

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ  
FACENE/RN

MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O  
TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MOSSORÓ

2017

MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O  
TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto apresentado à Faculdade de  
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN como requisito para obtenção do  
Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Ms. Rúbia Mara Maia Feitosa

MOSSORÓ

2017

**CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APÓIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O  
TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto apresentado a Faculdade Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Ms. Rúbia Mara Maia Feitosa  
Orientadora

---

Profa. ESP. Livia Helena Morais de Freitas  
Membro Interno

---

Dra. Kalyane Kelly Duarte de Oliveira  
Membro Externo

## RESUMO

**Introdução:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composto por uma equipe multiprofissional que atua em parceria com a Estratégia Saúde da Família (ESF) na proposta de superar a lógica assistencial, fragmentada e individual almejando a corresponsabilização do cuidado. **Objetivo:** Analisar as contribuições do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) para o trabalho da estratégia saúde da família (ESF). **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A coleta foi realizada com duas equipes ESF uma na zona urbana e uma na zona rural e também uma equipe NASF modalidade I, através de entrevista semiestruturada, ambas localizados na cidade de Apodi R/N, participaram um total de 20 profissionais. Os dados foram analisados de acordo com o conteúdo da análise da Bardin. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, aprovado, sob o número do CAAE: 77237617.7.00005179. **Resultados:** Os profissionais das equipes ESF apontam falta de articulação com os trabalhos desenvolvidos pela equipe NASF. Sendo que existe o conhecimento das funções do NASF por parte da maioria deles, no entanto lhe faltam à informação de como deve funcionar esse trabalho articulado. Essa fragilidade de articulação entre as equipes é percebida através da ausência de algumas metodologias primordiais de trabalho indicadas nas diretrizes pelo Ministério da Saúde. **Considerações Finais:** Ressalta-se a relevância de entender que a articulação entre as equipes supera a ideia de que o trabalho em equipe é um agrupamento de profissionais especialistas, ou seja, para se construir algum grau de integração é necessário ocorrer à articulação das ações por parte de cada um e por todos os integrantes. Dessa forma acontecerá o trabalho em equipe articulado. Sendo o ponto chave primordial que as práticas pedagógicas de formação desses profissionais sejam construídas em concordância com as necessidades do SUS.

**Descritores:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Family Health Support Nucleus (NASF) is composed of a multiprofessional team that works in partnership with the Family Health Strategy (ESF), intending to overcome the assistance, which has a fragmented and individual logic, aiming for a correspondence of care. **Purpose:** To analyze the contributions of the family health support nucleus (NASF) to the work of the family health strategy (FHS). **Methods:** This is a descriptive study with a qualitative approach. The collection was done with two ESF teams, one in the urban zone, one in the rural area and a NASF modality I team, through a semi-structured interview, both located in the city of Apodi RN. A total of 20 professionals took part of it. The data were analyzed according to the content of the Bardin analysis. The Research was submitted to the Education and Research Committee of the Nova Esperança colleges, approved, under the number of the CAAE: 77237617.7.00005179. **Results:** The professionals of the ESF teams point out a lack of articulation with the projects developed by the NASF team. Since there is a knowledge of functions of the NASF by most of them, however, they lack information on how this articulated work should be. This fragility of articulation between the teams is perceived through the absence of some primordial methodologies of work which are indicated in the guidelines by the Ministry of Health. **Conclusion:** It is important to understand that the articulation between the teams surpasses the idea that teamwork is just a group of specialist professionals, that is, to build some degree of integration it is necessary to articulate actions by each and every member. In this way, articulated teamwork will take place. As the key point is that the pedagogical practices of training these professionals are built in accordance with the needs of the SUS.

**Key words:** Family Health Support Nucleus, Family health strategy, Primary health care.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>9</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>9</b>
3.1 TRAJETÓRIA DA ESF COMO REORGANIZADORA DA ATENÇÃO BÁSICA .....	9
3.2 DESAFIOS DA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) .....	12
3.3 ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA .....	15
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>19</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	19
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	19
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	20
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	20
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	21
4.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	22
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>23</b>
<b>Caracterização do sujeito da pesquisa</b> .....	<b>23</b>
<b>Ações do núcleo de apoio á saúde da família (NASF) para o trabalho da estratégia saúde da família (ESF)</b> .....	<b>24</b>
<b>As contribuições do Núcleo de apoio a Saúde da Família para o trabalho da Estratégia Saúde da Família</b> .....	<b>26</b>
<b>Como se dá atuação em conjunto entre os profissionais do NASF e da ESF</b> .....	<b>27</b>
<b>Facilidades que o NASF tem para conseguir a articular as atividades com a ESF</b> .....	<b>29</b>
<b>Obstáculos para o estabelecimento das relações/articulações entre o trabalho do NASF</b> .....	<b>29</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>31</b>
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>32</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>35</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>36</b>
<b>APÊNDICE B – Entrevista Semi-Estruturada</b> .....	<b>38</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de compromisso da pesquisadora responsável</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>40</b>
<b>TERMO DE ANUÊNCIA</b> .....	<b>40</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem uma história muito peculiar no Brasil que se consagra por vários ciclos de desenvolvimento. O modelo de atenção à saúde do Brasil é orientado pelas diretrizes da atenção básica. A APS propõe-se como estratégia de organização do acesso aos demais níveis de atenção fazendo funcionar a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de satisfazer as necessidades da população assistida (MENDES, 2015).

A APS é reconhecidamente uma componente chave dos sistemas de saúde, utilizados por diversos países. O Brasil adota a APS como reordenadora do sistema de atenção à saúde e foi designada de Atenção Básica (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No Brasil, desde 1920 até a atualidade assistimos a várias tentativas de se organizar a APS. Um grande avanço nesse processo foi em 1994 com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia referência para sua organização e desenvolvimento. Através de uma estreita articulação com a família a ESF amplia o vínculo com o usuário do sistema, facilitando a prática da integralidade, atributo tão discutido e sonhado nas práticas em saúde, como também a coordenação da atenção, a articulação a rede assistencial, e a participação social (ARANTES. et al, 2015).

Diante dos desafios de estruturar a Atenção Básica o Ministério da Saúde (MS) cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (ALBUQUERQUE. et al, 2016). O NASF é composto por profissionais de diferentes formações de saberes. Essa composição é definida por gestores municipais e pelas equipes ESF de acordo com a necessidade de cada região (ANJOS, 2013).

O NASF tem como principal objetivo atuar na lógica da ESF apoiando-a, possibilitando maior qualidade à assistência prestada e não somente para suprir a demanda. Isso deve ser feito por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado em âmbito individual e coletivo, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios, ampliando a capacidade de análise e de intervenção almejando a resolubilidade e conseqüentemente contribuindo para alcançar a integralidade do SUS (BRASIL, 2012; ANJOS, 2013).

Segundo Costa (2014) resolubilidade é a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário desde a consulta inicial até a solução de seu problema em outros níveis de atenção.

Sendo o NASF uma proposta inovadora, se faz necessário o fortalecimento dessa articulação, em contra partida aos seus objetivos, pois essa articulação pode está apenas mudando de nome e continuar com uma prática biomédica, fragmentada, diante inúmeros desafios possíveis que podem fragilizar o resultado esperado (BELLINI, et al., S/D).

Diante do exposto tem-se os seguintes questionamentos: Quais as contribuições do NASF para o trabalho da ESF?

A pesquisa tem como pressuposto que sendo a ESF a peça chave de todo o processo de trabalho na Atenção Básica, é fundamental e esperado que essa equipe estabeleça uma articulação efetiva com o NASF.

Decidiu-se pesquisar sobre essa temática, por que sendo o NASF uma estratégia inovadora capaz de ampliar as praticas da Atenção Básica (AB) dessa forma capaz de fazer valer a tão almejada integralidade do SUS. Porém necessário investimento científico para isso. E também a (AB). Desde o início da graduação durante as Atividades Práticas Integradoras/estágios foi despertado o interesse em relação a esse assunto, pude perceber fragilidades na interação NASF/ESF, onde se pode de alguma forma intervir como profissional, através de técnicas e conhecimentos científicos adquiridos. Isso impulsionou a conhecer melhor a história do NASF.

