, o objeto das práticas de saúde, as atividades que as constituem, os meios ou instrumentos utilizados para atingir determinados fins, e as relações técnicas e sociais que se estabelecem entre os profissionais da APS.

Tais elementos foram analisados cotejando-os com as diferentes perspectivas: dos modelos hegemônicos (médico assistencial hospitalocêntrico e modelo sanitarista), e dos modelos alternativos de vigilância da saúde, que preza pela articulação das práticas orientadas para o controle dos determinantes, riscos e agravos à saúde com populações de territórios definidos; e modelo da clínica ampliada, que propõe uma reformulação da prática clínica e do trabalho, com foco na singularidade dos sujeitos, mediante equipes de referência e apoio matricial especializado.

2.1.1. Processo de trabalho em saúde

Neste estudo os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, bem com o conceito de práticas de saúde será compreendido a partir das contribuições de Mendes-Gonçalves (1979; 1988; 1992; 1994), e de outros autores que problematizam o trabalho em saúde à luz do referencial teórico marxista.

Antes que sejam realizadas considerações sobre as práticas de saúde é necessário delimitar que o objeto do trabalho em saúde é o sujeito dotado de necessidades, e que o produto do trabalho humano concretiza-se no exato momento em que é executado, ou seja, no seu ato. Todavia, se considerarmos que as necessidades de saúde são também necessidades sociais é fundamental pensar nas múltiplas dimensões do processo saúde/doença, atendo-se aos danos, riscos e determinantes e sua relação com as condições de vida dos indivíduos e da população (NUNES, 2001).

As práticas em saúde são entendidas como um campo de práticas sociais integradas à estrutura social como um todo, e articulada às demais práticas sociais, com elas constituindo, em conjunto, a infraestrutura e a supraestrutura do modo de produção (MENDES-GONÇALVES, 1979). A infraestrutura expressa o nível econômico de uma sociedade sendo a sua

base, enquanto a supraestrutura indica as relações sociais, jurídicas, políticas e ideológicas, que se estruturam sob o alicerce da primeira e fornecem coesão as relações de produção (HARNECKER, 1973).

O processo de trabalho é em sua essência dependente do modo de produção, pois é nele que se encontra as condições de reprodução das relações sociais estabelecidas entre os homens. Estas ocorrem desigualmente sendo determinada pela divisão social do trabalho, onde os homens relacionam-se mediante a desigualdade e a diferença imposta por uma dada sociedade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Por sua vez, o processo de trabalho em saúde, como qualquer outro, envolve três momentos: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto do trabalho; e os meios de trabalho, representados pelos instrumentos utilizados. Designam-se momentos porque são aspectos de um mesmo processo que conformam uma mútua relação de interdependência nas relações produtivas (MENDES-GONÇALVES, 1979).

A atividade discrimina, no objeto, as características que permitem sua efetivação. O objeto do trabalho impõe à atividade que o transforma uma maneira de se aproximar dele, induz o desenvolvimento de meios, instrumentos de proceder a essa aproximação de forma a potenciá-la. O instrumento, por sua vez, representa o ponto de encontro da finalidade do trabalho e do determinismo da natureza, o lugar de sua determinação recíproca (MENDES-GONÇALVES, 1979).

O trabalho é assumido como elemento essencial da socialidade humana, fruto de uma dimensão técnica e outra dimensão social. A primeira, está ligada à questão tecnológica forjada no seio das forças produtivas, porém subordinada à reprodução social onde encontra sua concretude plena (MENDES-GONÇALVES, 1988). A divisão técnica e social do trabalho está ligada aos distintos modos de produção e reflete no parcelamento do trabalho efetuado por diferentes trabalhadores de diferentes classes sociais (MENDES-GONÇALVES, 1979;1992).

O trabalho humano possui três características, a primeira trata do seu caráter dotado de uma finalidade, a ideia de um projeto/concepção, anterior à realização da ação. A segunda característica decorre da primeira e corresponde ao conceito de necessidade, a qual justificaria todo o movimento. O terceiro conceito advém da socialidade, em que os homens se organizam de forma histórica e variável estabelecendo relações sociais através de seus objetos e instrumentos (MENDES-GONÇALVES, 1988).

A relação entre os sujeitos, os objetos e o produto dos seus trabalhos significa que a relação técnica que se estabelece no interior de cada processo de trabalho, entre o sujeito e as condições em que ele trabalha, estão subordinadas à relação social mais ampla que se constitui entre os sujeitos através do conjunto dos produtos dos seus trabalhos (MENDES-GONÇALVES, 1979;1992).

Essa aproximação entre o trabalho dos sujeitos denota que o processo de trabalho humano é concebido como um processo de produção social historicamente determinado e inter-relacionado. As práticas de saúde são, portanto, conceituadas como a “reiteração articulada de um modo de inserção na divisão social do trabalho relacionada à reprodução de padrões histórica e socialmente significativos de normatividade”, variavelmente objetivadas na realidade (MENDES-GONÇALVES, 1988).

O conjunto de necessidades sociais referentes à normatividade no capitalismo pode ser apreendido em duas dimensões referentes à infraestrutura econômica e à supraestrutura política e ideológica citadas anteriormente. Esse conjunto de necessidades conduziu a substituição da normatividade, entendida enquanto normas vitais construídas socialmente, pela normalidade, padrão anistórico embora não socialmente indiferente de expressar normas vinculadas à própria biologia natural do homem reduzida à sua individualidade. Dessa forma, as finalidades do trabalho em saúde geralmente são reduzidas à doença, ficando obscurecida a natureza social das necessidades, que se referem ao conjunto da totalidade histórica (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Mendes-Gonçalves (1988; 1994), ao refletir sobre a questão tecnológica no campo da saúde, propõe uma reorientação nos quadros de referência, ao fazer uma crítica à prática social no setor, como distanciada do tempo histórico, reificada, autônoma e despolitizada. Para o autor, as práticas de saúde não podem ser explicadas se reduzidas estritamente aos seus aspectos técnicos, mas sim, quando integradas ao contexto social, num dado período histórico e no espaço político correspondente à magnitude dos poderes em jogo nas sociedades capitalistas.

Dessa maneira, a compreensão das práticas de saúde deve estar circunscrita dentro do escopo de transformações tecnológicas e organizacionais oriundas das mudanças no mundo do trabalho (MEDEIROS e ROCHA, 2004). No contexto do capitalismo atual as conexões da cadeia produtiva são cada vez mais globais e suas formas de expressão mais complexas. A nova morfologia do trabalho contemporâneo aparece como multifacetada, precária, desregulamentada, privatizada, informatizada e fortemente influenciada pelas mutações organizacionais, tecnológicas e de gestão. Tal panorama não se limita apenas ao trabalho manual direto, mas incorpora a totalidade do trabalho social e do trabalho coletivo assalariado principalmente no setor de serviços (ANTUNES, 2005).

É neste setor que o conjunto das práticas de saúde se situa e onde se revelam os efeitos do sistema produtivo capitalista no processo de trabalho em saúde. Baraldi et al (2008) numa análise sobre a situação do mercado de trabalho no setor saúde brasileiro, identificaram que, no contexto da globalização, as transformações sociais e econômicas conduzem a relações de trabalho flexíveis, marcadas por contratos instáveis, múltiplos vínculos, perda de direitos trabalhistas e acentuação da vulnerabilidade do trabalho em saúde.

Peduzzi (2003), ao analisar as mudanças contemporâneas no mundo do trabalho e seus impactos na saúde, identifica características desse tipo de trabalho como seu caráter reflexivo, dotado de incerteza e descontinuidade, gerando dificuldade de normatização plena das funções técnicas, e que sob a influência das formas de organização e gestão dos serviços de saúde requisita

a adoção de práticas multiprofissionais e interdisciplinares com a articulação de conhecimentos. A autora ainda destaca o redimensionamento da autonomia profissional diante da necessidade de integração dos trabalhos parcelares e a exigência de uma constante qualificação profissional nas dimensões ético-política e comunicacional.

Nunes (2001) destaca que no setor saúde existem diferentes processos de trabalho que ocorrem simultaneamente, mas que guardam características comuns como a sua complexidade, heterogeneidade e fragmentação. A complexidade deriva da diversidade de profissões, das diversas demandas dos usuários, das distintas unidades da rede de serviços e das relações técnicas e sociais que se estabelecem. Já a heterogeneidade denota os múltiplos processos de trabalho das categorias profissionais. Por sua vez, a fragmentação do processo de trabalho em saúde pode ser observada na separação entre o trabalho manual e o intelectual, na divisão em especialidades, na divisão técnica do trabalho e nas relações de hierarquia e subordinação.

No que diz respeito ao processo de trabalho na APS, os efeitos das conformações do mundo do trabalho são identificados em distintas ordens. A rotatividade dos profissionais (SANCHO et al, 2011), particularmente médicos e enfermeiras, expressa entraves na implementação da ESF e como suas principais causas foram evidenciados: a precarização dos vínculos, más condições de trabalho e um estilo de gestão autoritário (MEDEIROS et al, 2010). A gestão e organização dos serviços de saúde tem sido apontada sob influência predominante dos modelos taylorista e fordista, o que implica em racionalidades burocráticas e embates na autonomia dos profissionais (PEDUZZI, 2003; MATOS e PIRES, 2006).

Ademais, como resultado da divisão técnica e social do trabalho na sociedade contemporânea, mesmo com os esforços de reestruturação das práticas em saúde direcionadas para o trabalho em equipe, sobretudo na ESF, ainda podem-se perdurar práticas fragmentadas e justapostas, mantidas em relações de poder que desfavoreçam o trabalho coletivo (NUNES, 2001). De tal

modo, para lidar com o jogo de forças presente no cotidiano dos serviços, Faria e Araújo (2010) apontam a necessidade do fomento a construção de espaços coletivos, de fala e reflexão sobre o trabalho, devendo, inclusive, inserir a presença da comunidade.

A comunicação no trabalho em equipe tem sido apontada na literatura como um dos elementos que merece maior investimento pelos profissionais, pois o enfrentamento dialogado dos conflitos pode ser capaz de promover a negociação, pactuação, compartilhamento de responsabilidades e decisões entre os trabalhadores da saúde (PEDUZZI, 2003). Na APS, especificamente sobre o processo de trabalho na ESF, a comunicação tem sido ilustrada como uma estratégia necessária para o enfrentamento dos problemas relacionais no processo de trabalho (PAVONI e MEDEIROS, 2009; SILVA e PEDUZZI, 2011; SHIMIZU e ALVÃO, 2012; ELLERY et al, 2013).

2.1.2. Modelos de atenção à saúde

No Brasil existem várias concepções sobre os modelos de atenção à saúde, neste estudo iremos adotar a concepção proposta por Teixeira (2003) que contempla três dimensões:

“uma *gerencial*, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; uma *organizativa*, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção das ações de saúde; e a dimensão propriamente *técnico-assistencial*, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o (s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos, quais sejam, os da promoção da saúde, da prevenção de riscos e agravos, da recuperação e reabilitação” (TEIXEIRA, 2003).

Essa concepção envolve níveis que vão desde uma esfera micro, ligada às práticas propriamente ditas, transpassando a esfera meso, de articulação da rede de serviços até chegar a esfera macro, que envolve a estruturação dos sistemas e repousam as ações políticas e gerenciais. Destarte, para que haja a transformação dos modelos assistenciais são necessários esforços centrados

em mudanças no nível micro, que incidam tanto no conteúdo das práticas como na forma de organização do processo de trabalho (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

A teoria do processo de trabalho em saúde é apresentada como fundamental para análise dos modelos de atenção ao dispor de conceitos que auxiliam no seu entendimento de maneira crítica. Questões como a dimensão técnica e social das práticas de saúde, forjadas na articulação entre as tecnologias e o trabalho, mostram-se de grande importância para a atuação sobre os problemas e necessidades de saúde (PAIM, 2008).

Os modelos assistenciais podem atender à lógica da demanda ou a das necessidades. Existem no país dois modelos de atenção hegemônicos: o modelo médico voltado à demanda espontânea, e o modelo sanitário, que visa atender necessidades que nem sempre se configuram em demanda. Esses modelos predominantes não vêm conseguindo contemplar o princípio da integralidade, e nesse particular, observa-se uma tensão permanente entre sua reprodução e a implementação de propostas alternativas, entre as quais, a vigilância da saúde, a ESF (PAIM, 2008), e a clínica ampliada (CAMPOS, 2003).

A vigilância da saúde surge no Brasil, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, incorporando os pressupostos da promoção da saúde e do modelo da determinação social do processo saúde/doença, sendo norteadada pela articulação das práticas direcionadas ao controle dos determinantes, riscos e agravos à saúde. A vigilância da saúde abarca como seu objeto o trabalho com populações de territórios definidos fomentando uma intervenção social organizada, baseada no planejamento participativo e no estabelecimento de ações intersetoriais (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

De acordo com a vigilância da saúde as intervenções em saúde são voltadas para o controle de danos, riscos e causas. O controle de danos atem-se aos óbitos, sequelas e casos de doenças e agravos, e possui como principais ações a assistência médico-hospitalar e a vigilância epidemiológica. Já o controle de riscos, expresso na chance dos grupos de adoecer ou cursar

com algum agravamento tem nas vigilâncias sanitária e epidemiológica seu foco de ações. Por sua vez, o controle das causas extrapola o setor saúde ao englobar os fatores condicionantes do modo de vida da população de acordo com sua inserção na estrutura social. Essa proposta ainda destaca a articulação das intervenções em saúde e confere uma possível superação dos modelos hegemônicos, no sentido da oferta organizada, ações programáticas e promoção da saúde (PAIM, 2008).

A vigilância da saúde é destacada por possuir potencial para o desenvolvimento de práticas integrais de atenção à saúde, ao lançar mão de estratégias calcadas no território, uso da epidemiologia e de ferramentas de geoprocessamento e monitoramento da situação de saúde, a partir de indicadores (FARIA e BERTOLOZZI, 2009). Todavia, numa análise exploratória da vigilância da saúde em 22 municípios no sul do Brasil foi identificado que suas ações são preponderantemente centradas nas vigilâncias epidemiológica e sanitária, e que estas tem ocorrido de maneira verticalizada sem o envolvimento da comunidade (MARTINS et al, 2008).

No que concerne a APS, estudos apontam que a estruturação das práticas de vigilância possui como limitação a precariedade de infraestrutura das unidades, a falta de qualificação profissional e a fragmentação do trabalho (FARIA e BERTOLOZZI, 2010). Outro estudo, que analisou as práticas de saúde das EqSF, segundo o modo tecnológico da vigilância da saúde, em duas unidades, na região metropolitana de Salvador, verificou que as equipes não estão tomando como objeto os problemas de saúde da população segundo os preceitos da vigilância da saúde e da ESF, ao passo que tem privilegiado a apreensão sobre as doenças e agravos, em detrimento do controle dos riscos e causas (COSTA, 2009).

Outra proposta alternativa elaborada no âmbito do SUS, e oriunda do modelo em defesa da vida é o modelo da clínica ampliada ou da clínica do sujeito, que toma como seu objeto de trabalho a pessoa, e não a doença. Nesse modelo a ação clínica é voltada a singularidade de um sujeito concreto inserido em um determinado contexto social, mas isso não significa o descarte

do olhar sobre a doença do doente. O que se propõe a reflexão é uma ampliação do objeto de estudo fruto da dialética entre o sujeito e sua doença. Assim, espera-se que a clínica passe a contemplar as inter-relações entre o sujeito e seu contexto, potencializando a capacidade de resolução dos problemas de saúde (CAMPOS, 2003).

Para Campos (2003), a clínica está situada entre a ciência e a arte, termos estes considerados contraditórios. Enquanto a ciência refere-se a saberes e procedimentos normatizados que tratam os sujeitos de formas indiferentes, a arte está ligada a improvisação, a invenção em que cada caso seria distinto dos demais. Apesar de considerar a existência de diversas clínicas, na prática são destacadas três variações: uma clínica oficial, uma clínica degradada e outra ampliada.

A clínica oficial possui um objeto de estudo e de intervenção reduzido, com enfoque na dimensão biológica que negligencia as dimensões subjetiva e social das pessoas. Os saberes e práticas acabam sendo reducionistas e mecanicistas, onde o indivíduo é pensado de forma fragmentada e a abordagem terapêutica é estritamente curativista, ficando em segundo plano a promoção da saúde, a prevenção das doenças e até mesmo a reabilitação. A clínica tradicional ainda tem sido caracterizada pelo distanciamento do profissional do usuário, baixa capacidade de escuta, alienação e desinteresse dos profissionais com demandas para além dos seus procedimentos (CAMPOS, 2003).

Apesar da clínica seguir tendo destaque em sua capacidade de influenciar o imaginário social, ela apresenta-se cada vez mais degradada no sentido dos limites externos que lhe são impostos. A grande variabilidade dos contextos socioeconômicos e as disputas de poder acabam limitando o potencial resolutivo da clínica sobre os problemas de saúde (CAMPOS, 2003).

A construção de uma clínica reformulada e ampliada visa enfrentar os entraves postos à clínica oficial, buscando superar o biologicismo, a fragmentação, a alienação e o tecnicismo propondo-se o fortalecimento de vínculos entre o clínico de referência e sua população assistida (CAMPOS,

2003). A clínica ampliada busca ainda retomar a perspectiva da subjetividade como produto da correlação de forças social e histórica, estabelecida no encontro entre os sujeitos (SUNDFELD, 2010). Essa proposta objetiva desenvolver um processo de trabalho em equipe centrado na parceria entre equipes de referência e de apoio matricial, que juntas devem desenvolver projetos terapêuticos e conferir a usuários papel ativo em defesa da sua saúde (CAMPOS, 2003).

Nesse contexto de reformulação da clínica, a equipe de referência representa um rearranjo organizacional que visa superar o poder das profissões e especialidades, reforçando a gestão da equipe de forma interdisciplinar. Ela deve ser composta por um conjunto de profissionais essenciais para a condução dos problemas de saúde, que devem manter uma relação de longitudinalidade e responsabilização com a população (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Assim como a equipe de referência, o apoio matricial representa um arranjo organizacional e uma metodologia para gestão do trabalho. Porém, objetiva assegurar retaguarda assistencial clínica e suporte técnico-pedagógico, vinculado às ações educativas, e as equipes e profissionais de referência encarregados pela atenção aos problemas de saúde da população (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

A lógica do apoio matricial apresenta-se na perspectiva de colaborar com a organização do trabalho em saúde na APS, sendo um recurso para o enfrentamento da fragmentação da atenção e busca da prestação do cuidado integrado fruto de pactuações (CUNHA e CAMPOS, 2011). Nesse sentido, para o bom andamento das ações é importante que ocorra a construção de diretrizes clínicas e sanitárias, em comum acordo, entre os componentes da equipe de referência e os apoiadores matriciais, contendo critérios de acionamento e definição de responsabilidade de ambas as partes. Através deste arranjo, espera-se ampliar as possibilidades de compartilhamento de saberes entre as distintas profissões (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Por sua vez, o projeto terapêutico singular busca levar em consideração a opinião dos usuários e de suas famílias rompendo com a lógica estritamente medicamentosa e curativista. Nessa proposta é destaque a atenção a necessidades de saúde complexas, a valorização do saber dos sujeitos, o poder terapêutico da escuta e da palavra, a formação condicional do vínculo, a possibilidade de acompanhamento contínuo e multidisciplinar, e a construção de um cuidado integral com a ativação de recursos comunitários locais (PINTO et al., 2011).

2.2. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso (YIN, 2005) realizado em um município baiano, onde investigamos a equipe NASF e três EqSF.

2.3. Seleção do caso

A seleção do caso envolveu os seguintes critérios: (1) ser um município considerado experiência bem sucedida de APS; (2) possuir 100% de cobertura de saúde da família; (3) ter uma equipe NASF atuante a pelo menos um ano; (4) respeito à proporcionalidade da relação entre a ESF/NASF até nove, pois este é o limite máximo de EqSF que o NASF deve prestar apoio no tipo I. Já o NASF selecionado atendeu aos seguintes critérios: (1) ser do tipo I; (2) possuir pelo menos dois anos de implantação na cidade; (3) possuir equipe completa; (4) estar com profissionais atuando juntos há cerca de um ano.

Foram identificados 125 municípios que possuíam equipes de NASF do tipo I no Estado da Bahia, destes 45 apresentaram 100% de cobertura da saúde da família, e uma razão ESF/NASF até nove. Todavia, ao inserir o critério do tempo de implantação do NASF, considerado aqui até antes de Janeiro de 2013, esse número caiu para 16 municípios. Destes, um foi excluído por se tratar de uma equipe de NASF intermunicipal e por atender a apenas quatro EqSF. Assim, dos 15 municípios elegíveis um foi selecionado por conveniência, por fazer parte de outro estudo realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

O município investigado teve sua única equipe de NASF selecionada, além de três EqSF indicadas pelos profissionais do Núcleo de Apoio e pela gestão. Esta escolha respeitou os seguintes critérios: (1) tempo mínimo de um ano de acompanhamento dessas equipes pelo NASF; (2) possuir equipe mínima completa; e (3) ser uma parceria considerada exitosa.

2.4. Produção dos dados

Foram utilizadas como fontes de evidência:

(1) documento normativo da Comissão Intergestores Bipartite-Ba referentes ao município (CIB);

(2) documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da equipe NASF (relatório com a análise da situação de saúde do município, relatório do Núcleo de Apoio sobre o diagnóstico e o mapeamento do território, cronograma de atividades da equipe (Anexo A) e as fichas de evolução e encaminhamento adotadas).

(3) entrevistas semi-estruturadas com gestoras da APS (coordenadora e ex-coordenadora da atenção primária e coordenadora do NASF); profissionais do NASF e das EqSF; e com uma profissional do ISC/UFBA responsável por um projeto de promoção da saúde que estava sendo desenvolvido no município em parceria com o NASF (Apêndice A, B, C e D); e

(4) informações registradas no diário de campo do pesquisador.

À exceção de uma trabalhadora que se recusou a participar do estudo, foram entrevistados os demais cinco profissionais do Núcleo de Apoio. Em relação as EqSF foram entrevistadas duas médicas e três enfermeiras, de três equipes, conforme a indicação dos profissionais do NASF e envolvimento destas nas atividades.

O trabalho de campo ocorreu em dezembro de 2014. Vale ressaltar que os instrumentos elaborados foram validados previamente com teste piloto realizado com seis profissionais de uma equipe NASF, uma médica e um

enfermeiro de uma EqSF e uma gestora responsável pela coordenação do NASF, em um distrito sanitário, em Salvador/Ba, no mês de setembro de 2014.

Para a análise das práticas de saúde da equipe NASF foram utilizadas duas matrizes (abaixo sumarizadas) que articulavam os elementos essenciais do processo de trabalho em saúde (objetos, atividades, instrumentos e relações técnicas e sociais), com as características principais dos modelos de atenção à saúde hegemônicos, do modelo da vigilância da saúde e do modelo da clínica ampliada. Foi elaborada uma representação do “tipo ideal” de NASF por referência a cada modelo de atenção, a partir das contribuições de Paim (2008), Teixeira e Vilasbôas (2014), Campos (2003) e Brasil (2010), de modo a facilitar o cotejamento das práticas observadas com as práticas supostamente implementada pelo NASF correspondentes aos tipos ideais.

Os 14 profissionais entrevistados receberam um código identificador com a letra “E”, sendo numerados de 1 a 14, preservando assim o anonimato dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para análise, com posterior agrupamento em dimensões analíticas identificadas pelos autores em correspondência aos referenciais teóricos adotados. Assim, foi construído um quadro (Apêndice E) com o levantamento dos excertos a partir dessas dimensões objetivando a elaboração de argumentos.

Matriz de análise 1 - Modelos de atenção segundo os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde

	Modelos de atenção hegemônicos Médico-assistencial hospitalocêntrico e Modelo Sanitarista (Paim 2008; Teixeira e Vilasbôas, 2014)	Modelo da Clínica Ampliada (Campos, 2003)	Modelo de Vigilância da Saúde (Paim 2008; Teixeira e Vilasbôas, 2014)
Sujeitos	- Médico, sobretudo o especialista - Sanitarista - Auxiliares	- Clínico de referência - Equipe de referência - Equipe de apoio matricial	- Equipe de saúde: gerente e profissionais - População usuária, organizada

			- Equipes de outros setores
Objetos	<ul style="list-style-type: none"> - “corpo humano doente” - Demanda - Doença e doentes - Modelos de transmissão: fatores de risco das diversas doenças 	<ul style="list-style-type: none"> - Sujeito e sua doença - Problemas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de saúde: determinantes, riscos e danos dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho) que incidem em indivíduos, grupos e populações que vivem em determinados territórios
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção médica individual centrada na clínica com ênfase no biologismo/curativismo, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças - Organizadas em especialidades com foco no hospital e na rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico - Educação em saúde - Controle de vetores - Imunização e etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção individual centrada na clínica rompendo com a lógica estritamente medicamentosa e curativista - Construção de diretrizes clínicas e sanitárias - Acolhimento - Classificação de risco e vulnerabilidade - Educação em saúde - Ações no território - Ativação de recursos comunitários locais 	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de controle dos determinantes, de proteção específica, de prevenção de riscos, de triagem e diagnóstico precoce, até a redução de danos e reabilitação - Articulação entre o enfoque populacional, de risco e clínico - Integração entre as vigilâncias - Assistência Médico-hospitalar - Políticas públicas transeitoriais - Educação em saúde - Promoção da saúde - Ações programáticas - Intervenção social organizada - Fomentar a consciência Sanitária e ecológica
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnologia médica (US, Raio-X, RM, TM, ECG, estetoscópio, tensiômetro, exame laboratorial, anamnese etc.) - Tecnologia sanitária (campanhas, programas especiais de controle de doenças e agravos, sistemas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnologias médica-sanitária - Tecnologias de apoio à atenção (Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular) - Tecnologias leves 	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiologia, geografia crítica, clínica, ciências sociais aplicadas à saúde - Tecnologias médica-sanitária integradas e tecnologias de gestão (planejamento situacional, manejo de informações epidemiológicas) - Tecnologias de comunicação social

Relações técnicas e sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Hierarquia entre os membros da equipe de saúde - Concentração de poder no médico - Circulação da informação entre os profissionais limitada - Ausência de espaços compartilhados de decisão - Repartição parcial de responsabilidades entre os profissionais - Relações interpessoais não democráticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Hierarquia entre os membros da equipe de saúde - Concentração de poder no profissional de referência - Circulação/socialização da informação entre os profissionais - Espaços compartilhados de decisão envolvendo toda a equipe - Repartição de responsabilidades entre os profissionais - Relações interpessoais democráticas - Relações de parceria com a população usuária organizada e com equipes de outros setores 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de hierarquia entre os membros da equipe de saúde - Poder compartilhado pela equipe - Circulação/socialização da informação entre os profissionais - Espaços compartilhados de decisão envolvendo toda a equipe - Repartição de responsabilidades entre os profissionais - Relações interpessoais democráticas, com identificação e manejo dos conflitos - Relações de parceria com a população usuária organizada e com equipes de outros setores

Matriz de análise 2 - Tipos ideais de NASF por modelos de atenção*.

