



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE  
UNIDADE ACADÊMICA DE HUMANIDADES, CIÊNCIAS E  
EDUCAÇÃO - UNAHCE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**SILVIA SALVADOR DO PRADO**

**NUCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:  
UM ESTUDO SOBRE PROCESSO DE TRABALHO E  
EDUCAÇÃO EM SERVIÇO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação - PPGE da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Janine Moreira

**CRICIÚMA  
2015**

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P896n Prado, Sílvia Salvador do.

Núcleo de apoio à saúde da família: um estudo sobre processo de trabalho e educação em serviço / Sílvia Salvador do Prado; orientadora: Janine Moreira. – Criciúma, SC: Ed. do Autor, 2015.

142 p : il. ; 21 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Educação, Criciúma, SC, 2015.

1. Núcleo de Apoio À Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Programa Saúde da Família (Brasil). 4. Avaliação de serviços de saúde. 5. Políticas públicas de saúde.  
I. Título.

CDD. 22<sup>a</sup> ed. 362.12

Bibliotecária Rosângela Westrupp – CRB 14º/364  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back – UNESC

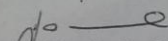
SILVIA SALVADOR DO PRADO

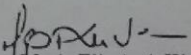
“NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO  
SOBRE PROCESSO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO EM  
SERVIÇO”

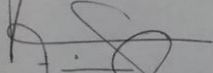
Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Educação no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 15 de outubro de 2015.

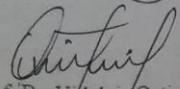
BANCA EXAMINADORA

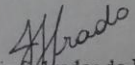
  
Prof. Dra. Janine Moreira  
(Orientadora - UNESC)

  
Prof. Dra. Maria Elisabeth Kleba da  
Silva (Membro - UNOCHAPECÓ)

  
Prof. Dra. Fabiana Ferraz  
(Membro - UNESC)

Prof. Dr. Rafael Rodrigo Mueller  
(Suplente - UNESC)

  
Prof. Dr. Vidalcio Ortigara  
Coordenador do PPG-UNESC

  
Silvia Salvador do Prado  
Mestranda



Dedico a meu esposo Mario, e principalmente a meus filhos, Luiza e Pedro, que são a razão de eu viver.



## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por me dar coragem, sabedoria e forças nos momentos em que precisei.

A meu esposo, que suportou minhas ausências, meus momentos de desânimo, de cansaço, mas também esteve ao meu lado nos momentos de alegria e prazer que essa trajetória me proporcionou.

A meus filhos que, aborrecidos por minhas ausências, me recebiam com abraços e beijos saborosos quando retornava para casa.

À minha mãe Olávia, que sempre orou por mim e, como toda mãe italiana, demonstrava sua preocupação com comidinhas quando passava na sua casa. Ao meu pai, não fique com ciúmes, você também colaborou muito com a pessoa que sou.

À Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC, e estendo aos professores do Programa de Pós-graduação em Educação – PPGC, que possibilitaram a realização desse sonho pessoal.

À minha orientadora, Janine Moreira, que em sua perspectiva emancipatória, contribuiu muito para que eu Seja Mais, espero que também tenha lhe propiciado isso.

Aos companheiros de trabalho, que aturaram minhas “crises existenciais” que ocorreram nessa trajetória.

À SMS de Içara, que autorizou o desenvolvimento da pesquisa no território e aos sujeitos do estudo que aceitaram participar dele, vocês foram fundamentais! Não esquecendo a todos por onde passei durante o período de observação da pesquisa.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a travessia dessa etapa: Muito obrigada!





## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo compreender como ocorre o processo de trabalho e a educação em serviço no trabalho da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O referencial teórico do estudo se deu com base em Ricardo Burg Ceccim, Laura C. M. Feuerwerker, Emerson Elias Merhy, Maria Cristina Davini, Eliana Claudia de Otero Ribeiro, José Inácio Jardim Motta, Paulo Freire. O local do estudo foi o município de Içara (SC). Os sujeitos foram 05 dos 06 profissionais que compõem a equipe do NASF: psicólogo, farmacêutico, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram entrevista semiestruturada, observação direta e análise documental. Os resultados foram analisados por categorias empíricas pré-estabelecidas: Composição e funcionamento do NASF no município de Içara; Dificuldades e possibilidades dos membros do NASF para a realização de seu trabalho; Estratégias de Educação em serviço desenvolvidas pelo NASF. A composição do NASF no momento da pesquisa passou por modificações desde sua implantação, e também sua forma de trabalho passou por muitas mudanças. O NASF de Içara vem evoluindo em suas atribuições enquanto equipe de apoio, apresentando dificuldades e possibilidades em seu processo de trabalho. As dificuldades identificadas na pesquisa foram: número excessivo de ESF para uma única equipe de NASF; carga horária reduzida de alguns profissionais que atuam no NASF; limitação em criar espaços coletivos para problematização do processo de trabalho por dificuldade de acessar algumas equipes de ESF; dificuldade em desenvolver o apoio matricial; problema na dimensão financeira para aquisição de alguns insumos para desenvolvimento das ações da atenção básica. No que tange às possibilidades, foram identificadas: apoio da gestão (coordenação de Atenção Básica) no trabalho desenvolvido pela equipe; coesão do grupo, o qual, mesmo com suas diferenças, é coeso na defesa das propostas defendidas por ele; Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização institucionalizado como política pública, o Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU); rede de atenção à saúde com diversos pontos de atenção nos quais há inúmeras possibilidades de trabalho em conjunto com o NASF e ESF; facilidade no deslocamento para as unidades de saúde. Na formação inicial dos profissionais do NASF, a maioria foi pouco contemplada com princípios do SUS e da Atenção Primária em Saúde,



uma vez que esses sujeitos concluíram sua formação inicial nos primeiros anos do nascimento do SUS. Em relação às aproximações da equipe do NASF aos pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS) ou da Educação Continuada (EC), o grupo apresenta características de ambos os pressupostos. No discurso dos sujeitos apresenta-se um predomínio dos pressupostos da EPS (afirmam que é necessário discutir sobre seus problemas, que quando buscam informações pensam no grupo e não apenas no que é possível realizar a partir de sua própria formação), mas nas práticas há um maior predomínio da EC (na elaboração de projetos excluem outros sujeitos, subestimam o conhecimento do outro). Evidencia-se que a EPS é uma ferramenta importante na efetivação dos princípios da Atenção Básica em Saúde. No contexto da equipe pesquisada, percebem-se momentos de em a EPS faz parte das suas ações e assim se apresenta como uma possibilidade crescente no trabalho da equipe pesquisada.

**Palavras-chave:** Atenção básica de saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Educação em serviço. Processo de trabalho.



## ABSTRACT

This research aimed to understand how is the process of work and education in service in the work of the Core Team to Support Family Health (NASF) in the development of the National Policy of Primary Care (BANP). The theoretical study was made based on Ricardo Burg Ceccim, Laura CM Feuerwerker, Emerson Elias Merhy, Maria Cristina Davini, Eliana Claudia de Otero Ribeiro, José Inácio Jardim Motta, Paulo Freire. The study site was the city of Içara (SC). The subjects were 05 of the 06 professionals who make up the NASF team: psychologist, pharmacist, social worker, nutritionist and physiotherapist. It is a case study with a qualitative approach. Data collection instruments used were semi-structured interviews, direct observation and document analysis. The results were analyzed by pre-established empirical categories: Composition and functioning of the NASF in the municipality of Içara; Difficulties and possibilities of NASF members to carry out their work; Education strategies in service developed by NASF. The composition of the NASF at the time of research, has been modified since its implementation, and also the way they work has undergone many changes. The NASF of Içara has evolved in his responsibilities as support staff, with difficulties and possibilities in their work process. The difficulties identified in the survey were: excessive number of ESF for a single team NASF; reduced workload of some professionals working in NASF; limitation on creating collective spaces for questioning the work process due to difficulty in accessing some FHS teams; difficulty developing the matrix support; problem in the financial dimension to the acquisition of certain inputs for the development of actions of primary care. Regarding the possibilities were identified: management support (Primary Care coordination) in the work of the team; group cohesion, which, despite their differences, is cohesive in defense of the proposals advocated by him; Center for Continuing Education in Health and Humanization institutionalized as public policy, the Municipal Center for Continuing Education in Health and Humanization (NEPSHU); health care network with several points of attention in which there are numerous possibilities of working together with the NASF and ESF; ease the shift to health facilities. In the initial training of NASF professionals, most were just awarded SUS principles and primary health care, since these subjects have completed their initial training in the early years of the SUS birth. Regarding the approaches of NASF team to assumptions of continuing healthcare education (EPS) or Continuing Education (CE), the group has characteristics of both



assumptions. In the speech of the subjects presents a predominance of EPS of assumptions (say it is necessary to discuss about their problems, when seeking information think in the group and not just on what is possible from their own training), but in no practices a greater prevalence of the EC (in preparing projects exclude other subjects underestimate the knowledge of the other). It is evident that the EPS is an important tool in the realization of the principles of Primary Health Care. In the context of the researched team, perceive themselves moments in the EPS is part of its shares and thus presents itself as a growing possibility in the work of team searched.

**Keywords:** Primary care in health. Support Center for Family Health. Education at work. Work process.





## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
CASMI	Centro de Atenção à Saúde da Mulher Içarense
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CIES	Comissão de Integração Ensino Serviço
CIR	Comissão Intergestora Regional
CDL	Câmara de Dirigentes Lojistas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EC	Educação continuada
ECR	Equipes de consultório de rua
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFSB	Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal
E. V. A.	Espuma vinícola acetinada
FES	Fundo Estadual de Saúde
FAI	Fundação de Assistência social de Içara
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FES	Fundo Estadual de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GERSA	Gerência Regional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
HEMOSC	Hemocentro de Santa Catarina
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família



NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAREPS	Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem
Pro-med	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RFCC	Rede Feminina de Combate ao Câncer
RH	Recursos Humanos
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SB	Saúde Bucal
SC	Santa Catarina
SF	Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TNT	tecido não tecido
UNACON	Unidade de assistência de alta complexidade em oncologia
USF	Unidade de Saúde da Família
VERSUS	Vivência-Estágio na Realidade do SUS



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012	52
Quadro 2: Unidades de ESF vinculadas ao NASF Centro – Içara (SC)	53
Quadro 3: Composição inicial do NASF de Içara e sua composição com a reestruturação .....	57
Quadro 4: Dificuldades e possibilidades no processo de trabalho do NASF de Içara.....	73
Quadro 5: Formação inicial dos sujeitos do estudo.....	93



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: A apresentação da educação continuada em uma lógica fragmentada.....	99
Figura 2: Representação da Educação Permanente como Estratégia de Gestão.....	102





## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>29</b>
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO .....	29
1.2 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS .....	35
<b>1.2.1 Abordagem da pesquisa.....</b>	<b>35</b>
<b>1.2.2 Local do estudo .....</b>	<b>36</b>
<b>1.2.3 Sujeitos do estudo .....</b>	<b>37</b>
<b>1.3.4 Coleta de dados e instrumentos.....</b>	<b>37</b>
<b>1.2.5 Análise dos dados .....</b>	<b>39</b>
<b>1.2.6 Aspectos éticos .....</b>	<b>40</b>
<b>1.2.7 Revisão bibliográfica.....</b>	<b>41</b>
<b>2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: SUA COMPOSIÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO .....</b>	<b>43</b>
2.1 ATENÇÃO BÁSICA COMO POLÍTICA DE ESTADO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	45
2.2 COMPOSIÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA .....	49
<b>2.2.1 Desenvolvimento das atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família .....</b>	<b>60</b>
<b>2.2.2 Dificuldades e possibilidades no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....</b>	<b>73</b>
<b>3 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO E AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PELO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM IÇARA .....</b>	<b>87</b>
3.1 FORMAÇÃO INICIAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	89
3.2 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO.....	95
<b>3.2.1 Educação continuada em saúde .....</b>	<b>95</b>
<b>3.2.2 Educação permanente em saúde .....</b>	<b>100</b>
<b>3.2.3 Que tipo de educação em serviço o Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Içara desenvolve?.....</b>	<b>104</b>
3.3 Educação Permanente em Saúde como política pública no município de Içara.....	110
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>115</b>