A relevância desse estudo é levar a uma reflexão sobre as práticas em saúde, por que a reorganização da atenção primária ainda é um longo caminho a ser percorrido e, o NASF entra nessa história para contribuir nessa caminhada. Como profissionais de saúde remete-se a responsabilidade de ser um fiscalizador e ator dessa construção agregando saberes. Consciente de que os desafios em estruturar a APS estão condicionados a fatores complexos e exigem maior esforço político- institucional como também à gestão e ações intersetoriais, esse processo de construção é uma luta diária, o NASF é resultado de muitas lutas e desafios de estruturar, e mostra-se como opção mais viável, porque na sua lógica de trabalho somos os desafiados a construir (BELLINI, et al,S/D).

Em seu discurso Dornelles (2015) ressalta a importância de mais profissionais com disposição e criatividade, que acreditem na efetivação das políticas e que trabalhem para isso. Que possam através do seu trabalho melhorar as condições de vida da sua população dentro das condições que se tem e que não cruzem os braços esperando que a solução venha unicamente no nível da macropolítica.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar as contribuições do NASF para o trabalho da ESF.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar atividades dos profissionais do NASF que facilitem o trabalho da ESF;
- Investigar as relações estabelecidas entre o trabalho do NASF e ESF;
- Descrever as reais dificuldades para se desenvolver a articulação NASF e ESF.

## **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1 TRAJETÓRIA DA ESF COMO REORGANIZADORA DA ATENÇÃO BÁSICA**

Alma-Ata é o registro mundial que se tornou marco na história da AB ou APS que ocorreu em 1987, na Alma Ata, antiga união soviética. A conferência foi organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Seu principal resultado foi a Declaração de Alma-Ata (1978), sendo a ideia central o questionamento dos modelos verticais e do modelo médico hegemônico, trazendo em consenso que essas intervenções verticais não respondiam às principais necessidades de saúde das populações, sendo necessário avançar desenvolvendo concepções mais abrangentes, dentre elas a da Atenção Primária à Saúde que equivale à Atenção Básica no Brasil (COSTA, 2013).

Nesse processo a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, onde a APS, os sistemas de apoio, logística e gestão, funcionam sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes das Redes de Atenção à Saúde (RAS) são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2015).

No Brasil a Atenção Básica iniciou-se nos anos 90 com o processo de descentralização político-administrativo, e com a transferência de responsabilidade nas ações e serviços de saúde para estados e municípios (COSTA, 2013).

Segundo (PNAB 2012) a Política Nacional de Atenção à Saúde a AB é um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos e outros, sendo desenvolvidos por meio de práticas participativas em territórios bem delimitados, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, sendo o contato preferencial dos usuários.

Segundo Mendes (2015) a APS é muito complexa. O Ministério da Saúde (2014) especifica a complexidade em dimensões quantitativas e qualitativas. O perfil epidemiológico atual do Brasil é marcado por tripla carga de doenças, como: infecciosas e parasitárias, agravos crônicos não transmissíveis e das causas externas, sendo que parte desse perfil decorre da transição demográfica, com acelerado envelhecimento da população. E aponta que a AB precisa avançar na forma de organização e na dinâmica de funcionamento, ou seja é necessário a ampliação das ações e a articulação dos profissionais envolvidos.

Historiando um pouco sobre a AB, sabe-se que em 1987 através de uma experiência nacional no estado do Ceará, surge o trabalhador Agente Comunitário de Saúde (ACS) atuando nas áreas das unidades, como agente mediador entre o território e o serviço de saúde (SAKATA; MISHIMA, 2012).

Dando continuidade ao trabalho do ACS, em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, na região do Nordeste do Brasil, e tem sua articulação de cuidado à família. Após conquistas constitucionais, em 1994 emerge o Programa saúde da Família (PSF) com equipes ampliando o trabalho do PACS. Aqui a família é vista por esses profissionais no ambiente em que vive (BAPTISTINI, 2014; SILVA 2014).

A visão ampliada na família fez com a ESF seja reconhecida como a nova base para as articulações intersetoriais, essa articulação é definida como a interação entre os diversos setores das políticas pública no enfrentamento de questões ligadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Isso resulta na identificação de problemas que incide sobre esse processo. Com isso, tem um resultado fundamentado que é o diagnóstico. Então os profissionais da ESF podem contribuir para a elaboração de políticas de intervenções sobre essas situações (ARANTES et al, 2016).

Em 1996 diante essa reorganização do modelo assistencial de saúde o PSF consolidou-se como Estratégia Saúde da Família (ESF) em decorrência de suas potencialidades. Isso pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, tendo como estratégia à família; desta forma busca respostas para todas as necessidades de saúde da população e conseqüentemente contribuir na mudança do modelo assistencial vigente. Para essa consolidação, a ESF é norteada por princípios, como: Centralidade na pessoa/família, o

vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação á rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (ARANTES et al 2016; SILVA 2014).

A ESF um processo de trabalho em evolução, em 2006, o MS reconhece a expansão da ESF sendo então a estratégia principal para reorganização da atenção básica no Brasil. Reafirmando uma nova filosofia de atenção à saúde e faz valer os princípios integradores do SUS, que são: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (SILVA, 2014).

As áreas estratégicas de abrangência da ESF incluem: Eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, e do diabetes mellitus, a saúde bucal, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher e do idoso (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O PNAB (2012) torna a AB o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Sendo orientado também pelos fundamentos e diretrizes da AB: território adstrito sobre o mesmo; acesso universal e contínuo a serviços caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção; adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo com a comunidade, garantindo a longitudinalidade; coordenação da intregalidade em seus vários aspectos; e estimulação da participação dos usuários de forma a ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à saúde individual e da coletividade. Portanto define a organização das RAS como estratégia para um cuidado integral, orientada na Atenção Básica (SILVA, 2015.)

A ESF é formada minimamente, por um Médico generalista ou especialista em saúde da família, um Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista especialista ou generalista em saúde da família; auxiliar ou técnico em saúde bucal. Podendo ser acrescidos de outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e da necessidade de saúde da população (BRASIL, 2014).

Sendo a ESF, a estratégia principal de reorganização da Atenção Básica no Brasil, é a porta de entrada para o sistema SUS, atua na territorialização e na delimitação das áreas de abrangência, visando diminuir as barreiras geográficas existentes para o acesso. Sendo o alvo a identificação das necessidades e dos problemas de saúde da população, o monitoramento das condições de vida e de saúde de indivíduos, famílias e comunidades, facilitando a

programação e a execução das ações em saúde. Atua ainda na abordagem e na intervenção nos determinantes sociais da saúde e nos condicionantes culturais, étnicos, comportamentais, que influenciam as necessidades e os problemas de saúde. Com tudo preconiza incorporar a responsabilização econômica e sanitária a essa população adstrita (BRASIL, 2014).

Segundo Mendes (2015) a ESF só será capaz de produzir uma APS de qualidade quando seus atributos como primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação comunitária e competência cultural estiverem sendo operacionalizados em sua totalidade.

Mendes (2015) conclui que para tornar a APS uma estratégia é necessário cumprir três funções essenciais:

- Resolubilidade: atendendo e resolvendo mais de 90% dos problemas da sua população, desde a primeira consulta ou encaminhando para a solução em outros níveis de atenção;
- Ordenar a comunicação dentro das RAS: ordenar os fluxos e contafluxos das pessoas, produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes;
- Responsabilização: É o conhecimento da população adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária a esta população.

### 3.2 DESAFIOS DA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A ESF apesar dos resultados positivos, inclusive internacionais, trouxe consigo inúmeros desafios (BRASIL, 2014). Segundo Silva (2015), no Brasil até o nome Atenção Primária a Saúde (APS), tem sido um desafio por desentendimentos do significado dos termos.