	Tipos ideais de NASF		
	Modelos de atenção hegemônicos	Modelo da Clínica Ampliada	Modelo de Vigilância da Saúde
Sujeitos	- Equipe multiprofissional	- Equipe interdisciplinar	- Equipe interdisciplinar
Objetos	- “corpo humano doente” descaracterizado dos determinantes sociais da saúde e da inserção dos usuários no território	- Sujeito e sua subjetividade, seu contexto social e também sua doença	- Problemas de saúde dos indivíduos e das coletividades que considerem os determinantes sociais do processo saúde/doença forjados no território
Atividades	- Ações fragmentadas e sem parceria com as	- Acolhimento das demandas, escuta e resposta positiva	- Ações compartilhadas com as EqSF e outros setores, nas nove áreas

	<p>EqSF e outros setores, nas nove áreas estratégicas do NASF</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abertura de agenda para consultas individualizadas - Educação em saúde secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças 	<ul style="list-style-type: none"> - Ações compartilhadas com as EqSF e outros setores, nas nove áreas estratégicas do NASF - Pactuação de critérios clínicos e sanitários de ativação com a EqSF - Abertura de agenda para consultas individualizadas mediante a classificação de risco e vulnerabilidade - Educação em saúde - Promoção da saúde - Ações no território - Ativação de recursos comunitários locais 	<p>estratégicas do NASF, que envolvam o controle dos determinantes, de proteção específica, de prevenção de riscos, de triagem e diagnóstico precoce, até a redução de danos e reabilitação,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Articulação entre o enfoque populacional, de risco e clínico - Integração entre as vigilâncias - Intersetorialidade - Educação em saúde - Promoção da saúde - Intervenção social organizada - Fomentar a consciência Sanitária e ecológica
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnologias médica-sanitária - Tecnologias de apoio à atenção (Apoio Matricial; ausência ou construção de Projeto Terapêutico Singular fragmentado; Projeto de Saúde no Território inexistente ou desarticulado) - Tecnologias de apoio à gestão (Pactuação do Apoio e planejamento inexistentes ou com objetivo de cumprir demandas burocráticas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnologias médica-sanitária - Clínica - Tecnologias de apoio à atenção (Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular) - Tecnologias leves 	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiologia, geografia crítica, clínica, ciências sociais aplicadas à saúde - Tecnologias médica-sanitária integradas - Tecnologias de apoio à atenção (Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde no Território) - Tecnologias de apoio à gestão (Pactuação do Apoio; planejamento situacional, manejo de informações epidemiológicas) - Tecnologias de comunicação social
Relações técnicas e sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Concentração de poder no médico - Disputa nas relações de poder entre os profissionais não médicos - Hierarquia entre os membros da equipe de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Hierarquia entre os membros da equipe de saúde - Concentração de poder no médico e/ou no profissional de referência - Circulação/socialização da informação entre os profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de hierarquia entre os membros da equipe de saúde - Poder compartilhado pela equipe - Circulação/socialização da informação entre os profissionais - Espaços compartilhados de decisão envolvendo

	<ul style="list-style-type: none"> - Circulação da informação entre os profissionais limitada e/ou ausente - Espaços compartilhados de decisão não envolvendo todos os profissionais - Repartição parcial de responsabilidades - Relações interpessoais não democráticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaços compartilhados de decisão envolvendo toda a equipe - Repartição de responsabilidades entre os profissionais - Relações interpessoais democráticas - Relações de parceria com a população usuária organizada e com equipes de outros setores 	<ul style="list-style-type: none"> toda a equipe - Definição de responsabilidades entre os profissionais - Relações interpessoais democráticas, com identificação e manejo dos conflitos - Relações de parceria com a população usuária organizada e com equipes de outros setores
--	--	--	--

*A designação da nomenclatura tipos ideais é utilizada no sentido atribuído por Weber (1979).

2.5. Aspectos éticos

Essa pesquisa buscou assegurar os preceitos éticos em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), e o projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia sob o parecer nº 856.958/2014.

3. Resultados

3.1. Descrição do caso

O caso selecionado foi um município baiano de pequeno porte com população estimada de quase 22 mil habitantes, localizado na região sudoeste na Chapada Diamantina, cujo território é integralmente abrangido pelo polígono das secas. O município faz parte da bacia hidrográfica do São Francisco, sua extensão territorial é de 1.087,060 Km², possui índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,6 e está distante 665 Km da capital do Estado (IBGE, 2015; PNUD, 2015).

Os principais recursos econômicos são a agricultura, a pecuária e a silvicultura. A densidade populacional do município é de 17,95 (hab/Km²), e a taxa de urbanização é de 47,8%, o que significa que a maior parcela da população reside na zona rural (IBGE, 2015).

Em 2012 o município apresentou como principais causas de mortalidade geral por residência as doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias, causas externas de morbimortalidade e doenças do aparelho respiratório. Já como principais causas de internação hospitalar por local de residência, de janeiro a dezembro de 2014, foram identificadas as doenças do aparelho respiratório, gravidez, o parto e o puerpério, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho digestivo e do aparelho circulatório respectivamente (BRASIL, 2015a).

O grupo político que ocupa a gestão municipal tem indicado prefeitos desde 1996, sendo que o atual prefeito já exerce seu quarto mandato no período das últimas cinco eleições, e apesar de trocas de legenda partidária a orientação política sempre esteve direcionada por partidos de direita (TSE, 2015). Cabe destacar que o secretário municipal de saúde ocupa o cargo desde 2008, mas sua equipe técnica de coordenadores tem passado por substituições em seu quadro (RELATÓRIO NASF, 2014).

O município se encontra em gestão plena do sistema municipal desde 2003. Sua rede de serviços de saúde é constituída por dois hospitais, um sob gestão municipal e outro filantrópico vinculado ao SUS, um centro de reabilitação, um CAPS I, um CAPS ad III, um CRAS volante, um CREAS e duas ambulâncias do SAMU. O município é referência na microrregião em saúde mental para crianças e adolescentes usuárias de drogas, e internações hospitalares em distintas especialidades com a oferta total de 90 leitos (RELATÓRIO NASF, 2014).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado no município em 1998, mas apenas em 2005 foi implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF), à época com duas equipes. Houve ampliação gradual da cobertura populacional, que chegou a 100% no ano de 2010 com nove EqSF, além de contar com oito equipes de saúde bucal e 52 ACS distribuídos nas

USF. Cabe destacar que existe uma equipe de PACS lotada em uma das unidades de saúde da zona urbana (RELATÓRIO NASF, 2014; BRASIL 2015b).

Identificamos a existência de oito USF, seis na zona rural e duas na área urbana, incluindo 11 postos satélites distribuídos nas comunidades mais periféricas da zona rural. É curioso observar que em uma das unidades de atenção primária funcionam simultaneamente duas equipes de saúde: uma de atenção básica tradicional e uma EqSF. Ressalte-se que a primeira está cadastrada no e-SUS como EqSF, porém nem os profissionais nem os gestores de saúde a reconhecem enquanto tal (RELATÓRIO NASF, 2014; BRASIL 2015b).

O município aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), tendo cinco de suas equipes avaliadas, apresentando um desempenho satisfatório, com quatro equipes acima da média e outra muito acima da média, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015c).

O NASF foi implantado no município em março de 2011, com a inclusão de profissionais que foram se incorporando à equipe de forma gradativa, mas que permaneceram atuando até o período da coleta de dados de modo articulado às oito USF do município. Nas unidades, as áreas de atuação da equipe NASF estavam mapeadas segundo critérios de natureza geográfica, inclusive a divisão do território em micro-áreas com o levantamento dos equipamentos sociais existentes.

Observou-se um baixo grau de integração entre a APS e os demais níveis de atenção: as USF não são informatizadas, não dispõem de condutas padronizadas e o encaminhamento é, em sua maioria, direcionado às especialidades médicas e ao uso de tecnologias de apoio diagnóstico e terapêutico no hospital.

3.2. Dinâmica de trabalho dos profissionais do NASF e das EqSF: sujeitos, objetos, atividades, instrumentos e relações técnicas e sociais

Como mencionamos anteriormente, o NASF estudado constituía-se, desde 2011, por seis profissionais, quais sejam: uma assistente social, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma psicóloga, um educador físico e um fisioterapeuta (RELATÓRIO NASF, 2014). Tais profissionais ainda permaneciam no município à época em que realizamos este estudo, apesar da existência de vínculos precários de trabalho, através de cooperativa, sem garantias de direitos trabalhistas como férias e 13º salário.

Cabe ressaltar que a primeira Portaria que criou o NASF no município incluía dois médicos, nas especialidades de ginecologia e pediatria. Entretanto, como os profissionais não se adequaram à carga horária e a forma de trabalho proposta, houve substituição dos médicos, em uma segunda Portaria, pelo educador físico. Destaca-se que os médicos não atuavam no município e foram selecionados por indicação política, da mesma forma o educador físico foi integrado à equipe (BAHIA, 2011).

Com relação às USF investigadas, as três estavam situadas na zona rural e todas estavam completas, ou seja, possuíam enfermeiras, médicos, ACS e técnicos de enfermagem. Além disso, contavam com uma equipe de saúde bucal com odontólogos e auxiliares de consultório dentário, à exceção da USF 2, que não possuía esse último trabalhador.

Dentre as três USF investigadas nesse estudo, duas foram avaliadas pelo PMAQ e obtiveram desempenho geral satisfatório acima da média (BRASIL, 2015c). Esse resultado positivo das unidades pode indicar que, para além dos 100% de cobertura da ESF, a gestão municipal tem oferecido condições físicas e materiais para as EqSF atuarem com qualidade em seus territórios.

Com relação à infraestrutura, as três USF apresentavam instalações adequadas com espaço suficiente para a realização das consultas, atividades de promoção à saúde e acessibilidade para deficientes e idosos. Já a equipe NASF, sediada no centro da cidade, também possuía espaço físico satisfatório para o planejamento, atendimentos e atividades coletivas. Em contrapartida, essa equipe não dispunha de materiais e equipamentos suficientes para a execução das tarefas.

Apesar da alta cobertura da ESF no município, observamos que, em todas as três USF, o número de ACS não cobria toda a população residente, sendo que a USF 3 apresentou a pior situação, com apenas 337 famílias acompanhadas (Quadro 1).

Outro aspecto que merece destaque é o fato de coexistirem em uma mesma unidade de saúde (USF 1), duas equipes atuando em lógicas distintas: isto é, uma EqSF, com adscrição de território, equipe mínima, oferta organizada, dentre outras características, e outra equipe operando com uma lógica de atenção básica tradicional, ou seja, com profissionais direcionando as atividades para atendimentos com base na demanda espontânea, ausência de planejamento e realização de visitas domiciliares pontuais. Além disso, identificamos, ainda, a presença nesta USF de outros profissionais que trabalhavam sem vinculação direta a qualquer uma das duas equipes, realizando apenas consultas e procedimentos ambulatoriais (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização das equipes e agenda semanal das USF investigadas no município caso, 2014.

UNIDADE	EQUIPE	TRABALHADORES	FAMILÍAS ACOMPANHADAS	AGENDA SEMANAL TÍPICA					
USF 1	EqSF	1 enfermeira, 1 médica, 7 ACS e 2 técnicos de enfermagem	976		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
	EqAB tradicional	1 enfermeira, 2 médicos, 4 ACS e 2 técnicos de enfermagem		Manhã	Puericultura	Pré-natal	Visita domiciliar	Visita domiciliar	Preventivo
	Profissionais que atendem as duas equipes	2 odontólogos, 1 ACD, 2 fisioterapeutas e 1 psicóloga		Tarde	Planejamento familiar	Puerpério	Hiperdia	Hiperdia	-----
USF 2	EqSF	1 enfermeira, 1 médico, 6 ACS, 1 odontóloga, 1 técnico de enfermagem	590		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
				Manhã	Pré-natal Atendimento médico e odontológico	Atendimento médico e odontológico Planejamento familiar	Puericultura Hiperdia Atendimento odontológico	Preventivo Atendimento odontológico Atendimento médico na micro-área	Visita domiciliar
				Tarde	Pré-natal	Planejamento familiar	Puericultura Hiperdia Reunião de equipe	Preventivo	Demanda espontânea Atividade educativa
USF 3	EqSF	1 enfermeira, 1 médica, 3 ACS, 1 odontóloga, 1 ACD, 1 técnico de enfermagem	337		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
				Manhã	Hiperdia	Pré-natal Atendimento médico	Preventivo/visita domiciliar Atendimento médico e odontológico	Puericultura Atendimento odontológico	Demanda espontânea
				Tarde	Hiperdia	Pré-natal Atendimento médico	Planejamento familiar Atendimento médico	Demanda espontânea	Serviços administrativos

3.2.1. Caracterização dos sujeitos do estudo

A maior parte dos sujeitos entrevistados era do sexo feminino, possuía como cidade natal o município onde se realizou este estudo e eram adultos jovens com idade entre 28 a 39 anos (apenas uma integrante da equipe NASF possuía 46 anos) (Quadro 2).

A maior parte dos sujeitos investigados realizou sua formação acadêmica fora do município e retornou à cidade para trabalhar mediante indicação política. Apenas dois foram graduados por universidades públicas [E4 e E10] e os demais em universidades e faculdades privadas. Quanto à formação especializada, apenas seis possuíam pós-graduação em saúde coletiva, destas duas específicas em saúde da família (Quadro 2).

Na análise do tempo médio de profissão, constatou-se uma mediana de cinco anos entre os sujeitos, porém existiu uma diferença de 14 anos entre as médicas, e as profissionais com menor tempo de atuação foram a médica da EqSF 3 e a coordenadora do NASF (Quadro 2).

Dentre os profissionais entrevistados, apenas dois da EqSF haviam atuado na APS, incluindo uma médica com experiência na atenção primária em outros dois países. Quanto à experiência profissional, para um integrante do Núcleo de Apoio [E1], o NASF foi o primeiro trabalho e para a atual coordenadora da atenção básica, “*atuar na APS tem sido um desafio*”, uma vez que essa sempre atuou na área hospitalar e em pronto socorro infantil. Da mesma forma, a coordenadora do NASF não havia atuado na atenção primária, esses dados revelam que as gestoras não possuíam experiência na área indicando limitação na condução das atividades (Quadro 2).

Com relação ao tempo atual de trabalho na APS, todos os integrantes do NASF possuíam mais de três anos nessa equipe, assim como as enfermeiras das três USF, uma chegando a ter sete anos lotada na mesma unidade. As atuais gestoras estão no cargo há apenas três meses e não dominam os elementos constitutivos da gestão do trabalho na atenção básica (Quadro 2).

Nessa pesquisa foi explicitado que o processo de inserção de todos os sujeitos na atenção primária não foi realizado mediante concurso público. A forma de contratação dos profissionais é terceirizada, à exceção do vínculo de uma médica, da USF 1, contratada através do Programa Mais Médicos Brasil.

Quadro 2 – Caracterização da equipe NASF, profissionais das três EqSF investigadas e gestoras do município caso, 2014.

EQUIPE	CATEGORIA	IDADE (Anos)	ANO DA GRADUAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	PERÍODO DE INGRESSO NA EQUIPE	ATUAÇÃO PRÉVIA NA AB	CARGA HORÁRIA
NASF	Nutrição	46	2010	Nutrição clínica	Abril 2011	Não	40hs
NASF	Serviço Social	28	2010	Saúde coletiva	Abril 2011	Não	30hs
NASF	Psicologia	29	2010	----	Abril 2011	Não	40hs
NASF	Fisioterapia	31	2006	Fisioterapia traumato ortopédica	Dezembro 2011	Não	30hs
NASF	Educação física	32	2010	Especialização em Gestão da saúde municipal	Agosto 2011	Não	40hs
NASF	Fonoaudiologia	31	2008	----	Abril de 2011	Não	40hs
EqAB tradicional 1							
EqAB tradicional 1	Enfermagem	30	2007	----	Outubro de 2009	Não	40hs
EqSF 1	Medicina	39	2000	Especialização em medicina geral e integral	Janeiro de 2014	Em Cuba e 5 anos na Venezuela	40hs
EqSF 2	Enfermagem	36	2006	Especialização em saúde da família	Novembro de 2007	Não	40hs
EqSF 3	Medicina	31	2014	----	Setembro de 2014	Não	40hs
EqSF 3	Enfermagem	33	2009	Saúde pública	Maio de 2011	1 ano em uma UBS	40hs
Coordenadora da AB							
Coordenadora da AB	Enfermagem	37	2005	----	Setembro de 2014	Não	40hs
Ex Coordenadora da AB							
Ex Coordenadora da AB	Enfermagem	28	2009	Especialização em saúde coletiva Especialização em urgência e emergência Enfermagem do trabalho	Março de 2011 a setembro de 2014	Não	40hs
Coordenadora do NASF							
Coordenadora do NASF	Serviço Social	29	2013	----	Setembro de 2014	Não	20hs

3.2.2.A implantação do NASF no município: as origens

A implantação do NASF no município se deu sem que houvesse qualquer processo de capacitação. Dessa forma, ao se deparar com a complexidade da APS, a equipe buscou se auto-instruir sobre as ações que deveria desenvolver fundamentando-se em artigos, na portaria 154 e no caderno de atenção básica nº 27. A partir da leitura desses documentos, sobretudo os normativos, a equipe NASF foi definindo as atividades que deveria desenvolver. Esse período inicial da implantação pode ser ilustrado através da seguinte fala:

O início do processo de trabalho foi bem difícil. Na verdade, a gente teve dificuldade porque como era um Programa novo de 2008, e a gente não teve nenhuma capacitação para o trabalho. Então eu comecei a ler artigos, o caderno de atenção básica e comecei a me inteirar sobre o Programa [E1].

Inicialmente foram realizadas visitas às USF, com intuito de apresentar o Núcleo de Apoio as EqSF, fazer o mapeamento das micro-áreas com a identificação dos equipamentos sociais e recursos da comunidade, além de traçar o perfil epidemiológico da população. Destaca-se que nesse processo a gestão não participou dessas ações, e coube aos profissionais do NASF fazer a interlocução com as EqSF e definir como iriam atuar nas unidades.

O não envolvimento da gestão no direcionamento das atividades do núcleo de apoio, pode estar atrelado a falta de preparo para poder acompanhar a nova equipe que se constituía. Segundo a coordenadora do núcleo de apoio, seu ingresso na gestão foi:

[...] de paraquedas, não fui instruída, não me disseram o que era o NASF, como funciona, quais são os profissionais. Isso eu fui aprendendo no decorrer do trabalho com eles...na prática, na prática que a gente acha que é o correto [E13].

Em 2011, as atividades foram centradas em palestras e atendimentos, especialmente, com a população de hipertensos e diabéticos, sendo esse o maior público identificado no levantamento das demandas. Apesar da equipe NASF ter clareza de que seu trabalho não deveria ser precisamente direcionado aos atendimentos em consultório, os profissionais pontuaram que no início das atividades optaram por realizar atendimento com vistas à redução da demanda reprimida nos territórios.

Em 2012 e 2013, a equipe reduziu consideravelmente o número de atendimentos e iniciou os grupos educativos e de qualidade de vida. Essa atividade foi proposta, pois os profissionais do NASF identificaram a necessidade de maior aproximação com os usuários, tanto em termos de ampliação do vínculo como do fomento ao trabalho preventivo. Ainda nesse período, o contato com as instituições da área de abrangência das unidades e outros serviços da rede municipal passou a ocorrer através de ações pontuais.

Em 2014, a equipe passou a trabalhar baseada no calendário do Ministério da Saúde (Anexo B), com foco nas campanhas, mas sem deixar de efetuar as palestras, os grupos, os atendimentos, as visitas domiciliares e manter a interação com os serviços e equipamentos sociais.

Ressalta-se que a equipe NASF investigada não mantém contato com os demais núcleos de apoio da região, porém ao longo dos últimos anos participou de dois encontros promovido pela DORES. O primeiro foi no final de 2011 e o segundo em setembro de 2014. Nesses eventos, as equipes tiveram a oportunidade de trocar experiência e apresentar o trabalho que vem desenvolvendo. No segundo encontro, o NASF estudado foi o único a manter seus profissionais, e pelo quantitativo de atividades realizadas passou a ser referência da região, como podemos observar no seguinte comentário:

[...] os outros municípios tinham carro, uniforme e a gente tinha as atividades... Então fica mais assim como se a gente fosse o único NASF que estava funcionando na realidade [E13].

3.2.3.O cotidiano do trabalho dos profissionais: agenda e atividades

A equipe NASF está formalmente vinculada às oito USF do município e seu trabalho tem ocorrido com base na elaboração de um cronograma semestral (Anexo A). Nesse, existe o rodízio semanal entre as equipes, a fim de realizar as atividades previamente agendadas e pactuadas com cada EqSF.

A sua agenda de trabalho contempla visitas semanais a cada equipe, onde são efetuados atendimentos em consultório, visitas domiciliares, palestras e grupos. A maior parte da agenda é desempenhada de forma individual pelos profissionais do

NASF, à exceção de alguns grupos de qualidade de vida e o planejamento do cronograma semestral.

Para a programação das suas atividades a equipe NASF realiza reuniões semestrais. Esse processo envolve encontros entre os profissionais da APS, com objetivo de avaliar as atividades do semestre anterior e propor ajustes ou mesmo a inclusão de novas ações [E2]. Participam dessas reuniões as enfermeiras e alguns ACS, além de toda a equipe do Núcleo de Apoio, à exceção da psicóloga, isso porque essa profissional detém privilégios políticos que possibilitam múltiplos vínculos, o não cumprimento da carga horária e a ausência nas ações de programação junto à sua equipe [E1, E2, E5 e E13]. O seguinte comentário ilustra essa situação:

[...] tem profissional que tem problema de carga horária e não consegue sentar para participar das reuniões, fazer o planejamento e a equipe fica desfalcada... essa falha é apenas com o profissional de psicologia, que trabalha em outros lugares e às vezes não tem condições de estar aqui, de sentar e planejar, e faz seu cronograma separado, enquanto que essa não é a proposta do NASF [E1].

Apesar do cronograma do NASF prever reunião semanal, o último encontro entre seus integrantes havia ocorrido há mais de cinco meses. Os profissionais pontuaram que mesmo sem uma periodicidade entre os encontros, existem discussões informais ao longo da semana [E3, E4 e E5]. Todavia, durante o semestre não há modificações na agenda, uma vez que isso implicaria no rearranjo das atividades de todas as equipes.

Foi unanimidade entre os trabalhadores das equipes investigadas a não utilização de informações epidemiológicas para o planejamento das atividades na elaboração de suas agendas. Nessas equipes, a análise da situação de saúde ocorreu há mais de três anos, durante a implantação do NASF, não havendo nova atualização epidemiológica. Dessa forma, pudemos constatar que a identificação dos problemas de saúde da população tem ocorrido, sobretudo, com base na experiência do atendimento aos usuários, ao invés da utilização de ferramentas gerenciais.

Nesse sentido, a programação das atividades das equipes tem considerado os agravos e problemas que acometem a população oriundos apenas da demanda do cotidiano nas unidades, a exemplo das doenças do aparelho circulatório e respiratório, problemas de saúde mental e gravidez na adolescência [E1, E2, E7 e E8]. Alguns profissionais destacaram que no município há alto índice de violência na

periferia com consumo de drogas, especialmente entre os jovens, mas nenhuma atividade foi pontuada sobre essa questão [E1, E2 e E10]. É possível que dada à complexidade social das temáticas, às equipes tenham dificuldades de desenvolver ações sobre as mesmas.

Quanto às ações direcionadas às questões de vulnerabilidade social do território, apenas duas profissionais da EqSF destacaram que já haviam desenvolvido atividades relacionadas. A primeira, relatou que já havia trabalhado com demandas sociais como a questão do lixo e do esgoto [E8]. Já a segunda, chamou a atenção para a importância do trabalho na sustentação das famílias e alertava que na região havia alto índice de desemprego e acidentes de trabalho na lavoura, principal ramo de ocupação local [E10].

Em síntese, apesar da equipe NASF considerar que leva em conta os problemas de saúde da população para realizar a programação das suas ações, não fica evidente que a equipe dê ênfase aos determinantes sociais do processo saúde/doença/cuidado forjados no território. De modo que suas atividades ainda estão distantes de intervir efetivamente nas condições de vida e trabalho que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

No que concerne à distribuição das atividades dos profissionais do NASF, sua agenda é dividida em turnos de forma a dar conta das demandas individuais e coletivas solicitadas pelas EqSF. Tal organização do trabalho é resultante de uma oferta de serviços previamente definida, mas essa não é respaldada por uma análise da situação de saúde atualizada, pois não faz parte da rotina das equipes na APS do município.

As atividades coletivas ocorrem nas USF, essencialmente, através de grupos que variam conforme a delimitação do público alvo envolvendo gestantes, crianças, mulheres e idosos, mas havia dois grupos de qualidade de vida que não delimitavam a população alvo atuando sem restrições de gênero ou faixa etária. A realização dos grupos não se limitava ao espaço físico das unidades e muitos encontros eram efetuados no território, como ilustrado na fala a seguir:

Quando é trabalho em grupo ou realizamos na sala de reunião ou em algum recurso da comunidade numa igreja, escola ou creche [E1].

Foi identificado que os grupos cumprem um importante papel relativa à educação em saúde, estímulo a autonomia das pessoas e incentivo a adoção de hábitos de vida saudáveis [E1 e E4]. Além disso, os grupos conduzidos pela equipe NASF possibilitam as USF ampliar sua oferta de atividades coletivas, haja vista que as EqSF desenvolviam de forma incipiente tais atividades.

Em relação aos atendimentos e visitas domiciliares, cada profissional do NASF dedica o mesmo turno semanal para ambas as atividades. Normalmente as visitas são realizadas ao final dos atendimentos e compete às EqSF a organização dos agendamentos, sendo que na maioria das vezes o ACS acompanha os membros do Núcleo de Apoio no território.

Foi pontuado pelos membros das equipes que, nas três USF investigadas, os profissionais do NASF mais acionados, tanto para os atendimentos quanto para as visitas, foram a nutricionista e a psicóloga [E1, E6 e E8]. Destaca-se que no município não existe disponibilidade de acesso a nutricionistas pelo SUS. Em contrapartida, tanto na USF 1 como no centro de reabilitação existe a oferta de atendimento psicológico. Assim, é provável que os encaminhamentos para a psicóloga estejam relacionados à crescente demanda de saúde mental da população.

Nas unidades do município, a forma de encaminhamento dos usuários pelos profissionais das EqSF para a equipe NASF, não é baseada em critérios e ocorre de maneira informal, muitas vezes sem qualquer registro de informações para o NASF sobre o usuário. Dentre os trabalhadores que mais encaminham demandas para o NASF estão os ACS, as enfermeiras e alguns médicos. O relato a seguir indica a fragilidade no fluxo dos encaminhamentos nas unidades:

[...] hoje é de boca, informal, tudo sem ser registrado... nós (NASF) que realizamos muito encaminhamento pra fora pra rede, mas lá deles (EqSF) pra gente é algo informal, nada registrado [E1].

Quanto à discussão dos casos existiram divergências sobre a existência dessa atividade entre os profissionais da EqSF e os do Núcleo de Apoio. Enquanto as enfermeiras relataram que havia discussão após as consultas, os profissionais do NASF pontuaram a inexistência de espaços de troca de informações com os responsáveis pelos casos [E1 e E9].

Em relação à parceria com as instituições do território, somente a creche e a APAE buscaram a equipe NASF solicitando seu suporte. Já o CAPS I, CAPS ad e o CRAS a articulação ocorreu por iniciativa do Núcleo de Apoio. Em ambas, as atividades desenvolvidas eram limitadas a palestras preventivas cujo temática era de livre escolha dos integrantes do NASF. Apesar do maior volume dessas atividades ocorrerem nos equipamentos sociais locais, a exemplo das igrejas e escolas, não existe um trabalho contínuo e partilhado entre o Núcleo de Apoio e as instituições da comunidade, mas apenas a utilização do espaço físico e da infraestrutura dessas.