<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>131</b>
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	133
ANEXO B - FLUXOGRAMA PARA CREDENCIAMENTO NASF.....	135
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>137</b>
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	139
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PESQUISA DOCUMENTAL.....	141
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – DIÁRIO DE CAMPO .....	142



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público de saúde do Brasil, criado em 1988 por meio da Constituição Federal, é um modelo de saúde caracterizado por um movimento contra hegemônico em relação à conjuntura neoliberal que se apresenta no país e no mundo, na qual a saúde é rotulada como bem de consumo, “para quem pode pagar”. Na perspectiva do SUS, a assistência à saúde é entendida como bem social, da mesma forma como a educação, a habitação, entre outros (MOURA, 1996; MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

Defensores do SUS, os quais lutaram para sua consolidação durante as décadas de 1990 e 2000, buscaram estratégias para a efetivação de seus princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade, princípios estes que buscam reorientar o modelo de atenção à saúde, transformar a cultura que embasa a relação entre profissionais e população, fortemente enraizada em uma visão centrada na atenção às doenças, fragmentada, biomédica e hospitalocêntrica (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

Dentre algumas estratégias bem sucedidas no âmbito do SUS, apresentam-se o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), instituído em 1994. Tais programas foram inicialmente implantados em regiões nas quais os índices de mortalidade infantil eram mais altos. Com a diminuição de indicadores como a mortalidade infantil, o PACS e o PSF foram ampliados às demais regiões do Brasil (MENDES, 2002).

Em 1997, o Ministério da Saúde (MS) definiu o PSF como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial biologicista, verticalizado, focando na territorialização e singularidade de cada região. Em virtude disso, passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), por se tratar de uma proposta de mudança de paradigma da concepção de atenção à saúde, viabilizando a disseminação dos princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 1997).

A ESF e o PACS são propostas brasileiras para a efetivação da Atenção Primária em Saúde (APS), termo utilizado internacionalmente, o qual identifica uma estratégia de organização da atenção à saúde com ações voltadas para atender às necessidades de forma regionalizada, contínua e sistematizada de uma população, integrando ações de prevenção e tratamento de indivíduos e comunidades (MATTA, MOROSINI, 2008).

O passar dos anos e o amadurecimento de outras políticas públicas no SUS tem acarretado a ampliação de atribuições e de atividades para as equipes de ESF. Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 399, lançou o Pacto pela Saúde em três dimensões: pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa do SUS, em que traça metas para a União, os estados e os municípios. Nessas metas os entes federativos se comprometem a melhorar indicadores de saúde e de gestão por meio da melhoria dos serviços ofertados à população (BRASIL, 2006a).

Assim, com o compromisso de melhorar os serviços ofertados à população, o pacto de gestão do SUS é composto por diversas propostas apresentadas pelo Ministério de Saúde, entre elas, podemos destacar 2 eixos de ação: (1) gestão do trabalho na saúde e (2) educação na saúde. No pacto pela vida são apresentadas diversas metas que envolvem ações de atenção básica, ou seja, ações que envolvem as equipes de atenção básica no processo de efetivação do pacto. O pacto em defesa do SUS visa reforçar os princípios básicos do SUS enquanto política pública, como descrito na Constituição Federal, em que a saúde é um direito de todo cidadão e o SUS um sistema público universal.

Com essas novas responsabilidades no processo de trabalho dos profissionais de saúde, estruturar equipes de “apoio” para as equipes de ESF passou a ser fundamental. Assim, com o intuito de apoiar e ampliar a abrangência e a resolutividade da ESF, é criado em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Com a implementação das LOS 8080/990 e 8142/90, por meio do Decreto 7508/ 2011, que cria o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), em 2013 é estabelecida diretriz com objetivos e metas relacionadas à educação permanente em saúde dos trabalhadores do SUS (2014d). Com essa diretriz e outras (também com seus objetivos e metas), que envolvem a atenção básica, o NASF apresenta importante papel de APOIO às equipes de atenção básica.

O NASF tem como função atuar junto às equipes de ESF a partir das diretrizes da APS, das quais podemos destacar: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e educação popular; desenvolvimento da noção de território; participação comunitária; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

A equipe do NASF, composta por profissionais da saúde de diversas áreas, atua junto às equipes de Saúde da Família (SF), que são compostas basicamente por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, e em alguns casos contam com equipes de saúde bucal com o odontólogo e o auxiliar ou técnico de consultório

odontológico. Os profissionais do NASF, de forma integrada e apoiando as ações das equipes de saúde, devem compartilhar práticas e saberes em saúde nos territórios sob sua responsabilidade, atuando diretamente no apoio matricial.

O apoio matricial é a retaguarda especializada às equipes responsáveis pela atenção à saúde da população, de maneira personalizada e interativa. O apoio matricial fornece suporte assistencial quando necessário (CUNHA, CAMPOS, 2011).

Ao estudar as propostas de ação do NASF é possível considerar que convergem aos preceitos da Educação Permanente em Saúde (EPS), a qual propõe o questionamento acerca da realidade existente, em que a ação e a reflexão do cotidiano do trabalhador e do serviço de saúde promovam uma transformação da realidade (BRASIL, 2010).

A ESF, com o apoio do precisa realizar ações importantes para o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, das quais podemos destacar: a territorialização, ser porta de entrada da rede de atenção do SUS, operar na coordenação da atenção à saúde, dentre outras ações que devem ser desenvolvidas num processo reflexivo no cotidiano do trabalho. Para Silva e Peduzzi (2011), a EPS não pode ser reduzida à ação instrumental, pois engloba a ação subjetiva presente no trabalho, na qual os atores sociais podem configurar práticas comunicativas.

Assim, para o desenvolvimento do processo reflexivo, uma ferramenta é a Educação Permanente em Saúde que, segundo Ceccim (2005b), é uma estratégia importante para desencadear transformações no processo de trabalho na saúde, a fim de que esse se torne um espaço de atuação crítica. Porém, o desenvolvimento de espaços reflexivos e processos educativos em relação ao processo de trabalho em saúde podem ser dificultados em virtude da lógica fragmentária, desorganizada e acrítica que algumas vezes impera nos ambientes de trabalho.

O processo histórico do SUS – sobre o qual foram já fornecidas algumas informações – foi-me apresentado ainda no curso de graduação em Enfermagem. Na época, os professores eram trabalhadores do SUS com vivência significativa na sua defesa e consolidação. Nessa época, o PSF já era uma realidade, visto que, em 1994, Criciúma, cidade sede da Gerência Regional de Saúde (GERSA), foi uma das primeiras cidades de Santa Catarina a aderir ao modelo de saúde da família, estruturado sob os moldes da medicina social<sup>1</sup>. Içara, que também pertence à área de

---

<sup>1</sup> Medicina social – a medicina social possui uma filosofia baseada na ideia de que a saúde e a doença também possuem como determinantes a estrutura social. Tais origens sociais da doença demandam soluções sociais. O



abrangência da GERSA, e cidade alvo deste estudo, implantou sua primeira equipe de ESF apenas em 2000.

Porém, com o passar dos anos, a impressão que tive, enquanto profissional da saúde na Região Sul de Santa Catarina, onde atuo, foi o fortalecimento de “forças” que defendem o modelo biomédico de saúde<sup>2</sup>, sufocando o modelo de medicina social. Um fator determinante para esse retrocesso foi a supressão do fechamento das unidades de saúde um turno na semana, para reunião da equipe e desenvolvimento de estudos de caso, estudos em grupo, ao passo que, na época da implantação do PSF, todos os profissionais que atuavam na unidade de SF reuniam-se para atividades de educação permanente, as quais embasavam o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde na lógica do programa.

Em 2011, com o lançamento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica<sup>3</sup> (PMAQ) (BRASIL, 2014), muitas unidades que aderiram ao programa retomaram ou iniciaram um processo de fechamento um turno na semana para reuniões, muitas com intuito de cumprir um quesito da autoavaliação do PMAQ e não com o objetivo de discussão do processo de trabalho.

---

indivíduo é “paciente” da equipe, e, portanto, cada membro da equipe participa ativamente no processo de saúde-doença do indivíduo (PEREIRA; LIMA, 2008).

<sup>2</sup> Modelo biomédico de saúde – estruturado no século XIX, reduzindo o processo saúde-doença do ser humano a sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórica e social. Com isso, o modelo biomédico de saúde enfoca seu processo no diagnóstico por meio de exames e aparelhos, tratamento da doença ou conservação da saúde nos medicamentos. Também engloba o foco da atenção à saúde num único profissional, neste caso, o médico (PEREIRA; LIMA, 2008).

<sup>3</sup> PMAQ - Instituído por meio da Portaria GM/MS 1654 de 19 de julho de 2011, o PMAQ tem como objetivo “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde” (BRASIL 2012b, p. 7-8).

O PMAQ passa por diversas fases: I – Adesão ao programa; II – Desenvolvimento; III – Avaliação externa; IV – Pactuação. Na fase III um dos instrumentos do programa é a autoavaliação, que questiona a equipe sobre o que desenvolve e não desenvolve para, com isso, desenvolver matrizes de intervenção para o desenvolvimento de melhorias na atenção à população.

Esta situação ficou ainda mais evidente quando passei a atuar na Gerência Regional de Saúde de Criciúma (GERSA), a partir de 2008, primeiro como apoio institucional à ESF, e depois no apoio institucional na Prevenção e Vigilância das DST/HIV/Aids e representando a instituição na Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES)<sup>4</sup>.

Em visitas técnicas de apoio institucional aos municípios, observei que na grande maioria dos espaços não havia um processo de trabalho coletivo, que o serviço gira em torno do profissional médico. A equipe não desenvolve um diagnóstico situacional, nem mesmo planejamento das atividades. Enfim, a partir de uma reflexão do que é proposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o que foi observado, ficou evidenciado que a atenção básica em saúde (ABS) dos municípios permanece atuando em uma lógica fragmentada, desorganizada e acrítica.

Com o surgimento e implantação do NASF para apoiar as ESF, por meio de observações empíricas, não consegui evidências de mudança no processo de trabalho, uma vez que muitos profissionais que já estavam no quadro das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) foram “reaproveitados” para compor o NASF, permanecendo a lógica fragmentada do processo de trabalho, desempenhando as mesmas atividades, sem ao menos uma tentativa de reorganização da estrutura do serviço.

Cada município compôs a equipe do NASF a partir das particularidades do local, seja na estruturação da equipe a partir dos profissionais que já compunham o quadro funcional ou a partir das carências do município, incluindo profissionais que não existiam no quadro profissional. Assim, de modo geral, o que se observou foi o “mais do mesmo”, ou seja, fragmentação da atenção à saúde, acriticidade e pouca ou nenhuma mudança da realidade.

Pressuponho que a dificuldade em atuar na lógica do trabalho coletivo, no apoio técnico pedagógico, por parte dos profissionais da saúde, ocorra por: (1) não terem sido preparados para exercer a atuação multiprofissional na graduação, e mesmo no local de trabalho, durante o processo de implantação do NASF; (2) perfil do profissional, ou seja, não se identifica com o modo de trabalho preconizado no SUS; e/ou (3)

---

<sup>4</sup>CIES – Instância intersetorial e interinstitucional que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, criada por meio da Portaria GM/MS1996/2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências (BRASIL, 2007).

falta de interesse da gestão na mudança do modelo de atenção, uma vez que consultas individuais são “mais fáceis de mensurar” e, com isso, aumenta a possibilidade de apresentação de uma “produtividade” elevada, o que nos leva a questionar a própria estrutura de trabalho na qual a gestão e os profissionais de saúde estão inseridos, e que ajudam a manter. Cabe salientar que a confusão entre indicadores de produção com indicadores de saúde da população é comum, principalmente aqueles que estão imersos na lógica do modelo biomédico.