Há três interpretações principais da APS. Essas três decodificações dos cuidados primários são encontradas, em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país, ao mesmo tempo. No SUS, o discurso oficial é APS como estratégia de saúde da família, na realidade, ainda mistura elementos culturais, técnicos e operacionais das duas outras interpretações mais restritas: a APS seletiva (entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, provido por pessoal de baixa qualificação profissional) e a APS como nível primário de atenção à saúde (Modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas

da população, restritas, porém, as ações de primeiro nível. Interpretação comum em países desenvolvidos está relacionada com a oferta de médicos especializados) (MENDES, 2015).

A lógica no Brasil compreende-se como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população. É a interpretação mais compatível com a proposta da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Sendo a articulação da APS como parte e coordenadora de uma RAS. Em suma a mudança semântica foi importante, mas, agora, trata-se de aprofundar a transformação para que alcance uma mudança de paradigma (MENDES, 2015).

Para Arantes (2016) nessa perspectiva surgiu um grande desafio, que é participar diretamente da construção de uma política que necessita de constante integração entre diversas categorias profissionais e de articulação das diversas ações constituintes de um processo de trabalho. Assim a articulação entre profissionais do NASF e equipes da ESF sofre limitações, inclusive da própria organização do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que representa um importante potencializador da integralidade na atenção básica à saúde.

A ESF deve ser a mediadora do primeiro contato, ou seja, o acesso é o primeiro passo para a concretização do direito à saúde, e está relacionado à procura e à entrada de pessoas ao serviço de saúde. Sendo importante que esse acesso aconteça pela porta de entrada, que é a equipe ESF. Além disso, promover e regular o acesso a outros níveis de atenção evitando superlotação aos demais níveis de atenção (SILVA 2015).

Na ausência dessa organização faz com que a ESF não assuma seu papel referência para o primeiro contato e isso resulta em proporções mais baixas de procura da população, ocasionando lentidão na reorganização da APS a partir da ESF. As instituições privadas foram apontadas como concorrentes e entreve nesse aspecto. Essa prática tem ocorrido mais em grandes centros urbanos. Mediante isso, o que se observa é o temor de que o SUS se torne um sistema de saúde pobre para os pobres (SILVA 2015; ARANTES, 2016).

Porém apenas serviços disponíveis no sistema não garantem o acesso. Pois este depende de outros fatores como: Acessibilidade geográfica, de horário; e aceitabilidade, por parte de crenças, características da população, condições socioeconômicas e grau de satisfação, ou seja depende de uma melhor organização. Atualmente o que se mostra é que o sistema de saúde brasileiro não está preparado para observar todos estes aspectos, tanto em relação à força de trabalho quanto à capacidade instalada (SILVA, 2015).

Ainda sobre os desafios para o efetivo funcionamento da AB, Arantes (2016) aborda em seu estudo três dimensões:

- Político- institucional, aqui os desafios identificados estiveram ligados ao acesso, à referência da Unidade de Saúde da Família (USF) como porta de entrada, à integração da ESF à rede assistencial, ao planejamento e à participação social. E ressalta a perspectiva de que esses desafios estão relacionados à forma como ocorreu a implantação da ESF no Brasil. Expandindo-se principalmente em cidades de pequeno porte e nas áreas periféricas de metrópoles, colaborou para a promoção do acesso às populações historicamente excluídas devido à pouca disponibilidade de equipamentos públicos nesses locais. Como também sua implantação em áreas rurais, para a população indígena, ribeirinha, e a incorporação de particularidades individuais, como das pessoas em situação de rua. Enfatiza a relevância, a expansão da cobertura às populações desassistidas, ainda não é suficiente para reorientação do modelo de atenção à saúde, sendo o financiamento apontado como um dos elementos necessários ao seu desenvolvimento.

O quesito modo de formação profissional de saúde tem sido um fator dificultador à saúde por estar voltado a aspectos técnicos, como também é notório uma excessiva valorização da doença e da formação especializada, como decorrência da insuficiência dos conteúdos curriculares que abordem as dimensões subjetivas, preventivas e sociais para a prestação do cuidado.

Ressalta-se a necessidade de uma formação fundamentalmente voltada para a realidade de saúde da população, considerando sua complexidade social, econômica e cultural, capazes de se articular com outras profissões e realizar um trabalho efetivo entre diferentes setores que influenciam na determinação social. (ARANTES, 2016)

Outra questão relevante é a gestão de pessoal, especialmente no que se refere aos mecanismos de contratação dos profissionais das equipes, muitas vezes, com base em contratos temporários e relações trabalhistas precárias. Isso tem gerado, por consequência, dificuldade de fixação da mão de obra, deixando equipes incompletas e prejudicando o processo de cuidado (ARANTES, 2016).

- Dimensão organizacional ainda precisa de muitos investimentos. Os problemas ligados à disponibilidade e localização dos serviços, e ao modo de organização da oferta, como o horário de funcionamento das unidades, o sistema de agendamento de consultas e exames e a limitação das ações para grupos programáticos, o que pode formar uma demanda reprimida, aderindo, assim, uma maior responsabilização dos gestores e profissionais de saúde com os usuários dos serviços ofertados na APS; insuficiência de serviços especializados ocasionando longas filas de espera; ausência

de monitoramento impossibilitando o conhecimento do tamanho das filas e do tempo de espera para se fazer um planejamento adequado à realidade (ARANTES, 2016).

- Dimensão técnico assistencial considerando o atributo da longitudinalidade, ou seja, abrange todos os ciclos de vida, detectou-se um menor desenvolvimento em ações direcionada a saúde do adolescente, evidenciado por dificuldades com o vínculo com os mesmos, como também a necessidade de desenvolver novas estratégias integradoras nas áreas de saúde mental, portador de HIV/AIDS, usuários de drogas ilícitas e a obesidade. Sendo assim a ESF possui um grande potencial para combater a racionalidade do modelo biomédico.

Em suma a integralidade da atenção não é uma tarefa fácil, pois depende de peculiaridades sociais, ambientais, geográficas, epidemiológicas e éticas de cada município. Por isso as necessidades de financiamento precisam ser analisadas com visão ampliada (ARANTES, 2016).

### 3.3 ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

O PNAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) surgiu mediante esse processo de organização e fortalecimento da AB através da portaria nº 1.654 GM/MS, em 19 de julho de 2011. É instituída e financiada pelo Ministério da saúde com o objetivo de incentivar os gestores Federais, Estaduais e Municipais, assim como as equipes de atenção básica, a oferecerem um acesso ampliado e a melhoria na qualidade da AB atuando com um trabalho de fiscalização no objetivo de atender as reais necessidades da população, de maneira que estabeleça um padrão de qualidade nacional no que se refere às ações voltadas para AB (SAMPAIO, 2016).

Verificou-se que para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes da ESF. Com esse propósito, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que surgiram mediante estes desafios de estruturar a APS (SILVA, 2014).

A partir de experiências exitosas como o Núcleo de Atenção Integral a Saúde da Família (NAISF), em 2005 no município de Sobral (CE) o MS através da portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 cria o Núcleo da Apoio á Saúde da Família (NASF) e foram instituídos os NASF 1 e 2, no objetivo de apoiar a ESF para garantir continuidade e a integralidade da atenção. A atuação dos NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação;

alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2014; ALBUQUERQUE, 2016).

Em 2012, através de uma quarta portaria o NASF foi ampliado com mais uma modalidade. Nessa portaria nº 3.124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012 estão descritas três modalidades de NASF, o MS cria novamente o NASF 3 com a finalidade de atender usuários de crack, álcool e outras drogas ilícitas na atenção básica. E altera o número de equipes de ESF aos quais estão vinculados, sendo que o NASF 1 passa a vincular-se a no mínimo cinco e no máximo nove equipes de ESF, o NASF 2 passa a vincular-se no mínimo três e no máximo de quatro equipes de ESF, e o NASF 3 vinculados no mínimo a uma e máximo de duas equipes de ESF (FRAGELLI e CHIMIZU 2014; SILVA, 2014).