Cabe ressaltar que em duas escolas, entre 2013 e 2014, profissionais da educação e da saúde, particularmente, do NASF e das EqSF participaram de uma intervenção de iniciativa do ISC/UFBA, com objetivo de estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis relacionados a padrões alimentares e atividade física de escolares do ensino médio, sendo desenvolvidas atividades de promoção à saúde nas escolas, com base num cronograma de ação, pactuadas em oficinas entre os trabalhadores do município e a equipe responsável pelo estudo [E14].

Pela equipe NASF, a nutricionista e o educador físico participaram das atividades, mas segundo os mesmos seu envolvimento limitou-se a ações pontuais restritas ao período de execução delimitado pela coordenação do projeto de intervenção:

Trabalhamos em duas escolas. Ano passado (2013) eu fiz duas ações e esse ano (2014) uma ação. Então o trabalho não é constante... eles (equipe da intervenção) vêm aqui aí a gente discute e define a meta pra realizar a ação [E3].

Para a pesquisadora responsável pela intervenção no município, apesar do projeto ter fornecido capacitação e disponibilizado um conjunto de materiais, os trabalhadores tiveram liberdade para construir e ampliar suas atividades. No entanto, foi destacado que o trabalho das equipes da APS ocorreu de modo desarticulado, sendo que a nutricionista e o educador físico desenvolveram suas ações independentes das EqSF. Somado a isso, não houve participação dos demais integrantes do Núcleo de Apoio nessa intervenção [E14].

No que diz respeito ao registro das atividades, os profissionais do NASF utilizavam livros-ata, mas também os prontuários das famílias para registro dos usuários acompanhados. A utilização de documentos para o registro era justificada pela cobrança da gestão pela consolidação da produção mensal.

Os instrumentos de trabalho utilizados pelos integrantes do Núcleo de Apoio estiveram relacionados ao uso de equipamentos e exames de tecnologia médica, além de foco nas campanhas e programas do Ministério da Saúde: novembro azul, outubro rosa, dia mundial de luta contra a AIDS e dia de combate à tuberculose.

Destaca-se que a equipe elaborou, ao longo de três anos e oito meses, apenas três projetos terapêuticos singulares (PTS), apesar de ter reservada na sua agenda um turno semanal destinado a tal propósito. É possível que esse baixo número de PTS esteja vinculado a insuficiência das orientações propostas no caderno de atenção básica nº 27, ou mesmo que esse turno semanal não esteja sendo utilizado para esse fim. Ademais, nas três construções de PTS não houve parceria com os membros da EqSF de referência dos casos.

Apenas no segundo semestre de 2014, no último encontro dos NASF da região promovido pela Dires, os integrantes do núcleo de apoio relataram que tiveram contato com um modelo ampliado de PTS, como indica a profissional:

[...] agora nesse último encontro eles mostraram que era um projeto bem detalhado, pra você colocar informações da família, um livro na verdade! Quando nós iniciamos não tínhamos contato com esse modelo de PTS, e começamos a fazer pelo senso comum, a gente sentava fazia estudo de caso colocava o que cada um fazia com aquele paciente e fazíamos o registro desse acompanhamento [E1].

Pôde-se elencar como dificultadores da realização das atividades: a ausência de espaço adequado nas USF, principalmente para os trabalhos de grupo; a indisponibilidade de salas para os atendimentos; falta de material para as ações coletivas; e a existência de apenas um veículo de transporte para toda a equipe NASF restringindo a ampliação das atividades nos serviços.

Os profissionais do NASF identificaram como desafios uma gama de questões relacionadas à melhoria do processo de trabalho que ainda precisam ser desenvolvidas ou aprimoradas. Dentre elas, destacam-se: melhores condições de trabalho como a garantia de direitos trabalhistas; investimento e valorização no processo de educação permanente da equipe; oferta e quantidade de recursos materiais suficientes; ampliação do número de PTS efetuados; envolvimento de mais instituições do território no escopo de atividades da equipe; além de maior interação entre o NASF e as EqSF [E1, E4 e E5].

Para os integrantes das EqSF os desafios dizem respeito à criação de estratégias que fomentem maior adesão dos usuários às atividades, haja vista, que a população tem apresentado resistência à proposta de atuação do NASF [E5, E8 e E9]. Através dos seguintes relatos pode-se identificar a problemática em questão:

Aqui houve muita resistência, quer dizer ainda há sobre esse trabalho preventivo, o pessoal quer muito atendimento clínico... acho que é um problema da comunidade por que eles não estão acostumados com esse trabalho, quando explicamos o que é o NASF que iremos fazer palestras eles dizem “não quero saber de palestra não” [E5].

[...] a população já começou a desvalorizar, eles dizem: “ah não vou para NASF não, pra quê, pra me encaminhar para outro? [...] eles me perguntam se não é mais fácil eu falar com o médico pra ele me dar o encaminhamento direto [E5].

Para as gestoras, os desafios foram vinculados à necessidade de uma nova equipe NASF, mas também foi problematizado que o não cumprimento da carga horária desses contribui significativamente para a limitação das suas atividades [E12 e E13].

3.2.4.O que pensam os profissionais sobre o NASF

A maioria dos profissionais do NASF pontuou que seu papel é dar apoio e suporte com trabalho preventivo às EqSF [E1, E2, E4 e E5]. Em contraponto, um integrante do Núcleo de Apoio questiona a relevância deste Programa problematizando que não há uma robusta inter-relação entre as equipes da APS, além de afirmar que:

[...] o NASF é apenas mais um Programa do governo para gastar dinheiro. Pelo menos eu falo isso pela realidade daqui do município, e também pela conversa com vários colegas que trabalham nesse setor e vêm dessa forma [E3].

Os profissionais do NASF entendem por trabalho preventivo: *“as atividades de orientação direcionadas à redução dos problemas de saúde da população, com conseqüente diminuição das demandas para as USF e hospitais”* [E2, E4 e E5]. Podemos afirmar que para estes trabalhadores a prevenção está restrita a palestras nos serviços e equipamentos da comunidade, cuja temática se baseia essencialmente no calendário de atividades do Ministério da Saúde (Anexo B), e à realização de grupos educativos e de qualidade de vida.

Por sua vez, os profissionais das EqSF identificaram o NASF como uma equipe de suporte, tanto nas atividades de educação em saúde como no atendimento das demandas assistenciais. Quanto a estas, foi ressaltado que os integrantes do Núcleo de Apoio destinam pouco tempo da sua agenda para as consultas [E8 e E10]:

[...] eles fazem muitas palestras. Muito bom fazer palestra falar com hipertensos, idosos, mas eu acredito que eles podiam trabalhar mais com atendimentos diretamente com pacientes [E10].

Para a maioria dos entrevistados das EqSF, existe um descompasso entre as necessidades das EqSF e as atividades realizadas pela equipe NASF. Isso porque, desde a implantação, criou-se uma expectativa de que o principal trabalho do Núcleo de Apoio seria dar suporte à demanda de atendimento das equipes:

Nós tivemos muita dificuldade pra poder dar início as atividades do NASF, pela questão de atendimento. É atendimento? Não é? Confundia muito. E é apenas um suporte, trabalho em coletivo, trabalho em grupo. A gente teve muitas dificuldades porque quando foi divulgado que viria nutricionista, assistente social, fisioterapeuta. Pronto! Ai todo mundo já fez sua listinha de demanda [E12].

Aqui é difícil o NASF trabalhar porque eles (população) querem atendimento, eles me perguntam como é que eu coloco psicóloga, fisioterapeuta só para dar palestra, eu digo a eles que é o Programa, hoje eles estão mais conformados, mas ainda é muito difícil [E8].

Os profissionais das EqSF expressam tal expectativa, afirmando que acreditavam que com o apoio do NASF poderiam responder à demanda reprimida local, dada a limitação de acesso aos especialistas na rede de serviços municipal. Mas, para os profissionais do Núcleo de Apoio, esse descompasso existe devido às resistências impostas pelos integrantes das EqSF à sua lógica de trabalho com foco na prevenção.

[...] eu acho que eles (EqSF) não acreditam na proposta do NASF de prevenção, eles querem atendimento querem resolver o problema. Por que se vier um paciente aqui e eu encaminhar pra eles é um horror [E5].

Pode-se identificar que existe um conflito de percepções entre as equipes: se por um lado, os profissionais das EqSF demonstram insatisfação com o trabalho desenvolvido pelo NASF, por outro, os profissionais dessa equipe não sentem seu trabalho valorizado pelos seus pares [E5 e E13].

Segundo os entrevistados, a falta de reconhecimento do trabalho é evidente, especialmente, nas duas USF da zona urbana, com consequentes entraves na comunicação e falta de interação entre as equipes. Os relatos abaixo ilustram essa problemática:

Deveríamos falar que teríamos mais facilidade aqui nos PSF na zona urbana da cidade, onde o acesso é melhor, na verdade não é nem uma facilidade é uma dificuldade, aqui temos mais espaço e a sede do NASF e não é bem assim [E1].

[...] aqui no PSF da zona urbana parece que os agentes ainda não absorveram o trabalho do NASF, e pra eles não tem importância nenhuma, não acreditam no nosso trabalho [E5].

Semana passada eu fui ao PSF da zona urbana levar minha mãe no médico e tinha cronograma de 2013, eles deveriam ter tirado tem muito tempo. Tem PSF que chegamos e falamos "marcamos uma ação aqui" e o pessoal diz "hãh? Marcou foi? Deixa eu ver", ai pega o cronograma na gaveta e ta lá a ação [E3].

Em contrapartida, nas unidades da zona rural o NASF tem conseguido desenvolver "um trabalho de melhor qualidade". Ao mesmo tempo em que faz essa ressalva, os profissionais do NASF afirmam que a população da zona rural supervaloriza o médico, tem o hospital como serviço de primeira escolha e, muitas vezes, contraditoriamente, é resistente às ações de prevenção do Núcleo de Apoio.

[...] as pessoas olham muito pro médico... tem a visão de remédio, de automedicação, de não se importar com a prevenção [E1].

A gente direciona, mas ele quer ser atendido no hospital, não adianta, não sei por que, paciente é complicado ele quer estar no hospital... [...] o pessoal está mal-acostumado qualquer coisa que sente, qualquer dorzinha no pé já vai direto pro hospital. [...] aí quando a gente chega na zona rural os postos de saúde vazios e o hospital sobrecarregado [E4].

3.3. O NASF e as equipes: relações técnicas e sociais

De acordo com o discurso dos entrevistados, as relações que os profissionais do Núcleo de Apoio estabelecem entre si são marcadas pelo poder compartilhado e pela inexistência de conflitos de hierarquia. As diferenças relacionadas aos distintos saberes e formações não foram identificadas como barreiras, mas sim como possibilidades para a construção de atividades de caráter interdisciplinar.

No NASF, os trabalhadores atuam com um amplo grau de liberdade para a tomada das decisões e atuam de modo independente. Isso porque não existe um coordenador interno da equipe e a gestão não acompanha o trabalho realizado.

Hoje é complicado porque o próprio gestor não conhece o trabalho do NASF. Sobre as fichas mesmo não temos um retorno pra dizer "ah vocês fizeram um trabalho produtivo é isso mesmo atingiram uma meta..." É muito pouco o contato... a própria gestão não conhece o trabalho eles voltam-se muito para os PSF pra o NASF é muito pouco [E1].

Ressalte-se que a coordenadora do NASF não atua diretamente com os profissionais, e assume as questões administrativas na gestão da Secretaria, como o controle de material e consolidação da produção mensal [E13].

Pôde-se verificar que todos os profissionais do Núcleo de Apoio desfrutam de privilégios e não cumprem sua carga horária de forma integral, possuindo múltiplos vínculos. Ressalta-se que tais condições são de conhecimento do secretário da saúde e do prefeito [E12 e E13]. Nesse particular, foi identificada a existência de conflitos intra-equipe NASF relacionados, especialmente, à psicóloga, pois essa atua apenas dois turnos, não participa dos espaços de planejamento com a equipe e, além disso, executa suas atividades dissociada dos outros trabalhadores [E2 e E5].

“[...] quem nós temos menos contato é a psicóloga, por conta de carga horária, quem vê assim pensa que ela não faz parte da equipe, a gente nem se encontra eu e ela só em grupo... ela faz o trabalho dela e parece que é algo a parte do NASF [E5].

Os resultados deste estudo apontam para a existência de um elo tênue entre as EqSF e o NASF, especialmente quando se trata das unidades da zona urbana. Nessas, segundo alguns profissionais, o estabelecimento de parcerias não ocorre devido à resistência dos trabalhadores das EqSF ao modo como o NASF realiza seu trabalho [E1, E3, E5 e E13].

Aqui houve muita resistência, quer dizer ainda há sobre esse trabalho preventivo, o pessoal quer muito atendimento clínico [...] inclusive os ACS do PSF do centro da cidade [E5].

Existem alguns PSF que temos uma relação mais de confiança que eles dão abertura para o NASF, outras já são bem mais fechadas porque acham que o NASF demora muito de ir lá, acha que o NASF não tem serventia nenhuma, não valoriza o trabalho preventivo tudo depende muito de cada unidade [E1].

Eu acredito que o NASF não funciona pelo fato dele não ter um apoio, não ter credibilidade... o enfermeiro, o médico acha que o NASF não trabalha pelo fato dele só orientar e encaminhar [E13].

No município, inexistem espaços compartilhados de decisão envolvendo a equipe NASF e a maioria das EqSF, e mesmo com as reuniões semestrais falta cooperação e inclusão da equipe NASF no planejamento de atividades das EqSF. Ademais, apenas nos dois encontros anuais existe avaliação informal das atividades, sem a construção de critérios de acompanhamento, identificando pontos positivos e negativos, mas não há monitoramento das ações nem estabelecimento de metas [E1, E2 e E6].

Foi unânime entre os profissionais do NASF o papel assumido pelas enfermeiras na circulação da informação nas unidades. Todavia, quando estas profissionais não assumem tal função, o elo com o NASF é enfraquecido e, conseqüentemente, a informação da agenda do Núcleo de Apoio não chega aos ACS, comprometendo a divulgação das atividades.

A relação do NASF com os médicos é muito difícil, porque os médicos chegam atendem 20 ou 30 pessoas em 2 horas e vão embora... com os dentistas também é muito pouco, o contato maior é comigo, a outra enfermeira e as ACS [E9].

[...] quando dar certo é porque as enfermeiras ajudam muito, porque se o trabalho do NASF fosse depender só de ACS não daria certo não [E5].

A dificuldade de comunicação foi destacada como um aspecto que tem limitado a relação entre as equipes, sendo que a maioria dos profissionais sinalizou esse problema como um elemento central na existência de conflitos, evidenciados por meio de entraves nos processos de negociação das atividades e troca de informações entre os sujeitos. Assim, as relações interpessoais entre o NASF e as EqSF foram parcialmente democráticas quanto ao manejo dos conflitos no processo de trabalho.

De uma forma geral, os trabalhadores das EqSF com os quais o NASF mantém maior vínculo são as enfermeiras e os ACS, mas é crescente o não envolvimento da maioria dos agentes comunitários nas atividades do Núcleo de Apoio, fato que tem limitado a realização das ações. Com vistas ao manejo dessa problemática, em 2013 a equipe do NASF conduziu um grupo de educação permanente, específico para os ACS, mas logo esse chegou ao fim pela ausência de participantes e a parceria NASF-EqSF segue permeada por empecilhos no âmbito das relações interpessoais.

Com relação à distribuição de poder e de funções entre os membros das EqSF, observou-se que há delimitação bem estabelecida de papéis. Enquanto as enfermeiras são as principais responsáveis pelas atividades gerenciais e de supervisão dos ACS e técnicos de enfermagem, os médicos, seguidos dos odontólogos, aparecem como trabalhadores que detêm maior influência perante os usuários. Dessa forma, exercem significativo papel no encaminhamento dos usuários para as atividades do NASF.

“O médico tem um peso muito grande no PSF, a palavra dele tem poder. Se ele chega para um paciente e fala para ele não ir pro NASF o paciente não vai. Se a dentista falar que não dá valor ao trabalho do NASF, eles vão dar valor ao que a dentista fala. Porque eles vão dar valor a quem está aqui há mais tempo. Então graças a Deus não é o nosso problema. Mas não está dando certo totalmente por falta de motivação dos pacientes porque eles só querem atendimento [E3].

O vínculo entre a equipe NASF e as EqSF ainda é frágil, pois médicos e odontólogos não se envolvem com os trabalhadores do NASF e são quase em sua totalidade alheios às suas atividades.

Quando solicitamos a reunião solicitamos a toda a equipe, enfermeiro, médico, dentista, mas quando chegamos lá às vezes tem um ACS, dois ou nenhum, a enfermeira sempre participa, o médico quase nunca, o dentista muito pouco eles não deixam nenhuma atividade pra poder sentar e participar da reunião [E1].

[...] quase a gente não tem contato com o médico. Por que é aquela coisa o médico e o dentista entram na sala deles e vão fazer atendimento e pronto, sempre que marcamos alguma coisa eles não participam. Eles não têm tempo pra gente, pro NASF [E3].

Soma-se a isso o fato de que nas USF existe alta rotatividade de médicos, limitando a continuidade do trabalho e o desenvolvimento das práticas sanitárias.

Apenas dois médicos já participaram da nossa reunião semestral que foi o do PSF 2 e 3, só que no PSF 3 houve muita mudança de médico a gente conversava com um e quando pensava que não já era outro, acho que já teve uns 5 ou 6 médicos ali é o PSF que mais troca [...] eu acho que os médicos acabam saindo por uma questão financeira mesmo, não sei por que eles saem tanto, mas existe PSF que o médico está desde o início do NASF [E5].

No que diz respeito à gestão da APS, as coordenadoras da atenção básica e do NASF exercem suas funções sem que haja muita interação entre ambas. Da mesma forma, a coordenadora da atenção básica não possui vínculo com os membros da equipe NASF e mantém-se alheia às suas práticas. Soma-se a isso o fato de que, desde a implantação do NASF nunca houve um acompanhamento formal das atividades do NASF, e, portanto, não existe qualquer instrumento utilizado para esse fim pelos gestores. Tais evidências atestam as dificuldades da

gestão em conceber a equipe NASF como parte integrante da APS. Fato ilustrado na fala da atual coordenadora da APS:

A gente nunca teve reunião com o NASF, porque ela é que coordena o NASF, porque o NASF é uma coisa e a atenção básica já é outra coisa [E11].

4. Discussão

Os resultados deste estudo apontam para a existência de um processo de trabalho desarticulado entre o NASF e as EqSF. Soma-se a isso o fato de que o Núcleo de Apoio enfrenta desafios de diversas ordens, que limitam a realização das atividades e a qualificação das relações técnicas e sociais que tornam o processo de trabalho na APS fragmentado.

Estudos apontam que apesar do SUS ser regido pelos mesmos princípios e diretrizes, a forma como o sistema se concretiza varia no território brasileiro. Isso porque, os governos são fragmentados e fortemente influenciados pelo contexto local, sendo dependentes dos arranjos institucionais e organizacionais dos municípios (NORONHA et al., 2008; PAIM et al., 2011; MEDINA e HARTZ, 2009; AQUINO et al., 2014).

Em nosso estudo, o grupo político que ocupa a gestão municipal tem organizado o sistema de saúde garantindo à ESF recursos humanos, físicos e materiais que conferem às equipes condições adequadas de trabalho. Tais evidências corroboram com o resultado satisfatório obtido pelas EqSF na avaliação do PMAQ-AB, indicando que a gestão local tem investido na infraestrutura dessas unidades.

Em contrapartida, a equipe NASF investigada não desfruta da mesma realidade vivenciada pelas EqSF, e o acesso aos materiais para realização das suas atividades, sobretudo, as ações coletivas, não ocorre da forma desejada. Quanto a esse quesito, outro estudo apresentou similaridade com nossos resultados indicando que para suprir a carência de materiais, os profissionais realizam adaptações das atividades ou mesmo fazem aquisição destes com recursos próprios (SOUZA, 2013).

No que concerne à implantação do NASF no município, nossos achados reforçam que a escolha das categoriais profissionais não foi permeada pelas necessidades epidemiológicas do território, mas sim por critérios de orientação política. Esse fato contradiz o que a normativa preconiza, pois a composição das equipes do NASF deveria ser definida pelos gestores municipais, em função dos critérios de prioridade identificados, perfil epidemiológico dos territórios, onde se encontram os serviços, e necessidades das EqSF a serem apoiadas (BRASIL, 2011; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Destaca-se, ainda, que no processo de implantação do NASF foram inseridos na equipe dois médicos, mas estes não chegaram a iniciar suas atividades por problemas de ordem já sinalizados anteriormente. A substituição dos médicos por profissionais de outra categoria é mais uma evidência de que a implantação do NASF no município, não se pautou em critérios relacionados a necessidades específicas de suporte ao trabalho das EqSF.

Quanto à formação profissional específica em saúde da família, nenhum dos integrantes do Núcleo de Apoio investigado possuíam pós-graduação na área. Soma-se a isso, o fato de que não existe educação permanente para os profissionais representando um dos entraves postos pela equipe, que enfrenta cotidianamente a variabilidade e a complexidade das demandas postas pelos usuários.

De acordo com Nascimento e Oliveira (2010), mudanças na formação dos trabalhadores da saúde são necessárias, especialmente, no desenvolvimento de competências e habilidades direcionados para o processo de trabalho no NASF. Para tanto, é fundamental que a formação busque atender as demandas do SUS e sejam construídas em parceria com os serviços de saúde. Porém, ainda são escassas as pesquisas que problematizam a formação acadêmica e o trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio.

Em nossos achados, o grupo de trabalhadores do NASF foi constituído por uma equipe jovem, muitos recém-formados e sem experiência na APS. Essas evidências são similares a outros estudos, que indicam que a constituição de equipes de NASF sem experiência podem dificultar o manejo das situações

cotidianas enfrentadas nos territórios das USF (ARAÚJO e GALIMBERTTI, 2013; LANCMAN et al., 2013).

A experiência do trabalhador influencia no seu trabalho e permeia a compreensão do objeto, o uso adequado dos instrumentos e a qualidade das atividades efetuadas. Em nosso estudo, nenhum profissional do NASF investigado possuía formação prévia específica para atuar na APS, não recebeu qualquer tipo de capacitação da SMS, bem como qualquer processo de supervisão pedagógica ou direcionamento para as atividades.

Todavia, a partir dos instrumentos normativos, a equipe buscou fundamentação para o desenvolvimento de suas atividades, observando-se muitos limites nesse processo. Esse fato pode indicar o porquê a equipe não realiza ações de clínica ampliada, não tem um projeto estruturado de intervenção de saúde no território, não mantém pactuação de apoio mediante articulação com o conselho de saúde, e não desenvolve o suporte assistencial e técnico-pedagógico de forma plena com as EqSF.

Assim como em nossos achados, outra pesquisa apontou que os profissionais do NASF têm encontrado dificuldades no seu cotidiano por não deter clareza das suas atribuições (SOUZA, 2013). Parte essencial dos momentos do trabalho, a compreensão do objeto é fundamental para que a execução das atividades esteja em estreita relação com o mesmo (MENDES-GONÇALVEZ, 1979; 1992). Assim, na medida que a equipe do Núcleo de Apoio não tem clareza dos objetos que orientam sua prática, suas atividades tendem a ser reificadas e revelam a necessidade de maior fundamentação dos seus integrantes.

No que diz respeito à concepção do conceito de prevenção das doenças e promoção à saúde, as equipes da APS investigadas apresentaram limitações e, conseqüentemente, a execução das atividades foi restrita a uma perspectiva direcionada a mudança de comportamento dos indivíduos nos territórios onde vivem, principalmente, por meio de ações educativas. Esta visão denota um reducionismo da promoção à saúde e do amplo conjunto de elementos que constituem os determinantes sociais que interferem na qualidade de vida dos usuários (PELLEGRINI FILHO et al., 2014).

Se por um lado os profissionais do NASF queixam-se da falta de educação permanente, por outro os mesmos não aproveitaram o potencial da capacitação que tiveram sobre promoção à saúde vinculada ao projeto de intervenção do ISC/UFBA destinado aos escolares. Somado a isso, é notório o número reduzido de atividades que as equipes da APS estudadas realizam sobre os determinantes sociais da saúde, onde apenas em duas EqSF houve ações pontuais direcionadas as questões de vulnerabilidade social.

A baixa institucionalização das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças no âmbito da ESF, não é uma particularidade do município investigado. Numa pesquisa que utilizou dados secundários do módulo II do PMAQ em todo o Brasil, foi caracterizada a insuficiência de práticas voltadas a idosos e escolares, e mesmo com a identificação de que 70% das EqSF relataram executar ações de promoção à saúde houve pouca comprovação destas (MEDINA et al., 2014).

Nossos resultados demonstram que a utilização dos instrumentos de trabalho pela equipe NASF orientam-se, particularmente, pela tecnologia médica sanitária, com foco em ações clínicas voltadas ao corpo humano doente e as campanhas de saúde. Em relação aos modelos da clínica ampliada e vigilância da saúde foram identificadas poucas características destes nas atividades da equipe, a exemplo do número insatisfatório de PTS, momentos pontuais de planejamento e comunicação em saúde.

Conforme identificado nesse estudo os PTS não foram efetuados da maneira com que o documento normativo do NASF os propõe, ou seja, eles não foram fruto de uma ação coletiva da equipe destinada a situações complexas, de indivíduos ou famílias, não foram pautados em critérios de riscos e vulnerabilidade, mas foram marcados pela indefinição de pactuações entre os envolvidos (BRASIL, 2010). O que se identificou foi à realização de projetos terapêuticos sem uma problematização com as EqSF, ausência de um profissional de referência para o acompanhamento dos casos, falta de reavaliação do PTS com estabelecimento de novos encaminhamentos, e falta de participação dos usuários e suas famílias na busca pela construção de um cuidado compartilhado, para além de uma perspectiva medicamentosa e curativista.

Pesquisas consideram que apesar dos esforços na busca pela reorientação dos modelos de atenção à saúde, os modelos hegemônicos continuam desempenhando grande influência nas práticas das equipes da APS, bem como na organização da rede de atenção (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014; SILVA et al., 2013; MEDINA e HARTZ, 2009; COSTA, 2009).

Assim como nos achados das referidas pesquisas, a partir das nossas matrizes de análise pudemos constatar que as práticas desenvolvidas no município apresentam fortes características dos modelos médico-assistencial e sanitário. Apesar da ESF ter em sua essência as bases da perspectiva da vigilância da saúde e o NASF ter na clínica ampliada seu principal referencial, os resultados desse estudo revelam a constante tensão entre estas propostas alternativas apontando que as equipes da APS tem enfrentado dificuldades de concretizar na organização das suas práticas os preceitos destes modelos, e acabam por reproduzir a manutenção das ações hegemônicas em seu cotidiano.

Em nosso estudo, inferimos que a relação entre o NASF e as EqSF apresentam características que se aproximam da chamada “equipe agrupamento”, isto é relacionada a fragmentação do trabalho, ou seja, a justaposição das ações e ao agrupamento dos agentes (PEDUZZI, 2001). Isso porque a comunicação aparece limitada à técnica e ao caráter pessoal, com tímida construção de um projeto assistencial comum. Existem relações assimétricas de poder e subordinação dos profissionais aos médicos, além de relativa independência técnica individual na execução das atividades de cada agente.

Ademais, podemos elencar a partir de nossos achados que as diferenças entre as equipes da APS contribuem para o desenvolvimento de práticas desarticuladas, o que conseqüentemente interfere na efetividade das atividades do NASF. Nesse particular, podemos destacar graus de exigência distintos pela gestão impostos às equipes, com maior racionalidade burocrática e menor autonomia profissional as EqSF, além da manutenção de relações de poder que privilegiam o médico no cotidiano das USF.