Para falarmos de educação no processo de trabalho em saúde, é necessário apontar duas propostas teórico-metodológicas utilizadas na área: a educação continuada e a educação permanente em saúde, que muitas vezes são apresentadas como sinônimas, mas que, no Brasil, estruturam-se em arcabouços teóricos distintos.

A educação continuada preconiza a atualização profissional, centrada nas capacitações técnico-científicas, que geralmente são desarticuladas, fragmentadas e desvinculadas das necessidades de saúde (SILVA, PEDUZZI, 2011). Enquanto que a educação permanente em saúde ocorre no espaço de trabalho e tem como “gatilho” o próprio processo de trabalho e as demandas que surgem a partir dele, promovendo a transformação da realidade, a partir da consciência crítica do indivíduo, que passa a ficar inquieto/incomodado com situações que acontecem no trabalho em equipe (CECCIM, 2005a).

A partir do pressuposto de que os profissionais, mesmo não tendo conhecido conceitos teórico metodológicos sobre a EPS durante seu processo de formação inicial, procuram desenvolver as atribuições que lhe são destinadas na PNAB, fazemos o seguinte questionamento: como ocorre a educação em serviço da equipe do NASF no desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)?

Foi escolhido o município de Içara para a realização da pesquisa por 3 motivos: Primeiro, em virtude da suposição, em nível empírico, de que a atuação de profissionais na gestão e na atenção à saúde da população deste município ocorre mais alinhada aos pressupostos da Educação Permanente em Saúde do que da Educação Continuada, em virtude da coordenação da atenção básica do município ser engajada no movimento de EPS. O segundo motivo foi devido ter lido e assistido a apresentação do relato de experiência do projeto de doação de sangue do NASF, o qual foi apresentado no Encontro Macrorregional de Saúde da Família realizado em Araranguá (SC) em 2013. Em terceiro, pela proximidade do município de minha residência.

Com o suposto diferencial, esse município foi escolhido para um estudo de caso a fim de problematizar a EPS a partir dos profissionais.

Contudo, ainda que se possa confirmar a hipótese de que em Içara os processos educativos nos serviços se aproximem mais da lógica da EPS, o estudo pretende verificar suas aproximações e distanciamentos em relação aos dois modelos preconizados: tanto a EPS quanto a educação continuada.

O objetivo geral desta pesquisa é compreender como ocorre o processo de trabalho e a educação em serviço da equipe do NASF no desenvolvimento da PNAB.

Os objetivos específicos do estudo são:

- Descrever a composição e o funcionamento do NASF no município de Içara;
- Verificar as dificuldades e possibilidades que os membros do NASF encontram para a realização de seu trabalho;
- Descrever as estratégias pedagógicas de educação em serviço desenvolvidas pelo NASF;
- Identificar as aproximações e distanciamentos das ações educativas em serviço realizadas em relação aos modelos de educação continuada e de educação permanente.

## 1.2 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Pesquisar é uma construção da realidade e, para construí-la, precisamos de um caminho, um método, e de meios (instrumentos) para captá-la. (MINAYO, 2009).

A delimitação metodológica descreve qual o caminho a ser percorrido para responder a pergunta, a inquietação que gerou esse processo de construção do conhecimento. Assim, o que será abordado neste item remete-se aos passos para a busca em responder a pergunta de pesquisa.

### 1.2.1 Abordagem da pesquisa

A presente pesquisa configura-se como um estudo de caso com abordagem qualitativa. O estudo de caso é uma boa opção quando queremos estudar algo singular, que tenha um valor em si mesmo, além de se constituir em uma unidade inserida em um contexto mais amplo (LUDKE, ANDRÉ, 2008).

O estudo de caso visa à descoberta; enfatiza a interpretação do contexto; busca retratar a realidade de forma completa e profunda; utiliza diversas fontes de informação; revela experiências vivenciadas e

permite generalizações naturalísticas; apresenta os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes na situação social pesquisada; pode se utilizar de linguagem mais acessível que outros relatórios de pesquisa (LUDKE, ANDRÉ, 2008).

A pesquisa qualitativa se ocupa com questões que não podem ou não devem ser quantificadas, pois trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes. Esses fenômenos humanos são entendidos como parte da realidade social, por se entender que o ser humano se distingue, além do agir, também no pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada por seus semelhantes (MINAYO, 2009).

### **1.2.2 Local do estudo**

O local do estudo foi no âmbito da esfera municipal do SUS, em Içara, que compõe a Região de Saúde Carbonífera. A cidade possui população estimada em 2014 de 52.284 habitantes, estando situada no sul do estado de Santa Catarina a 144,1 km da capital Florianópolis (IBGE, 2015).

A rede de atenção à Saúde do município de Içara possui 18 equipes de ESF localizadas em 16 unidades (BRASIL, 2014e) que atuam com um território e população delimitados, 01 hospital com pronto socorro que funciona 24 horas, sendo, inclusive, porta de entrada para usuários de outros municípios.

A rede ainda é composta pelos serviços especializados: serviço de referência em Saúde Mental, 01 Centro de Atenção Psicossocial, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Atenção à Saúde da Mulher, 01 Clínica de Fisioterapia, médicos em diversas especialidades, 01 Serviço de Atendimento Especializado (SAE), para o atendimento em AIH/Aids/Hepatites e Tuberculose e Hanseníase. O hospital do município, São Donato, é filantrópico, e presta os quatro serviços básicos de média complexidade ao SUS, cirurgia geral, clínica geral, obstetrícia e pediatria (BRASIL, 2014e).

O local do estudo foi a sede da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Içara (SC), a qual fica junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para a realização das entrevistas e pesquisa documental. Já o local da observação foi de acordo com o deslocamento dos profissionais do NASF, nas unidades básicas de saúde de sua programação.

### 1.2.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram os profissionais que compõem a equipe do NASF do município de Içara.

A equipe do NASF de Içara no período da pesquisa era composta por seis (06) profissionais: um assistente social, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um nutricionista, um psicólogo, um profissional de educação física, sendo que este último estava afastado em licença maternidade. Assim o estudo foi composto por cinco (05) profissionais: o assistente social, o farmacêutico, o fisioterapeuta, o nutricionista e o psicólogo. A distribuição dos sujeitos foi caracterizada por três (03) mulheres e dois (02) homens, com faixa etária entre 33 e 49 anos.

### 1.3.4 Coleta de dados e instrumentos

A coleta de dados ocorreu entre maio de 2014 a fevereiro de 2015 e por meio de diferentes instrumentos:

1. Análise de documentos referentes à implantação do NASF e atividades desenvolvidas pela equipe.
2. Entrevista semiestruturada com os componentes do NASF;
3. Observação direta dos sujeitos no seu cotidiano de trabalho junto das equipes de ESF e usuários dos serviços.

A análise de documentos foi utilizada para conhecer como o NASF está estruturado e o que desenvolveu nesses quatro anos de atuação. Para conhecer sua estruturação foi utilizado o projeto de implantação e a lei orgânica que aprova a criação do NASF, cargos, carga horária. E sobre o que o NASF já desenvolveu foram avaliadas atas, projetos e relatórios, recortes de jornal arquivados pela equipe. A análise dos documentos ocorreu durante os meses de agosto a dezembro de 2014.

A pesquisa documental é caracterizada pela utilização de documentos como fontes de dados, informações ou evidências (APÊNDICE B) (POUPART et al., 2008; MARTINS, THEOPHILO, 2009).

A entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) teve o intuito de saber como os profissionais atuam, o que pensam sobre educação no trabalho e quais suas dificuldades na realização do seu processo de trabalho. Segundo Martins (2008, p. 27), a entrevista:

Trata-se de uma técnica para coleta de dados cujo objetivo básico é entender e compreender o

significado que os entrevistados atribuem as questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente com base nas suposições e conjecturas do entrevistador. [...] diz-se que a entrevista é estruturada quando orientada por um roteiro previamente definido e aplicado a todos os entrevistados.

As entrevistas ocorreram durante o mês de agosto de 2014; a entrevista com menor duração foi de 24 minutos e maior com 70 minutos, perfazendo uma média de 44,8 minutos. As entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas. As transcrições foram literais, tendo sido corrigidos os vícios de linguagem. A validação das entrevistas aconteceu em 08 de dezembro de 2014, que ocorreu com a entrega a cada sujeito do estudo a sua entrevista transcrita, que após leitura do documento autorizou seu uso no estudo de forma completa ou com supressão de alguma parte da transcrição.

A observação direta das atividades desenvolvidas pelos componentes da equipe do NASF teve o intuito de verificar o que é desenvolvido pela equipe, além de procurar identificar coerência entre as concepções educativas dos profissionais - expressas nas entrevistas - com as estratégias pedagógicas utilizadas pela equipe. O período de observação ocorreu de 08 a 26 de setembro de 2014, 05 dias da semana (2ª a 6ª feira) com 6 horas diárias de observação em média, totalizando 90 horas. A cada dia foi acompanhado 1 ou 2 profissionais (conforme a agenda da equipe).

A observação ocorreu durante:

- Visitas domiciliares: Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fisioterapeuta, Psicólogo.
- Atendimento individual: fisioterapeuta e nutricionista.
- Grupos terapêuticos: nutricionista e assistente social;
- Reuniões internas da equipe do NASF,
- Reunião do NASF com outros profissionais/setores da SMS e outras instituições governamentais: reunião com enfermeiros, organização do Outubro Rosa e Novembro Azul, definição de encaminhamentos entre Saúde e CRAS.
- Atividades educativas para os profissionais da SMS: fisioterapeuta.

O diário de campo (APENDICE C) foi o instrumento de anotações de situações relevantes ao processo de pesquisa. A forma de anotação foi diária, tendo sido anotado horário de chegada, profissional que acompanhava, atividade desenvolvida, problemas e dificuldades encontrados e impressões. As impressões estão relacionadas aos discursos e às atitudes, aproximando cada um deles da EPS ou da EC.

As técnicas que envolvem observação são consideradas procedimentos empíricos de natureza sensorial. A observação permite a coleta de dados de situações, e esse procedimento envolve a percepção sensorial do observador, distinguindo a prática científica da observação da vida cotidiana (MARTINS, THEOPHILO, 2009).

### **1.2.5 Análise dos dados**

A análise de dados ocorreu a partir de categorização, que para Gomes (2003, p.70):

As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. [...]. Já as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas. Segundo nosso ponto de vista, o pesquisador deveria antes do trabalho de campo definir as categorias a serem investigadas. Após a coleta de dados, ele também deveria formulá-las visando à classificação dos dados encontrados em seu trabalho de campo. Em seguida, ele compararia as categorias gerais, estabelecidas antes, com as específicas, formuladas após o trabalho de campo.

As categorias gerais, estabelecidas antes do trabalho de campo, foram:

- Composição e funcionamento do NASF no município de Içara;
- Dificuldades e possibilidades dos membros do NASF para a realização de seu trabalho;
- Estratégias de Educação em serviço desenvolvida pelo NASF.



### 1.2.6 Aspectos éticos

No presente estudo foram respeitados os princípios éticos, seguindo-se os preceitos do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) diretamente ligado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013).

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual compõe o Anexo A desta pesquisa.

O primeiro contato com o município ocorreu em junho de 2014, para a apresentação do pré-projeto à Coordenação de Atenção Básica do município e solicitação da autorização do local de pesquisa. A coordenação aceitou a liberação do campo de estudo, fornecendo carta de aceite para encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade, na qual estou vinculada como aluna do mestrado. O projeto de pesquisa foi aprovado no CEP da universidade sob n<sup>o</sup> 738.501.