Segundo Silva (2014) os documentos ministeriais citam as principais atribuições dos profissionais que compõem o NASF que são:

- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas atuando de forma integrada com as atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização as suas atividades;
- Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas permitindo apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Segundo Silva (2014, pg 53) O NASF possui características que são determinadas conforme sua modalidade: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. Estão assim dispostas:

NASF 1, a equipe interdisciplinar deverá reunir as seguintes condições:

- I – A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;
- II – Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e
- III – Cada ocupação, considerada isoladamente deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.



NASF 2, a equipe interdisciplinar deverá reunir as seguintes condições:

- I – A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais;
- II – Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e
- III – Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

NASF 3: a equipe interdisciplinar deverá reunir as seguintes condições:

- I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 horas semanais; com todos os profissionais trabalhando no mínimo 20 horas semanais e cada ocupação ter no máximo 40 horas semanais, vinculados a no mínimo de uma e máximo de duas equipes de ESF. (SILVA, 2014, PG 53)

Poderão compor o Nasf 1 ,2 e 3 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria. Todos os profissionais deverão ter graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014) A integração dessa equipe de apoio é definida pelos gestores municipais e equipes

Saúde da Família e deve considerar os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades do território e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2014)

O NASF segue algumas diretrizes relativas à APS como: Ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. Porém diferentemente da ESF o NASF não se constitui como porta de entrada do sistema de saúde e sim uma espécie de apoio que atua como suporte técnico-pedagógico e assistencial a equipe ESF no objetivo de ampliar as ações e atingir a integralidade no SUS, almejando uma produção maior de corresponsabilização entre profissionais, equipe e usuários. O processo de trabalho deve ser pactuado e negociado, fazendo-se necessário que cada ator assuma sua responsabilidade (SILVA 2014).

No âmbito da reorganização das práticas em saúde, a integralidade representa e deve ser utilizada como uma forte ferramenta neste processo e trajetória (SILVA, 2014).

O MS orienta sobre como deve ser organizado o processo de trabalho dos profissionais do NASF. O apoio matricial é uma das ferramentas tecnológicas, pode ser entendido como espaços coletivos de discussões e planejamento, mais conhecido como matriciamento, definido como um modo de organização e uma metodologia para a gestão de trabalho, sendo utilizado no enfrentamento da fragmentação da atenção, ou seja, que propõe à ampliação da clínica das equipes da ESF, com uma lógica de corresponsabilização territorial, objetivando assegurar retaguarda às equipes (SILVA 2014).

O matriciamento apresenta duas dimensões: a assistencial, relacionada ao cuidado direto aos indivíduos, e a técnico-pedagógica, que diz respeito ao suporte para as equipes, com vistas à ampliação das possibilidades de intervenção, propiciada por um novo olhar e um novo saber que se estabelece durante as discussões dos casos e os atendimentos compartilhados. Além do apoio matricial, estão a Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular e dentre as ferramentas de apoio à gestão esta a pactuação de apoio, todas fundamentais para o desenvolvimento e organização do processo de trabalho do NASF. (SILVA 2014)

A implantação do Nasf pode iniciar-se com a elaboração de um projeto onde será considerando a análise do território e das necessidades identificadas a partir da percepção das equipes de AB, da população e de gestores de saúde, incluindo a situação e as características da Rede de Atenção à Saúde local e regional, que será submetido pela Secretaria Estadual de Saúde à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite, depois publicado em Diário Oficial da União e concluído todo o processo, o município começa a receber os recursos referentes ao número de NASFs implantados e informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (COSTA 2013; BRASIL 2014).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Segundo Barros e Lehfel, (2007) na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. São exemplos de pesquisa descritiva as pesquisas mercadológicas e de opinião. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população.

A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

### **4.2 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo foi realizado na cidade de Apodi, município do interior do estado do Rio Grande do Norte.

A cidade dispõe de 09 Estratégias de Saúde da Família (ESF). Deste total três encontram-se atuantes na zona urbana e seis na zona rural.

O estudo aconteceu em duas Estratégias de Saúde da Família, uma delas situada na zona rural e a outra na zona urbana da cidade. Também foi local para a realização da pesquisa, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município. A escolha pelas Estratégias de Saúde da Família se deu pelo fato destas serem as maiores unidades de saúde da zona rural e zona urbana, atendendo um maior número de famílias cadastradas. Por sua vez, o município consta apenas com um NASF existente para o suporte e acompanhamento das atividades da Estratégia de Saúde da Família.

Foram colhidas as informações da Estratégia de Saúde da Família São Sebastião localizada na zona urbana, situada na rua Professor Câmara Cascudo, bairro São Sebastião, nº 76, e a Estratégia de Saúde da Família Maria Vinda De Oliveira com sede na zona rural do município de Apodi, distrito de Córrego, localizado a 16 quilômetros de distância da cidade.

#### 4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Na presente pesquisa, a população foram os trabalhadores de duas equipes de ESF e uma equipe NASF na modalidade I, na cidade de Apodi/RN. A população total que contribuiu com a entrevista, foram 20 profissionais. Na equipe ESF na zona urbana participaram 10 profissionais, já na ESF na zona rural participaram 06 pessoas e da equipe do NASF participaram 04 integrantes. Obteve-se como amostra da pesquisa os profissionais citados. Sendo que a população inicial era um número de 38 profissionais. No entanto houve abstinência de 18 profissionais (47,3%), que correspondem aos trabalhadores que não participaram da pesquisa. Portanto houve a participação de 20 trabalhadores (52,7%), que representam o total de profissionais que participaram da pesquisa. Na equipe ESF de zona rural faltaram 03 profissionais: 01 estava em exercício fora de sua função e 2 não se encontravam no dia da pesquisa, já na equipe ESF da zona urbana houve abstinência de 09 profissionais: 03 se negaram a participar do estudo, 02 estavam de férias e 04 não se encontravam nos dias de pesquisa.

Quanto à equipe NASF fizeram-se ausente 06 profissionais, pois suas atividades são em dias diferentes da semana e parcela deles residem em outra cidade. Portanto não se encontravam nos dias da pesquisa.

Preconizam-se que estes profissionais assistam às famílias de seus respectivos territórios, de forma articulada e interdisciplinar atuando através de um trabalho em equipe, favorecendo assim a integralidade da assistência. Serão utilizados como critérios de inclusão: profissionais atuantes nas equipes de saúde das Estratégias de Saúde da Família, aqueles que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Como critérios de exclusão: profissionais das equipes que estejam ocupando cargos administrativos, ou que estejam afastados por algum motivo ou de licença no momento da coleta.

#### 4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Antes de iniciar a coleta foi realizada uma visita informal nas duas ESF como também na equipe NASF para conhecer a rotina das instituições e obter as informações necessárias para o recrutamento inicial da amostra. O recrutamento no primeiro momento aconteceu através de diálogo diretamente com os funcionários, onde foi abordado sobre o que se tratava a pesquisa, como se processaria a coleta das informações, riscos e benefícios para os sujeitos participantes.

A coleta foi realizada através de entrevista semiestruturada. As datas da coleta foram combinadas previamente: dia, horário e local reservado nas dependências dos serviços de saúde. Com isso foi aplicada a entrevista semiestruturada, deixando-as livres para expressarem os seus conhecimentos e experiências, com intuito de responder os objetivos específicos do estudo.

A entrevista está relacionada a um diálogo oral entre duas pessoas ou mais, das quais uma delas é o entrevistador e a outra é o entrevistado, com o objetivo de estabelecer a troca e a obtenção de informações que são necessárias para compreender o assunto posto em pauta ou problema (LAKATOS; MARCONI, 2010, p. 278).

Para Manzini (1990, 1991, 2012), a entrevista semiestruturada está voltada ao assunto sobre o qual elaboramos um roteiro norteador com perguntas, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer surgir elementos de forma mais acessível e as respostas não estão condicionadas a um padrão de alternativas, onde se refere à necessidade de questionamentos.