Nossos resultados ainda indicam que no município existem diferenças relacionadas a disparidades salariais, cumprimento de carga horária e exigências

distintas de produtividade entre as equipes. Outros estudos apresentaram similaridade com nossos achados revelando que a normatização de processos e procedimentos, sobretudo para as EqSF acentuam as disputas entre os profissionais (SHIMIZU e ALVÃO, 2012; MORETTI-PIRES e CAMPOS, 2010; KELL e SHIMIZU, 2010).

A tensão que se estabelece entre as equipes da APS é influenciada pela forma como as secretarias de saúde conduzem os processos de trabalho. Nesse particular, a vontade política e a gestão do trabalho cumprem um papel fundamental na organização das práticas, pois através da adoção e garantia de educação permanente, planejamento, monitoramento e avaliação, condições de trabalho, política de inserção, remuneração e valorização do trabalhador, as chances de consolidação da ESF e reorientação dos modelos de atenção hegemônicos são elevadas (MAGNAGO e PIERANTONI, 2015; MENDONÇA et al., 2010).

Em um recente estudo sobre a colaboração interprofissional na ESF, envolvendo EqSF e equipes do NASF, no município de São Paulo, foi observado a existência de tensões entre a lógica profissional tradicional e o apoio matricial. Elementos como a divisão de responsabilidades, encaminhamentos e a insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF foram pontuados como barreiras na concretização de práticas articuladas (MATUDA et al., 2015).

Em contraponto às dificuldades apresentadas, pesquisas ilustram que para se atingir a horizontalização das relações é preciso que haja práticas interdisciplinares constituídas pelo debate democrático promovido pelas equipes (ELLERY et al., 2013; ARAÚJO e GALIMBERTTI, 2013; FARIA e ARAÚJO, 2010). Todavia, em nosso estudo os espaços de discussão coletiva, quando são realizados, acabam cumprindo principalmente demandas administrativas.

A comunicação no trabalho em equipe tem sido apontada como um dos elementos que merece maior investimento pelos profissionais, pois o enfrentamento dialogado dos conflitos pode ser capaz de promover a negociação, pactuação, compartilhamento de responsabilidades e decisões entre os trabalhadores da saúde (PEDUZZI, 2003). Em nossa pesquisa observamos que a comunicação representa

um nó crítico na relação entre as equipes, mas similar a outros achados da literatura relativa à ESF, os próprios trabalhadores a reconhecem como potente ferramenta para o enfrentamento dos conflitos interpessoais (PAVONI e MEDEIROS, 2009; SILVA e PEDUZZI, 2011; SHIMIZU e ALVÃO, 2012; ELLERY et al, 2013).

5. Considerações finais

Este estudo objetivou analisar as práticas de saúde da equipe NASF e como são estabelecidas as relações desta com as EqSF, a fim de identificar se sua inserção na APS reforça a fragmentação do trabalho em saúde ou fomenta a integração de suas práticas.

Os resultados deste estudo demonstraram que o Núcleo de Apoio mantém um processo de trabalho desarticulado com as EqSF, suas relações técnicas e sociais são conflituosas e marcadas pela ausência de diálogo e pactuação entre os trabalhadores, além de enfrentar desafios de diversas ordens que limitam a realização das atividades.

Nesse particular, as EqSF possuem papel fundamental na aproximação do NASF com os usuários, na identificação e manejo dos problemas de saúde do território, assim como no compartilhamento de práticas entre as equipes. Da mesma forma, os profissionais do NASF e os gestores possuem papel crucial nesse processo, não podendo delegar apenas as EqSF a responsabilidade pela integração.

Destaca-se nesta pesquisa que a adoção dos referenciais teóricos possibilitou uma compreensão sistematizada do processo de trabalho em saúde, principalmente diante da lacuna na literatura de investigações que problematizassem o NASF à luz dos modelos de atenção à saúde.

Através de nossos achados, pudemos constatar que o trabalho em equipe está situado num contexto de racionalidade médica, que prioriza a atenção individual centrada na clínica, com ênfase nos aspectos biológicos e na medicalização das doenças, secundarizando a promoção da saúde.

Ademais, identificamos que na prática a equipe estudada aproxima-se mais das características dos modelos hegemônicos do que dos modelos da clínica ampliada e vigilância da saúde. Assim, nossos achados revelam que no cotidiano da APS, a equipe do Núcleo de Apoio não tem conseguido realizar de forma plena atividades que contribuam para a reorientação dos modelos de atenção hegemônicos.

O caso investigado revela a situação de um município exitoso em termos de APS, que nos últimos anos tem tido uma gestão que não se desobrigou da coordenação do processo de trabalho, que aderiu ao PMAQ e teve o desempenho acima da média para os municípios do seu mesmo extrato, mas que na análise do processo de trabalho em saúde de suas equipes revelou fragilidades e desafios postos ao conjunto dos seus atores. Esse fato nos faz pensar que esse município particular representa muito do universal do que é o NASF no Brasil, pelo menos nos municípios que tenham uma conformação similar a este caso.

Diante do exposto, podemos concluir que a proposta necessita de uma requalificação no sentido de sua organização através da gestão do trabalho cabendo aos gestores e profissionais sua construção diária. As universidades também cumprem um papel essencial nesse processo e com o fomento a realização de pesquisas científicas podem colaborar com a identificação de elementos e caminhos necessários para a integração do trabalho em saúde no nível primário de atenção.

6. Referências

1. ALCÂNTARA, L. H. C.; NASCIMENTO, S. P. A. Estratégia do Programa saúde da família em Praia Grande: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. **Saude soc.**, vol.18, suppl.1, p.73-73, Mar. 2009.
2. ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde debate**, vol.37, n.99, p.672-680, Dez. 2013.
3. ANTUNES, R. O caracol e sua concha: Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. 1ª edição, São Paulo: Boitempo, 2005.
4. AQUINO et al. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **Am J Public Health**. v. 99, n. 1, p. 87–93. 2009.
5. AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; NUNES, C.A.; SOUSA, M.F. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, JS e ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e Prática, Rio de Janeiro, Medbook, 2014, p. 353-371.
6. ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.**, vol.25, no.2, p.461-468. 2013.
7. AZEVEDO, N. S. S.; KIND, L. Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. **Psicol. cienc. prof.**, vol.33, no.3, p.520-535. 2013.
8. BAHIA (Estado). Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Ofício Circular nº 002/2011. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/cib/arquivos/Pauta%20da%20Reuni%C3%A3o/2011/Pauta%20da%20192%C2%AA%20Reuni%C3%A3o%20CIB%20de%2010%20de%20fevereiro%20de%202011.pdf>. Acesso em 07/03/15.
9. BARALDI, S. et al. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, vol.6, n.3, p.539-548. 2008.

10. BARBOSA, E. G. et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. mov. (Impr.)**, vol.23, n.2, pp. 323-330. 2010.
11. BARROS, C. M. L.; JUNIOR, G.F. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, vol.1, n.1, Jan/Jun. 2012.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da saúde da família. Departamento de atenção básica. Brasília, 2015b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em 07/03/15. Acesso em 07/03/15.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde: epidemiológicas e morbidade e estatísticas vitais. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Brasília, 2015a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em 07/03/15.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, 2012.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Departamento de atenção básica. Brasília, 2015c. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php. Acesso em 08/03/15.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Diretrizes. Série A. Normas e manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 27, Brasília, 2010, 152 p.

18. BRASIL. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.
19. CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
20. CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol.23, n.2, pp. 399-407. 2007.
21. COSTA, J. G. O modo tecnológico da vigilância da saúde e o trabalho das equipes de saúde da família. 132 f. il 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
22. COSTA, L. S. et al. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. **CoDAS**, vol.25, no.4, p.381-387. 2013.
23. CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W.Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúdesoc. [online]**, vol.20, n.4, pp. 961-970. 2011.
24. DOURADO et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**. v. 49, n. 6, p. 577–584. 2011.
25. ELLERY, A. E. L. et al. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, vol.23, no.2, p.415-437, Jun. 2013.
26. FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saude soc.**, vol.19, no.2, p.429-439, Jun. 2010.
27. FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.44, n.3, p.789-795, Set. 2010.

28. FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. Aproximações teóricas acerca da Vigilância à Saúde: um horizonte para a integralidade. **Acta paul. enferm.**, vol.22, no.4, p.422-427. 2009.
29. FERNANDES, T. L. et al. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. **Rev. CEFAC**, vol.15, no.1, p.153-159, Fev. 2013.
30. FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista brasileira de ciências da Saúde**, vol.16, n.2, p.113-122. 2012.
31. GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária a saúde. In GIOVANELLA et al (Org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
32. GUANAIS, F.C. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010. **American Journal of Public Health**. vol. 103, n. 11, p. 2000-2006. 2013.
33. HARNECKER, M. **Os conceitos elementares do materialismo histórico**. Rio de Janeiro: Graal, 1973. p. 91-132.
34. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292360&search=bahia|paramirim>. Acesso em 26/02/15.
35. KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15, suppl.1, p.1533-1541, Jun. 2010.
36. LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saude Publica**, vol.47, no.5, p.968-975, Out. 2013.

37. LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, vol.22, n.3, pp. 262-269, 2011.
38. LEITE, D. C et al. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis**, vol.23, n.4, p.1167-1187. 2013.
39. MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C.R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde debate [online]**. 2015, vol.39, n.104, pp. 9-17. Epub Mar-2015.
40. MARTINS, S. R. et al. O modelo da vigilância à saúde: um estudo exploratório no extremo Sul do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, vol.17, n.1, p.26-35, Mar. 2008.
41. MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, vol.15, no.3, p.508-514, Set. 2006.
42. MATUDA, C.G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2015, vol.20, n.8, pp. 2511-2521.
43. MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15, suppl.1, p.1521-1531, Jun. 2010.
44. MEDEIROS, S.; ROCHA, S. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência e saúde coletiva**, vol.9, n.2, p.399-409. 2004.
45. MEDINA, M. G.; HARTZ, Z. M. A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p.1153-67. 2009.

46. MEDINA, M.G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Saúde debate [online]**. 2014, vol.38, n.spe, pp. 69-82.
47. MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. Série de desenvolvimento de serviços de saúde. OPS. Brasília, 1988. 68 p.
48. MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde Processos de Trabalho e Necessidades. São Paulo, Cadernos CEFOR Textos, 1. 1992. pag. 01-53
49. MENDES-GONÇALVES, R. B. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: Ed, Hucitec, 1994.
50. MENDES-GONÇALVES, R. B. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, 1979. 209p.
51. MENDONÇA, M.H.M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, n.5, pp. 2355-2365.
52. MOLINI-AVEJONAS, D. R. et al. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev. soc. bras. Fonoaudiol**, vol.15, n.3, pp. 465-474. 2010.
53. MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS. D. A. Equipe Multiprofissional em Saúde da Família: do Documental ao Empírico no Interior da Amazônia. **Revista brasileira de educação médica**, vol. 34, n. 3, pp. 379 – 389. 2010.
54. 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**, vol.34, n.1, p.92-96. 2010.
55. NORONHA et al. O sistema único de saúde. In GIOVANELLA et al (Org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
56. NUNES, C. A. Texto de Apoio 3 para o Monitor Esquema para discussão sobre processo de trabalho em saúde. In: AQUINO, R. et al. Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família. Módulo do

- monitor. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família – Bahia. 2001.
57. PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet, Saúde no Brasil**. p. 11-31, Maio. 2011.
58. PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In GIOVANELLA et al (Org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
59. PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, vol.62, n.2, p.265-271, Abr. 2009.
60. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, vol.35, n.1, p.103-109. 2001.
61. PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, vol.1, n.1, p.75-91, Mar. 2003.
62. PELEGRINI FILHO, A.; BUSS, P.M.; ESPIRIDIÃO, M.A. Promoção da saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM, JS e ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e Prática, Rio de Janeiro, Medbook, 2014, p. 305-326.
63. PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto - enferm.**, vol.20, n.3, p.493-502, Set. 2011.
64. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking IDHM municípios 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>. Acesso em 06/03/15.
65. RASELLA et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v. 382, n.9886, p. 57-64. 2013.
66. RASELLA et al. Research article Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, vol.10, n.380. 2010.

67. RELATÓRIO NASF. NASF: diagnóstico de saúde do município. 2014.
68. RODRIGUEZ, M. R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Com. Ciências Saúde**, vol.21, n.3, p.261-266. 2010.
69. SANCHO, L. G. et al. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. **Trab. educ. saúde (Online)**, vol.9, no.3, p.431-447, Nov. 2011.
70. SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, vol.17, n.3, p.188-194, Jun. 2012.
71. SHIMIZU, H. E.; ALVÃO, D. C. Jr. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.17, n.9, p.2405-2414, Set. 2012.
72. SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?. **Rev. bras. enferm.**, vol.62, n.3, p.424-429, Jun. 2009.
73. SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde soc.**, vol.20, n.4, p.1018-1032, Dez. 2011.
74. SILVA, L. A. et al. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.18, n.1, p.221-232, Jan. 2013.
75. SOUZA, F. R. Processo de construção dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) na atenção básica no Estado do Ceará. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, 2013.
76. SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, vol.16, n.1, 2011.

77. SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**, vol.20, n.4, p.1079-1097, Dez. 2010.
78. TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, vol.27, n.65, p.257-7. 2003.
79. TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. In: PAIM, JS e ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e Prática, Rio de Janeiro, Medbook, 2014, p. 287-301.
80. TSE. Tribunal Superior Eleitoral. Resultado das eleições de 1996. Disponível em: http://www.tse.gov.br/internet/eleicoes/resultado_1996.htm. Acesso em 06/03/15.
81. WEBER, M. A objetividade do conhecimento nas ciências sociais. In: COHN, Gabriel. Weber. São Paulo: Ática, 1979. p. 79-127.
82. YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª Edição, Porto Alegre, Ed. Bookman, p.31-33, 2005.

ANEXO A – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA EQUIPE NASF INVESTIGADA

Data /horário	Localidade	Ações	Profissionais	OBS
Sexta-feira 01/08 09:00 /15:00hs	PSF 8 Pró - infância	Orientação	Fonoaudióloga	Orientação aos responsáveis
Segunda 04/08/2014 08:30	PSF 5	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Assistente social Nutricionista Educador físico	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes) Educador físico (05 pacientes)
Segunda 04/08/2014 14:30	PSF 8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
	Micro Área da Gameleira/PSF 5	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 05/08/2014 08:30	PSF 5	Atendimento no PSF/Ou Visita domiciliar	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 05/08/2014 14:30	PSF 3	Grupo de mulheres “Cuidando de Mim” Dia Nacional da Saúde	Assistente social Psicóloga Nutricionista Fisioterapeuta	Palestra sobre a função de cada Profissional e a importância de cada área para melhorar a qualidade de vida.

Quarta 06/08/2014 08:30	PSF 8	Pro- infância	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	
Quarta 06/08/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 07/08/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 1	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	
Quinta 07/08/2014 08:30	PSF 8	APAE	Nutricionista Assistente social	
Quinta 07/08/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS- Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 08/08/2014 08:30	PSF 4	Grupo de gestante SEMANA MUNDIAL DA AMAMENTAÇÃO	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	O grupo de gestante tem como objetivo orientar a respeito da amamentação, atividade física e temas relacionados a fonoaudiologia e fisioterapia.
Segunda 11/08/2014 08:30	PSF 3	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Assistente social Nutricionista Educador físico	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)

Segunda 11/08/2014 14:30	PSF 8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 11/08/2014 14:30	Micro área de 1-Curral Velho	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 12/08/2014 08:30	PSF 3	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 12/08/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de mulheres "Cuidando de Mim"	Psicóloga	Tema: A importância do tratamento psicológico para uma boa qualidade de vida.
Terça 12/08/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de criança "orientação infantil	Fonoaudióloga	
Quarta 13/08/2014 08:30	PSF 8	Pro infância	Fisioterapeuta	
Quarta 13/08/2014 08:30	PSF 8	CAPS	Educador físico Nutricionista	Orientação nutricional e atividade física
Quarta 13/08/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 14/08/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 5	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	
Quinta 14/08/2014 08:30	PSF 8	CAPS ad	Nutricionista Assistente social	Orientação aos usuários a respeito de alimentação saudável

Quinta 14/08/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS- Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 15/08/2014 08:30	PSF 4	Grupo de gestante	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	
Sexta 15/08/2014 14:30	PSF 5	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 18/08/2014 08:30	PSF 1	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Assistente social Educador Físico Nutricionista	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 18/08/2014 14:30	PSF 8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 18/08/2014 14:30	Micro área da Bulcania /PSF 1	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 19/08/2014 08:30	PSF 1	Atendimento no PSF/Ou Visita domiciliar	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10

				pacientes)
Terça 19/08/2014 14:30	PSF 3	Grupo de mulheres “ Cuidando de Mim”	Psicóloga	Tema: Relações Interpessoais e as consequências no estado emocional.
Quarta 20/08/2014 08:30	PSF 8	APAE	Fisioterapeuta Educador físico	Atividade física com os alunos da APAE
Quarta 20/08/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 21/08/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 1	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	
Quinta 21/08/2014 08:30	PSF 8	Pro –infância	Nutricionista Assistente social	Grupo de criança
Quinta 21/08/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 22/08/2014 08:30	PSF 4	Grupo de gestante	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	
Sexta 22/08/2014 14:30	PSF 8	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 25/08/2014 08:30	PSF 7	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Educador físico Nutricionista	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares)

				Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 25/08/2014 14:30	PSF 8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 25/08/2014 14:30	PSF 7	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 26/08/2014 08:30	PSF 7	Atendimento no PSF/Ou Visita domiciliar	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 26/08/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de mulheres "Cuidando de Mim"	Assistente social	A importância do cuidado com o corpo.
Terça 26/08/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de criança Orientação infantil	Fonoaudióloga	
Quarta 27/08/2014 08:30	Micro área da Bucania/PSF 1	Palestra sobre qualidade de vida	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	
Quarta 27/08/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 28/08/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 1	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta Nutricionista Assistente	Palestra sobre higiene e saúde

			social	
Quinta 28/08/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS- Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 29/08/2014 08:30	PSF8	CAPS AD Dia Mundial de combate ao fumo	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	Orientar os usuários a respeito das consequências do tabaco conscientizando sobre o dia mundial de combate ao fumo
Sexta 29/08/2014 14:30	Micro-area da Salina Branca/ PSF6	Dia Mundial de combate ao fumo	Psicóloga	Orientar os usuários a respeito das consequências do tabaco, conscientizando sobre o dia mundial de combate ao fumo
01/09/14 Segunda	PSF 2	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Assistente social Nutricionista Educador Físico	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 01/09/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 01/09/2014 14:30	Micro Área Mateus/ PSF 2	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 02/09/2014 08:30	PSF 2	Atendimento no PSF/Ou Visita domiciliar	Fonoaudióloga Nutricionista Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes)

				Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 02/09/2014 14:30	PSF 3	Grupo de mulheres "Cuidando de Mim"	Psicóloga	Tema: Autocuidado como instrumento de prevenção às doenças emocionais.
Quarta 03/09/2014 08:30	Micro-area da Boa vista/PSF 1	Palestra sobre qualidade de vida	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	
Quarta 03/09/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 04/09/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 1	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	
Quinta 04/09/2014 08:30	PSF8	APAE	Nutricionista Assistente social	
Quinta 04/09/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS-Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 05/09/2014 08:30	PSF 4	Grupo de gestante	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	
Sexta 05/09/2014 14:30	PSF 4	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 08/09/2014 08:30	PSF 6	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Assistente social Educador físico Nutricionista	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de:

				Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 08/09/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 09/09/2014 14:30	PSF 6	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 09/09/2014 08:30	PSF 6	Atendimento no PSF/Ou Visita domiciliar	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 09/09/2014 14:00	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de mulheres "Cuidando de Mim"	Nutricionista	Palestra sobre alimentação saudável
Terça 09/09/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de criança Orientação infantil	Fonoaudióloga	
Quarta 10/09/2014 08:30	PSF8	Pro-infância	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	
Quarta 10/09/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	

Quinta 11/09/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 1	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	
Quinta 11/09/2014 08:30	PSF8	Pro -infância	Nutricionista Assistente social	Grupo de criança
Quinta 11/09/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS- Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 12/09/2014 08:30	PSF 4	Grupo de gestante	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	
Sexta 12/09/2014 14:30	PSF 2	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 15/09/2014 08:30	PSF 8	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Assistente social Educador físico Nutricionista	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social(10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 15/09/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 15/09/2014 14:30	PSF 3	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça	FERIADO			

16/09/2014 08:30				
Quarta 17/09/2014 07:00	PSF 3	I Caminhada saudável	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	Convidar todos os moradores para a I caminhada saudável na comunidade do 3. Será realizada caminhada na comunidade, orientado pelo Educador físico do NASF, como também orientações nutricionais de como ter uma melhor qualidade de vida. O horário da caminhada será às 07:00hs da manhã saindo do PSF local.
Quarta 17/09/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 18/09/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 1	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	
Quinta 18/09/2014 08:30	PSF8	APAE	Nutricionista Assistente social	
Quinta 18/09/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS- Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 19/09/2014 08:30	PSF 4	Grupo de gestante	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	
Sexta 19/09/2014 14:30	PSF5	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Psicóloga	O s atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 22/09/2014 08:30	PSF4	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Assistente social Nutricionista Educador físico	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas

				domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 22/09/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 22/09/2014 14:30	Micro Área de Várzea Redonda/ PSF 5	Palestra Educativa	Psicóloga	Tema: Depressão na atualidade
Terça 23/09/2014 08:30	PSF 8	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 23/09/2014 14:30	PSF 3	Grupo de mulheres “ Cuidando de Mim”	Fisioterapeuta Psicóloga	
Quarta 24/09/2014 08:30	APAE	Atividade física na APAE	Educador físico Nutricionista	
Quarta 24/09/2014 08:30	CAPS AD	Orientação sobre postura	Fisioterapeuta Assistente social	
Quarta 24/09/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta	Micro área de	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	

25/09/2014 08:30	Pau de colher/PSF 1		Nutricionista Assistente social	
Quinta 25/09/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS- Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 26/09/2014 08:30	PSF 4	Grupo de gestante	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	
Sexta 26/09/2014 14:30	Sede do NASF	Reunião entre equipe	Equipe do NASF	Reunião entre equipe para planejamento das atividades e estudo dos casos.
Segunda 29/09/2014 08:30	PSF 5	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Assistente social Educador Físico Nutricionista	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 29/09/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver DIA MUNDIAL DO CORAÇÃO	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 29/09/2014 14:30	Comunidade Conceição/ PSF 6	Palestra	Psicóloga	Tema: O preconceito com a doença mental.
Terça 30/09/2014 08:30	PSF 5	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)

Terça 30/09/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de mulheres "Cuidando de Mim"	Nutricionista Assistente social Psicóloga	Palestra sobre qualidade de vida
Terça 30/09/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de criança Orientação infantil	Fonoaudióloga	
Quarta 01/10/2014 08:30	Micro-area De pé de Ladeira/PSF 1	Palestra em comemoração ao Dia Nacional do idoso	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	A palestra será realizada na comunidade de pé de Ladeira, em comemoração ao dia nacional do idoso. Será realizada oficinas e dinâmicas.
Quarta 01/10/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 02/10/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 1	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	
Quinta 02/10/2014 08:30	PSF8	APAE	Nutricionista Assistente social	
Quinta 02/10/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS-Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Equipe do NASF	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 03/10/2014 08:30	PSF 4	Grupo de gestante Encerramento do grupo	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	Encerramento do grupo
14:30	PSF 4	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 06/10/2014	PSF 3	Atendimento no PSF/Ou visita	Assistente social	Os atendimentos serão realizados priorizando os

08:30		domiciliar	Educador físico Nutricionista	casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 06/10/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver- Campanha Outubro rosa	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 06/10/2014 14:30	PSF 6	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 07/10/2014 08:30	PSF 3	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 07/10/2014 14:30	PSF 3	Grupo de mulheres “ Cuidando de Mim” Campanha Outubro Rosa	Psicóloga	Tema: A importância da saúde emocional para a prevenção do câncer de mama.
Quarta 08/10/2014 08:30	PSF 3	Campanha outubro Rosa	Assistente social Fisioterapeuta Nutricionista Educador físico	
Quarta 08/10/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta		Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	

09/10/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 5			
Quinta 09/10/2014 08:30	PSF8	Pró-infância	Nutricionista Assistente social	Grupo de criança
Quinta 09/10/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS-Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 10/10/2014 08:30	CAPS	DIAMUNDIAL DA SAÚDE MENTAL	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga Psicóloga	Palestra no CAPS em comemoração ao Dia Mundial da saúde mental.
14:30	PSF 1	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Psicóloga	
Segunda 13/10/2014 08:30	PSF 1	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Educador físico Assistente social Nutricionista	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 13/10/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 13/10/2014 14:30	Micro Área de Pau de Colher	Palestra educativa	Psicóloga	Tema: A importância da saúde emocional e psicológica para uma melhor qualidade de vida.
Terça 14/10/2014 08:30	PSF 1	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes)

				Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 30/09/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de mulheres "Cuidando de Mim" Semana da Saúde Mental	Psicóloga	Tema: Esclarecer os tabus acerca das doenças mentais e os preconceitos.
Terça 30/09/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de criança Orientação infantil	Fonoaudióloga	
Quarta 15/10/2014 08:30	PSF8	Pro infância -semana Nacional de Prevenção da Violência na primeira infância	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	Semana Nacional de Prevenção da Violência na primeira infância
Quarta 15/10/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 16/10/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 5	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	
Quinta 16/10/2014 08:30	PSF8	APAE- Dia Mundial da Alimentação	Nutricionista Assistente social	Palestra em comemoração ao dia Mundial da alimentação Convidar s pais dos alunos
Quinta 16/10/2014 08:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS-Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 17/10/2014 08:30	PSF 6	CAMPANHA-Dia Nacional da Vacinação	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	A campanha será realizada no PSF com palestra informativa abordando o tema.
14:30	PSF 5	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os

				profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 20/10/2014 08:30	PSF 7	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Assistente social Educador físico Nutricionista	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 20/10/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 20/10/2014 14:30	Micro área – Lajedo de Oroca	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 21/10/2014 08:30	PSF 7	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 21/10/2014 14:30	PSF 3	Grupo de mulheres “ Cuidando de Mim”	Assistente social Nutricionista Fisioterapeuta	

Quarta 22/10/2014 08:30	PSF 3	SCFV-3	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	Palestra sobre qualidade de vida no Grupo do CRAS
Quarta 22/10/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 23/10/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 1	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	
Quinta 23/10/2014 08:30	PSF8	Pro-infância	Nutricionista Assistente social	Grupo de criança
Quinta 23/10/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS-Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Equipe do NASF	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 24/10/2014 08:30	PSF 1	Grupo de gestante	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	
Sexta 24/10/2014 14:30	Pró Infância	Avaliação Psicológica	Psicóloga	
Segunda 27/10/2014 08:30	PSF 2	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Nutricionista Educador físico	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)

Segunda 27/10/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 27/10/2014 14:30	PSF 7	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 28/10/2014 08:30	PSF 2	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 28/10/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de mulheres “ Cuidando de Mim”	Psicóloga	Tema: Alienação Parental
Terça 28/10/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de criança Orientação infantil	Fonoaudióloga	
Quarta 29/10/2014 08:30	PSF5	SCFV-5	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	Palestra sobre qualidade de vida no grupo de convivência do CRAS
29/10/2014 14:30		Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas		
Quinta 30/10/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 5	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta Nutricionista Assistente social	Palestra sobre hiperdia
Quinta 30/10/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS- Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Equipe do NASF	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 31/10/2014 08:30	PSF 1	Grupo de gestante	Assistente social Educador	

			Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	
Segunda 03/11/2014 08:30	PSF 6	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Educador físico Fonoaudióloga Nutricionista Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 03/11/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 03/11/2014 14:30	Micro área- Gameleira do PSF 5	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 04/11/2014 08:30	PSF 6	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
04/11/2014 14:30	PSF 3	Grupo de mulheres	Assistente social Nutricionista	Palestra sobre higienização e saúde
Quarta 05/11/2014 08:30	PSF 6	SCFV-6	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	Palestra sobre qualidade de vida no grupo de convivência do CRAS

Quarta 05/11/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 06/11/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 1	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	
Quinta 06/11/2014 08:30	PSF8	Pro-infância	Nutricionista Assistente social	Grupo de criança Encerramento do grupo
06/11/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS-Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Equipe do NASF	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 07/11/2014 08:30	PSF 1	Grupo de gestante	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
14:30	PSF 1	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Psicóloga	
Segunda 10/11/2014 08:30	PSF 8	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Educador físico Nutricionista	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Dréd[Segunda 10//11/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 10/11/2014 14:30	PSF 7	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)

Terça 11/11/2014 08:30	PSF 8	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 11/11/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de mulheres "Cuidando de Mim"	Psicóloga	Tema: Depressão em crianças
Terça 11/11/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de criança Orientação infantil	Fonoaudióloga	
Quarta 12/11/2014 08:30	Micro-area Varzea Redonda/PSF 5	Campanha novembro azul	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	Convidar os homens e sua família para campanha a campanha educativa
Quarta 12/11/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 13/11/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 5	Grupo coluna Feliz Campanha Novembro azul	Fisioterapeuta Nutricionista Assistente social	Campanha novembro azul
Quinta 13/11/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS-Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 14/11/2014 08:30	PSF 2	Dia Mundial contra a Diabetes	Assistente social Educador Físico	

14:30	PSF – 2	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Fisioterapeuta Fonoaudióloga Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 17/11/2014 08:30	PSF 4	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Educador físico Nutricionista	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 17/11/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver- campanha novembro azul	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 17/11/2014 14:30	PSF 4	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 18/11/2014 08:30	PSF 4	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 18/11/2014 14:30	PSF 3	Grupo de mulheres	Fisioterapeuta Psicóloga	

Quarta 19/11/2014 07:00	PSF 1	I Caminhada saudável	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	Convidar todos os moradores para a I caminhada saudável. Será realizada caminhada na comunidade orientado pelo Educador físico do NASF, como também orientações nutricionais de como ter uma melhor qualidade de vida. O horário da caminhada será às 07:00hs da manhã saindo do PSF local.
Quarta 19/11/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 20/11/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 1	Grupo coluna Feliz	Nutricionista Assistente social	Palestra em comemoração ao Dia nacional da consciência negra
20/11/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS- Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Assistente social Fonoaudióloga Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 21/11/2014 08:30	PSF 1	Grupo de gestante	Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	
14:30	PSF 8	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 24/11/2014 08:30	PSF 5	Atendimento no PSF/Ou domiciliar visita	Educador físico Nutricionista	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 24/11/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF

Segunda 24/11/2014 14:30	Micro área Boa Vista/ PSF 1	Palestra	Psicóloga	Tema: A importância do apoio social aos pacientes de unidades de doença mental.
Terça 25/11/2014 08:30	PSF 5	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Fonoaudióloga Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 25/11/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de mulheres Dia nacional contra a exploração da mulher	Psicóloga Assistente social	Palestra abordando o Dia nacional contra a exploração da mulher
Terça 25/11/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de criança Orientação infantil	Fonoaudióloga	
Quarta 26/11/2014 08:30	PSF8	Pro -infância	Assistente social Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	
Quarta 26/11/2014 14:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 27/11/2014 08:30	PSF 1	Dia nacional de combate ao câncer	Nutricionista Assistente social	Palestra informativa orientando a respeito do câncer - Dia nacional de combate ao câncer
Quinta 27/11/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS-Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Equipe do NASF	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 28/11/2014 08:30	Micro-area da Salinas/PSF 6	Campanha educativa contra a Dengue	Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	O mês de novembro o setor saúde mobiliza na campanha educativa contra a Dengue Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os

				profissionais atenderão o limite de:
14:30	PSF 2	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 01/12/2014 08:30	Micro-area do Arraial de baixo/PSF 2	Dia nacional de combate a AIDS	Fonoaudióloga Nutricionista Fisioterapeuta	Palestra e campanha na comunidade do Arraial de Baixo ao Dia nacional de combate a AIDS
Segunda 01/12/2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver- Dia nacional de combate a AIDS	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 01/12/2014 14:30	Micro área de 1- Curral Velho	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 02/12/2014 08:30	PSF 8	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Fonoaudióloga Nutricionista Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Terça 02/12/2014 14:30	PSF 3	Grupo de mulheres -ENCERRAMENTO DO GRUPO	Psicóloga Fonoaudióloga Nutricionista Fisioterapeuta	
Quarta 03/12/2014 08:30	Sede do NASF	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	Palestra sobre qualidade de vida no grupo de convivência do CRAS
Quinta 04/12/2014	Micro área de Pau de	Grupo coluna Feliz	Fisioterapeuta	

08:30	colher/PSF 1			
Quinta 04/12/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS- Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Equipe do NASF	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 05/12/14 08:30	Sede do NASF	Planejamento para encerramento dos grupos e do semestre.	Equipe do NASF	
14:30	Pró-Infância	Avaliação Psicológica	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 08/12/2014 08:30	PSF 3	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Educador físico Fonoaudióloga Nutricionista Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10 pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 08/12/nda2014 14:30	PSF8	Grupo Bem Viver- encerramento do grupo	Educador físico Nutricionista Fonoaudióloga	Grupo realizado na Sede do NASF
Segunda 08/10/2014 14:30	PSF 7	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 09/12/2014 08:30	Sede do NASF	Reunião para elaboração das atividades de encerramento dos grupos	Fonoaudióloga Nutricionista Fisioterapeuta	

Terça 09/12/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de mulheres – “Cuidando de Mim”	Psicóloga	Tema: Cuidados com a saúde mental.
Terça 09/12/2014 14:30	Micro-area do Lajedinho/PSF 4	Grupo de Crianças Orientação infantil Encerramento do grupo	Fonoaudióloga	
Quarta 10/12/2014 08:30	APAE	APAE Dia dos Direitos Humanos	Fisioterapeuta Educador físico Nutricionista	Palestra direcionada aos responsáveis sobre Direitos Humanos
10/12/2014 14:30	PSF8	Planejamento das ações e elaboração das atividades a serem executadas	Equipe do NASF	
Quinta 11/12/2014 08:30	Micro área de Pau de colher/PSF 5	Grupo coluna Feliz- Encerramento do grupo	Fisioterapeuta	
Quinta 11/12/2014 08:30	Sede do NASF	Elaboração das atividades de encerramento dos grupos	Nutricionista Assistente social	
Quinta 11/12/2014 14:30	Sede do NASF	Elaboração do PTS-Projeto Terapêutico Singular e estudo de casos, dos pacientes atendidos	Equipe do NASF	O PTS tem como objetivo elaborar estudo de casos de famílias e pacientes acompanhados pelo NASF e ESF/Discussão de casos da situação do paciente.
Sexta 12/12/2014 08:30	Sede do NASF	Reunião de equipe	Equipe do NASF	Reunião para avaliação das atividades realizadas
14:30	PSF 8	Atendimento/Visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Segunda 15/12/2014 08:30	PSF 1	Atendimento no PSF/Ou visita domiciliar	Assistente social Fonoaudióloga Nutricionista Fisioterapeuta	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Assistente social (10

				pacientes/ou 03 visitas domiciliares) Fonoaudióloga (05 pacientes) Nutricionista (05 pacientes) Fisioterapeuta (10 pacientes)
Segunda 15/12/2014 14:30	Micro área Santo Antônio/4	Atendimento /ou visita domiciliar	Psicóloga	Os atendimentos serão realizados priorizando os casos de maior urgência e necessidade. Os profissionais atenderão o limite de: Psicóloga (05 pacientes)
Terça 16/12/2014 08:30 14:30	Sede do NASF	Planejamento das atividades 2015.1	Fonoaudióloga Nutricionista Fisioterapeuta Psicóloga	Planejamento das ações do NASF do primeiro semestre de 2015. <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento • Avaliação dos resultados obtidos • Levantamento de dados • Traçar perfil epidemiológico para o próximo ano • Avaliação dos PTS realizados
Quarta 17/12/2014 08:30	Sede do NASF	Planejamento das atividades 2015.1	Fisioterapeuta Assistente social Nutricionista	Planejamento das ações do NASF do primeiro semestre de 2015. <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento • Avaliação dos resultados obtidos • Levantamento de dados • Traçar perfil epidemiológico para o próximo ano Avaliação dos PTS realizados
Quinta 18/12/14 08:30	Sede do NASF	Planejamento das atividades 2015.1	Assistente social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga	Planejamento das ações do NASF do primeiro semestre de 2015. <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento • Avaliação dos resultados obtidos • Levantamento de dados • Traçar perfil epidemiológico para o próximo ano Avaliação dos PTS realizados

Sexta 19/12/2014 08:30	Sede do NASF	Planejamento das atividades 2015.1	Assistente social Fonoaudióloga Nutricionista Fisioterapeuta	Planejamento das ações do NASF do primeiro semestre de 2015. <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento • Avaliação dos resultados obtidos • Levantamento de dados • Traçar perfil epidemiológico para o próximo ano Avaliação dos PTS realizados
Segunda 22/12/2014	FERIADO	FERIADO		
Terça 23/12/2014	FERIADO			
Quarta 24/12/2014	FERIADO			
Quinta 25/12/2014	FERIADO	FERIADO		
Sexta 26/12/2014	Sede do NASF	Reunião de equipe	Equipe do NASF	Estruturando os planos de ação
Segunda 29/12/2014 08:30	Sede do NASF	Planejamento das atividades 2015.1	Equipe do NASF	Planejamento das ações do NASF do primeiro semestre de 2015. <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento • Avaliação dos resultados obtidos • Levantamento de dados • Traçar perfil epidemiológico para o próximo ano Avaliação dos PTS realizados
Terça 30/12/2014 08:30	Sede do NASF	Balço e avaliação das atividades realizadas, planejamento das ações de 2015	Equipe do NASF	Planejamento das ações do NASF do primeiro semestre de 2015. <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento • Avaliação dos resultados obtidos • Levantamento de dados • Traçar perfil epidemiológico para o próximo ano Avaliação dos PTS realizados
Quarta 31/12/2014 08:30	FERIADO			

ANEXO B – CRONOGRAMA DE DATAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Janeiro

02.01 - Dia do Sanitarista
04.01 - Dia da Abreugrafia
04.01 - Dia do Hemofílico
19.01 - Dia Mundial do Terapeuta Ocupacional
20.01 - Dia Nacional do Farmacêutico – Data instituída pela Lei nº 12.338, de 25/11/2010.
24.01 - Dia da Previdência Social
24.01 - Dia Mundial do Hanseniano
30.01 - Dia da Não Violência
(último domingo) - Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase – Data instituída pela Lei nº 12.135/2009

Fevereiro

04.02 - Dia Mundial de Luta Contra o Câncer
05.02 - Dia da Papiloscopia
05.02 - Dia Nacional da Mamografia (instituído pela Lei nº 11.695/2008)
11.02 - Dia Mundial do Enfermo
28.02 - Dia Internacional das Doenças Raras (data criada em 2008 pela ONG European Rare Diseases Organisation)

Março

08.03 - Dia Internacional da Mulher
14.03 - Dia Mundial do Rim
21.03 - Dia Internacional contra a Discriminação Racial
21.03 - Dia Mundial da Infância
21.03 - Dia Nacional da Síndrome de Down
22.03 - Dia Mundial da Água
24.03 - Dia Mundial de Combate à Tuberculose - Data instituída pela Portaria nº 2.181/2001
24.03 - Semana Nacional de Mobilização e Luta Contra a Tuberculose que será, no ano vigente, aquela que inclua o dia 24 de Março, com as atividades específicas desenvolvidas a partir da segunda-feira.
31.03 - Dia da Saúde e da Nutrição

Abril

04.04 - Dia Nacional do Parkinsoniano
05.04 - Dia Mundial da Atividade Física
06.04 - Dia Nacional de Mobilização pela Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, data instituída pelo PAC Mais Saúde
07.04 - Dia Mundial da Saúde
08.04 - Dia Nacional do Sistema Braille (instituído pela Lei nº 12.266, de 21/6/10).
14.04 - Dia do Técnico em Serviço de Saúde
16.04 - Dia Nacional da Voz. Data instituída pela Lei nº 11.704, de 18/6/2008
17.04 - Dia Internacional da Hemofilia
25.04 - Dia Mundial da Luta contra a Malária
26 a 30.04 - Semana Pan-Americana de Vacinação
26.04 - Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial

28.04 - Dia Internacional das Vítimas de Acidentes de Trabalho e de Doenças Profissionais
30.04 - Dia Nacional da Mulher

Maio

01.05 - Dia Internacional do Trabalhador
08.05 - Dia Internacional da Cruz Vermelha
12.05 - Dia da Enfermagem
15.05 - Dia do Assistente Social
15.05 - Dia Nacional do Controle das Infecções Hospitalares. Instituído pela Lei nº 11.723, de 23/6/2008
18.05 - Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes
18.05 - Dia Nacional da Luta Antimanicomial.
18.05 - Dia de Conscientização sobre a Necessidade de Vacina contra HIV/Aids
19.05 - Dia Mundial da Hepatite
25.05 - Dia do Massagista
26.05 - Dia Nacional de Combate ao Glaucoma - Data instituída pela Lei nº 10.456/2002.
28.05 - Dia Internacional de Luta Pela Saúde da Mulher
28.05 - Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna - Data instituída pela Portaria nº 663/1994.
29.05 - Dia Mundial da Saúde Digestiva
31.05 - Dia Mundial sem Tabaco

Junho

05.06 - Dia Mundial do Meio Ambiente
06.06 - Dia Nacional de Luta contra Queimaduras – instituída pela Lei nº 12.026, de 09/9/2009.
06.06 - Dia Nacional do Teste do Pezinho (instituído pela Lei nº 11.605/2007)
09.06 - Dia da Imunização
11.06 - Dia do Educador Sanitário
14.06 - Dia Mundial do Doador de Sangue
18.06 - Dia do Químico
21.06 - Dia Nacional de Controle da Asma - Data instituída pela Portaria nº 776/1999.
26.06 - Dia Internacional de Apoio às Vítimas da Tortura (instituída pela resolução da ONU nº 52/149, de 1997)
26.06 - Dia Nacional do Diabetes
26.06 - Dia Internacional sobre o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas

Julho

01.07 - Dia da Vacina BCG
02.07 - Dia do Hospital
10.07 - Dia da Saúde Ocular
11.07 - Dia Mundial da População
13.07 - Dia do Engenheiro de Saneamento. Data instituída pelo Decreto nº 53.697, de 13/3/1964
13.07 - Dia do Estatuto da Criança e do Adolescente
25.07 - Aniversário de Criação do Ministério da Saúde – Data instituída pela Lei nº 1.920/1953
27.07 - Dia Nacional da Prevenção de Acidentes do Trabalho
28.07 - Dia Mundial de Luta Contra Hepatites Virais (Data instituída pela OMS)

Agosto

01 a 07.8 - Semana Mundial da Amamentação (De acordo com a Portaria nº 2.394, de 07/10/2009)
 05.08 - Dia da Farmácia
 05.08 - Dia do Nascimento de Oswaldo Cruz
 05.08 - Dia Nacional da Saúde - Data instituída pela Lei nº 5.352/1967
 08.08 - Dia Nacional de Combate ao Colesterol
 21 a 28.08 - Semana Nacional do Excepcional
 24.08 - Dia da Infância
 26.08 - Nascimento de Albert Sabin
 27.08 - Dia do Psicólogo
 28.08 - Dia Nacional de Combate e Prevenção ao Escalpelamento – Data instituída pela Lei nº 12.199/2010
 29.08 - Dia Nacional de Combate ao Fumo – Data instituída pela Lei nº 7.488/1986.
 31.08 - Dia do Nutricionista

Setembro

01.09 - Dia do Profissional de Educação Física – Data instituída pela Lei nº 11.342, de 18/8/2006.
 03.09 - Dia do Biólogo
 05.09 - Dia Nacional de Conscientização e Divulgação da Fibrose Cística
 05.09 - Dia do Oficial de Farmácia - Data instituída pela Lei nº 5.157/1966
 08.09 - Dia Nacional de Luta por Medicamento
 08.09 - Dia Mundial da Raiva
 09.09 - Dia do Veterinário
 10.09 - Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio (Instituída pela OMS)
 16.09 - Dia Internacional para a Preservação da Camada de Ôzônio
 21.09 - Dia Nacional de Luta da Pessoa Portadora de Deficiência. Data instituída pela Lei nº 11.133.
 23.09 - Dia Internacional contra a exploração sexual e o tráfico de mulheres e meninas
 27.09 - Dia Nacional da Doação de Órgãos (instituído pela Lei nº 11.584/2007)
 29.09 - Dia Mundial do Coração

Outubro

01.10 - Dia Internacional da Terceira Idade
 01.10 - Dia Nacional de Doação do Leite Humano
 01.10 - Dia Nacional do Idoso – Data instituída pela Lei nº 11.433, de 28/12/2006
 02.10 - Dia Interamericano da Água
 03.10 - Dia Mundial do Dentista
 3º sábado de outubro - Dia Nacional de Combate à Sífilis
 04.10 - Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde (instituído pela Lei nº 11.585/2007)
 10.10 - Dia Mundial da Saúde Mental - Data instituída pela Portaria nº 1.720/1994
 11.10 - Dia do Deficiente Físico
 11.10 - Dia Nacional de Prevenção da Obesidade. Instituído pela Lei nº 11.721, de 23/6/2008
 12 a 18.10 - Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância – Data instituída pela Lei nº 11.523/2007
 13.10 - Dia do Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta
 16.10 - Dia Mundial da Alimentação
 17.10 - Dia Nacional da Vacinação

- 18.10 - Dia do Médico
- 20.10 - Dia Mundial e Nacional da Osteoporose
- 25.10 - Dia do Cirurgião Dentista
- 25.10 - Dia Nacional da Saúde Bucal - Data instituída pela Portaria nº 10.465/2002
- 27.10 - Dia Nacional de Luta pelos Direitos das Pessoas com Doenças Falciformes – Data instituída pela Lei nº 12.104, de 01/12/2009.
- 27.10 - Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra
- 29.10 - Dia Nacional e Mundial da Psoríase
- 30.10 - Dia Nacional de Luta contra o Reumatismo

Novembro

- 10.11 - Dia Nacional da Surdez
- 14.11 - Dia Mundial do Diabetes - Data instituída pela Portaria nº 391/1997
- 16.11 - Dia Nacional dos Ostomizados - Data instituída pela Lei nº 11.506/2007
- 18.11 - Dia Nacional de Combate ao Racismo
- 20.11 - Dia do Biomédico
- 20.11 - Dia da Consciência Negra
- 21.11 - Dia Nacional da Homeopatia
- 23.11 - Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil - instituída pela Lei nº 11.650, de 04/4/2008.
- 25.11 - Dia Internacional do Doador de Sangue
- 25.11 - Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra as Mulheres
- 27.11 - Dia Nacional de Combate ao Câncer
- 27.11 - Dia Nacional de Luta contra o Câncer de Mama – Data instituída pela Lei nº 12.116/2009
- Dia Nacional de Combate ao Dengue (penúltimo sábado do mês). Data instituída pela Lei nº 12.235, de 19/5/2010.

Dezembro

- 01.12 - Dia Mundial de Luta Contra a Aids
- 02.12 - Dia Pan-Americano de Saúde
- 05.12 - Dia da Acessibilidade
- 06.12 - Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo fim da Violência contra as Mulheres - Data instituída pela Lei nº 11.489/2007
- 09.12 - Dia do Fonoaudiólogo - Data instituída pela Lei nº 11.500/2007
- 09.12 - Dia da Criança Defeituosa
- 09.12 - Dia do Alcoólico Recuperado
- 10.12 - Dia Internacional dos Povos Indígenas
- 10.12 - Dia dos Direitos Humanos
- 13.12 - Dia do Cego

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DO NASF

Data da entrevista: ____/____/____	Hora de início da entrevista:	Hora de término:	Município:
Nome do entrevistado:			Sexo: []M []F
Data de nascimento: ____/____/____	Categoria profissional:	Ano de conclusão da graduação:	
Pós-graduação:		Instituição da Pós-graduação:	
QUESTÕES SOBRE O NASF			
<p>1. Há quanto tempo você está atuando nesta equipe do NASF? [Você já havia trabalhado em outro NASF? Por quanto tempo você atuou? Como foi sua chegada a sua atual equipe? Houve algum processo seletivo? Qual o seu vínculo de trabalho? Qual a sua carga horária? Existiu um momento de apresentação do NASF para as EqSF? Como este ocorreu?]</p>			
<p>2. Existiu algum processo formativo quando você ingressou no NASF? [Como ele ocorreu? Quanto tempo durou essa formação? Você já participou de alguma atividade de formação continuada? Essas atividades são específicas para os profissionais do NASF? Como elas ocorrem? Qual a sua periodicidade? Quais temas são trabalhados nessas atividades?]</p>			
<p>3. No seu entendimento o que é o NASF? [Quais são seus principais objetivos? Quais os principais problemas de saúde da população que você identifica na área de abrangência da unidade? Quais são os principais riscos a que estão expostas essas pessoas?]</p>			
<p>4. Quais são as atividades que você desenvolve no NASF? [Você poderia me descrever uma semana típica do seu trabalho? As atividades que você realiza são decididas de que maneira? Como ocorre esse processo? Existe um planejamento das atividades desenvolvidas? Como ocorre esse planejamento? Qual a sua periodicidade? Quem participa? Nesse planejamento existe a utilização de sistemas de informação? Como os casos dos usuários chegam a sua equipe? Qual o fluxo desse encaminhamento? Onde você realiza o registro das suas atividades? Existe algum relatório elaborado por sua equipe? As atividades que você realiza são monitoradas? Qual a periodicidade? Existe uma avaliação do impacto das atividades do NASF sobre as EqSF apoiadas? Como ela é realizada? Existem indicadores?]</p>			
<p>5. Você desenvolve atividades de reconhecimento do território? [Como ela ocorre? Qual a sua periodicidade? Quem participa? Você realiza atividades com outras instituições e equipamentos do território? Quais são essas instituições? Quais atividades são desenvolvidas? Quem participa dessas atividades? Como elas ocorrem? Qual a sua periodicidade? Existe articulação com outros serviços da rede de saúde? Quais? Como ocorre essa interação? Existe articulação com serviços de outros setores? Quais? Como ocorre essa interação?]</p>			
<p>6. Como você avalia a participação social no município? [Existe algum conselho local de saúde na área de abrangência das unidades? Você já participou de alguma reunião? Você já participou de alguma reunião do conselho municipal de saúde? Você já participou de alguma conferência de saúde?]</p>			
<p>7. Quais instrumentos você utiliza no seu trabalho? [Quem elaborou esses instrumentos? Você utiliza algum instrumento específico para a avaliação das</p>			

famílias? Qual? Você já elaborou algum Projeto Terapêutico Singular? Como foi esta construção? Quem participou? Existe algum instrumento utilizado que é voltado ao PTS? Você participa de algum grupo nas unidades? Qual? Qual a sua periodicidade? Quais profissionais participam? Como é a dinâmica desse grupo?]

8. Você poderia relatar como é o seu **trabalho junto as EqSF?**

[Quais atividades o NASF participa em conjunto com as EqSF? Essas atividades são decididas de que maneira? O planejamento do NASF é realizado de forma conjunta ao planejamento das EqSF? Como é o processo da tomada de decisão das atividades? Todos os membros do NASF e da EqSF participam desses encontros? Qual a sua periodicidade? Existe um cronograma de atividades fruto dessa parceria? Esse cronograma é disponibilizado nas unidades? Existe um monitoramento em conjunto dessas atividades feito pelas equipes? Existe uma avaliação dos resultados? Como ela ocorre? Quais fatores facilitam e dificultam a relação entre o NASF e as EqSF?]

9. Como ocorre a **comunicação** entre você e os outros profissionais da sua equipe?

[Quais estratégias vocês utilizam para comunicação? Como você descreveria a sua relação com a enfermeira da EqSF? E com o médico? E com os ACS? E com as técnicas de enfermagem? E com o dentista? E com a ACD? Existem conflitos? Como eles são manejados?]

10. Como é a relação entre o NASF e a **gestão**?

[Existe um acompanhamento das atividades do NASF pela gestão? Como ele ocorre? Qual a sua periodicidade? Existem instrumentos que são utilizados nesse acompanhamento? Quais são? Como ocorre a comunicação entre o NASF e a gestão? A infraestrutura da unidade comporta a equipe e as atividades do NASF? Quais materiais sua equipe dispõe?]

11. Quais são as facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento do seu trabalho no NASF?

12. O que mudou na atenção básica do município a partir da implantação do NASF?

13. Quais os principais desafios que se apresentam para o NASF?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O MÉDICO E A ENFERMEIRA DA EqSF

Data da entrevista: ____/____/____	Hora de início da entrevista:	Hora de término:	Município:
Nome do entrevistado:			Sexo: []M []F
Data de nascimento: ____/____/____	Categoria profissional:	Ano de conclusão da graduação:	
Pós-graduação:		Instituição da Pós-graduação:	
QUESTÕES SOBRE O NASF			
<p>1. Há quanto tempo você está atuando nesta EqSF? [Você já havia trabalhado em outra EqSF? Por quanto tempo você atuou? Como foi sua chegada a sua atual equipe? Houve algum processo seletivo? Qual o seu vínculo de trabalho? Qual a sua carga horária? Você já atuou com o NASF anteriormente? Onde? Por quanto tempo? Quando o NASF iniciou o trabalho na unidade houve um momento de apresentação para as EqSF? Como este ocorreu?]</p>			
<p>2. Existiu algum processo formativo quando você ingressou na EqSF? [Como ele ocorreu? Quanto tempo durou essa formação? Você já participou de alguma atividade de formação continuada no município? Essas atividades também envolveram os profissionais do NASF? Como elas ocorrem? Qual a sua periodicidade? Quais temas são trabalhados nessas atividades?]</p>			
<p>3. No seu entendimento o que é o NASF? [Quais são seus principais objetivos? Quais os principais problemas de saúde da população que você identifica na área de abrangência da unidade? Quais são os principais riscos a que estão expostas essas pessoas?]</p>			
<p>4. Você poderia me descrever uma semana típica do seu trabalho? [Quais são as atividades que você desenvolve junto ao NASF? Como elas ocorrem? Qual a sua periodicidade? Quem participa? As atividades que você realiza junto ao NASF são decididas de que maneira? Como ocorre esse processo? Existe um planejamento das atividades desenvolvidas? Como ocorre esse planejamento? Qual a sua periodicidade? Quem participa? Nesse planejamento existe a utilização de sistemas de informação? Existe algum relatório elaborado por sua equipe com o NASF? As atividades que você realiza com o NASF são monitoradas? Qual a periodicidade? Existe uma avaliação do impacto das atividades do NASF sobre sua equipe? Como ela é realizada? Existem indicadores?]</p>			
<p>5. Você já participou de alguma discussão de caso com a equipe do NASF? [Como ela ocorreu? Quais profissionais participaram? Qual a sua periodicidade? Existe o encaminhamento desses casos para o NASF? Como ocorre esse fluxo? Quais atividades você desenvolve no domicílio com o NASF? Quais profissionais participam? Qual a sua periodicidade? Existe atendimento compartilhado com algum profissional do NASF? Qual? Como ocorre esse atendimento? Ele é planejado? Com que frequência ele ocorre?]</p>			
<p>6. Você realiza atividades com outras instituições e equipamentos do território junto com o NASF? [Quais são essas instituições? Quais atividades são desenvolvidas? Quem participa dessas atividades? Como elas ocorrem? Qual a sua periodicidade? Em sua opinião o NASF contribui para articulação da EqSF com outros serviços da rede de saúde? Quais? Como ocorre essa interação? E com os serviços de outros setores?]</p>			
<p>7. Como você avalia a participação social no município?</p>			

[Existe algum conselho local de saúde na área de abrangência das unidades? Você já participou de alguma reunião? Você já participou de alguma reunião do conselho municipal de saúde? Você já participou de alguma conferência de saúde?]