Com a aprovação pelo CEP, agendei com a equipe do NASF um espaço em sua reunião semanal, que ocorre às segundas-feiras. Apresentei o projeto, com predominância do esclarecimento dos objetivos da pesquisa e do processo de coleta de dados, enfatizando todos os preceitos relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme previstos na Resolução 466/2012, garantindo aos participantes da pesquisa o sigilo, a privacidade e o total anonimato; a liberdade em participar ou não da pesquisa, além de desistência a qualquer momento, sem ônus ou prejuízo.

Em virtude do período de observação ter sido considerável, pois ocorreram diversos contatos ao longo de 7 a 8 meses, com 1 desses meses de convivência diária já foi possível a formação de vínculos com os sujeitos do estudo, o que, em alguns momentos, resultou em conflitos no desenvolvimento do estudo e na elaboração da dissertação. Manter a postura de observador, não interferir ou emitir opiniões, em diversas ocasiões foi difícil.

Para o acompanhamento das consultas, os usuários do serviço que seriam atendidos pelos profissionais do NASF foram questionados sobre a aceitação ou não da minha permanência enquanto pesquisadora durante a consulta. Todos aceitaram a permanência no consultório durante a consulta individual. Houve algumas situações (03) (2 com nutricionista e 1 com o fisioterapeuta) em que os usuários em atendimento se dirigiram a mim pesquisadora fazendo questionamentos.

A partir disso, eu perguntava aos profissionais do NASF que estava acompanhando se poderia responder ao questionamento do usuário, e procurava responder sem interferir na conduta do profissional em relação ao usuário. Houve um dos sujeitos do estudo cuja entrevista ocorreu bem, mas para conseguir acompanhá-lo em uma visita foi difícil, pois ele se esquivava, afirmava que iria fazer uma determinada atividade e fazia outra, deixava para fazer atividades quando não estava em acompanhamento.

Houve a preocupação em como falar da transição que ocorreu no processo de trabalho do NASF. Esta dúvida, inclusive, foi levada para a Banca de Qualificação, que me tranquilizou e sugeriu relatar normalmente. Na pesquisa não são citados nomes, portanto, não havia porque se preocupar.

### **1.2.7 Revisão bibliográfica**

Com o tema delimitado e já tendo algumas referências que auxiliaram a composição inicial do objeto do estudo, como Davini (2009), Ceccim (2005), Ribeiro, Motta (2002), Ferraz (2011a), a partir da delimitação dos objetivos deste estudo foi realizada busca na base de dados Scielo e em outros espaços como BIREME e banco de teses da CAPES utilizando termos de busca “Educação Permanente em Saúde”, “Educação Continuada em Saúde”, “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, “Processo de trabalho”, “atenção básica em saúde”.

Nesse espaço estamos descrevendo revisão em virtude dela estar construída em conjunto com os resultados da pesquisa.



## 2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: SUA COMPOSIÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO

Neste capítulo, iniciamos apresentando a Atenção Básica em Saúde, modelo de atenção à saúde desenvolvido no SUS, seus fundamentos, diretrizes e as atribuições comuns a todos os profissionais que nela atuam. A seguir, enfocamos no NASF e seu processo de trabalho, suas dificuldades e possibilidades no desenvolvimento de suas atribuições específicas.

A atenção básica de saúde no Brasil é a “porta de entrada” preferencial, mas não única, do sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que também são portas de entrada a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e outras portas especiais de acesso aberto. Por meio dela, deve acontecer a entrada do usuário nas redes de atenção à saúde do SUS. Ela deve se orientar pelos princípios da universalidade, integralidade da atenção, equidade, participação social (BRASIL, 2013, 2014c).

A atenção básica deve trabalhar com a territorialização, o que implica uma determinada área e determinada população, para que as equipes possam trabalhar com planejamento e organização da demanda.

O termo atenção básica em saúde é a forma oficial utilizada pelo governo em seus documentos (MELO, FONTANELLA, MEDARZO, 2009). É uma derivação do termo atenção primária em saúde, que foi adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir da Conferência de Alma Ata, em 1978, sendo definida em 1979 pela mesma entidade como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e a comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o

primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS apud STARFIELD, 2002, p. 30-31).

O termo atenção primária em saúde é utilizado internacionalmente, identificando uma estratégia de organização da atenção à saúde com ações voltadas a atender às necessidades de forma regionalizada, contínua e sistematizada de acordo com as necessidades de uma população, integrando ações de prevenção e tratamento de indivíduos e comunidades (MATTA, MOROSINI, 2008).

Ambos os termos sofrem dicotomia no que tange a sua concepção, seu significado. Ao mesmo tempo em que o termo “primário” pode ter seu significado interpretado como primeiro, principal, também pode ser entendido como elementar, raso. Em relação ao termo “básico”, pode ter seu significado interpretado como que serve de base, fundamental, essencial, basilar; como também pode ser entendido como simples, sem complexidade (MELLO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009).

Conforme apontamentos de Giovanella et al (2009), a inversão de interpretação de significado dos termos primário e básico ocorreu significativamente em muitos governos da América Latina na década de 1980, que programaram uma abordagem de atenção primária, tendo como predomínio serviços de saúde para a população, em geral, de baixa qualidade.

Essa inversão de ideia sobre atenção primária se deu em virtude do termo Atenção Primária em Saúde e sua derivação do inglês “*Primary Health Care*”, utilizado na atenção à saúde pública inglesa. O modelo de atenção à saúde inglesa era organizado em centros de saúde primários e secundários, serviços de saúde domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e a atenção domiciliar deveriam estar regionalizados e deveriam resolver a maior parte dos problemas, e somente os casos sem resolução deveriam ser encaminhados para serviços de nível secundário e terciário (MATA, MOROSINI, 2008).

No inglês, o termo *primary*, de modo geral, significa “em primeiro lugar”, assim a expressão atenção primária em saúde pensada a partir da sua origem inglesa é definida como atenção primordial, principal em saúde. Porém, quando se faz uma análise da expressão de sua raiz latina sem lembrar-se da sua origem celta, acaba-se por ter o entendimento de que atenção primária em saúde é algo com significado

de pouca cultura, limitado, estreito, medíocre (MELO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009).

Em virtude dos problemas de interpretação do termo no Brasil passou-se a utilizar o termo atenção básica, fundamentado no significado do adjetivo “servir de base”. A discussão sobre essa dicotomia entre os termos de tempos em tempos é realizada, principalmente no meio acadêmico, ainda que, para muitos, seja algo redundante, como afirmam Mello, Fontanella, Demarzo (2009). O que realmente importa é debater a atenção básica como porta de entrada do SUS. Na própria atenção básica, verifica-se essa incompreensão do seu real significado, tanto por parte dos profissionais que atuam nela, quanto pela comunidade assistida pelas equipes.

## 2.1 ATENÇÃO BÁSICA COMO POLÍTICA DE ESTADO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Atenção Básica em Saúde até 2011 era composta por diversos “programas”: ESF, PACS, Saúde Mental, NASF e outros. Essa fragmentação da atenção acabava destoando dos preceitos da APS. Assim, no referido ano é criada no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria 2488/2011, que atualiza, consolida e também reforça a atenção básica como “porta de entrada” ou ordenadora da atenção à saúde, principalmente das redes de atenção à saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) “estabelece 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)” (BRASIL, 2012a).

A PNAB, como ordenadora da atenção à saúde, tem como fundamentos e diretrizes:

- I. Ter território adscrito sobre o mesmo [território delimitado para a atuação da equipe de atenção básica], de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- II. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e

preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

- III. Adscrição dos usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de

- iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;
- IV. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e
- V. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidas neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia



Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais. (BRASIL, 2012a, p. 20-23).

As diretrizes ordenadoras são fundamentais para a implementação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, e devem ser seguidas por todos os pontos de atenção à saúde, conforme o nível de complexidade de cada serviço, ou seja, mesmo os serviços de referência devem conhecer as diretrizes a fim de contribuir para sua aplicabilidade no processo de trabalho em saúde.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a partir dos fundamentos e diretrizes da PNAB é definido as atribuições comuns a todos os profissionais no contexto das ações de atenção básica de saúde, as quais são bastante amplas, compreendendo dentre elas:

- Participação do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos em situação ou risco de vulnerabilidade com manutenção dos cadastros das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal, utilizando as informações para análise da situação de saúde considerando as características de cada indivíduo e família, priorizando as situações que requerem maior atenção da equipe;
- Realização de ações de atenção à saúde da população adscrita no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e demais espaços comunitários conforme necessidade da população e as estabelecidas em protocolos da gestão municipal.
- Integralidade da atenção à saúde com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, garantindo atendimento da demanda espontânea, realização de ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.
- Acolhimento dos usuários, realizando escuta qualificada das necessidades de saúde, com classificação de risco e vulnerabilidade e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pelo atendimento contínuo, viabilização da criação de vínculo do indivíduo com a equipe de saúde.

- Busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de importância local.
- Realização de reuniões de equipe para discussão e planejamento em saúde, com acompanhamento e avaliação contínuos a partir das informações disponíveis.
- Realização de ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento, e educação permanente à equipe.
- Promoção da mobilização e participação comunitária, buscando efetivar o controle social.
- Identificação de parceiros e recursos da comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.
- Garantia de qualidade dos registros de atividades nos sistemas de informação na atenção básica.
- Prática do cuidado familiar e dirigido à coletividade e grupos sociais, propondo intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, famílias, coletividades e comunidade.
- Realização do trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.
- Demais ações identificadas como prioritárias pela equipe de atenção básica e gestão locorregional.

Em resumo, as ações comuns aos profissionais da atenção básica envolvem discussão do processo de trabalho entre os profissionais e com a comunidade em uma lógica que se origina a partir da realidade local, com a participação de diferentes saberes e transformação da realidade local, características da EPS.

## 2.2 COMPOSIÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta seção, são apresentados resultados relacionados à categoria composição e funcionamento do NASF no município de Içara.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 por meio da Portaria 154/2008, com o intuito de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, e também auxiliar na ampliação das ações de APS no Brasil (BRASIL, 2010).

Os NASF são equipes multiprofissionais, compostas por indivíduos de diferentes profissões ou especialidades. Eles devem atuar

de forma integrada com as equipes de saúde da família ou equipes de atenção básica para populações específicas<sup>5</sup>, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes por eles apoiadas, com o intuito de auxiliar no manejo ou resolutividade dos problemas de saúde da área de abrangência da equipe, bem como agregando práticas na atenção básica para ampliação dos objetivos de ofertas (BRASIL, 2014b).

O trabalho do NASF deve ser fundamentado na territorialização e responsabilidade sanitária, um princípio da APS; no trabalho em equipe (entre o NASF e a equipe de referência); na autonomia dos sujeitos (vínculo e corresponsabilização) e na integralidade (BRASIL, 2014b).

Mattos (2005a) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a 'integralidade' que têm por base a gênese desses movimentos, quais sejam: a 'integralidade' como traço da boa medicina, a 'integralidade' como modo de organizar as práticas e a 'integralidade' como respostas governamentais a problemas específicos de saúde (PINHEIRO, 2008, p. 255).

Na chamada boa medicina, integralidade é entender o indivíduo em sua complexidade humana (fisiológica, social, religiosa...). Integralidade na organização das práticas é pensar na atenção à saúde de modo horizontal e não vertical, como é comum ocorrer nos arranjos ou desenhos propostos por programas oficiais de saúde. Integralidade como resposta governamental a problemas específicos de saúde está relacionada ao desenho de estratégias que incorporem diversos níveis de atenção; um exemplo é a estruturação das redes de atenção à saúde (PINHEIRO, 2008).