Antes de iniciar a coleta, todos os participantes assinaram o TCLE (Termo de Consentimento de Livre Esclarecido), que respalda a voluntariedade de consentimento do público em estudo.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA et. al. 2005).

Trivinos explica as três etapas assinaladas por Bardin, como sendo básicas nos trabalhos com a análise de conteúdo: Na primeira denominada Pré-análise define-se a construção de determinados documentos que instituirão o "corpus" a ser analisado (as observações livres, as entrevistas, os questionários e documentos como jornais e fotografias); a segunda fase chama-se Exploração do material que é a Codificação e categorização utilizando critério semântico (significativo), construindo desta forma categorias temáticas adequadas ao tipo de análise que realizaremos; e por fim o Tratamento dos resultados que diz respeito à Inferência e a interpretação, é a fase da reflexão, da intuição,

com embasamento nos materiais empíricos, sendo o confronto entre o conhecimento acumulado e o adquirido (SILVA et. al. 2005).

#### 4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética e pesquisa das Faculdades Nova Esperança com CAAE 77237617.7.0000.5179 e respaldado pela resolução 466/12 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos.

Para a concretização de todos os critérios éticos que a pesquisa necessita foi fornecido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que conterà informações sobre: objetivos da pesquisa, e a explanação dos riscos e benefícios a quão estarão expostos. Este foi fornecido aos participantes da pesquisa individualmente para assinatura que implicou a participação livre e voluntária, podendo ainda o participante desistir, a qualquer momento, da pesquisa sem que tenha nenhum prejuízo.

Antes disso, foi feita a solicitação de anuência e autorização à Secretaria Municipal de Saúde de Apodi para sua devida realização.

Os riscos que os participantes se submeteram: vergonha, constrangimento e medo em responder, no entanto, os riscos foram minimizados a partir do sigilo de sua identidade, bem como foi realizada entrevista individual, de forma objetiva para melhor compreensão da complexidade dos participantes.

Os benefícios para os profissionais envolvidas foram: Refletir sobre as suas práticas em saúde, da importância do papel de cada um para uma possível contribuição na mudança no atual modelo de produzir saúde, ainda resistente, curativista centralizado na pessoa do médico. Se convencer de suas responsabilidades para a comunidade adscrita.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Caracterização do sujeito da pesquisa

Fizeram parte desse estudo 20 profissionais de duas Estratégias Saúde da Família (ESF) uma na zona urbana a outra na zona rural, e uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Verificou-se uma população de faixa etária entre 26 e 40 anos (50%), seguidos de 41 e 57 anos (50%). Há uma predominância de participantes do sexo feminino, 18 (90%), 02 (10%) correspondem ao sexo masculino.

Do total de entrevistados que trabalham nas duas Estratégias de Saúde da Família têm-se que 11 (55%) são Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 02 (10%) pessoas atuam como técnicas de enfermagem, 02 (10%) exercem a função de enfermeiras, e, por fim, 01 (5%) atua como médica.

Do total de entrevistados, 04 (20%) profissionais trabalham no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Distribuídos da seguinte forma: um fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, um terapeuta ocupacional e um educador físico.

Ao analisar a participação dos profissionais por local de pesquisa tem-se que: num total de 09 profissionais da ESF, zona rural, 06 (66,7%) deles consentiram em contribuir com o estudo. Por sua vez, dos 19 indivíduos alocados na equipe da ESF, situada na zona urbana, 10 (52,6%) realizaram a entrevista. Por fim, das 10 pessoas que exercem atividades na equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família apenas 04 (40%) participaram da pesquisa. Os demais profissionais não participaram do estudo. Alguns não se enquadraram no exercício da função, outros não se encontravam no momento da entrevista, ainda havia profissionais que estavam de férias. E outros que não consentiram em participar.

Com relação ao tempo de atuação profissional dos entrevistados por equipe: na equipe da ESF da zona urbana, 08 (80%) profissionais tem acima de 09 anos de atuação, e 02 (20%) deles tem menos de 10 meses de atuação como profissional. Já na equipe da ESF da zona rural, 03 (50%) deles tem acima de 10 anos que atuam profissionalmente, e os demais 03 (50%) tem tempo inferior a 5 anos de atuação profissional.

Quanto ao NASF tem-se que; 01 (25%) tem acima de 09 anos de atuação, os demais apresentam um tempo inferior a 07 anos.

Do total de profissionais que participaram do estudo 11 (55%) são de cargos efetivos, 09 (45%) são de cargos comissionados.

**Tabela 1 – Apresentação dos participantes. Apodi/RN/2017**

<b>Participantes</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Atuação profissional</b>	<b>Tempo de atuação profissional</b>	<b>Tempo de atuação na unidade</b>	<b>Porcentagem %</b>
P1	F	40	ACS	17 anos	17 anos	55%
P2	F	43	ACS	15 anos	10 anos	
P3	F	38	ACS	13 anos	13 anos	
P4	F	42	ACS	19 anos	13 anos	
P5	F	43	ACS	21 anos	13 anos	
P6	F	42	ACS	15 anos	13 anos	
P7	M	41	ACS	16 anos	10 anos	
P8R	F	41	ACS	19 anos	12 anos	
P9R	F	43	ACS	21 anos	15 anos	
P10R	F	40	ACS	5 anos	5 anos	
P11R	F	26	ACS	5 meses	5 meses	
P12	F	51	Técnica de Enfermagem	13 anos	10 anos	10%
P13R	F	57	Técnica de Enfermagem	18 anos	11 anos	
P14	F	39	Enfermeira	9 meses	9 meses	10%
P15R	F	30	Enfermeira	3 anos	11 meses	
P16	F	26	Médica	5 meses	2 semanas	5%
P17	F	41	Fonoaudióloga	7 anos	8 meses	
P18	F	31	Fisioterapeuta	2 anos	6 meses	
P19	F	29	Terapeuta Ocupacional	8 anos	3 anos	20%
P20	M	34	Educador Físico	10 anos	7 meses	

Fonte: Informações coletadas durante a pesquisa

A realidade apresentada nesse estudo foi sistematizada em cinco categorias para melhor compreensão, apresentadas a seguir.

### **Ações do núcleo de apoio á saúde da família (NASF) para o trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF)**



Os entrevistados destacaram que as principais ações realizadas pelo NASF para o trabalho da ESF foram palestras com grupos específicos, atendimentos clínicos individuais e atendimento a domicílio. Como demonstram as falas a seguir:

(...) a gente faz muita atividade do hiperdia com palestras (...) mas o NASF tem o atendimento individual e o coletivo né? O individual é a parte de ambulatório, cada um faz o seu em canto separado e nesses dias que a gente faz as ações é todo mundo junto, cada um dá a sua contribuição (...). A gente também atende a domicilio, mas não é um atendimento a domicilio realmente, que seria uma vez por semana (...) (P17 - NASF).

(...) as próprias unidades não entendem o trabalho do NASF, chamam mais eles assim para uma palestra num sabe? (...) a maior parte do trabalho deles, eles desenvolvem a parte clínica, a realidade é essa. Agora tem assim, o atendimento aqui e tem alguns que eles fazem o atendimento a domicilio (...). (P12 – ESF)

No que diz respeito às ações desenvolvidas pela equipe NASF para atender o trabalho das ESFs, tais ações acontecem, mas não de forma articulada entre as equipes NASF e ESF. As palestras com grupos específicos acontecem com frequência, porém a metodologia que utiliza-se é quando os profissionais do NASF são solicitados pela equipe ESF para participar das ações, através de convites. A visita domiciliar também é citada, mas não é tão frequente na rotina de trabalho, já o atendimento clínico individual é a predominância das ações desenvolvidas para atender o trabalho das equipes ESFs.

A organização dos processos de trabalho do NASF no território deve buscar priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, ocasionando experiência para os diferentes profissionais, através de amplas metodologias, como: Ações clínicas compartilhadas, discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjuntos, entre outros. Desta forma as intervenções específicas dos profissionais do NASF com os usuários e/ou família com o atendimento direto e individualizado somente deve acontecer em situações de extrema necessidade (SILVA 2014).