8. Você conhece os **instrumentos** de trabalho utilizados pelo NASF?
[Quais são? Você utiliza algum instrumento específico para a avaliação das famílias? Qual? Existe algum instrumento compartilhado entre o NASF e a sua equipe? Você já participou da construção de algum Projeto Terapêutico Singular com o NASF? Como foi esta construção? Quem participou? Existe algum instrumento utilizado que é voltado ao PTS? Você participa de algum grupo na unidade com o NASF? Qual? Qual a sua periodicidade? Quais profissionais participam? Como é a dinâmica desse grupo?]
9. Como ocorre a **comunicação** entre você e os outros profissionais da sua equipe (enfermeira, ACS, técnicas de enfermagem, dentista e ACD)?
[E com os profissionais do NASF? Quais estratégias vocês utilizam para comunicação? Existem conflitos? Como eles são manejados?]
10. Como é a relação entre sua equipe, o NASF e a **gestão**?
[Existe um acompanhamento das atividades desenvolvidas com o NASF pela gestão? Como ele ocorre? Qual a sua periodicidade? Existem instrumentos que são utilizados nesse acompanhamento? Quais são? Como ocorre a comunicação entre sua equipe, o NASF e a gestão? A infra-estrutura da unidade comporta a equipe e as atividades do NASF?]
11. Quais são as facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento do seu trabalho junto ao NASF?
12. O que mudou na atenção básica do município a partir da implantação do NASF?
13. Quais os principais desafios que se apresentam para o NASF?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

Data da entrevista: ____/____/____	Hora de início da entrevista:	Hora de término:	Município:
Nome do entrevistado:			Sexo: []M []F
Data de nascimento: ____/____/____	Categoria profissional:	Ano de conclusão da graduação:	
Pós-graduação:	Instituição da Pós-graduação:		
Tempo de atuação na coordenação:	Atuação prévia em gestão da atenção básica:	Atuação prévia na assistência na atenção básica:	
QUESTÕES SOBRE O NASF			
<p>1. No seu entendimento o que é o NASF? [Quais são seus principais objetivos? Você já havia trabalhado com o NASF anteriormente? Onde? Por quanto tempo? Como foi essa experiência?]</p> <p>2. Como foi o processo de implantação do NASF no município? [Como foram definidas as categorias profissionais e os territórios de atuação? Como foi definida a escolha das EqSF que o NASF presta apoio? Como ocorreu a seleção dos profissionais para o NASF? Existem diferentes tipos de vínculo entre os profissionais do NASF?]</p> <p>3. Existe algum processo formativo quando os profissionais chegam ao NASF? [Como ele ocorre? Quanto tempo dura essa formação? Existem atividades de formação continuada para os profissionais do NASF? Como elas ocorrem? Qual a sua periodicidade? Quais temas são trabalhados nessas atividades?]</p> <p>4. A infraestrutura da unidade comporta a equipe e as atividades do NASF? [Quais materiais a equipe do NASF dispõe? Existe um espaço para os profissionais guardarem esses materiais?]</p> <p>5. Existe um acompanhamento das atividades do NASF pela gestão? [Como ele ocorre? Qual a sua periodicidade? Existem instrumentos que são utilizados nesse acompanhamento? Quais são? Como ocorre a comunicação entre o NASF e a gestão?]</p> <p>6. Quais são as atividades que o NASF desenvolve no município? [Há planejamento dessas atividades pela equipe? Como ele ocorre? Você poderia me descrever uma semana típica de trabalho do NASF? Onde os profissionais registram suas atividades? Existe algum relatório elaborado pela equipe? O NASF monitora suas atividades? Qual a periodicidade? Existe uma avaliação do impacto das atividades do NASF sobre as EqSF apoiadas? Como ela é realizada? Existem indicadores?]</p> <p>7. O NASF realiza atividades com outras instituições e equipamentos do território? [Quais são essas instituições? Quais atividades são desenvolvidas? Quem participa dessas atividades? Como elas ocorrem? Qual a sua periodicidade? Em sua opinião o NASF contribui para articulação da EqSF com outros serviços da rede de saúde? Quais? Como ocorre essa interação? E com os serviços de outros setores?]</p>			

8. Como você avalia a **participação social** no município?

[Existe algum conselho local de saúde na área de abrangência das unidades? Você já participou de alguma reunião? Você já participou de alguma reunião do conselho municipal de saúde? Você já participou de alguma conferência de saúde?]

9. Como você analisa a **relação entre o NASF e as EqSF?**

[Quais são os fatores que facilitam e dificultam essa relação? Existem conflitos? Como eles são manejados? O planejamento do NASF é realizado de forma conjunta ao planejamento das EqSF? Como é o processo da tomada de decisão das atividades? Todos os membros do NASF e da EqSF participam desses encontros? Qual a sua periodicidade? Existe um cronograma de atividades do NASF? Esse cronograma foi pactuado com a EqSF? Ele é disponibilizado nas unidades? Quais atividades o NASF participa em conjunto com as EqSF? Existe um monitoramento dessas atividades feito pelas equipes? Existe uma avaliação dos resultados? Como ela ocorre?]

10. O que mudou na atenção básica do município a partir da implantação do NASF?

11. Quais os principais desafios que se apresentam em relação ao NASF?

**APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A RESPONSÁVEL PELO
ESTUDO DE PROMOÇÃO À SAÚDE EM ESCOLARES NO MUNICÍPIO
INVESTIGADO**

Data da entrevista: ____/____/____	Hora de início da entrevista:	Hora de término:	Sexo: []M []F
Nome da entrevistada:			
Data de nascimento: ____/____/____	Categoria profissional:		
QUESTÕES SOBRE O PROSE			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Há quanto tempo você atua no PROSE? 2. Quais atividades você desenvolve nesse projeto? 3. Quais são os objetivos do PROSE? 4. Você poderia me explicar como funciona o PROSE? 5. Quais ações foram desenvolvidas no município que você é responsável pelo PROSE? Como elas ocorreram? Qual foi a sua periodicidade? 6. Quais instituições participaram da intervenção? Quais profissionais participaram das atividades? 7. Como foi realizada a participação dos profissionais das EqSF nesse projeto? 8. Como ocorreu a participação do educador físico e da nutricionista do NASF no PROSE? 9. Qual a sua avaliação do protagonismo desses profissionais do NASF no projeto? 10. Outros integrantes do NASF se envolveram com o PROSE? Como foi essa participação? 11. Existiu um acompanhamento das atividades realizadas pelos integrantes do NASF no PROSE? Como ele ocorreu? 12. Como você avalia a relação entre os profissionais da APS e das escolas do município? Quais são os fatores que facilitam e dificultam essa relação? 			

APÊNDICE E (Quadro 3) - Sistematização das informações cotejadas, segundo os elementos do processo de trabalho das equipes da APS investigadas.

-Dimensão	Excertos	Argumentos
Histórico		
	<p>“O NASF é escolha dos gestores e como a gente mora num município pequeno e tem um contato maior com as pessoas e o secretário de saúde, quando foi elaborado o projeto na época coincidiu de eu estar formando e como eu também estava fazendo pós na área de saúde coletiva eu fui chamada para poder trabalhar no NASF (profissional do NASF 01).”</p> <p>“O início do processo de trabalho foi bem difícil. Eu comecei a trabalhar primeiro e sentei com o secretário de saúde, ele me passou o que era a proposta, o que era o NASF. Na verdade a gente teve dificuldade porque como era um Programa novo de 2008, e a gente não teve nenhuma capacitação para o trabalho. Então eu comecei a ler artigos, comecei a ler a publicação de 2008 do NASF, o caderno de atenção básica e comecei a me inteirar sobre o projeto, sobre o Programa (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Como eu comecei primeiro, o gestor pedia aos profissionais que viessem falar comigo porque ela vai explicar o que é o Programa. Eu fiquei com essa atribuição de reunir e falar o que é o NASF... eu peguei as partes das atribuições de cada profissional imprimir e entreguei individualmente. Daí ao longo do tempo e do trabalho a gente veio discutindo quais seriam as ações (profissional do NASF 01).”</p> <p>“No início em 2011, a primeira ação do NASF foi a reunião nos PSF, e depois com os ACS separadamente, apresentando o que era o NASF, seu objetivo, o objetivo de cada profissional, qual seria a metodologia de trabalho... Depois dessas reuniões passamos tipo um questionário pra eles colocarem quais eram as demandas, e a partir delas traçamos o perfil epidemiológico da população e começamos a trabalhar montando um cronograma de</p>	<p>A implantação do NASF no município não foi permeada pela capacitação dos profissionais, que tiveram de buscar de forma autodidata qual era a proposta do Núcleo de Apoio, bem como suas atribuições. A inserção dos profissionais da APS do município ocorreu sem a realização de concurso público e a contratação foi exclusivamente por indicação política.</p>

ação.... Só que nesse ano (2011) só fizemos palestras de orientação, não iniciamos o trabalho grupal foi mais para conhecer. Através dessas palestras a equipe percebeu que tinham comunidades que precisavam de um acompanhamento, de uma avaliação de você estar semanalmente, por que palestra você vai lá e depois vai embora, de certa forma você não resolve a situação. Em 2012 e 2013 iniciamos os grupos, a gente achou necessário dividir a equipe pra poder dar conta da complexidade do município, aí ficou dividido em grupos, grupo de idoso, grupo bem viver, gestantes, coluna feliz e o grupo de mulheres, a gente trabalhava focado na prevenção e promoção a saúde (profissional do NASF 01).”

“O secretário de saúde me chamou porque estava previsto esse emprego pra mim... eu cheguei e fui me inteirar do Programa porque eu não conhecia nada (profissional do NASF 02).”

“No início foi um pouco complicado porque os agentes não estavam entendendo a filosofia do NASF, não absorveram a ideia do NASF, acharam que era uma equipe de profissionais que só iam fazer atendimento como o médico, o dentista faz no PSF, e a gente foi quebrando isso tentando mudar a cabeça pra essa visão do NASF de forma preventiva (profissional do NASF 04).”

“[...] nunca tinha ouvido falar do NASF eu comecei a pesquisar um pouquinho quando eu fui convidada. Porque eu trabalhava na parte clínica e não trabalhava com a parte de saúde pública e não tinha muito conhecimento (profissional do NASF 05).”

“[...] teve reunião na secretaria de saúde com as enfermeiras... naquele dia a gente soube o que era o NASF, porque até então o NASF pra mim eu não sabia nem o que significava a sigla, mas naquele dia nós nos reunimos e eles explicaram tudo e depois fizeram uma visita em cada PSF pra conhecer a unidade e se apresentar (profissional da EqSF 03).”

“Quando chegou o NASF foi uma novidade, no começo foi um tumulto a gente achou que era atendimento, pensamos que ia ter nutricionista, psicólogo pra atender, mas veio uma equipe

	<p>pra explicar que o objetivo não era esse e sim orientação em grupo, prevenção aos poucos é que nós fomos pegando o ritmo, mas demorou um pouco porque a gente não entendia o que a gente queria era atendimento (profissional da EqSF 04).”</p> <p>“Eu não participei do projeto. Quando ele foi elaborado eu não estava na gestão. Ai de inicio também tivemos dificuldades porque eles colocaram profissionais médico, tinha um ginecologista e um pediatra. Tudo no intuito de que seria atendimento. Mas quando foi pra dar inicio as atividades os profissionais não tinha essa disponibilidade, tinha essa questão também do atendimento, ai é que foram trocadas as categorias, ai entrou fisioterapia e educador físico no início logo já viu que não ia dar certo. Ai nem chegou a contratar os profissionais médicos (gestora 02)”.</p> <p>“Eu entrei no NASF de para quedas, não fui capacitada, não fui instruída, não me disseram o que era o NASF, como funciona, quais são os profissionais. Isso eu fui aprendendo ao decorrer do trabalho com eles lá... na prática, na prática que a gente acha que é o correto (gestora 03)”.</p>	
Sujeitos		
Profissionais do NASF	<p>“[...] o NASF é uma equipe e faz parte da EqSF, o NASF não é algo separado dos PSF, da saúde da família é tudo uma coisa só (profissional do NASF 03).”</p> <p>“O NASF é uma equipe, uma proposta do Ministério da Saúde, com uma equipe multidisciplinar que tem o objetivo de dar apoio as equipes de saúde da família (gestora 02).”</p> <p>“[...] nossa equipe já está junta há três anos e temos um relacionamento super saudável nunca tivemos problema nenhum. Claro que existe uma coisinha ou outra, um profissional que nós deixamos pra hierarquia tomar conta... quem nós temos menos contato é a psicóloga por conta de carga horária, quem vê assim pensa que ela não faz parte da equipe, a gente nem se encontra eu e ela só em grupo... ela faz o trabalho dela e parece que é algo</p>	<p>O NASF foi identificado como uma equipe multidisciplinar com objetivo de prestar suporte as EqSF. Ressalta-se que no Núcleo de Apoio uma profissional atua de modo desarticulado a sua equipe.</p>

	a parte do NASF (profissional do NASF 05).”	
Médicos	<p>“[...] as pessoas olham muito pro médico... tem a visão de remédio, de auto-medicação, de não se importar com a prevenção (profissional do NASF 01).”</p> <p>“[...] os médicos quase nunca estão na unidade, vai cedo atende e volta logo para ir embora logo e assumir outro setor (profissional do NASF 03).”</p> <p>“[...] nem todos os médicos são comprometidos com o trabalho do PSF (profissional do NASF 04).”</p> <p>“Tem uma troca de médicos, mas a enfermeiras e os agentes de saúde já estão aí a um bom tempo, eles têm uma rotatividade grande porque o que acontece entram muito recém-formados, aí com pouco tempo passam na residência e vai embora (profissional do NASF 04).”</p> <p>“Eu acho que os médicos acabam saindo por uma questão financeira mesmo, não sei por que eles saem tanto, mas existe PSF que o médico está desde o início do NASF... agora médico é mais complicado da gente ter contato, a gente nunca encontra (profissional do NASF 05).”</p> <p>“[...] o pessoal aqui é muito acostumado com o médico e sair do consultório com sua receitinha pra ele está ótimo, tanto é que se entrar numa consulta médica e ele só passar orientação o médico não é bom porque não passou medicamento (profissional do NASF 05).”</p> <p>“O médico não participa de jeito nenhum das reuniões de capacitação com os ACS... médico não esquenta lugar é terminando de atender e já vai embora, então para ele atender e orientar. Ou é um ou é outro, então eu não quero tirar daqui para ele fazer orientação... (profissional da EqSF 03).”</p>	Os profissionais advertiram que o médico é visto como profissional de referência para os usuários, apesar do pouco engajamento dos mesmos com a ESF.

<p>Usuários</p>	<p>“A dificuldade maior é no PSF da zona urbana porque por aqui tem os hospitais por perto, o posto, se a pessoa sentir alguma coisa ela vai para o hospital e é atendida, então não precisa do NASF. A mesma coisa nos PSF, lá a demanda é menor do que nas micro-áreas porque você tem uma micro-área lá no buraco da onça e que o médico não vai, se a gente fizer uma ação naquela região a quantidade de gente é grande, mas se fizer uma ação no PSF vai pouca gente... e se você for passar uma informação pra um usuário daquele, ele vai dizer que não quer ouvir não porque assiste o bem estar, porque assiste na televisão (profissional do NASF 03).”</p> <p>“A gente direciona, mas ele quer ser atendido no hospital, não adianta, não sei por que, paciente é complicado ele quer estar no hospital. Às vezes o médico que está no posto não é o médico que ele está no costume aí ele vai no hospital em busca daquele médico (profissional do NASF 04).”</p> <p>“Porque aqui o pessoal do PSF da zona urbana está mal acostumado de qualquer coisa que sente, qualquer dorzinha do pé já vai direto pro hospital. O hospital não é lugar pra qualquer coisa, é um lugar para emergência, urgência... aí quando a gente chega na zona rural os postos de saúde vazios e o hospital sobrecarregado. Quando você vai fazer uma pesquisa ali dentro do que está acontecendo, a maioria dos casos não tem nada, poderia ser resolvido nos postos (profissional do NASF 04).”</p> <p>“A gente faz muitos trabalhos na zona rural e tem aquela população que nunca teve orientação, então tudo pra eles é remédio (profissional do NASF 04).”</p> <p>“[...] a visão geral hoje brasileira é buscar a reabilitação, a cura e não a prevenção e como o PSF da zona urbana é o mais próximo do centro de reabilitação, tem clínicas aqui na cidade, eu acho que os usuários não têm tanta necessidade quanto os da zona rural, porque eles não têm acesso a isso (profissional do NASF 04).”</p> <p>“Tem pessoas que vem lá do pé da serra e aproveitam para fazer alguma coisa aqui na</p>	<p>De acordo com as evidências, o hospital é o serviço de primeira escolha de parte da população. Além disso, o cenário onde a equipe do NASF tem conseguido desenvolver um trabalho de melhor qualidade é na zona rural.</p>
------------------------	---	---

	<p>cidade, vão pro hospital e não vão pra o PSF (profissional do NASF 05).”</p> <p>“As pessoas vão direto pra lá (USF) porque é mais próximo, porque eles acreditam que ali é um hospital então todo mundo vai pra lá (profissional da EqSF 05).”</p> <p>“[...] o pessoal da zona rural gosta. Da zona urbana eu acredito que não reconhece tanto. É questão de reconhecimento mesmo. O pessoal da zona rural valoriza mais o trabalho do NASF (gestora 02)”.</p> <p>“Tenho 100% de cobertura de saúde da família. Mas é um problema que nós temos. Porque das nove equipes, sete estão localizadas na zona rural. Nós temos 50% da população na zona urbana, só com duas EqSF. E aí, o negócio aqui na zona urbana ainda é complicado. É por isso que a visão dos usuários ainda é muito hospitalocêntrica (gestora 02)”.</p>	
Objetos		
NASF	<p>“Na época eu já estava inteirada e dizia que não é proposta o trabalho ambulatorial, a proposta é o trabalho em conjunto com o PSF, é o atendimento compartilhado, o estudo de caso, a visita domiciliar em conjunto com o médico, o enfermeiro que na verdade não acontece, mas é o objetivo do NASF (profissional do NASF 01).”</p> <p>“O NASF é voltado para apoiar a equipe de saúde da família... por que a EqSF é uma equipe mínima, e se a gente for ver a questão da saúde hoje ela não é só ausência de doenças... e sabemos que uma equipe de saúde não dar conta (profissional do NASF 01).”</p> <p>“O NASF veio pra promover, reduzir os problemas na saúde da população pra que não deixasse o outro adoecer. Só que não acontece dessa forma porque as pessoas quando estão doentes é que procuram a gente (profissional do NASF 02).”</p> <p>“Pra mim o NASF é algo novo, bonito e que futuramente vai ser uma equipe que será bem</p>	<p>O NASF foi identificado pela maioria dos entrevistados como uma equipe com objetivo de prestar apoio as EqSF, cujo trabalho está direcionado para a prevenção das doenças através de atividades educativas. Em contraponto, um profissional do próprio NASF questiona a relevância deste Programa</p>

valorizada, hoje ainda não, o NASF é apenas mais um Programa do governo pra gastar dinheiro. Pelo menos eu falo isso pela realidade daqui do município, e também pela conversa com vários colegas que trabalham nesse setor e veem dessa forma. Por que isso? Por que os PSF, as EqSF não veem o NASF como uma equipe que está dando suporte (profissional do NASF 03).”

“O NASF é um Programa de apoio à saúde da família, a gente procura dar um suporte procura fazer um trabalho preventivo pra diminuir essa demanda até nos postos de saúde da família e até nos hospitais (profissional do NASF 04).”

“Aqui houve muita resistência, quer dizer ainda há sobre esse trabalho preventivo, o pessoal quer muito atendimento clínico... inclusive os ACS do PSF do centro da cidade... acho que é um problema da comunidade por que eles não estão acostumados com esse trabalho, quando explicamos o que é o NASF que iremos fazer palestras eles dizem “não quero saber de palestra não” (profissional do NASF 05).”

“[...] aqui a gente vê o NASF como um apoio para complementar o nosso trabalho... o objetivo deles é ajudar a equipe (profissional da EqSF 01).”

“[...] o NASF ajuda bastante a equipe do PSF e à população ajuda bastante. Ajuda a esclarecer, prevenir algumas doenças (profissional da EqSF 02).”

“O NASF é o complemento da saúde da família, gosto muito do NASF, aceito a forma deles trabalhar, mas eu acho que o NASF deveria melhorar. Não digo esse NASF daqui, todos os NASF porque a forma de trabalhar deles não está agradando a todo mundo... queria que o governo tentasse mudar a estratégia do NASF para melhorar, porque eu até entendo o lado deles, quando você vai num lugar que você vê sempre médico, dentista, enfermeiro, técnico de enfermagem, quando você vai num dia que você vai ver fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista você endoida, claro, você quer passar por uma pessoa que você tem difícil acesso lá fora. Então eles não querem que você vá lá e oriente eles ou encaminhe para outro

problematizando que não há uma robusta inter-relação entre as equipes da APS. Além disso, de uma forma geral a lógica de trabalho do NASF tem sido questionada pelas EqSF que almejam a ênfase nos atendimentos em consultório.

	<p>fisioterapeuta, ele quer ir lá e que você veja o problema, tente resolver o problema, de orientação para ele, e eles vêm cobrar isso da gente, mas eu não vou cobrar isso dos profissionais porque eu sei que não é função deles (profissional da EqSF 03).”</p> <p>“Pra mim é uma equipe multidisciplinar que vem pra dar esse suporte as unidades básicas de saúde tanto nas orientações em grupo quanto nos atendimentos individuais, o objetivo maior é a prevenção... eles terem vindo pra cá ajudou a gente nessa parte de palestra a gente deixava um pouco a desejar (profissional da EqSF 04).”</p> <p>“A população talvez ela não entenda muito ainda o propósito do NASF, eles acham que são os profissionais quem vem pro posto, o pessoal que vem dar as palestras (profissional da EqSF 04).”</p> <p>“Uma equipe que trabalha em estreita relação com a equipe de saúde pra dar solução a alguns problemas, mas eu acredito que não é suficiente no que faz. Eu acredito que não pode ser só palestra. Tinha que ter mais trabalho com a população, com a comunidade. Eu sei que eles trabalham em todo o município que não podem, mas deveria ter mais participação com a comunidade. Porque às vezes o paciente vai para a palestra e fala “ah só falaram”. Então os pacientes não gostam muito desse bate papo (profissional da EqSF 05).”</p> <p>“[...] eles acham que os profissionais do NASF tinham que fazer o tratamento clínico. E a pessoa, aqui na nossa cultura, conhece que o profissional que se veste de branco é o médico, estão habituados a um quadro clínico, de falar assim, “eu estou com dor de garganta” e o médico vier com remedinho, receitar, dar o remedinho, sarou e pronto. Então, assim, eu vejo que o trabalho ele é desacreditado. Ainda não foi conscientizado o que realmente é o NASF, qual a função do NASF (gestora 03).”</p>	
Perfil sócio-demográfico	“Muitos casos de hipertensão e diabetes, gestantes, gravidez na adolescência, drogas, crack, violência, principalmente na zona rural, temos muitos casos de depressão (profissional do NASF 01).”	Houve concordância entre os profissionais quanto a identificação dos agravos

	<p>“[...] hipertensão e diabetes tem muito aqui na região... tem bastante problema psiquiátrico, problema de tireoide, infecção urinária, problema respiratório, são os principais, porque aqui é muito seco, às vezes esfria e depois esquenta, o sol aqui castiga (profissional da EqSF 02).”</p> <p>“Eles quiseram levantar os problemas para depois traçar um cronograma para ver o que é mais prioritário tratar aqui dessa região... cada micro área tem uma realidade diferente, o que predomina mesmo é a hipertensão e a diabetes, mas existe idosos, tabagismo, gravidez na adolescência, DST... o pessoal aqui é muito de lavoura, então se você chegar aqui sexta não tem ninguém, porque eles estão arrumando verdura, fruta pra vender (profissional da EqSF 03).”</p> <p>“Teve caso aqui que a gente teve que resolver problema de lixo, nós fizemos cartazes, conversamos com os donos das casas, na segunda tentativa já acionei a vigilância sanitária. Tem problema de esgoto... Na verdade o PSF é de tudo um pouco, porque cada caso é um caso (profissional da EqSF 03).”</p> <p>“Problemas de depressão, de quem toma medicamento para ansiedade e pra tudo. E problemas também de acidente de trabalho porque quase todas as pessoas trabalham como lavradores na roça... pacientes consumidores de álcool, pacientes que não reconhecem sua doença. Numa região que a pessoa não tem fonte de trabalho é um problema social mais é um problema de saúde, que repercute na saúde das pessoas, porque saúde é bem estar biopsicossocial então se socialmente você tem um problema isso repercute biologicamente em sua saúde (profissional da EqSF 05).”</p>	<p>que acometem a população no território. Entretanto, poucos deram destaque para a influência que os hábitos de vida das pessoas e seu contexto social tem no estado de saúde das mesmas.</p>
Atividades		
Planejamento	<p>“Antes de trabalhar você tem que conhecer a realidade daquela micro-área, no início fizemos o mapeamento da área, da rede, o que a gente pode trabalhar? Quais os recursos da</p>	<p>O planejamento das atividades da equipe</p>

	<p>comunidade que temos? A gente tem uma igreja? Uma associação? Um espaço do PSF?... Daí iniciamos nossas ações com palestras (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Nosso planejamento é de seis em seis meses é um momento bastante trabalhoso de sentar com cada um da equipe vê o que deu certo, o que não deu e montar o cronograma (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Pra planejar as ações não tem uma data específica. A gente ia fazendo assim mais solto. Aí a gente começou a ver que não tinha sentido, que tinha que ter a aproximação de todos os profissionais pra gente fazer uma programação só... foi por isso que nesse cronograma a gente colocou essas reuniões que fazemos às vezes de 15 em 15, quando tem uma necessidade maior a gente conversa semanalmente (profissional do NASF 02).”</p> <p>“[...] se houver necessidade a gente discute no carro mesmo, não precisa de uma reunião... O certo deveria ser toda semana, mas como a gente já faz essa discussão... a gente também liga um pra o outro. Tem mês que não acontece (profissional do NASF 03).”</p> <p>“A gente reúne de acordo com a nossa necessidade de planejamento... depende muito da atividade que a gente vai fazer, já houve também da gente ficar muito tempo sem se reunir, coisa de 3, 4 meses (profissional do NASF 05).”</p>	<p>NASF é marcado por reuniões semestrais com as EqSF. Todavia, as reuniões da equipe do Núcleo de Apoio ocorrem sem uma periodicidade estabelecida.</p>
Cronograma	<p>“[...] primeiro a gente faz a reunião com a EqSF, depois a gente volta pra cá. A gente anota tudo na agenda, a demanda, a opinião deles, o que eles acharam de errado no semestre passado que acha que não deve fazer, aí a gente elabora o cronograma (profissional do NASF 02).”</p> <p>“[...] às vezes eles (EqSF) sugerem alguém coisa, uma oficina, a gente já Programa pra colocar no próximo cronograma, nunca assim aleatório porque o cronograma já está feito (profissional do NASF 02).”</p>	<p>O cronograma da equipe é semestral e seu processo de elaboração conta com a participação de integrantes da EqSF, o mesmo é disponibilizado a todas as equipes e instituições que o NASF atua. Porém, as atividades do cronograma</p>