Na Portaria 154/2008 havia possibilidade de implantação dos NASF nas modalidades 1 e 2, porém as opções para a implantação dessas equipes eram muito limitadas. O NASF 1 teria possibilidade de vinculação de, no mínimo, 8 equipes de ESF e no máximo 20 equipes, com algumas exceções para os estados da região norte, que poderiam ter no mínimo 5 e no máximo 20 equipes de ESF. No NASF tipo 2 o número mínimo seria de 3 equipes, mas os municípios deveriam ter densidade populacional abaixo de 10 hab/km<sup>2</sup>, de acordo com os dados do IBGE no ano base de 2007 (BRASIL, 2008).

---

<sup>5</sup> Populações específicas: correspondem a equipes de consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais.

Muitas vezes quando se faz um planejamento, algumas adaptações são necessárias para que nossas metas sejam alcançadas. Assim, o Ministério da Saúde teve que repensar nos critérios de implantação do NASF, pois nos moldes que estavam previstos na Portaria 154/2008 excluía-se a possibilidade de a grande maioria dos municípios brasileiros implantar o NASF. Com isso, foi publicada a Portaria 3124/2012 (BRASIL, 2014b), que redefine as modalidades de critérios de implantação do NASF, o que será apresentado mais adiante.

O NASF foi instituído com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica e, com isso, ampliar a resolubilidade das equipes da ESF. Para essa ampliação, na primeira Portaria publicada, a 154/2008, eram opções para comporem o NASF: as especialidades médicas: pediatria, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria e acupuntura, além das áreas de farmácia, nutrição, serviço social, psicologia e acupuntura, educação física, fisioterapia e acupuntura, fonoaudiologia, terapia ocupacional (BRASIL, 2008).

Com a publicação da PNAB em 2011, ampliaram-se as possibilidades desta composição:

Poderão compor os NASF [...]: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2012a, p. 72).

A ampliação das áreas de atuação na composição do NASF possibilita a inserção de novas práticas e saberes em saúde e, assim, com o apoio do NASF, amplifica as possibilidades de manejo e solução dos problemas nas áreas em que as equipes de atenção básica atuam.

Para viabilizar que todos os municípios brasileiros pudessem ser contemplados com equipes de NASF, a Portaria 3124 de 28 de

dezembro de 2012 redefiniu os parâmetros de vinculação das modalidades de NASF 1 e 2 e criou o NASF 3 (BRASIL, 2014).

Cada NASF possui as seguintes características, conforme quadro 1:

Quadro 1 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012.

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 equipes de SF e/ou equipes de AB para populações específicas (equipes de consultório rua (eCR), equipe ribeirinha e fluvial). Nesta modalidade, há possibilidades de varias equipes de NASF implantadas.	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 equipes de SF e/ou equipes de AB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial). Nesta modalidade, há possibilidades de apenas 1 equipe implantada.	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.
NASF 3	1 a 2 equipes de SF e/ou equipes de AB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial). Nesta modalidade, há possibilidades de apenas 1 equipe implantada.	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: Brasil, 2014b.

O projeto para implantação do NASF no município de Içara ocorreu no ano de 2010, dois anos após o lançamento do programa pelo Ministério da Saúde. Mesmo na primeira Portaria, o município possuía critérios mínimos para implantação do NASF na modalidade 1.

Para a implantação das equipes de atenção básica, incluindo-se o NASF, os municípios têm que elaborar projetos, apresentá-los e aprová-los junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) (quando os cargos não existem, estes devem ser criados por meio de lei orgânica municipal), encaminhar o projeto com a proposta e ata de aprovação do CMS para o Ministério da Saúde incluir no CNES a(s) equipe(s) proposta(s) (BRASIL, 2012a).

O NASF de Içara e os cargos dos profissionais para sua composição foram criados pela lei municipal 2811 em 25 de março de 2010 (IÇARA, 2010). O projeto de criação do NASF foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 14 de julho de 2014, e posteriormente encaminhado para a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e para o Ministério da Saúde, conforme fluxograma da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (Anexo B).

O município primeiro criou o programa e os cargos por meio de lei antes de passar pelo CMS. A gestão fez o processo inverso nesse processo, criando primeiro o NASF e os cargos que o compõe antes de passar pelo CMS. O CMS é amparado pela lei 8142/90, em que afirma que a gestão precisa da aprovação do controle social para questões chave na gestão, neste caso, a ampliação da composição da equipe de atenção básica do município. Caso o CMS tivesse rejeitado a proposta de criação do NASF o processo que passou pela Câmara de Vereadores teria sido em vão.

O projeto de criação do NASF apresentado e aprovado pela câmara de vereadores e CMS previa a implantação de 2 equipes de NASF com um cronograma de implantação das equipes. A primeira equipe, com previsão para implantação ainda em 2010 e a segunda com previsão para 2011. Em 2010 foi implantado o primeiro grupo, sendo denominado NASF Centro que, segundo o CNES, está vinculado à Unidade de ESF Primeiro de Maio, tendo oficialmente as seguintes unidades vinculadas a ele:

Quadro 2: Unidades de ESF vinculadas ao NASF Centro – Içara (SC).

Vinculação NASF ao ESF				
CNES	Equipe	Segmento	Equipe de Saúde bucal	Nº equipes ESF/unidade
2779234 – USF Pres. Vargas	001 - E.S.F Presidente Vargas	01- Urbano	Com saúde bucal	02

2778963 – USF do Liri	0002 - E.S.F. do Liri	01- Urbano	Não	01
2779072 – US Cristo Rei	003 - E.S.F. Cristo Rei	01- Urbano	Não	01
2779196 – USF do Jardim Silvana	004 - E.S.F. Jardim Silvana	01- Urbano	Não	01
2779153 – USF da Família do Jaqueline	005 - E.S.F. Jaqueline	01- Urbano	Não	01
2778947 – USF Esplanada	012 - E.S.F. Esplanada	01- Urbano	Com saúde bucal	01
2779129 – USF de Primeiro de Maio	013 - E.S.F. Primeiro de Maio	01- Urbano	Com saúde bucal	01
2779161 - USF do Jardim Elizabeth	015 - E.S.F. Jardim Elizabeth	01- Urbano	Com saúde bucal	01

Fonte: CNES/DATASUS/BRASIL, 2014e, s/p.

Em relação à implantação da segunda equipe do NASF, até o momento da pesquisa ainda não aconteceu. Assim, a equipe de NASF modalidade 01 de Içara, que segundo o Ministério da Saúde preconiza de 5 a 9 equipes, atua junto a 18 equipes de atenção básica, ou seja, o dobro do quantitativo recomendado. Levando em consideração a nova Portaria que redefine os critérios para a implantação do NASF, neste caso a Portaria 3124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2014), Içara poderia ser contemplada com 3 equipes de NASF.

Em relação à composição, o Ministério da Saúde recomenda que seja feita a partir das necessidades locais e do território, considerando os

indicadores epidemiológicos e sociais, as necessidades das equipes de AB, a rede de atenção do município e as necessidades dos usuários (BRASIL, 2014b).

A partir do projeto de implantação apresentado pelo município, as categorias profissionais que compõem o NASF de Içara foram selecionadas por critérios epidemiológicos do município. Os profissionais selecionados e respectiva carga horária estão listados no quadro 3.

Os profissionais que compuseram o grupo inicial do NASF de Içara foram admitidos por meio de processo seletivo simplificado em 2010, ou seja, não houve remanejamentos no quadro funcional para compor o grupo. A equipe que passou por um treinamento inicial teórico-prático sobre as ações do NASF, de 60 horas.

Com o passar do tempo o formato do NASF foi redesenhado, com a saída de alguns profissionais, redução da carga horária de determinado profissional e a inclusão de outra profissão na equipe. Segundo dados coletados na pesquisa documental (em atas de reunião da equipe), o fonoaudiólogo foi remanejado para outro serviço na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, pois a demanda para este profissional continuou, mas não no formato preconizado pelas diretrizes do NASF. Um dos fisioterapeutas também foi remanejado, este para o serviço de atenção à saúde da mulher, pois o serviço precisava deste profissional. O profissional de educação física foi incluído no grupo em 2013, uma vez que o município aderiu ao projeto Academia da Saúde do Ministério da Saúde e, neste projeto, o profissional de educação física desenvolve atividades importantes relacionadas à prática de atividade física.

O projeto inicial para a implantação do NASF de Içara menciona as atribuições da equipe e atribuições individuais de cada profissão, mas não menciona um planejamento inicial das atividades do grupo ou um diagnóstico situacional inicial.

Até o início de 2013, o NASF desenvolvia suas atividades de forma centralizada, como um serviço secundário, em um ambulatório em que nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo faziam atendimento individual com encaminhamento da unidade de saúde. A assistente social fazia atendimento no setor de serviço social da SMS com outras assistentes sociais e a farmacêutica foi designada à farmácia municipal.

As únicas atividades externas eram participação nos grupos de hipertensos e diabéticos das ESF e as visitas domiciliares para aqueles usuários do serviço impossibilitados de se deslocarem até a unidade de



referência. A lógica empregada neste período vai contra o que recomenda o Ministério de Saúde, que afirma:

Os NASFs fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica) (BRASIL, 2012a, p. 69).

Porém, a experiência vivenciada no município de Içara não é uma exceção, outros municípios também acabaram por seguir o modelo assistencialista com atendimento pontual sem transformação da realidade social. Sampaio et al (2012) identificaram situação semelhante em estudo desenvolvido com 6 equipes de NASF da cidade de Campina Grande (PB).

As equipes de NASF devem ser vinculadas a uma equipe de ESF apenas para lançamento de sua produção, para que documentos possam ser arquivados e materiais de consumo armazenados. Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), tecnicamente, a equipe do NASF deve possuir uma unidade de referência para reuniões técnicas do grupo e para guarda de material (insumos) para uso do grupo, nos demais momentos, ela deve ser itinerante, indo ao encontro das equipes de ESF em suas unidades de saúde.

Em 2013, a lógica até então empregada no NASF de Içara foi modificada, esta mudança surgiu nas falas dos entrevistados e pode ser observada nos documentos pesquisados. Os sujeitos informaram que o fator determinante foi a mudança da gestão municipal, neste caso, o prefeito e o secretário de saúde, além da adesão ao PMAQ. Na etapa da autoavaliação do PMAQ, na qual um dos tópicos questiona sobre o deslocamento do NASF nas unidades de SF, este item teve uma nota baixa, indicando a necessidade de adequação ao preconizado para uma equipe de NASF. Esta informação esteve presente apenas na fala de um dos entrevistados.

O processo do PMAQ no final de 2012 foi nos aproximando do que realmente seria o trabalho do NASF. Saímos daquela clínica individual, ir ao encontro a um trabalho coletivo junto das unidades, com a elaboração das matrizes de intervenção. Então a gente foi se inserindo na vida

das unidades de saúde e a partir do que foi pautado nas nossas matrizes e nas questões que surgem no dia a dia, porque é um processo muito dinâmico, porque tu até planejas o que fazer, mas ocorre uma serie de situações ao longo do processo que a gente tem que se adaptar a elas, fazer modificações. Então a gente vai elaborando nosso processo de trabalho a partir do cotidiano do trabalho (Entrevistado 4).

Quadro 3: Composição inicial do NASF de Içara e sua composição com a reestruturação

Composição inicial NASF Período 2010 - 2012		Composição do NASF com a reformulação Período 2013 – 2014	
Profissional	Carga horária	Profissional	Carga horária
01 Assistente social	40h	01 Assistente social	30h
01 Psicólogo	40h	01 Psicólogo	40h
01 Farmacêutico	40h	01 Farmacêutico	40h
01 Nutricionista	40h	01 Nutricionista	40h
02 Fisioterapeutas	20h	01 Fisioterapeutas	20h
01 Fonoaudiólogo	20h	01 profissional de educação física.	20h
Equipe de apoio	Carga horária	Equipe de apoio	Carga horária
01 téc. de enfermagem	40h	Motorista	40h
01 agente de serviços gerais	40h		
Motorista			

Fonte: Içara, 2010, 2014.