O NASF deve atuar na retaguarda especializada para as equipes de ESF, de forma compartilhada em pelo menos duas dimensões que são: Clínico assistencial, onde atuam sobre as ações clínicas diretamente com os usuários e técnico pedagógico produzindo ações de apoio educativo com e para as equipes da ESF, desta forma favorecendo a prática da educação permanente. Sabe-se que a falta de serviços especializados é uma realidade e isso conduz o

funcionamento do NASF de forma equivocada, pois o mesmo não deve substituir serviço que esta em falta por querer responder demanda (OLIVEIRA, 2015; ALBUQUERQUE et al, 2016).

Ainda com relação às ações é perceptível uma atenção menos favorável a ESF na zona rural. Com relação a algumas ações desenvolvidas pela equipe NASF. O que discorre as falas a seguir:

(...) o NASF nunca procurou a gente para oferecer determinado serviço, entendeu?(...) Palestra sempre tem participantes, todo mês a gente tem palestra (...) o que a gente queria muito do NASF era que, por exemplo, tem uma pessoa precisando de uma fisioterapia, então a gente vai até o NASF e o NASF vem até a pessoa (...) P8R - ESF

(...) a gente foi privilegiado, porque o NASF ficou no PSF do São Sebastião (...) P4 – PSF

Os tipos de ações desenvolvidas pela equipe NASF nas duas unidades de ESF investigadas são bem homogêneas. Já em relação com a efetivação dessas ações, a equipe ESF da zona rural é menos assistida em relação a algumas ações como consultas ambulatoriais individuais e visitas domiciliares, que são ações desenvolvidas pelo NASF. Já as palestras com grupos específicos são citadas por todos os entrevistados.

Porém se sabe que a equipe do NASF não deve ter estrutura física própria, pois a mesma faz parte da unidade básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais (BRAIL, 2017).

### **As contribuições do Núcleo de apoio a Saúde da Família para o trabalho da Estratégia Saúde da Família**

A maioria das respostas relacionadas às contribuições foram semelhantes às respostas sobre as ações da equipe NASF para o trabalho das Estratégias Saúde da Família. E parte das respostas afirmam que essas contribuições ficam a desejar. Como demonstram as falas a seguir:

É as parcerias. (...) questão de atendimento na unidade, mas não só nesse modo de contribuição, mas também voltado pras escolas e as outras unidades, questão de palestra contribui dessa forma (...) P5 - ESF

(...) a gente ainda vê uma certa resistência no caso desse trabalho conjunto com a Estratégia Saúde da Família. Porque assim, o NASF tem que trabalhar em conjunto com a Estratégia Saúde da Família e a gente no momento não ver essa

disponibilidade dos outros profissionais. A gente tem a nutricionista que ela vem pra cá, ela atende os pacientes, ela faz ações com pacientes, uma tipo sala de espera alguma coisa assim. Temos o educador físico e temos o Farmacêutico, mas assim a Terapeuta ocupacional a gente não teve esse contato. A Fonodóloga também a gente não teve esse contato. Os Fisioterapeutas também. P15R – ESF

Não obteve-se uma resposta direcionada a real contribuição do NASF, a fala da maioria dos entrevistados das duas equipes ESF dão continuidade, ainda sobre as ações realizadas pelo NASF.

As contribuições da equipe NASF devem buscar qualificar e complementar o trabalho da ESF ampliando suas ações atuando de forma compartilhada no objetivo de superar a lógica fragmentada ainda prevalente no cuidado à saúde, sendo direcionada a corresponsabilização entre gestão, NASF, ESF, usuários e a comunidade (ALBUQUERQUE et al, 2016).

No entanto a equipe de profissionais do NASF argumenta que as suas contribuições é a quantidade de atendimentos para atender a demanda nas equipes ESF.

A contribuição do NASF é ótima, busca atender o máximo de pacientes. Porque o NASF trouxe vários profissionais novos que não tinha antigamente antes na equipe. E cada dia tá trazendo mais, antes só tinha uma Fono, hoje tem duas. P17 – NASF

Os profissionais do NASF deixam transparecer a ideia de que o NASF é bom porque atende a demanda da população e por serem uma equipe de vários profissionais que atuam de forma coletiva.

Porém as ações desenvolvidas pelo NASF devem aprimorar mais qualidade à assistência prestada e não somente suprir a demanda assistencial em seu aspecto quantitativo. Dentre algumas das ferramentas metodológicas mais citadas nas literaturas que devem ser utilizadas pela equipe NASF para conduzir o seu processo de trabalho é o Projeto Terapêutico Singular que é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (SILVA, 2014).

### **Como se dá atuação em conjunto entre os profissionais do NASF e da ESF**

A atuação profissional em conjunto das equipes acontece da seguinte forma: acontecem as reuniões mensais entre enfermeiro e ACS. Após as decisões desse encontro um ou mais profissionais da equipe NASF é convidado pela ESF a participar de atividades

organizadas pela mesma, onde estes profissionais irão atuar de acordo com as necessidades de cada equipe ESF. Deste modo existe negação da atuação em conjunto entre NASF e ESF. O que discorre as falas a seguir:

(...) a gente faz reunião mensal e como a gente faz a reunião mensal a gente programa as nossas ações do mês. Programa um exemplo hiperdia eu vou lá faço a solicitação daquele profissional que eu vou precisar para o hiperdia daquele mês (...)  
P15R - ESF

Não existe! Existe ali entre eles (...) Falando sério a gente trabalha todo mundo junto mas a gente pouco tem contato com os profissionais do NASF, eles nunca repassa, nunca faz reunião com a gente (...)  
P6 - ESF

No entanto o profissional do NASF argumenta que existe a atuação em conjunto entre todos as ESF e a equipe NASF. Como demonstra a fala a seguir:

A gente se reúne uma vez no mês, pra vez o que a gente tá fazendo, o que pode melhorar, ver o que a gente pode interagir mais, para desenvolver um trabalho melhor. Conversa sobre casos de pacientes e resolve as ações que agente vai promover no mês seguinte. Essa reunião é entre o NASF e todas as equipes PSF zona urbana e rural, vem todas as enfermeiras que são responsáveis pelos PSF dos sítios e as daqui e vamos falar. Fora outras reuniões, tem a reunião só com a equipe do NASF (...)  
P17 – NASF

O trabalho em equipe em si, pode ser confundido com o trabalho em equipe com ações integradas. As reuniões de fato acontecem, porém se observa que os ACS não participam desse planejamento, e sim, somente os coordenadores da equipe ESF que são os enfermeiros juntamente com a equipe do NASF.

O trabalho em equipe é dinâmico, pode configurar equipes de trabalho integradas, ou equipes com apenas agrupamento de profissionais. O compartilhar de uma mesma situação de trabalho não caracteriza uma equipe integrada, bem como o relacionar-se cordialmente não alcança a integração dos diferentes trabalhos, na perspectiva da integralidade. O trabalho multiprofissional para se integrar, deve preservar as especificidades dos diferentes trabalhos e articular as ações realizadas pelos integrantes da equipe. Para se construir algum grau de integração é necessário ocorrer a articulação das ações por parte de cada um e por todos os integrantes (SILVA, 2014).