	<p>“Ela (psicóloga) faz tipo um cronogramzinho semestral para ela, só que a gente encaixa nesse oficial, porque aqui é mais de uma semana pra gente preparar esse cronograma(profissional do NASF 02).”</p> <p>“Vamos até a unidade e entregamos na mão da enfermeira o cronograma do semestre todo pra não acontecer imprevistos (profissional do NASF 03).”</p> <p>“[...] a gente faz um cronograma semestral e temos os grupos que são em dias fixos, temos os atendimentos e visita domiciliar que nós fazemos um rodízio cada semana em um PSF diferente(profissional do NASF 04).”</p> <p>“Tem PSF que a gente vai e dá de cara com o nada... o PSF aqui da zona urbana é a unidade que a gente tem mais dificuldade de trabalhar. Parece que a enfermeira nem olha o cronograma (profissional do NASF 05).”</p> <p>“Eles entregam o cronograma pronto, eles montam entre eles e apresenta pra gente, mas deixam bem aberto caso a gente queira fazer alguma mudança (profissional da EqSF 01).”</p> <p>“O cronograma é semestral e eles ainda colocam assim do lado: atendimento, visita ou palestra. A enfermeira escolhe conforme está sendo a demanda, quando eles formam o cronograma com a data e o tema a ser trabalhado, eles me perguntam qual a micro área é para cada tema, o cronograma deles é baseado no PSF... quando o cronograma chega aqui a primeira coisa que eu faço é marcar uma reunião com os ACS, aí eu falo para eles que tal dia terá tal coisa na micro área, eles divulgam baseado o que é passado para a enfermeira e o que a enfermeira passa para os ACS (profissional da EqSF 03).”</p> <p>“A gente faz o cronograma em cima dos dias que cada profissional atende. Nos PSFs é mais conciso o dia que o médico esteja, porque as pessoas vão estar lá no PSF pra eles não terem que se deslocar outro dia e ai a gente não ter frequência (gestora 03)”.</p>	<p>são rígidas não havendo mudanças ao longo do semestre na programação.</p>
--	---	--

	<p>“Todos os PSFs e todas as instituições na qual o NASF participa ou tem algum vínculo tem esse cronograma. Tem que ter pra ele saber os dias que vai ter uma atividade lá (gestora 03)”.</p>	
<p>Atendimentos</p>	<p>“Não temos uma sala reservada para o NASF, quando realizamos um atendimento vamos pra sala do médico quando ele não está lá ou já foi embora, ou da própria enfermeira ou na sala de reunião (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Como a proposta do NASF não é o atendimento, cada profissional que estipulou uma quantidade. A nutricionista, por exemplo, às vezes atendia pessoas que não tinham necessidade nenhuma (profissional do NASF 01).”</p> <p>“É um rodízio que a gente faz. Por isso que a gente demora de voltar lá... Eu atendo mais casos novos, mas pra orientar mesmo, agora acontece de ter retorno só para falar dos resultados. Aí eu dou mais uma recauchutada no tratamento, aí eles não vêm mais (profissional do NASF 02).”</p> <p>“Quando é um caso grave eu tento encaixar no próximo PSF que eu vou atender ou então eu faço assim... eu aviso ao ACS mandar me procurar lá onde eu vou fazer a palestra. Acontece muito isso eu terminar a palestra o pessoal estar lá no cantinho (profissional do NASF 02).”</p> <p>“[...] tem muita transição de enfermeiros das unidades, foi muito difícil, até hoje eles querem o atendimento individual a qualquer custo. Então a gente faz até hoje essas reuniões, todo início de cronograma pra passar o objetivo, o quê que é o NASF (profissional do NASF 02).”</p> <p>“Na segunda-feira normalmente deixamos pra atendimento direcionando os profissionais pra não chegar todo mundo de vez e também porque só temos um carro e a gente divide, de manhã vão dois profissionais a tarde vai mais três (profissional do NASF 03).”</p> <p>“[...] eu estava vendo a necessidade e não podia deixar ali esperando muito tempo, aí eu</p>	<p>Os atendimentos são realizados nas USF por um sistema de rodízio semanal, onde cada profissional atua um turno nessa atividade, que é realizada sem a pactuação de critérios para o agendamento. Além disso, os atendimentos individuais foram identificados como a atividade mais requisitada pelas EqSF.</p>

atendi algumas vezes, orientei a família pra ver o que poderia fazer para melhorar, até porque eu não iria estar ali toda semana... a gente faz rodízio e depois que a prefeitura incluiu um fisioterapeuta para atendimento domiciliar deu certo alívio, mas necessita de mais (profissional do NASF 04).”

“Cada profissional tem um limite de consultas. No meu caso são 10 no máximo. A gente não determinou critério de marcação (profissional do NASF 04).”

“[...] tem PSF que só quer atendimento se você fizer a semana toda tem, já se fizer palestra não dar certo, mas existem outros PSF que querem orientação (profissional do NASF 05).”

“Do PSF 1 mesmo, eu já fui duas vezes e não houve atendimento, quando perguntei por que não estava tendo ninguém eles falaram que o pessoal não estava gostando, por que vem e vocês pegam e fazem o encaminhamento. Mas, eu disse que eles tinham que explicar o que era o NASF (profissional do NASF 05).”

“[...] a nutricionista e a psicóloga que tem uma demanda maior de atendimentos individuais (profissional da EqSF 01).”

“Os ACS avisam, eu sei que eles avisam é o paciente que não vem porque não quer mesmo, até que estão vindo porque aqui está dividido metade atendimento e metade palestra. Se tirar o atendimento, nem um nem outro, se não acaba o NASF daqui... (profissional da EqSF 03).”

“[...] depois que a gente encaminha a pessoa já ficamos naquela expectativa de saber o que ela achou, como nós vamos nos comportar diante daquele caso, principalmente com a psicóloga, essa conversa ocorre logo após o atendimento (profissional da EqSF 04).”

“A psicóloga trabalha mais com consultas agendadas e eu encaminho pacientes para ela. A nutricionista também, mas eu gostaria que fossem mais, porque eles lá fazem muitas palestras. Muito bom fazer palestra falar com hipertensos, idosos, mas eu acredito que

	<p>podíamos trabalhar mais com atendimentos diretamente com pacientes (profissional da EqSF 05).”</p> <p>“Nós tivemos muita dificuldade pra poder dar início as atividades do NASF, pela questão de atendimento. É atendimento? Não é? Confundia muito. E é apenas um suporte, trabalho em coletivo, trabalho em grupo. A gente teve muitas dificuldades porque quando foi divulgado que viria nutricionista, assistente social, fisioterapeuta. Pronto! Ai todo mundo já fez sua listinha de demanda de quem precisa de fisioterapeuta, obesos que precisam de nutricionistas (gestora 02).”</p>	
Visitas domiciliares	<p>“[...] a enfermeira às vezes nem coloca o atendimento lá no PSF para eu fazer essas visitas, são duas visitas que a gente faz nesse dia do atendimento (profissional do NASF 02).”</p> <p>“[...] quando a equipe de saúde solicita o NASF pra fazer uma visita domiciliar eu passo lá avalio o caso, vejo a necessidade de outros profissionais e trago pra equipe pra gente discutir se seria melhor encaminhar para tal unidade, se seria melhor solicitar atendimento domiciliar (profissional do NASF 04).”</p> <p>“[...] alguns casos a gente marca visita, na maioria das vezes o agente que acompanha o profissional... a gente trabalha em conjunto, eu passo um caso, e eles me trazem de volta (profissional da EqSF 01).”</p> <p>“Tem pessoas daqui da comunidade que chegam aqui e dizem que eu passei o problema pro NASF, que o NASF foi na casa dela, mas que não resolveu nada, ele manda ir para outro... eles me perguntam se não é mais fácil eu falar com o médico pra ele me dar o encaminhamento direto. A população já começou a desvalorizar, eles dizem: “ah não vou para NASF não, pra quê, pra me encaminhar para outro? (profissional da EqSF 03).”</p>	<p>As visitas domiciliares ocorrem em função do agendamento das EqSF e são mediadas pelos ACS. As enfermeiras destacam que a lógica de trabalho do NASF, pautado na escuta e encaminhamento dos usuários, tem sido alvo de insatisfação da população.</p>
Palestras	<p>“Só o grupo do idoso que não fizemos esse ano (2014) porque paramos um pouquinho com os grupos, e vimos à necessidade de trabalhar as campanhas porque estávamos trabalhando</p>	<p>As palestras efetuadas nos serviços e instituições da</p>

	<p>muito com grupos e atendimentos (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Fazemos palestras de Aids, álcool, novembro azul, outubro rosa, hipertensão, hiperdia, sobre a fala, a escrita (profissional do NASF 05).”</p> <p>“Eles marcam uma palestra fazem lanche, mas vem um ou dois, eu fico com pena porque eu sei que não é a culpa do profissional do NASF eles trabalham conforme o propósito (profissional da EqSF 03).”</p> <p>“[...] temos também os dias de palestras e orientações a depender das datas comemorativas, como o outubro rosa, novembro azul, dia mundial de combate ao fumo à AIDS tudo em cima dessas datas do ministério da saúde (profissional do NASF 04).”</p> <p>“Quando começou o NASF conversamos com os ACS e eles passaram o que mais tinha de demanda e fomos trabalhando em cima delas é tanto que no primeiro ano trabalhamos focado todinho no hiperdia, só fazendo palestra e atendimento (profissional do NASF 05).”</p> <p>“[...] tem PSF que a parte de orientação do NASF funciona muito bem, já tem PSF que não, não porque o NASF não esteja fazendo o trabalho deles, mas porque a população está enjoada e não quer mais ouvir orientação (profissional da EqSF 03).”</p> <p>“Aqui é difícil o NASF trabalhar porque eles (população) querem atendimento, eles me perguntam como é que eu coloco psicóloga, fisioterapeuta só para dar palestra, eu digo a eles que é o Programa, hoje eles estão mais conformados, mas ainda é muito difícil (profissional da EqSF 03).”</p>	<p>comunidade são baseadas essencialmente no calendário do Ministério da Saúde. No entanto, estas não contam com o envolvimento participativo dos usuários, uma vez que estes almejam às práticas assistenciais.</p>
Grupos	<p>“Quando é trabalho em grupo ou realizamos na sala de reunião ou em algum recurso da comunidade numa igreja, escola ou creche (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Não temos um cronograma de temas de grupo, a gente começou a dividir, hoje você vai para</p>	<p>O grupo é para a equipe NASF uma importante maneira de desenvolver a educação em saúde,</p>

<p>tal grupo, semana que vem a gente vai falar de atividades física é você quem vai, mas antes não, ia mesmo todo mundo. No dia da avaliação vem os três (profissional do NASF 02).”</p> <p>“Ano passado (2013) já fizemos um grupo só de ACS na nossa sede, mas como muitos moram na zona rural não tinham como participar aí ficaram só os daqui. No começo foi fluindo, mas de repente eles começaram a não vir mais... o objetivo final era explicar o que era o NASF, sua importância na sociedade porque quando ele não avisa ao usuário dele o prejudicado não é o NASF, o prejudicado são os usuários (profissional do NASF 03).”</p> <p>“[...] a gente está encerrando o grupo em uma micro área e o pessoal já está pedindo pra gente ficar, mas a gente não tem como ficar, nós temos que orientar as outras pessoas em outros lugares também (profissional do NASF 04).”</p> <p>“[...] eu tenho meu grupo sozinho pra pessoas com algum problema de coluna, eu procuro orientar com palestras, sessões de ginástica laboral, alongamentos, exercícios físicos, caminhadas, tudo para tentar tirar esse grupo dos medicamentos e sedentarismo (profissional do NASF 04).”</p> <p>“O único grupo fixo hoje é o da psicóloga que montou um grupo de mulheres que tem em média 20 mulheres (profissional da EqSF 01).”</p> <p>“[...] vai ser difícil você segurar a atenção desses pacientes, então a gente começa com atendimento e depois a gente vai tentando segurar essas pessoas pra gente formar um grupo (profissional da EqSF 03).”</p> <p>“Elas começaram a trabalhar os grupos só que chegou certo momento que esses grupos foram se desfazendo, as pessoas não queriam vir mais, e eu vi a preocupação deles se eram eles quem estavam errando, mas o problema não é o NASF (profissional da EqSF 03).”</p> <p>“Tivemos um grupo que era semanal, ficou um ano, porque tinha boa frequência o pessoal</p>	<p>atividade que não tem sido privilegiada pelas EqSF. Apesar da sua importância foi destacado que os grupos de uma forma geral apresentaram significativa redução do número de participantes.</p>
---	--

	<p>gosta de movimento, quando é falar muito eles já vêm uma semana falta outra, a gente tem que estar sempre dinâmico procurando fazer alguma coisa pra inovar pra chamar eles pra virem (profissional da EqSF 04).”</p> <p>“Eles (EqSF) até fazem atividades educativas mas em forma de palestras ou algum encontro. Mas assim, grupo mesmo com rotinas de encontros, não (gestora 02).”</p>	
Registro	<p>“[...] toda atividade que a gente realiza é registrada, se tem uma reunião é registrado no livro de ata, se tem uma oficina é registrada nesse livro de atividades, quando é visita ou atendimento é registrado em outro livro que separamos para não ficar misturado... só que o registro mesmo pra você detalhar é feito no prontuário e fica no PSF, onde usamos o mesmo prontuário da EqSF (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Preenchemos a ficha do SIA/SUS. Agora em 2014 vieram novas fichas (E-SUS) que é de atividade coletiva e de atividade individual (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Eu faço evolução nos prontuários dos pacientes nos dias das reuniões. Eu venho (sede do NASF) fazer essas evoluções, a folha do E-SUS, a gente colocou sempre essas reuniões pra fazer essas coisas internas (profissional do NASF 02).”</p> <p>“No caderno, todo mundo assina que participou da atividade... a gente tem até dois cadernos por que acontecia de ter dois grupos ao mesmo tempo e um levar o caderno e o outro ficar sem, já aconteceu de fazermos em folha, só que folha perde ai acabamos abrindo dois cadernos... tem PSF que tem o caderno com as atividades que o NASF faz, como o PSF 2 e 3, mas tem PSF que não (profissional do NASF 05).”</p> <p>“Eles registram nos livros, fazem a evolução nos prontuários na própria unidade de saúde da família e fazem a produtividade. Inicialmente era aquele boletim de produção ambulatorial e hoje o E-SUS (gestora 02)”. ”</p>	<p>Os profissionais do NASF registram suas atividades em livros-ata, mas também utilizam os prontuários das famílias para registro dos usuários acompanhados.</p>

<p>Avaliação e monitoramento</p>	<p>“Pra mim o acompanhamento é você ir tentar solucionar a situação daquela família naquele momento e pronto, não tem como a gente ficar acompanhando porque se formos ficar acompanhando só uma família, e ou outros PSF? Não tem como, a equipe é muito pequena pra poder dar conta (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Essa avaliação é mais informal mesmo ocorre mais no final do ano, quando avaliamos como foi o trabalho o que foi positivo, o que deu certo, o que não deu, mas ainda é algo muito sem registro deveríamos fazer um relatório (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Só no final do ano que a gente avalia. Às vezes a gente se reuni e fala sobre tal evento que a gente fez, se deu certo, e se vamos fazer em outro lugar. É dessa forma que a gente avalia. Não é toda semana, nem todo mês (profissional do NASF 02).”</p>	<p>A avaliação e o monitoramento das atividades não são privilegiados pela equipe do Núcleo de Apoio, e quando estas ocorrem são marcadas pela inexistência de critérios e indicadores.</p>
<p>Recursos e infraestrutura</p>	<p>“Eu acho a realidade das unidades daqui com uma boa infra-estrutura... o gestor aqui investi muito em saúde é tanto que atende a região todinha (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Material a gente usa a criatividade por que eu já pedi um som desde quando eu entrei e até hoje esse som está vindo de jegue... Eles falam que o problema é licitação, a gente faz a lista de solicitação entra ano sai ano e continua a mesma coisa, nunca chega material pra gente (profissional do NASF 03).”</p> <p>“[...] de material, material mesmo não tenho, na ginástica laboral eu não uso nada, nenhum tipo de equipamento eu solicitei algumas coisas, mas ainda não compraram (profissional do NASF 04).”</p> <p>“Usamos data show, slides, folhetos que pegamos na secretaria de saúde, deixamos tudo organizadinho aqui na sala e quando precisamos a depender da palestra pegamos e levamos (profissional do NASF 05).”</p> <p>“No posto aqui tem mais materiais do que nós hospitais que eu trabalho da região</p>	<p>Apesar dos profissionais das EqSF pontuarem que a oferta de materiais é satisfatória, a equipe NASF não desfruta de tal situação e dispõe de poucos recursos.</p>

	<p>(profissional da EqSF 02).”</p> <p>“Já aconteceu de eu chegar aqui eu estar na minha sala no pré-natal, o médico atendendo e tinha paciente para poder passar pela nutricionista e pra fonoaudióloga e cadê a sala? Não tinha. O PSF nesse ponto deveria ter uma sala aqui para o atendimento do NASF, pra palestra do NASF, mas como se o NASF veio depois e o PSF já estava pronto. Quando é atendimento e está tudo ocupado eu dou a minha, mas às vezes quando é pré-natal eu não posso dar porque as gestantes estão tudo esperando (profissional da EqSF 03).”</p> <p>“A gente tem um carro, um computador, um datashow, materiais o mínimo do mínimo. A fono não tem material nenhum lúdico pra ela poder trabalhar. O que ela usa, às vezes, é o dela que ela faz particular, traz e usa (gestora 03)”.</p>	
<p>ENASF</p>	<p>“[...] existe um encontro com todos os NASF da região da DIRES. Lá tem uma capacitaçãozinha e nós apresentamos nosso trabalho e outras cidades também... tivemos agora em setembro de 2014, e antes em 2011 quando tínhamos 8 meses (profissional do NASF 05).”</p> <p>“A gente tem a oportunidade de ter capacitação, de ter cursos... Esse encontro do ENASFs mesmo foram convidados todos os municípios pra contar a realidade dos NASFs. A gente falou a nossa realidade, mostramos o nosso trabalho de quando começamos em 2011 até agora em 2014... os outros municípios tinham carro, uniforme e a gente tinha as atividades. Então, eles não tinham assim conteúdos para mostrar. Então fica mais assim como se a gente fosse o único NASF que tava funcionando na realidade (gestora 03).”</p> <p>“[...] a gente sugeriu pra que tenha todo ano esse encontro pra gente falar das dificuldades também e a presença dos gestores lá nesses encontros porque nunca vai (profissional do NASF 02).”</p> <p>“O único NASF que participou dos dois encontros com a equipe completa foi o NASF daqui</p>	<p>A equipe NASF participou de dois encontros promovido pela DIRES. Nesses as equipes tiveram a oportunidade de trocar experiências e apresentar o trabalho que vem desenvolvendo.</p>

	do município, por que os outros como mudou o gestor muda a equipe do NASF... De lá pra cá a equipe que mais apresentou resultados foi a equipe da gente (profissional do NASF 03).”	
Agenda da EqSF	<p>“A gente aqui também faz um cronograma, mas por ser zona rural é difícil seguir tipo: segunda é dia de hipertenso, terça é pré-natal, quarta faz visita domiciliar, tem dia que a gente vai enfermeira junto com o médico, tem a puericultura, mas é difícil trabalhar dessa forma aqui porque a depender da necessidade se chega um paciente aqui você não vai deixar de atender aquele paciente ou gestante. A maioria das vezes é demanda livre. Tem vários atendimentos “extra-muro”, a gente sai daqui e vai atender numa localidade bem distante que faz parte desse PSF (profissional da EqSF 01).”</p> <p>“Grupo montado a gente não tem, mas quando a gente marca alguma atividade, palestra, a gente escolhe um tema e aborda (profissional da EqSF 01).”</p> <p>“É mais atendimento que faço e algum procedimento se aparecer, alguma sutura por corte. A gente já evita do paciente sair daqui e ir lá pra cidade pra fazer a sutura... uma vez por mês a gente faz visita nas localidades pra fazer consulta, porque as pessoas que moram lá não tem condições de vim pra cá (profissional da EqSF 02).”</p> <p>“Temos duas reuniões com os ACS, uma reunião é obrigatória para eles me entregarem a produtividade mensal e outra de capacitação... isso fortaleceu muito o ACS porque às vezes antes eles eram vistos como aquela pessoa que só vai na casa visita e vai embora, e hoje eles dão palestra junto comigo (profissional da EqSF 03).”</p> <p>“Segunda-feira aqui é o dia que dá mais movimento... tem ônibus que trazem eles de uma micro área mais afastada dia de segunda e dia de quarta. Segunda tem a dentista, eu fico no pré-natal, tem o médico. Na parte da tarde que é mais parada aqui o que tiver de atendimento a gente faz. Na terça-feira a demanda também é espontânea do médico. Dia de quarta-feira é o dia que eu não fico na unidade, eu vou visitar os meus hipertensos e os meus diabéticos nas micro áreas. Chego lá está todo mundo esperando, aí eu chego a pressão,</p>	De acordo com as evidências, as EqSF atuam com base em uma agenda de trabalho semanal, onde a enfermeira é a principal responsável pelo gerenciamento da equipe. Já os médicos direcionam sua carga horária, quase que exclusivamente, aos atendimentos e juntamente com os odontólogos estão distantes das práticas do NASF.

glicemia, medir a cintura, já levo a solicitação de exame, já dou receita na hora, já levo solicitação de exame. Isso daí eu faço praticamente terça e quarta porque são muitas famílias, atendo quem está lá, terminou, vamos para as casas. dia de sexta-feira aqui é mais parado, é dia de coleta de exame laboratorial (profissional da EqSF 03).”

“A dentista atende de 10 a 12 pacientes por dia, também só meio período, e vem de segunda a sexta. A dentista ela é muito participativa, enquanto eu faço as minhas atividades, ela dá a palestra. Nesse ponto nosso trabalho é bem compartilhado (profissional da EqSF 03).”

“[...] temos certa dificuldade de trabalhar com grupos... nesse segundo semestre de 2014 somente o que funcionou foi o de gestantes e o Hiperdia. O Hiperdia eu faço uma vez por semana em cada micro área. Agora as gestantes eu já faço no dia do pré-natal... no dia que eu vou lá, se for só para dar uma pequena orientação e aferir pressão eles não vão lá para isso, mas quando se fala que tem remédio, colher a glicemia e solicitação de exame eles não perdem. E as gestantes também têm medo por causa do benefício que elas recebem... hoje eu estou vendo que a população, não é todo mundo, está perdendo o gosto pela orientação, acha assim, “Eu só vou para algum lugar se eu ver algum benefício, se não eu não vou (profissional da EqSF 03).”

“O médico atende no turno da manhã três dias, segunda, terça e quinta, e quando tem visita agendada, que é dia de sexta ele vem... ele já chegou a atender 40 pacientes... dia de quinta é um dia que o médico não vem na unidade, ele vai pra micro-área atender num posto, que é um ponto de apoio (profissional da EqSF 03).”

“[...] o médico já fez muito aqui, ele me chama e fala que o paciente é um caso para o NASF, aí vejo o dia que vai estar e marco, na frente da paciente, o dentista é a mesma coisa, é aberto, tanto o ACS pode trazer a demanda quanto ser daqui de dentro do PSF (profissional da EqSF 03).”

“A gente trabalha com cronograma, cada dia da semana tem um Programa, na segunda-feira

eu faço a puericultura com as crianças de 0 a 5 anos, terça-feira a gente faz preventivo, quarta-feira pré natal, e deixamos a quinta-feira e a sexta-feira pra o hiperdia... tem visitas domiciliares tudo previamente definido pra atender todos os programas (profissional da EqSF 04).”

“[...] eu não venho na parte da manhã no posto e da mesma forma a tarde ela não tem como vir, porque ela atende as comunidades rurais, há um revezamento, embora ela atenda a área dela e eu atenda a minha, quando precisa vem as duas juntas (profissional da EqSF 04).”

“[...] segunda-feira é muito tumultuado por conta do atendimento dos médicos e o pessoal da zona rural que vem... eu tenho sempre que estar vindo pela manhã pra dar um suporte ou fazer algum planejamento (profissional da EqSF 04).”

“Nós trabalhamos com um grupo de gestantes, hiperdia e a gente faz sala de espera também... geralmente de mês em mês, às vezes intercalamos de dois em dois meses....o NASF dá um suporte muito grande pra gente nessa questão dos grupos (profissional da EqSF 04).”

“No início a gente sentiu um pouco de dificuldade porque ela (Médica do Mais Médicos) queria todo atendimento agendado e a gente não tinha essa cultura de está agendando, aqui era demanda espontânea e quando ela chegou foi pra minha equipe... os médicos daqui não gostavam muito de fazer visitas, principalmente em ir pra zona rural, a gente estava tendo esse problema, ela gosta de fazer visita os médicos brasileiros não gostam, em conversa com o secretário e com nossa coordenadora da atenção básica decidiu que ela ia para o PSF e os outros médicos vieram pra minha equipe (profissional da EqSF 04).”

“[...] eu (Médica do Mais Médicos) era uma pessoa nova, estrangeira, com uma fala diferente, com uma forma de trabalhar diferente por que eu trabalho puramente a atenção primária, eu gosto do meu trabalho e aqui foi difícil o princípio trabalhar assim, eu ainda não consigo trabalhar tudo o que seria a atenção primária, mas pouco a pouco a equipe vai melhorando

	<p>por que elas não estavam acostumados ao trabalho contínuo, com visitas domiciliares contínuas esse tipo de trabalho... eles estão acostumados a trabalhar como um pronto atendimento e isso não é atenção de família, não é atenção primária (profissional da EqSF 05).”</p> <p>“[...] no dia do Hiperdia elas sentavam 50, 100 pacientes só pra trocar receita, pra mim não deveria ser assim por que eu tenho que falar com o paciente, examinar e se eu posso, além disso, dar uma palestra muito melhor por que atenção primária é isso prevenir e pra isso você tem que falar, falar e falar muito para que o paciente aprenda e você também aprenda com eles (profissional da EqSF 05).”</p> <p>“Dia de segunda eu faço puericultura, como tem feira na cidade todo o pessoal da roça vem e tem muito atendimento de demanda espontânea. Terça e quarta geralmente se tivermos transporte fazemos visitas, quando algum paciente precisa de atendimento domiciliar fora desses dias nós vamos também. Quinta-feira é o pré-natal e dia de sexta eu estudo para a especialização (profissional da EqSF 05).”</p>	
Instrumentos		
Tecnologia médica sanitária	<p>“Em 2014 alguns grupos não tiveram continuidade como o grupo de idoso e o de gestantes, porque focamos no calendário do ministério da saúde trabalhando mais com campanhas, como o novembro azul, outubro rosa, dia nacional contra a AIDS, contra a tuberculose (profissional do NASF 01).”</p> <p>“[...] de tecnologia não tem muita coisa, a gente usa computador, Datashow para palestras. No caso de consultas a gente tem a ficha de avaliação, os equipamentos necessários, estetoscópio, tensiômetro (profissional do NASF 04).”</p> <p>“Aqui no posto, uma vez por mês, faz hemograma, triglicérides, colesterol, glicemia, exame de urina (profissional da EqSF 02).”</p>	Os profissionais do NASF direcionam as atividades de educação em saúde tendo como base as campanhas do Ministério da Saúde, além de utilizar tecnologia médica como instrumentos de trabalho.