Além das mudanças na equipe, ela também equipe saiu do imóvel que ocupava e passou a ocupar uma sala na Secretaria de Saúde. Tal sala contempla um espaço para as reuniões, programação das atividades da equipe e guarda de materiais, além de armários, mesas e computadores. O veículo e o motorista do NASF passaram a ser exclusivos da equipe, para que pudessem ter autonomia de deslocamento.

[...] não sei se alguém já falou do que era feito até o início do ano passado e a mudança que ocorreu a partir do início do ano passado. [...] A partir de então houve a mudança na gestão, e com isso mudou a visão da gestão em relação ao NASF. E a gente passou a colocar em prática realmente a função e o trabalho que o NASF tem que desenvolver junto com as ESF (Entrevistado 4).

Acho que a gente melhorou o entendimento do que devia ser o NASF. Quando a gente saiu do espaço que a gente estava e veio pra cá, cada um conseguiu fazer o que era do NASF (Entrevistado 1).

A gente tinha uma sede, existia atendimento como se fosse uma policlínica. Então a gente fazia planejamento e preparava todas as ações, mas também existia o atendimento individual. Então, vindo pra cá, os atendimentos acabaram não mais acontecendo. Se for para ter atendimento, então é para ter na unidade de saúde (Entrevistado 2).

A saída da equipe do NASF da unidade centralizada oportunizou a aproximação entre ela e as equipes de ESF e, com isso, uma maior possibilidade do diálogo entre os sujeitos e de integração e desenvolvimento de ações coletivas, porém, ainda há muitas barreiras a serem superadas.

A estrutura da Secretaria de Saúde de Içara possui uma Coordenação de Atenção Básica, a qual coordena as 18 equipes de ESF e o NASF que, como compõe a atenção básica, também estão sob esta coordenação. Isto ocorre desde 2013, pois em 2012 a equipe possuía uma coordenação própria.

A coordenação do NASF foi por um período o psicólogo. Depois que o psicólogo saiu fui eu. Depois disso a gente deixou para coordenadora da atenção básica, porque não tem porque um membro da equipe ser coordenador dos outros. Então, como o NASF é vinculado à atenção básica, é lógico que a coordenadora da atenção básica seja também a coordenadora do NASF (Entrevistado 2).

Essa concepção do NASF estar ligado à coordenação de Atenção Básica reforça que o NASF compõe a atenção básica em saúde, que ele faz parte de um grande grupo, de um coletivo, e como já foi mencionado anteriormente, o NASF não é um serviço específico, ele compõe a estrutura de Atenção Básica (BRASIL, 2014b).

A equipe do NASF deve também refletir sobre suas práticas, que são estruturadas a partir de diversos fatores, dentre eles, a organização do trabalho, gerando processos internos de mudança e produção de novas práticas. Para facilitar a organização das atividades e que todos tenham ciência da agenda de todos, além de organizar rotas e horários, na sala da equipe há um quadro quinzenal para que o grupo possa afixar suas atividades de forma individual ou em grupo. Isso também auxilia na elaboração do roteiro de deslocamento do carro. Essa situação pode ser observada na fala dos sujeitos e também no período de observação das atividades da equipe.

Nós temos essa agenda aqui [aponta para o quadro da parede]. Quando a gente tem um compromisso coloca aqui no dia o turno previsto. [...] Aqui a gente verifica a organização de carro e organização de atividades. Faz um roteiro para que todos possam fazer suas atividades (Entrevistado 5).

Assim, a equipe do NASF percorre as unidades de saúde do município, desenvolvendo diversas atividades com a comunidade e com as equipes de ESF. Pode-se perceber neste processo que todos os componentes procuram se organizar de forma que todos possam desenvolver suas atividades. O deslocamento até as unidades de saúde possibilita uma maior interação entre os sujeitos, o que corrobora com o Ministério da Saúde:

Organizar o próprio trabalho também é fundamental, [...] construir agendas compartilhadas e equilibrar de forma dinâmica o conjunto de atividades a serem desenvolvidas a partir do rol de demandas que se apresentam. É fundamental, para isso, que cada profissional do NASF tenha sua agenda de trabalho, e que essa agenda seja conhecida e pactuada com os demais membros do NASF, além dos gestores e dos profissionais das UBS (BRASIL, 2014b, p. 22).

As discussões sobre a organização do trabalho realizadas pelo grupo, e isso inclui como o roteiro vai ser feito no dia, possibilitam que todos os sujeitos possam ser contemplados conforme for priorizado pelo grupo e, com isso, desenvolver suas atividades de forma satisfatória. Segundo as observações realizadas, nota-se que nem sempre todos saem satisfeitos, mas a discussão possibilita que todos possam expor os motivos da sua necessidade e, a partir disso, o grupo define as prioridades.

### **2.2.1 Desenvolvimento das atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

Desde sua criação, o NASF é orientado pelas diretrizes da Atenção Básica, apoiando as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade (BRASIL, 2014b). “O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF” (BRASIL, 2010, p. 7), pois seu trabalho é atuar em conjunto com as equipes de ESF, melhorando a atenção do cuidado ao usuário na rede de atenção à saúde do distrito sanitário.

As diretrizes nacionais e os documentos norteadores sobre o NASF recomendam que a equipe do NASF deva atuar junto das Equipes de ESF e de outras equipes de atenção básica, de forma integrada e apoiando as ações das equipes de saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial, com vistas nas dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico (BRASIL, 2010; 2014b; LACMAN, et al., 2013).

#### **2.2.1.1 Suporte assistencial**

O suporte assistencial ocorre nos momentos em que o profissional do NASF atua diretamente junto à população, com consultas individuais, visitas domiciliares ou atividades educativas (BRASIL, 2012a).

No período da observação desta pesquisa, a maior parte das visitas domiciliares era direcionada ao projeto de oncologia. Para esse público, o processo de busca era explicitamente inverso aos objetivos que NASF propõem. A equipe do NASF faz busca ativa de novos usuários com doença oncológica junto às equipes de ESF e a coleta de

informações sobre a situação de cada usuário (entrevista inicial) e oferta os serviços da unidade ESF.

[...] o projeto de oncologia foi idealizado para quebrar justamente a lógica atual que é: o paciente vai para o serviço de referência e não retorna mais para a unidade ou, quando retorna, as informações sobre seu tratamento são poucas. Às vezes tem que ligar para a UNACON [Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia] para conseguir uma informação sobre um paciente. Não é que a UNACON não dê a informação, mas às vezes falta alguma coisa. Então, o que a gente quer? Quer que nos mandem todas as informações para que a gente possa também acompanhá-lo. Essa contra referência tem que existir. Até foi conversado com um dos enfermeiros do UNACON e ele disse que isso realmente é muito importante, porque os pacientes vão para o serviço de referência e eles não retornam para a unidade quando necessário. Por exemplo, precisa de um curativo, precisa de uma medicação, ou outra coisa. Os pacientes acabam entendendo que a referência deles é só a UNACON. Então, os pacientes acham que tudo o que eles precisam só tem lá. Assim, o projeto existe, vem com uma ideia de construção do que realmente é necessário para o paciente. E é aí que se apontam as questões: contra referência, informações necessárias que precisam ser coletadas com o UNACON, precisa existir essa troca. [...] Existem pessoas que são centralizadoras, então, acabam usando “É MEU” e o “é meu” não existe... é nosso. O paciente, independente do momento, ele sempre vai ser paciente da equipe de ESF e do NASF, e ele sempre vai ser acompanhado (Entrevistado 2).

O projeto tem o objetivo de “repatriar” o usuário do serviço com câncer de volta para a unidade básica de saúde, ou mesmo de manter o vínculo do usuário do serviço com a equipe de ESF, pois apesar dele estar inserido num ponto da rede de atenção (UNACON, neste caso), a corresponsabilidade sobre a pessoa com câncer permanece, pois o indivíduo que está com câncer continua morador do município, do

bairro e da microárea. E, a qualquer momento, ele pode precisar do ponto de atenção que é a ESF e ela deve ter sua porta aberta para suprir sua necessidade na medida do possível.

O NASF, no contexto da atenção básica, busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de ESF, procurando a construção do trabalho em rede de atenção e cuidado, buscando qualificar o processo de trabalho na lógica da integralidade, visando, assim, a superação do trabalho fragmentário, focado na referência do usuário (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010).

A partir dos apontamentos de Nascimento e Oliveira (2010), observa-se que o objetivo do projeto é relevante, pois quer qualificar o trabalho da atenção básica seguindo a lógica do trabalho em rede, na qual os diversos pontos de atenção em saúde se comunicam, e que a referência e contra referência seja efetiva.

Porém, o NASF não tem conseguido implementar características da EPS que, nesse processo, deveriam ser almeçadas. A partir de autores como Merhy, Feuerwerker, Ceccim (2006), Davini (2009) destaco:

- Em relação aos pressupostos pedagógicos: o projeto de oncologia não é significativo para a maioria das equipes de ESF, ou seja, as equipes de ESF não se sentem parte do trabalho. Não criou relações entre NASF e ESF, ESF e usuário com câncer e a sua família, NASF e usuário com câncer e sua família (processo de trabalho). Isto foi possível observar ao acompanhar o NASF nas visitas às unidades de saúde e nas residências dos usuários. Na maioria das unidades de ESF, o profissional ou profissionais da equipe recebeu/receberam o profissional do NASF sabendo do objetivo da visita (no caso do projeto de oncologia), chama a ACS que acompanhará na visita domiciliar. Tanto na saída quanto na chegada para devolver o prontuário à unidade de saúde os profissionais da ESF não demonstram interesse em saber quais informações o NASF trouxe sobre o usuário antes ou após a visita.
- Os sujeitos (equipes de ESF) não se sentem inseridos no processo. Em uma reunião de enfermeiros a equipe do NASF participou para falar sobre o projeto e a maioria dos que fizeram algum tipo de colocação utilizou a expressão “o que vocês querem” ou “como vocês querem”, mesmo o NASF falando que as informações solicitadas serem importantes para todos: ESF e NASF.

- Não se observou transformação das práticas de trabalho na maioria das equipes de ESF. Quando ocorreu a pesquisa o projeto de oncologia já estava sendo desenvolvido há aproximadamente 7 meses e nesse período houve possibilidade do NASF visitar ao menos um usuário de cada ESF e com isso a ESF responsável pelo território do usuário. O que pode ser percebido nas falas dos sujeitos e nas observações de visitas as unidades de saúde, visitas domiciliares e reunião com coordenação de ESF (que em Içara são os enfermeiros) que a maioria as equipes não se considera parte do processo de atenção ao usuário do SUS com doença oncológica, com exceção de 3 equipes que passaram a acompanhar as pessoas com câncer de seu território formando um vínculo entre sujeito e família/ESF/NASF.
- Em relação à repercussão educativa: ela existe dentro do NASF com os usuários com câncer e seus familiares, porém, não consegue alcançar a maior parte das equipes de ESF. Foi percebido nas falas dos profissionais do NASF e na observação das atividades que o NASF não discute com a maioria das equipes de ESF sobre os usuários com câncer do serviço e sobre o projeto.

Mesmo que o projeto não tenha sido elaborado por uma determinada pessoa, mas quando ela o lê e se enxerga dentro do contexto, se supõe que a proposta será significativa para ela e ela passa a fazer parte de outras fases de uma proposta. Porém, quando o sujeito não se vê no contexto, um projeto não vai ser significativo e não vai haver adesão ao que lhe é proposto.