## **Facilidades que o NASF tem para conseguir a articular as atividades com a ESF**

A articulação acontece com uma determinada ação, sendo a realização de palestras e reunião mensal entre as equipes NASF e ESF. Como demonstra as falas a seguir:

Tem, principalmente quando a gente trabalha com palestras. Esse trabalho tem essa articulação muito boa. Tem palestra com o educador físico. Com a nutricionista, então esse trabalho tem essa articulação entre uma equipe e outra. Saindo desse âmbito torna-se um trabalho normal cada um no seu canto, mas a gente tem liberdade se quiser conversar. P7 - ESF

Uma das facilidades é nossas reuniões mensal, a gente planeja, faz planejamento mesmo, se não se reunir não tem como. Você como enfermeira e aí o que você acha que pode promover nesse mês? Aí às vezes já tem os meses, exemplo Novembro Azul né, que já fica mais fácil, se não tiver no mês nada assim, a gente já vai, então vamos trabalhar o que? P17 - NASF

As facilidades que o NASF tem para conseguir se articular com as atividades da ESF, são principalmente com a realização de palestras, porque existe nesse trabalho a parceria das equipes envolvidas. E as reuniões mensais porque fazem o planejamento das ações do mês. No entanto nesse discurso sobre planejamento não surgem às metodologias de trabalho do NASF.

O processo de trabalho do NASF mostra dificuldades no que se refere ao trabalho em equipe, dentre estas estão a falta de planejamento dos profissionais para o trabalho coletivo, interação das pessoas para o trabalho em equipe, individualização das atividades, dificuldade no fluxo de informações, dentre outras. Como também a gestão de pessoal é uma questão muito relevante especificamente no que se refere aos mecanismos de contratação dos profissionais das equipes, muitas vezes com base em contratos temporários. Estas dificuldades resultam em uma assistência parcelar, contrária ao trabalho coletivo em saúde, o que descaracteriza a proposta da ESF e consequentemente limitam o alcance de seus objetivos (SILVA 2014; ARANTES 2016).

## **Obstáculos para o estabelecimento das relações/articulações entre o trabalho do NASF**

Os obstáculos citados com mais frequência foram: falta de contato dos profissionais do NASF com os profissionais da ESF. A falta de informação sobre as ações e funções do NASF com relação as equipes ESF. E também a constante mudança de equipes NASF. O que discorre as falas a seguir:

(...) no início sim, tinha obstáculo porque assim cada gestão, muda. Muda a gestão muda-se também o grupo do NASF (...) chegou a equipe do NASF aqui nós não fomos apresentados. Simplesmente chegaram para atendimento e ficavam cada um no seu canto ai e pronto (...) porque a gente já sabia o que era o nasf, eu acho que nem eles tava intendo o que era o NASF (...) P5 – ESF

(...) tem muito obstáculo porque a gente não tem como ter contato com eles. Tá entendendo? Porque se a gente tivesse contato com eles, por exemplo, vai ter uma reunião no NASF convida a equipe com uma pessoa do Agente. Nós não sabe nem o que eles faz. Eles fazem um trabalho perfeito, mas nós não sabe o que é. Tá entendendo? O que eles desenvolvem (...) P9R - ESF

O obstáculo que mais prevaleceu nesse contexto foi a falta de informação entre ambas as equipes da ESF a respeito da forma de trabalho da equipe NASF para atender as demandas das ESF.

Dentre as dificuldades reconhecidas no processo de trabalho do NASF, está a formação dos profissionais, que não é compatível com as necessidades do SUS. As propostas pedagógicas são construídas distanciadas dos serviços e não contemplam pontos chaves como o trabalho em equipe, o vínculo, o acolhimento, imprescindíveis para o NASF (SILVA, et al, 2012).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é sem dúvida um instrumento indispensável para contribuir na ampliação das ações desenvolvidas pelas equipes de Estratégias Saúde da Família e chegar mais próximo do princípio da integralidade nas práticas de produzir saúde. No entanto percebe-se que nas práticas cotidianas das equipes de Estratégias Saúde da Família (ESF) tanto na zona urbana e zona rural envolvidas nesse estudo existem entraves nesse processo. Parecendo haver a necessidade de mudança nas metodologias de trabalho. Necessita-se rever as práticas, rever funções e contribuições para com as equipes e sociedade, sendo a pactuação entre gestão, equipes envolvidas, usuários e sociedade uma alternativa viável, porque desta forma a contratação de profissionais da equipe NASF poderia ir mais de encontro com as necessidades dos usuários e sociedade.

A ausência do trabalho em equipe de forma articulada foi um fator muito prevalente entre os profissionais, pois ficavam mais restritos a falar sobre as palestras porque o NASF contribui trazendo explicações mais específicas para cada grupo como (hipertensão, gestantes e diabéticos). Apesar de que grande maioria dos profissionais das equipes ESF tinha o conhecimento sobre as funções do NASF, lhes faltava informações de como deveria acontecer esse trabalho entre NASF e ESF. Portanto as contribuições do NASF para o trabalho das equipes de ESF podem existir nessa proposta de articulação quando superar a ideia de que o trabalho em equipe é um agrupamento de profissionais especialistas e colocar em prática o trabalho em equipe articulado. Sendo o ponto chave primordial que as práticas pedagógicas de formação desses profissionais sejam construídas em concordância com as necessidades do SUS.

Diante do contexto e da realidade vivenciada sugere-se que atitude como a pactuação entre as equipes NASF, ESF, gestão, usuários e sociedade, seja a alternativa mais viável. Como também será uma forma de capacitação para os profissionais do NASF. Desta forma os anseios da sociedade com relação as suas necessidades em saúde, terão mais chances de ser sanadas.

No entanto é interessante que as pesquisas científicas sobre o tema continuem, porque existem variáveis envolvidas nesse processo de trabalho, que podem ser estudadas e se obter uma resposta positiva que possa contribuir para essa articulação entre equipes NASF e ESF, mesmo que essas contribuições resultem de um modelo de processo de trabalho local do NASF. De modo que as ações sejam condizentes com o que dizem as diretrizes do Ministério da saúde.

## 7. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, I. A. N. et al. **Contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família ao princípio da integralidade**, 2016. P. 1482-1491. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDINE&lang=p&form=F>>. Acesso em 14 abr. 2017.

ANJOS dos, K. F. et al. **Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde**, 2013. P. 672-680. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDINE&lang=p&form=F>>. Acesso em 14 abr. 2017.

ARANTES, L. J. et al. **Contribuições e desafios da Estratégia saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de literatura**, 2015. P. 1499-1509. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDINE&lang=p&form=F>>. Acesso em 14 abr. 2017.

BELLINI, M. I. B. et al. **Núcleo de apoio em saúde da família (nasf): motivos e critérios para implantação deste serviço na rede de saúde**. Porto Alegre ( S/D). Disponível em: <[http://www.alass.org/wp-content/uploads/22-07\\_sesion24\\_1.pdf](http://www.alass.org/wp-content/uploads/22-07_sesion24_1.pdf)> Acesso 28 mar. 2017.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica, nº 39**. Nucleo de Apoio à saúde da família – volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, Brasília 2014. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>>. Acesso em 21 abr. 2017.

BRASIL .Departamento da Atenção Básica (DAB). Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_o\\_que\\_e.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php). 2012 > . Acesso em: 12 jun. 2017 às 17:21

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 15 mai. 2017.

COSTA, J. P et al. **Resolubilidade do cuidado na atenção primaria: articulação multiprofissional e rede de serviços**. Saúde debate. Rio de janeiro, v.38, N.103, P. 733-743, out-dez 2014. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDINE&lang=p&form=F>>. Acesso em 14 abr. 2017.

COSTA, M.M.L. **O núcleo de apoio à saúde da família (NASF): Contextualização de sua implantação na atenção à saúde no Brasil**, 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDINE&lang=p&form=F>>. Acesso em 14 abr. 2017.

DORNELLES. A .D. **As praticas de cuidado do território a partir da implementação da política do núcleo de apoio à saúde a família NASF**. Pontificia UCRGS. Programa de pós-



graduação em psicologia mestrado em psicologia, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <[http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6524/2/DIS\\_ALINE\\_DIAS\\_DORNELLES\\_PARCIAL.pdf](http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6524/2/DIS_ALINE_DIAS_DORNELLES_PARCIAL.pdf)> . Acesso em 10 mai. 2017.