<p>Outras tecnologias</p>	<p>“Tem alguns casos que já elaboramos até o PTS que teve um acompanhamento de toda a equipe (profissional do NASF 01).”</p> <p>“[...] agora nesse último encontro (ENASF) eles mostraram que era um projeto bem detalhado, pra você colocar informações da família, um livro na verdade! Quando nós iniciamos não tínhamos contato com esse modelo de PTS, e começamos a fazer pelo senso comum, a gente sentava fazia estudo de caso colocava o que cada um fazia com aquele paciente e fazíamos o registro desse acompanhamento (profissional do NASF 01).”</p> <p>“[...] quando é um caso mais grave que a gente faz (PTS)... a gente elaborou e foram todos os profissionais, fazemos a visita, o relatório daquele paciente, depois a gente discute seu atendimento e elabora o projeto e arquiva... acho que a gente só fez uns três projetos esse ano (profissional do NASF 02).”</p> <p>“Esse semestre não apareceu nenhum caso específico pra PTS. Mas no semestre passado teve uns dois ou três casos (profissional do NASF 04).”</p> <p>“Tem uma reunião que eles vêem esse PTS. Já faziam antes, agora tem que aplicar o PTS, que a gente vai precisar ter uma cota, a fiscalização vai chegar e vai pedir (gestora 03)”.</p>	<p>A equipe NASF não realiza PTS com regularidade e a EqSF não participa do seu processo de construção.</p>
<p>Relações técnicas e sociais</p>		
<p>NASF</p>	<p>“[...] entre a equipe do NASF quase não temos nenhum tipo de conflito em relação ao saber, a gente tem uma troca de experiência muito boa, um vai complementando o outro (profissional do NASF 01).”</p> <p>“[...] tem profissional que tem problema de carga horária e não consegue sentar para participar das reuniões, fazer o planejamento e a equipe fica desfalcada... essa falha é apenas com o profissional de psicologia, que trabalha em outros lugares e às vezes não tem</p>	<p>A relação entre os profissionais do NASF foi destacada como positiva e oriunda da constante troca de saberes. Todavia, foi sinalizado que há entraves com uma integrante da</p>

	<p>condições de estar aqui, de sentar e planejar, e faz seu cronograma separado, enquanto que essa não é a proposta do NASF (profissional do NASF 01).”</p> <p>“A gente discute entre nós, mas de sentar com a EqSF pra discutir o caso não ocorre (profissional do NASF 04).”</p>	<p>equipe, pois a mesma não interage com seus pares e executa suas atividades de forma dissociada da equipe.</p>
EqSF	<p>“Existem alguns PSF que temos uma relação mais de confiança que eles dão abertura pro NASF, outras já são bem mais fechadas porque acham que o NASF demora muito de ir lá, acha que o NASF não tem serventia nenhuma, não valoriza o trabalho preventivo tudo depende muito de cada unidade (profissional do NASF 01).”</p> <p>“[...] já disponibilizamos o cronograma pra eles e para os agentes, porém por mais que os ACS façam parte da equipe fica parecendo uma coisa separada equipe, agente e NASF, o que não era pra ser assim (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Quando solicitamos a reunião solicitamos a toda a equipe, enfermeiro, médico, dentista, mas quando chegamos lá às vezes tem um ACS, dois ou nenhum, a enfermeira sempre participa, o médico quase nunca, o dentista muito pouco eles não deixam nenhuma atividade pra poder sentar e participar da reunião. Se fosse o caso a gente esperava o atendimento, porém eles dizem que tem que atender em outra cidade, essa questão de carga horária sabemos que eles têm que cumprir as 40 horas mais é algo ainda irreal no interior da Bahia (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Essa foi até uma pergunta do PMAQ quando veio “como é o encaminhamento entre vocês?”, hoje é de boca, informal, tudo sem ser registrado... Nós (NASF) que realizamos muito encaminhamento pra fora pra rede, mas lá deles (EqSF) pra a gente é algo informal, nada registrado (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Deveríamos falar que teríamos mais facilidade aqui nos PSF na zona urbana da cidade,</p>	<p>A análise dos dados permitiu evidenciar que a relação entre a equipe NASF e as EqSF é tênue. Isso porque a repartição de responsabilidades não envolve todos os profissionais, centralizando nas enfermeiras a função de mediar a troca de informações com o NASF e de repassá-las a sua equipe. Da mesma forma, a tomada de decisão não é fruto de espaços compartilhados pelas equipes. Existe uma concentração de poder no médico, seguido dos odontólogos que exercem forte poder técnico e simbólico perante os usuários. Os ACS foram</p>

<p>onde o acesso é melhor, na verdade não é nem uma facilidade é uma dificuldade, aqui temos mais espaço e a Sede do NASF e não é bem assim (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Às vezes eles (EqSF) aceitam na hora da reunião, entendem e depois não fazem nada para nos ajudar e a gente precisa do apoio deles (profissional do NASF 02).”</p> <p>“Dos grupos que eu fiz nenhuma enfermeira participou. A do PSF 3 ela é muito participativa e está inteirada com o trabalho do NASF. É uma comunidade que a gente adora fazer atividade, justamente porque a gente sente a participação dela, ela dá o retorno, ela liga e raramente não tem público lá, ela dedica muito, valoriza o trabalho do NASF, ela sabe dos resultados (profissional do NASF 02).”</p> <p>“Às vezes fazemos um atendimento na comunidade e o enfermeiro nem sabe sobre o que foi aquele atendimento, a gente faz uma visita domiciliar o enfermeiro nem sabe como é que foi nossa visita. Então se a gente não procurar não entregar relatório fica por isso mesmo... eles só querem se ver livre do problema e passar pro NASF (profissional do NASF 03).”</p> <p>“Existe PSF que flui o trabalho do NASF, mas tem PSF que não sai do lugar, tem PSF que toda vez que você marca tem público, o pessoal está satisfeito, o enfermeiro está satisfeito, mas você ainda se sente excluído, não faz parte e porque assim se a gente é equipe, se faz reunião não poderia chamar o NASF, os PSF nunca chamam o NASF pra uma reunião (profissional do NASF 03).”</p> <p>“A peça chave pro NASF fluir são os ACS porque é ele que leva as informações, então se o ACS não está informado ele não vai passar informação pra o usuário (profissional do NASF 03).”</p> <p>“Semana passada eu fui ao PSF da zona urbana levar minha mãe no médico e tinha cronograma de 2013, eles deveriam ter tirado tem muito tempo. Tem PSF que você chega e está lá, mas tem outros que chegamos e falamos “marcamos uma ação aqui” e o pessoal diz</p>	<p>identificados como trabalhadores de fundamental importância para o NASF, contudo a maioria destes estão cada vez mais distantes do Núcleo de Apoio. Por fim, a parceria entre as equipes existe, mas ela é marcada por entraves entre os trabalhadores.</p>
--	--

“hãh? Marcou foi? Deixa eu ver”, ai pega o cronograma na gaveta e ta lá a ação (profissional do NASF 03).”

“[...] eu conto com alguém do NASF não conto com técnico, com enfermeira, com médico, não conto com ele não, o que vai acontecer é eles desmarcarem o grupo e marcar pra outra data, eles não tocam o barco não (profissional do NASF 03).”

“[...] quase a gente não tem contato com o médico. Por que é aquela coisa o médico e o dentista entram na sala deles e vão fazer atendimento e pronto, sempre que marcamos alguma coisa eles não participam. Eles não têm tempo pra gente, pro NASF (profissional do NASF 03).”

“[...] o embate todo é a comunicação. Tem PSF que não sai nada, mas na micro-área você já consegue fazer uma ação, por que a gente sabe que o ACS daquela área vai e acolhe (profissional do NASF 03).”

“Quando você chega com objetivo de informar eles não querem informação não... enquanto a enfermeira não vê resultado ela não acredita no nosso trabalho (profissional do NASF 03).”

“Apenas dois médicos já participaram da nossa reunião semestral que foi o do PSF 2 e 3, só que no PSF 3 houve muita mudança de médico a gente conversava com um e quando pensava que não já era outro, acho que já teve uns 5 ou 6 médicos ali é o PSF que mais troca (profissional do NASF 05).”

“O PSF mais problemático é o daqui da zona urbana, eu não sei como é a relação da enfermeira com os agentes não, mas eu acho que eles não acreditam na proposta do NASF de prevenção, eles querem atendimento querem resolver o problema. Por que se vier um paciente aqui e eu encaminhar pra eles é um horror (profissional do NASF 05).”

“[...] quando dar certo é porque as enfermeiras ajudam muito, porque se o trabalho do NASF

fosse depender só de ACS não daria certo não (profissional do NASF 05).”

“Eles sempre estão ali para ajudar. Sempre quando eu preciso de alguma coisa eles se prontificam e fazem junto comigo. Eu não tenho problema com o NASF... a gente tem uma boa interação (profissional da EqSF 01).”

“[...] não tenho nada para reclamar do NASF porque eles me ajudam muito e eu creio que o PSF também ajude muito... agente nunca teve problema com nossa equipe e com o NASF, nunca saiu confusão porque a gente sempre joga aberto com todos... eu não faço o PSF sozinha, eu preciso dos outros. Eu sempre falo com eles. Tem problemas têm, todos os lugares têm, mas vamos sentar e resolver, porque a gente tem que trabalhar juntos, se não como é que o trabalho vai pra frente? (profissional da EqSF 03).”

“Se a equipe de saúde não cooperar com o NASF, o NASF não prospera não. Porque se eu colocar na minha cabeça que o NASF não serve de nada, se eu colocar que eu não preciso do NASF, eu não vou ajudar o NASF. Se o médico também tem esse argumento, o NASF vai vim fazer o quê aqui? Nada. Então não, o médico daqui atende um paciente e já me avisa que é pro NASF, porque ele sabe que tem o NASF (profissional da EqSF 03).”

“O médico tem um peso muito grande no PSF, a palavra dele tem poder. Se ele chega para um paciente e fala para ele não ir pro NASF o paciente não vai. Se a dentista falar que não dá valor ao trabalho do NASF, eles vão dar valor ao que a dentista fala. Porque eles vão dar valor a quem está aqui há mais tempo. Então graças a Deus não é o nosso problema. Mas não está dando certo totalmente por falta de motivação dos pacientes porque eles só querem atendimento (profissional da EqSF 03).”

“Geralmente o contato do NASF é mais com a recepcionista, ela que agenda e passa pra gente, pra nós olharmos como está os agendamentos, o contato é sempre com quem tá ali na linha de frente, o contato com os agentes e técnicos de enfermagem é só se precisar fazer alguma avaliação (profissional da EqSF 04).”

	<p>“A relação do NASF com os médicos é muito difícil, porque os médicos chegam atendem 20 ou 30 pessoas em 2 horas e vão embora... com os dentistas também é muito pouco, o contato maior é entre eu, a outra enfermeira e as ACS (profissional da EqSF 04).”</p> <p>“De nove PSFs, eles conseguem fazer um bom trabalho em três, quatro. Às vezes, não tem apoio nem da enfermeira, nem dos agentes. Não tem aquele elo entre um e outro. Ai fica frustrante, tem muita picuinha, atrito profissional, um ganhar mais do que o outro... acabou interferindo a relação profissional deles (gestora 03).”</p> <p>“Eu acredito que o NASF não funciona pelo fato dele não ter um apoio, não ter credibilidade... o enfermeiro, o médico acha que o NASF não trabalha pelo fato dele só orientar e encaminhar (gestora 03).”</p> <p>“[...] eu vejo um trabalho muito distinto, eu não acredito que funciona é como se a equipe NASF não existisse, não tem essa troca (gestora 03).”</p>	
Gestão	<p>“Hoje é complicado porque o próprio gestor não conhece o trabalho do NASF. Sobre as fichas mesmo não temos um retorno pra dizer “ah vocês fizeram um trabalho produtivo é isso mesmo atingiram uma meta...” É muito pouco o contato... a própria gestão não conhece o trabalho eles voltam-se muito para os PSF pra o NASF é muito pouco (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Com a chegada da coordenadora no NASF o contato hoje com a coordenação (da atenção básica) é bem maior, antigamente tínhamos muita dificuldade para conseguir as coisas... nunca nenhuma coordenadora sentou e falou “vamos fazer um cronograma? o que vocês estão precisando?” é a coordenação fictícia na verdade e nunca veio aqui pra saber se realmente nós estamos trabalhando (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Ela (coordenadora do NASF) está ajudando muito em termos de cobrança de material, do</p>	<p>Os gestores foram identificados como alheios ao trabalho do NASF, à exceção da sua coordenadora que tem colaborado com o processo de trabalho da equipe. Apenas em termos da oferta de materiais que a equipe NASF relatou ter dificuldades.</p>

gestor e da equipe do NASF... as informações chegavam pra coordenação e não eram repassadas pra gente, agora não tudo que envolve o NASF ela comunica (profissional do NASF 03).”

“Já teve algumas situações desconfortáveis, o secretário deu uma chamada no NASF e na equipe, e tudo foi resolvido. Foi mais no início, acho que por conta dessa resistência, a equipe não sabia direito muito o quê era que o NASF iria fazer, qual era a proposta (profissional do NASF 04).”

“Primeiro a gente fala com a coordenadora para ela conversar com o secretário e caso não resolva a gente vai direto ao secretário, caso não resolva a gente vai direto ao prefeito (profissional do NASF 04).”

“A relação do NASF com a gestão é boa... o problema do NASF é com relação aos materiais a gente solicita e é barrado (profissional do NASF 05).”

“Pra buscar as coisas pro NASF nós tínhamos um pouco de dificuldade e até mesmo pra cobrar dos próprios colegas, por que se não tinha coordenadora e nós somos todos iguais por que a gente ia cobrar, e também tínhamos um pouco de medo de atrapalhar a relação, quando colocou pra gente foi um alívio por que tudo que queremos cobrar, reclamar de algum colega falamos com a coordenadora e ela se incube disso (profissional do NASF 05).”

“[...] na realidade me chamaram para trabalhar na função de enfermeira, ai depois que eu entrei aqui foi que eu descobri que não era bem isso, que era mais assim na parte administrativa... eu nem sabia que existia NASF e sinceramente não tô sabendo como funciona (gestora 01).”

“A gente nunca teve reunião com o NASF, porque ela é que coordena o NASF, porque o NASF é uma coisa e a atenção básica já é outra coisa (gestora 01).”

	<p>“Inicialmente, eu fiquei tanto na coordenação da atenção básica, com todos os PSFs mais NASF. Como a demanda de serviço era muito grande, eu já não dava tanta assistência para o NASF. Eu conversei com o secretário e ele disponibilizou uma coordenadora exclusiva do NASF. Ai eu parei de acompanhar mais próximo esse trabalho (gestora 02)”.</p> <p>“Tem coisa que a gente tenta resolver por que as coisas de política influenciam muito. Seu trabalho está errado? está! Eu estou vendo, mas eu vou lá reclamar tem gente por trás de você que fala assim: “está errado, mas você sabe que questões políticas a gente não pode fazer nada (gestora 03)”.</p> <p>“Eu fico no meio do fogo cruzado embora eu tente amenizar a situação, por que o trabalho já não anda muito bem e se continuarmos assim... está todo mundo muito estressado, cheio de problemas. Ninguém quer mudar um itinerário que já tem Programado (gestora 03)”.</p>	
<p>Instituições do território</p>	<p>“Além de trabalhar essas campanhas, essas datas comemorativas realizamos também um trabalho nas instituições, porque ficamos muito presos ao PSF, aqui na cidade temos a Pró infância, APAE, CAPS, CAPSad... na pró infância e na APAE eles que solicitaram o trabalho do NASF, foi uma necessidade deles. Tivemos até um problema com a pró infância porque eles queriam que todo profissional praticamente a semana toda estivesse à disposição (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Nós fazemos o trabalho mais nas micro-áreas do que no próprio PSF, lá utilizamos os espaços da igreja, escola (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Várias vezes a gente chega lá na igreja e não tem ninguém, é a igreja fechada, escola fechada e aí a gente já sabe que não avisaram (profissional do NASF 02).”</p> <p>“O trabalho do NASF não é feito somente com os postos de saúde da família não, a gente dá um apoio também na APAE, na PRO-INFANCIA, que é a creche que tem aqui, nas escolas, às vezes a secretaria de educação solicita o trabalho do NASF e a gente dá esse suporte</p>	<p>A equipe NASF mantém parceria com instituições do território vinculadas ao setor saúde e a outras áreas como a assistência social. Tais parcerias englobam reuniões com algumas instituições, mas o planejamento não se estende a todas.</p>

	<p>também... no início do semestre a gente faz reunião com essas equipes (profissional do NASF 04).”</p> <p>“De acordo com a demanda das instituições é discutida a necessidade da presença dos profissionais do NASF, por exemplo, na APAE, precisa de uma conversa com os pais aí pede ajuda da psicóloga ou da assistente social. Quando é com os alunos da APAE aí pede ajuda do fisioterapeuta ou do educador físico pra fazer uma interação com eles. Na creche, na PRO-INFANCIA, solicita muito a nutricionista, questão de alimentação, quando são bem pequenos solicita muito a assistente social para estar conversando com os pais (profissional do NASF 04).”</p> <p>“A assistente social do NASF ela também é assistente social do CRAS. Como ela está freqüente lá, ela percebe uma demanda, por exemplo, alcoolismo, obesidade, ai ela convida o apoio do NASF pra fazer a palestra (gestora 03)”.</p>	
<p>Vínculo de trabalho</p>	<p>“A maioria tem outro trabalho. Esse é um dos problemas que a gente enfrenta porque a carga horária fica reduzida do que é cobrado, do que é preconizado... a prefeitura permitiu, foram contratados (gestora 02)”.</p> <p>“No início quando eles começaram com visitas nas unidades, com essa lista de demandas voltada pra fazer atendimento. Eles tinham que fazer uma triagem com esse pessoal. E essa triagem era demorada. Acontecia de extrapolar o horário de trabalho, o atendimento ser na zona rural e retornar pra 8 18:00, 18:30, já fora do horário de trabalho. Ai conversaram com o secretário de saúde, pediram uma folga semanal pra compensar essas horas extrapoladas. Conseguiram um outro vínculo e associaram esse outro vínculo a essa folga semanal. Ai outros vínculos foram aparecendo (gestora 02)”.</p> <p>“Nós temos mais rodízio de profissional médico. Acho que todos os municípios, a maioria. Mas a equipe de enfermagem e odontologia é a mesma. Aliás, toda a equipe de nível médio também, técnico de enfermagem, recepcionista. Dificilmente acontece alguma mudança</p>	<p>Os profissionais da APS não possuem vínculo de trabalho estável e possuem contrato precário através de cooperativa. Ademais, foi advertido pelas gestoras que a maioria possui outros vínculos.</p>

	<p>(gestora 02)".</p> <p>"O município contrata a cooperativa, e a cooperativa contrata os profissionais, mas não há direitos garantidos, não. Essa questão de vínculo é deixada de lado (gestora 02)".</p> <p>"Todo o profissional só tem um dia de folga... a pessoa tem um vínculo com a prefeitura e consegue outro. A nutricionista faz o cardápio do CAPS, a psicóloga ela é uma excelente profissional, mas ela trabalha terça e quinta de tarde... tem aqueles profissionais que tem uma pessoa por trás dela... causa atrito entre a equipe? Causa. Mas é uma realidade que a gente não pode mudar, então a gente se acostumou com essa ideia, porque se você debater de frente, vai acabar se prejudicando. Não sei te especificar qual o motivo dela ter três vínculos, quatro vínculos ou a quantidade certa, que seja. Mas é uma realidade. E eu acredito que não é só do nosso município (gestora 03)".</p> <p>"Fui contratada para trabalhar 20h aqui no centro de reabilitação. De repente, no mês seguinte, eu tive que assumir a coordenação do NASF. Continuei ganhando o mesmo salário fazendo as duas funções (gestora 03)".</p>	
Mudanças na atenção básica do município a partir da implantação do NASF		
	<p>"Hoje eu vejo o resultado muitas pessoas que tomavam 5 remédios, hoje tomam um ou dois, ou não tomam medicação por causa do trabalho preventivo, das palestras, do grupo...Então eu vejo o NASF como algo fundamental que o PSF não conseguiu atingir antes do NASF, o PSF também faz trabalho preventivo, mas ele não conseguiu atingir porque não tem um nutricionista, uma assistente social, um educador físico (profissional do NASF 01)."</p> <p>"[...] outro dia cheguei lá na unidade e uma pessoa me encontrou e disse "o médico suspendeu meu medicamento", então mesmo com a suspensão do grupo eles continuam fazendo a caminhada, coisas que eles não faziam. Imagine você tirar um usuário que a vida toda usava remédio pela alimentação e o exercício (profissional do NASF 03)."</p>	<p>A implantação do NASF possibilitou a ampliação das ações de prevenção e promoção à saúde no município, fato que tem colaborado com o incentivo à melhoria da qualidade de vida dos usuários.</p>

“Eu acho que a população agora está mais esclarecida com a questão de prevenção, que a filosofia do NASF é atuar na prevenção para não deixar que esse usuário busque a rede hospitalar pra qualquer coisa (profissional do NASF 04).”

“Eu acho que pra população ajudou, você vai encontrar muito paciente dizendo que emagreceu, que a pressão baixou (profissional do NASF 05).”

“Mudou muita coisa. Durante os grupos, por exemplo, elas viram coisas que antes não estava conseguindo ver, porque tinha micro área que eu não estava sabendo que o ACS não estava indo... se o NASF não tivesse aberto esses olhos ia continuar com esses problemas (profissional da EqSF 03).”

“Atenção primária é prevenir e educar a população, e eles estão fazendo isso, educando a população. Quando você fala, quando você dar palestra ajuda a mudar o hábito do paciente pra melhorar sua doença e seu estilo de vida (profissional da EqSF 05).”

“O NASF está ajudando em vários aspectos na alimentação, no exercício físico, na conscientização das pessoas (gestora 01)”.

“O NASF trouxe essa questão de atividade coletiva que a gente não tinha. Não era uma iniciativa da EqSF. Deveria ser, mas não era. E eles trabalham as atividades em grupo muito bem (gestora 02)”.

“[...] de cada dez pacientes com obesidade, uns três ou quatro a gente conseguiu mudar essa realidade. Teve muita coisa boa que o NASF já fez... eu acredito que eles contribuíram muito pra o município (gestora 03)”.

Desafios do NASF

<p>“Eu vejo muitos desafios primeiro é tentar mostrar o que é o NASF, por mais que a gente tenha trabalhado divulgado tem pessoa que diz “o que é o NASF? Pra que ele serve mesmo?”, a população e até mesmo muitos profissionais de saúde não tem o conhecimento, acha que o NASF não é como a EqSF, mas como algo a parte... deveria haver duas equipes de NASF, uma só pra nove PSF é muito... tem a questão da troca de informações, do encaminhamento da EqSF para o NASF, o PTS (profissional do NASF 01).”</p> <p>“O desafio maior é passar pra população esse trabalho preventivo, eu falo sempre nas palestras que o governo hoje investe muito na prevenção não porque ele é bonzinho é porque ele tem que reduzir custo (profissional do NASF 01).”</p> <p>“O desafio é estar se capacitando mais está conhecendo mais a normativa do NASF pra fazermos um trabalho mais formal. Se formos vê nos municípios da região aqui é o que mais trabalha de forma correta, às vezes tem NASF que adere só aquele projeto e trabalha só com ele (profissional do NASF 01).”</p> <p>“Nós aqui tentamos trabalhar todos os públicos idoso, gestante, criança, trabalhar no PSF, nas outras instituições e o desafio é conseguir abranger todas essas instituições, dar conta da complexidade do território por que ele é extenso (profissional do NASF 01).”</p> <p>“[...] imagina dar suporte a 9 PSF mais as micro-áreas pra apenas seis profissionais. Às vezes fazemos uma ação e fazemos rodízio pra ir passando nos PSF porque não temos condições de ir dando suporte (profissional do NASF 03).”</p> <p>“Precisamos de melhores condições de trabalho. A gente necessita muito hoje de mais estrutura, mais equipamentos, um carro específico, um melhor reconhecimento, um melhor salário (profissional do NASF 04).”</p> <p>“Nosso desafio maior é esse laço com a equipe que a gente ainda não tem, você vê 3 anos e tem equipe que não temos laço nenhum. De 9 PSF temos uma boa relação com 3, de estar</p>	<p>Houve concordância entre os profissionais que os desafios estão atrelados à melhoria das condições de trabalho, com conseqüente necessidade de qualificação dos trabalhadores e oferta de materiais. Somado a isso, urge a necessidade de maior interação entre a equipe NASF e as EqSF, com vistas a potencializar a parceria e o apoio prestado.</p>
---	---

ali de participar, o maior desafio pra dar certo mesmo nossas ações é o trabalho em conjunto com o PSF (profissional do NASF 05).”

“O maior desafio do NASF é tentar entrelaçar essa relação com o PSF... aqui no PSF da zona urbana parece que os agentes ainda não absorveram o trabalho do NASF, e pra eles não tem importância nenhuma, não acreditam no nosso trabalho (profissional do NASF 05).”

“O desafio é manter grupo. Se não tive jogo de cintura aqui com os grupos o NASF aqui não vai funcionar. A dificuldade que eu vejo aqui nessa região é formar, manter e preservar o grupo. Porque o paciente quer atendimento (profissional da EqSF 03).”

“Pra melhorar eles poderia executar mais atividades, eles são muito presos ao carro do NASF, não utilizam o carro da EqSF (gestora 02)”.

“O NASF tem um desafio imenso que é conseguir quebrar essa barreira entre a sociedade, entre os enfermeiros... a gente não tem apoio da secretaria, da prefeitura... eles estão quatro anos ganhando o mesmo salário, o profissional precisa de uma gratificação (gestora 03)”.

“Eu acredito que a gente tem que trabalhar melhor nossos agentes comunitários por que eles têm contato direto, sabem a realidade, a demanda... a gente tem que atingir o público de real necessidade (gestora 03)”.

Fonte: Estudo de caso, 2015.

APÊNDICE F –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?”.

Você está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar de uma pesquisa desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, de autoria de **Thiago Santos de Souza**, sob a orientação da prof^a. Dr^a **Maria Guadalupe Medina**.

OBJETIVOS E PROCEDIMENTO: este trabalho objetiva analisar as práticas de saúde dos profissionais que atuam no NASF em um município no Estado da Bahia, conhecendo as atividades desenvolvidas, e as relações que se estabelecem entre os membros da equipe do NASF e entre estes e os profissionais da equipe de saúde da família. A sua participação consiste em permitir a realização de uma entrevista ao pesquisador, a ser gravada por meio de gravador digital, com a finalidade de saber a sua opinião sobre o processo de trabalho do NASF no município, e também autorizar a observação do acompanhamento das suas atividades laborais em alguns momentos da sua semana.

DESCONFORTOS, RISCOS PREVISÍVEIS E BENEFÍCIOS ESPERADOS: não será provocado nenhum desconforto ou risco aos participantes da pesquisa, pois todas as informações serão mantidas no mais absoluto sigilo e o(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. O benefício relacionado à sua participação será de colaborar com a produção do conhecimento científico para a área da saúde, especialmente a atenção primária à saúde.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA, GARANTIA DE SIGILO E ACESSO AOS RESULTADOS: o(a) senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e será livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda. Os resultados dessa pesquisa serão apresentados aos sujeitos pesquisados.

Declaro que fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada, que esclareci minhas dúvidas, que autorizo o registro da minha fala e, portanto, concordo em participar desse estudo.

Assinatura do pesquisador

Contatos: Tel: (71) **9273-8530**

thiago_fst@yahoo.com.br

Assinatura do entrevistado