Assim, como o projeto de oncologia, foi uma demanda identificada pelo NASF e não pelas equipes de ESF. Muitas equipes podem não se sentir parte do processo, mesmo que a mortalidade por câncer no município de Içara seja a segunda maior causa de mortes, com 21,72% em 2013, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, que chegaram a 33,70% no mesmo ano (SANTA CATARINA, 2015).

As equipes de ESF deveriam acompanhar os indicadores de saúde de seu território a fim de verificar a efetividade da atenção à saúde e o NASF deveria discutir com as equipes de ESF os indicadores, pois eles são uma forma de avaliar a qualidade do serviço ofertado. A partir das avaliações, a ESF e o NASF deveriam discutir em quais aspectos o processo de trabalho é efetivo e quais são insuficientes ou ineficazes.



Esta discussão do processo de trabalho é uma ação fundamental na efetivação da EPS.

A demanda talvez tenha sido identificada pelo NASF devido à nutricionista ter concluído uma especialização em nutrição oncológica, ou seja, este indicador de saúde também poderia ter passado despercebido, inclusive pelo NASF.

As visitas domiciliares também envolvem outras demandas e, estas sim, geralmente são requisitadas pelas equipes de ESF. Um personagem bastante presente nas visitas domiciliares do NASF era o Agente Comunitário de Saúde, em virtude dos profissionais do NASF terem como rotina requisitar esse profissional sempre que havia visitas programadas.

O NASF utiliza o prontuário da família da unidade de ESF para registrar informações sobre a visita domiciliar. No período de observação, quando voltava para a unidade de saúde, a maioria dos membros do NASF repassou as informações sobre o que foi feito na visita domiciliar e quais os encaminhamentos dados para o enfermeiro da unidade caso estivesse disponível. Caso contrário, no prontuário ficou contida as informações sobre o que foi realizado na visita domiciliar. A equipe do NASF também fez anotações em fichas de atendimento, para consolidar na produção da equipe.

Os atendimentos individuais nas unidades de saúde geralmente são direcionados a partir das equipes de saúde. Em alguns casos, as demandas direcionadas pela equipe de ESF para o NASF são repetitivas. Um exemplo é o caso da nutricionista. Em uma manhã, ela atendeu individualmente apenas gestantes. O que pode ser observado é que o encaminhamento partiu da equipe de saúde, e do momento do encaminhamento até a consulta com a nutricionista não foram feitas orientações básicas, que não precisa ser realizada necessariamente pelo nutricionista, tais como: comer a cada 3 horas, evitando jejum prolongado, evitar frituras, fazer ingestão de 1,5 litros de água ao dia. Essa constatação foi feita a partir da análise dos prontuários individuais que ficam arquivados no prontuário da família – dos quais não constavam orientações desta ordem - e no diálogo entre profissional e usuário, presenciado na ocasião das observações.

O atendimento individual específico não é o mais recomendado no NASF, uma vez que ele deveria atuar na lógica do apoio matricial, em que as consultas individuais compartilhadas seriam o mais indicado (BRASIL, 2014b). A consulta compartilhada oportuniza o fortalecimento de vínculo entre a equipe de ESF com o usuário, ESF e NASF, NASF e usuário, favorece a coleta de dados se necessário e o

apoiador trabalha em conjunto com o profissional de referência; assim, a troca de saberes entre o indivíduo, o apoiador e o profissional de referência poderá construir um plano terapêutico singular. Esse processo promove a autonomia do profissional de referência, pois uma vez instrumentalizado no processo, poderá desenvolver seu trabalho com maior independência.

Em relação aos grupos terapêuticos, muitos estão relacionados ao Polo Academia da Saúde<sup>6</sup> do município, que é vinculado à equipe do NASF. A equipe desenvolve: atividades físicas orientadas, *yoga* para os profissionais da saúde, grupo de controle de peso e está em fase embrionária (elaboração do projeto) o teatro para adolescentes.

A frequência de atividades ocorre mais em algumas unidades do que em outras. Algumas equipes não procuram o NASF e outras, segundo os profissionais do NASF, não dão abertura para que possam se inserir no processo de trabalho da equipe, nem com trabalho individual com consultas, nem com trabalho do NASF com a equipe.

A equipe possui *datashow* e *notebook* para uso próprio e, segundo um dos sujeitos, eles são privilegiados em ter esses materiais e lugares que, quando querem preparar alguma coisa, tem que ser no papel pardo, caneta hidrocor, quando tem, e recortes de revistas.

Em eventos em que o NASF está envolvido a busca por esse material não é uma preocupação. Um exemplo foi para abertura do Outubro Rosa<sup>7</sup>. Neste mês foi programada uma série de atividades com

---

<sup>6</sup> O Programa Academia da Saúde foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros, inspirado em ações que já eram desenvolvidas em municípios como Recife, Curitiba, Vitória, Aracajú e Belo Horizonte. O seu objetivo é promover educação em saúde como práticas corporais e atividade física e promoção da alimentação saudável e também contribuir para a produção do cuidado e modos de vida saudável e sustentável da população. Para isso há o incentivo a implantação dos Polos da Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. A academia da Saúde também é uma ferramenta importante na Rede de Atenção à Saúde às doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes. (BRASIL, 2014).

<sup>7</sup> Outubro Rosa – O movimento denominado Outubro Rosa nasceu nos Estados Unidos, na década de 1990, mesma época em que a Fundação *Susan G. Komen for the Cure* lançou o laço rosa e distribuiu-os aos participantes da primeira corrida pela cura, realizado em Nova York (EUA) e, desde então vem sendo promovido em diversos países. O Outubro Rosa foi criado com o intuito de estimular a participação da população no controle do câncer de mama. A data é

foco na prevenção ao câncer de mama e câncer de colo de útero, e o NASF fez parte da equipe organizadora realizando a coordenação. Na abertura foi realizado um evento no dia 01/10/14 e esses materiais (notebook e Datashow) não se constituíram em problema para viabilizar as atividades programadas.

### 2.2.1.2 Suporte técnico-pedagógico

A proposta técnico-pedagógica converge aos preceitos da educação permanente em saúde (EPS), que propõe o questionamento acerca da realidade existente, em que a ação e a reflexão da realidade cotidiana do trabalhador e do serviço de saúde promovam uma transformação da realidade. A reflexão proposta pela EPS ocorre por um processo individual e coletivo, em que todos os atores sociais estão envolvidos, inclusive as lideranças da comunidade e a comunidade como um todo (BRASIL, 2010).

Franco (2007) aponta que trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção do cuidado em saúde como processos de cognição e subjetivação, promovendo um processo pedagógico na estrutura organizacional do SUS. Este é o objetivo do suporte técnico pedagógico que se propõe ao NASF, que a partir do cotidiano das equipes de referência, a equipe de apoio possa desenvolver processos pedagógicos ao mesmo tempo em que produz cuidado.

Apesar do NASF desenvolver um planejamento abrangente para a organização de seu processo de trabalho, deve trabalhar cada equipe de ESF a partir das suas singularidades (da equipe e da comunidade) (BRASIL, 2012a). O NASF de Içara desenvolve três projetos: doação de sangue, farmácia solidária e atenção a pessoa com câncer, que são desenvolvidos no município todo.

O projeto de doação de sangue foi implantado em 2013. A doação de sangue é uma necessidade de todos os hemocentros e da coletividade e a iniciativa do grupo em desenvolver a cultura da doação de sangue nas pessoas vem ao encontro de suprir essa carência da sociedade como um todo. O objetivo do projeto é conseguir o maior número de participantes, motivando-os para o exercício da cidadania e da

---

lembrada anualmente com o intuito de promover a conscientização sobre a doença e compartilhar informações sobre o câncer e mama. A campanha Outubro Rosa foi introduzida no Brasil em 2002 e, desde então, vem sendo fortalecida cada vez mais (BRASIL, 2015b).

solidariedade humana, tornando o NASF cada vez mais parceiro e atuante nas comunidades.

O projeto de doação de sangue eu acho que foi mais fácil do que outros projetos. Talvez por ser um projeto em que a gente se envolva bem com a agente comunitária de saúde. Nós conversávamos com elas e elas então traziam as listas com os nomes das pessoas interessadas. E tem umas mais empolgadas que as outras, que conseguem mais doadores. Está sempre chegando nomes, tem sempre gente interessada, acho que porque tem muita mídia, a gente divulga muito isso, e acho que a mídia ajudou bastante agente nisso. E as pessoas ainda querem saber: “eu queria doar sangue, como é que eu faço?” (Entrevistado 3).

Durante o período de observação, ocorreu transporte dos doadores para o Hemocentro de Santa Catarina (HEMOSC) e também uma coleta externa de sangue<sup>8</sup> pelo mesmo Hemocentro, em parceria com o NASF, que ficou responsável pela divulgação da ação no município.

Como já foi mencionado anteriormente, o projeto de oncologia, mesmo não sendo uma demanda das unidades, vem gerando aspectos positivos, como algumas equipes que passaram a olhar as pessoas com câncer sob o prisma de que eles continuam sendo usuários da unidade de saúde e sob a responsabilidade da equipe.

O projeto de oncologia foi mais difícil [que outros projetos], eles não entendem algumas coisas, como “não é um projeto nosso!” Eu acho que este projeto era pra ser um projeto pra ser de Içara inteira. Porque envolve as equipes. A gente visita o paciente, verifica qual o estado dele... Tem uns que a gente não precisa acompanhar de forma direta, de tão bem que estão. Mas a gente sempre coloca no prontuário e relata o caso para a equipe e diz para a equipe [avisar o paciente ou sua família]: “se acontecer alguma coisa, entre em

---

<sup>8</sup> Coleta externa de sangue – o HEMOSC possui um veículo furgão com materiais e equipamentos portáteis para coleta de sangue e equipe treinada, que pode ser montado em qualquer lugar viável para o procedimento.

contato com a gente”. [...] Mas tem umas equipes que acham que não é importante, que dizem: “ai, eu achei que não precisava avisar!” [...] Isso é pelo próprio paciente, porque ele não usa a unidade, então elas nem estão sabendo como o paciente está. Já tiveram casos que elas não sabiam, que a gente acabou descobrindo, essas coisas são as mais difíceis pra gente fazer (Entrevistado 3).

Em uma das unidades de ESF, que abriga 2 equipes de ESF, sempre que possível uma das enfermeiras acompanha o NASF na visita a pessoa com câncer, além da equipe sempre estar em contato para discutir os casos desses usuários do serviço, em relação ao tipo de dieta, medicação para amenizar sintomas da quimioterapia e da doença em si.

Associado ao projeto, a equipe do NASF esteve participando ativamente da organização de ações no Outubro Rosa e, para isso, junto com a gestão, mobilizou diversos setores governamentais e não governamentais para desenvolver ações em nesses setores/órgãos dar destaque ao período. Dentre os órgãos que participaram, podem ser destacados setores da Secretaria de Saúde, Fundação Cultural de Içara, Câmara de Vereadores, Fundação de Assistência social de Içara (FAI), Rede Feminina de Combate ao Câncer de Içara (RFCC); Câmara de Dirigentes Lojista (CDL).

Pode-se perceber que a articulação entre os diversos setores da gestão municipal e entidades foi positiva, pois os resultados obtidos foram significativos para os sujeitos envolvidos, tais como: como a adesão de várias lojas na campanha, meta de exames alcançada, entre outras.

A atuação intersetorial é umas das diretrizes de trabalho utilizadas em muitas situações de trabalho na atenção básica, em que as ações são articuladas de modo a envolver diversos setores, reconhecendo que a saúde tem relação com outras políticas como educação, cultura, lazer, entre outros. Importante nesta situação é estar focado em ações de promoção e prevenção à saúde, na busca da integralidade da atenção ao usuário (BRASIL, 2014a).