FRAGELLI, T.O, SHIMIZU, H. E. **Competências profissionais para o trabalho do núcleo de apoio á saúde da família**. Rev. APS. 2014 jul/set; 17(3): 334-344. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2213>>. Acesso em 20 abr. 2017.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2017 às 08: 32.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010. < Disponível em: [https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/232902/mod\\_resource/content/1/O%20que%20%C3%A9%20pesquisa\\_O%20que%20%C3%A9%20fazer%20pesquisa%20%28Gil.pdf](https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/232902/mod_resource/content/1/O%20que%20%C3%A9%20pesquisa_O%20que%20%C3%A9%20fazer%20pesquisa%20%28Gil.pdf)> A cesso em 22 abr. 2017.

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**, 2017, v4.1.6. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=240100>. Acesso em: 04 jun. 2017 às 17:13.

MANZINI, Eduardo José. **Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros**. Departamento de Educação Especial, Programa de Pós Graduação em Educação, Unesp. 2012. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/consagro/2012/03/16/entevista-semi-estruturada-analise-de-objetivos-e- de-roteiros/> .Acesso em: 05 jun. 2017 às 10:04.

MENDES, E. V. **A construção Social da Atenção Primária á Saúde**. CONASS. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/public/media/BmRaTPcct7Nl7b/10195528009001102051.pdf>>. Acesso em 16 mar. 2017.

NASCIMENTO D.D.G.; OLIVEIRA M.A.C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio á saúde da família**. Mundo saúde 2010; 34 (1):92-96.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa - características, uso e possibilidades**. Caderno de pesquisas em administração, São Paulo, 1996. Disponível em:<[http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/pesquisa\\_qualitativa\\_caracteristicas\\_usos\\_e\\_possibilidades.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_caracteristicas_usos_e_possibilidades.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2017.

OLIVEIRA, I. C. et al. **Algumas palavras sobre o NASF: Relatando uma Experiência Acadêmica**, 2012. P. 574-580. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDINE&lang=p&form=F>>. Acesso em 14 abr. 2017.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. **Atributos Essenciais da Atenção primaria e estratégia saúde da família**. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):158-64. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso 10 abr. 2017.

SAMPAIO, J. et al. **PMAQ-AB: A experiência local para a qualificação do programa nacional.** Rev enferm UFPE, p(sulp. S): 4318-28, Nov.,2016. Disponível em : < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11179>>. Acesso em 12 abr. 2017.

SILVA, R.V.G.O. **Processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a integralidade.** Tese de doutorado em enfermagem. UFSC. Centro de Ciências da saúde departamento de enfermagem programa de pós-graduação em enfermagem doutorado em enfermagem. Florianópolis, 2014. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/129690/331472.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso 22 abr. 2017.

SILVA, A.C. **Acesso á atenção básica no sistema único de saúde: uma revisão narrativa.** Ceilândia, 2015. Disponível em: < [http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10843/1/2015\\_AndersonCoutinhodaSilva.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10843/1/2015_AndersonCoutinhodaSilva.pdf)>. Acesso 17 abr. 2017.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz Christo; SIMÃO, Ana Adalgisa. **O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa:** descrição e aplicação do método. In: Organizações Rurais Agroindustriais, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/878/87817147006.pdf> . Acesso em: 20 Mai. 2017.

SOUZA, T.S. **NASF: Fragmentação ou Interação do trabalho em saúde na APS?** UFBA. Instituto de saúde coletiva. Programa de pós- graduação em saúde coletiva mestrado acadêmico em saúde comunitária, 2015. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18334/1/DISS%20ACADEM.%20Thiago%20Santos%20de%20Souza.%202015.pdf>>. Acesso 12 abr. 2017.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Prezado (o) Senhor (o)

A presente pesquisa intitulada CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APÓIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDA DA FAMÍLIA. A mesma será desenvolvida por: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA OLIVEIRA, pesquisadora associada e aluna do curso de graduação em Bacharelado em Enfermagem, da Faculdade Nova Esperança de Mossoró- FACENE-RN, sob a orientação da pesquisadora responsável, Ms. Rúbia Mara Maia Feitosa. A pesquisa tem como objetivo geral, analisar as contribuições do NASF para o trabalho da ESF de um município de médio porte. Como também, investigar as relações estabelecidas entre o trabalho do NASF e ESF e, identificar a atuação dos profissionais do NASF articulado à ESF.

O presente estudo justifica-se a escolha do tema de pesquisa, pelo fato de que durante as práticas integradoras e estágio curriculares, pude perceber que mediante a articulação dos profissionais do NASF e ESF pode surgir métodos singulares de como trabalhar um determinado território por meio de uma visão ampliada através da análise e intervenção dos trabalhadores envolvidos, bastando que existam profissionais empenhados que acreditem na efetivação das políticas públicas e que trabalhem para isso. Além do mais desde o início da minha graduação em enfermagem sempre me interessei pela Atenção Primária à saúde, em consonância da sua importância.

Desta forma, venho, através deste termo de consentimento livre e esclarecido, solicitar sua participação nesta pesquisa e a sua autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários e etc.). Nos momentos de coleta de dados os pesquisadores se comprometem a não tirar fotos ou fazer vídeos, de modo a não expor a imagem dos participantes.

Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente a liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer informações solicitadas pela pesquisadora participante.

Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos as pessoas envolvidas, porém os benefícios superam os riscos.

A pesquisadora<sup>1</sup> e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES<sup>2</sup> estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Apodi, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2017.

#### PARTICIPANTE DA PESQUISA

---

#### PERQUISADORA RESPONSÁVEL

---

<sup>1</sup>Endereço residencial da pesquisadora responsável: **Rua Cícero Aires de Lima, Apt 05, nº 52, Bairro Aeroporto. Mossoró/RN. Fone: (84) 999546893. E-mail: rubiamara@facenemossoro.com.br**

<sup>2</sup>Endereço do comitê de Ética em pesquisa: **R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame- João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br.**

## **APÊNDICE B – Entrevista Semi-Estruturada**

### I - Dados Pessoais

Idade:

Sexo: \_\_\_\_\_

Formação profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na função atual: \_\_\_\_\_

### II - RELAÇÃO NASF e ESF

- 1) Quais as ações realizadas pelo NASF para atender as demandas da ESF?
- 2) Quais são as contribuições do NASF para o trabalho da ESF?
- 3) Como se dá atuação em conjunto entre os profissionais do NASF e da ESF?
- 4) Descreva as facilidades que o NASF tem para conseguir a articular as atividades com a ESF? Sim ou não? Justifique!
- 5) Existem obstáculos para o estabelecimento das relações/articulações entre o trabalho do NASF e ESF? Sim ou não? Justifique!
- 6) Descreva as dificuldades que o NASF tem para conseguir a articular as atividades com a ESF?

## **APÊNDICE C – Termo de compromisso da pesquisadora responsável**

### **TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

Declaro que conheço e cumprirei as resoluções éticas brasileiras, em especial a resolução 466/2012 e suas complementares em todas as fases da pesquisa intitulada “CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APÓIO Á SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”.

Comprometo-me a submeter o protocolo a PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE até o dia, mês de ano, como previsto no cronograma.

Em caso de alterações do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLATB, via Emenda.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Mossoró, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2017

---

Pesquisadora Responsável

## ANEXOS

### TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, (Secretário (a) Municipal de Apodi), representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de Apodi, venho através deste documento, conceder a anuência para a realização da pesquisa intitulada CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APÓIO Á SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDA DA FAMÍLIA, que será desenvolvida pela (o) aluna (o) MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA OLIVEIRA do curso de ENFERMAGEM, tal como foi submetida à Plataforma Brasil, sob a orientação do (a) Professor (a) RÚBIA MARA MAIA FEITOSA, vinculada a Universidade FACENE, a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde, no período de \_\_\_/\_\_\_/2017 a \_\_\_/\_\_\_/2017.

Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução 466/12 CNS/MS e suas complementares.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades, como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu cumprimento no resguardo da segurança e bem estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não gerará nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Apodi;
- 4) A liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalidade ou prejuízos.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Apodi, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Secretário (a) Municipal de Saúde