Para aquele mês foi organizado o evento da abertura na tarde do dia 01/10/14 e um evento de encerramento no final da tarde do dia 30/10, com *show* na praça central da cidade. A FAI participou com o deslocamento dos Clubes de Mães e idosos para ambas as tardes. A CDL incentivou as lojas associadas a aderirem à campanha, decorando

suas vitrines de rosa e incentivando as atendentes a realizar o exame. O NASF organizou, com dificuldade financeira, uma espécie de kit decoração para estimular as equipes de saúde a decorar as unidades. Os kits continham E. V. A., cartolina, T.N.T., balões todos rosa. Todas as unidades aderiam à ideia e cada equipe organizou seu próprio evento a partir dos eventos principais de abertura e encerramento.

Para o Novembro Azul<sup>9</sup>, os profissionais desenvolveram um projeto muito parecido com o Outubro Rosa, porém em uma escala menor. Assim, organizaram um único evento central que ocorreu na noite do dia 04/11/14 com várias pessoas conhecidas da cidade e da região, como médico, radialista, comerciante, político, e outros, que se dispuseram a participar sem ônus para o município.

Da mesma forma que no Outubro Rosa, o grupo organizou uma espécie de kit decoração para estimular as equipes de saúde a decorar as unidades e desenvolverem atividades em nível local. Os kits continham E. V. A., cartolina, T.N.T., balões todos azul. Muitas unidades aderiam à ideia e organizaram seu próprio evento a partir do evento principal de abertura.

O projeto da Farmácia Solidária é uma demanda que veio das equipes de ESF. Durante as atividades nas unidades de saúde a farmacêutica do NASF observou que elas recebiam medicações das pessoas quando estas não usavam mais e estavam guardadas em casa. Muitas destas medicações estavam vencidas ou armazenadas de forma inadequada. Muitas equipes informaram que sentiam vontade de reaproveitar os medicamentos, mas não sabiam se poderiam e como poderiam e outras o faziam sem, muitas vezes, no mínimo, verificar o prazo de validade do medicamento. A partir disso, o objetivo do projeto foi incentivar a entrega de medicações que as pessoas não estão mais usando para as unidades de saúde, para reaproveitamento ou descarte adequado daqueles medicamentos que não podem ser mais utilizados.

A gente faz uma campanha para arrecadar medicamentos que não estão mais sendo usados pelas pessoas. As agentes comunitárias de saúde já fazem essa divulgação e coleta dos

---

<sup>9</sup> Novembro Azul – Em 2012 o Brasil foi pioneiro em lançar a campanha, que se tornou referência na missão de orientar a população masculina a cuidar melhor da saúde. O público-alvo da campanha são homens a partir de 40 anos de idade e grupos que participam do processo de prevenção de cuidados, como familiares e parceiros (INSTITUTO LADO A LADO, 2015).

medicamentos. Agora o prefeito pediu para gente lançar a campanha de forma oficial na imprensa. Só estamos esperando o material chegar da gráfica para divulgar (Entrevistado 3).

A farmacêutica tem feito um trabalho na questão dos medicamentos, pra não haver desperdícios e melhorar o uso dos remédios e na orientação dos pacientes com relação à guarda dos medicamentos. Acho que a farmacêutica tem feito muito bem seu trabalho (Entrevistado 4).

Grande parte da população possui estoques de medicamentos em suas residências, compondo, assim, farmácias caseiras. Este hábito pode favorecer seu uso inadequado, reações adversas, dosagens incorretas, automedicação, uso do medicamento fora do prazo de validade ou acondicionamento incorreto (BRESOLA, BECKER, 2012).

Em Içara, as medicações recolhidas são encaminhadas e triadas para a equipe do NASF, que verifica as condições da medicação como prazo de validade, condições do conteúdo, em caso de soluções, caso sejam abertas, também são descartadas. Diversas medicações de alto custo são recolhidas e direcionadas a pessoas que, muitas vezes, não têm condições de adquirir o medicamento.

Durante a pesquisa, o grupo estava desenvolvendo um projeto de planejamento familiar específico para uma área, em virtude do elevado número de gravidez na adolescência. O projeto foi elaborado com o objetivo geral de trabalhar a prevenção da gestação precoce e de levantar informação sobre as características e possibilidades culturais da vida de adolescentes do bairro em questão. Pela fala dos sujeitos do estudo, a demanda surgiu a partir da equipe de ESF, porém, no projeto consta como elaboradores membros do NASF. A equipe de saúde não participou da elaboração escrita do projeto. Se a equipe fez sugestões das ações, mesmo que não tivesse participado da etapa da escrita, ela deveria constar do projeto, sendo esse um aspecto a ser refletido pela equipe.

O Jornal NASFINHO teve sua primeira edição em julho de 2011 e é distribuído à população em geral. Inicialmente, foi utilizado para apresentar a equipe, divulgar produção e ações desenvolvidas, programação ou calendário de atividades e apresentar textos relativos à promoção da saúde. Em 2013, o jornal passa a apresentar apenas textos com informativos e de promoção à saúde. Essa mudança coincide com a mudança da lógica de trabalho da equipe do NASF, que saiu do

“ambulatório” e passou a se deslocar até as unidades para suas atividades. O jornal ainda divulga a equipe, mas poderia permanecer com a divulgação da programação do NASF e das atividades desenvolvidas no período, seria uma forma de prestação de contas para o controle social.

A linguagem utilizada no jornal, desde seu início, alia termos técnicos e termos mais populares. As primeiras edições foram feitas em fotocópias em papel A4; quando consegue liberação de recursos, o jornal é impresso em gráfica. Outra ação técnico-pedagógica desenvolvida pelo NASF de Içara é o apoio institucional no PMAQ.

A gente também é apoio de PMAQ, cada um ficou com 3 equipes, a gente tem que acompanhar a equipe no desenvolvimento da matriz de intervenção, ver o que já foi feito e o que não foi, saber porque não foi desenvolvido e auxiliar nas dificuldades da matriz de intervenção (Entrevistado 1).

A equipe compreende seu papel nesse processo a partir do que define o material instrutivo do PMAQ (BRASIL, 2012b).

O apoio institucional busca auxiliar as equipes na tarefa de colocar o seu trabalho e as suas práticas em análise, por um lado, e na construção/experimentação de intervenções, por outro. Ora ajudando as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos, ora auxiliando a construção e utilização de ferramentas e tecnologias (BRASIL, 2012b, p. 47).

A atribuição de apoio institucional às equipes de ESF, que passou a ser desenvolvida pelo NASF a partir do PMAQ, foi uma experiência nova, já que os profissionais não estavam habituados a desenvolver o apoio institucional de forma generalizada, e sentiram dificuldades de desenvolver essa atribuição, como relata o Entrevistado 3 mais adiante.

No apoio institucional, cada profissional do NASF ficou com um número de equipes de ESF para auxiliar na auto avaliação, no planejamento das matrizes de intervenção e nas mudanças priorizadas na matriz de intervenção.



A autoavaliação é o ponto de partida da fase de desenvolvimento, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade devem iniciar-se pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento (BRASIL, 2012b, p. 38).

Mesmo o PMAQ, tendo como uma das dimensões da fase de desenvolvimento o apoio institucional, alguns componentes relatam terem tido dificuldade em desenvolver este papel junto a algumas equipes de ESF.

Em relação ao PMAQ das equipes de ESF, passei muito trabalho pra entrar em algumas. Mas não a equipe inteira, talvez a enfermeira que fosse a mais resistente. Eu até participava das reuniões, mas era difícil dar opinião e, quando dava, era difícil a equipe aceitar. Já tiveram outras equipes que foi muito tranquilo. Ficou comigo uma equipe que acho que aprendemos junto, porque a enfermeira tinha recém saído do Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), e fazia muito tempo que ela estava fora de uma ESF (Entrevistado 3).

A situação vivenciada pelo Entrevistado 3 foi possível pela situação que o enfermeiro da unidade estava vivenciando, que foi voltar a atuar em ESF depois de muito tempo estar atuando em um serviço especializado (aproximadamente 5 anos). O interesse mútuo possibilitou um trabalho integrado, já que em outras situações (projeto de oncologia) o interesse e a integração não aconteceram na mesma proporção.

As dificuldades de acesso a algumas equipes de ESF são recorrentes nas falas dos entrevistados e nas observações da pesquisa. Das situações observadas, houve duas em que os profissionais do NASF, em ocasiões e unidades e saúde distintas, ofereceram-se para contribuir com no planejamento e desenvolvimento de ações locais (microações) do Outubro Rosa e Novembro Azul as pessoas responderam que iriam verificar. Contudo, não houve procura por parte dessas duas equipes. O PMAQ talvez tenha sido mais palpável, uma vez

que, por esse processo, o NASF, em maior ou menor grau, com maior ou menor abertura, passou a fazer parte da rotina de trabalho das equipes de ESF.

### **2.2.2 Dificuldades e possibilidades no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

Nesta seção, apresentamos a categoria que envolve as dificuldades e possibilidades dos membros do NASF para a realização de seu trabalho.

O processo de trabalho em saúde não é algo fácil, pois o ele é subjetivo, imaterial, desenvolvido por meio de relações, nem sempre amistosas, entre a gestão, os trabalhadores e os usuários.

O processo de trabalho em saúde diferencia-se dos demais trabalhos pela complexidade de seu objeto (a pessoa e sua família, os grupos sociais ou as coletividades), pela especificidade de seu produto (ações de saúde), e pela participação dos sujeitos no processo de produção do cuidado. É complexo porque a subjetividade perpassa as necessidades dos usuários e dos trabalhadores e influencia diretamente o produto e o próprio trabalho (BRANDÃO, OLIVEIRA, 2013, 825).

Em virtude de sua complexidade, pôde-se vivenciar dificuldades no processo de trabalho que precisam ser administradas e superadas, como também facilidades/possibilidades que devem ser aproveitadas para qualificar o processo trabalho. As dificuldades e facilidades identificados na pesquisa são apresentadas no quadro 4.

Quadro 4: Dificuldades e possibilidades no processo de trabalho do NASF de Içara

Dificuldades no processo de trabalho do NASF	Facilidades/possibilidades no processo de trabalho do NASF
1. O número excessivo de ESF para uma única equipe de NASF.	1. O apoio da gestão (coordenador de Atenção Básica) no trabalho desenvolvido pela equipe.
2. A carga horária reduzida de alguns profissionais que atuam no NASF, relacionado ao	2. A coesão do grupo, cujos profissionais, mesmo com suas diferenças, são coesos na defesa

número excessivo de ESF.	das propostas defendidas pelo grupo.
3. A criação de espaços coletivos para problematização do processo de trabalho, devido à dificuldade de acessar algumas equipes ESF.	3. O Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização institucionalizado.
4. O desenvolvimento de apoio matricial.	4. A Rede de atenção à saúde, com diversos pontos de atenção, nos quais há inúmeras possibilidades de trabalho em conjunto com o NASF e a ESF.
5. A dimensão financeira para aquisição de alguns insumos para desenvolvimento das ações da atenção básica.	5. O deslocamento para as unidades de saúde.
	6. A diversidade da formação complementar dos profissionais que compõem o NASF, desde os cursos sequenciais até o mestrado.

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

As dificuldades no processo de trabalho do NASF de Içara explicitados no Quadro 4 não são uma exclusividade do município de Içara, pois se encontram relatos de outros estudos que apontam problemas similares. O número excessivo de equipes de ESF para uma única equipe de NASF foi identificado nas entrevistas e no período de observação. Com esse problema, o NASF prioriza as equipes que procuram pela equipe de referência e acaba não se fazendo presente naquelas que não a procuram.

Sempre tenho que passar, não posso deixar de passar. Só que eu não consigo passar em todas todo mês. Com aquelas que eu não me preocupo muito, eu não passo tanto. Mas tem umas que têm que ser todo mês (Entrevistado 3).

[...] enquanto tu continuares indo sempre no mesmo bairro e não deixares aquele grupo andar com as próprias pernas, ou passares algumas

responsabilidades também pra equipe, no sentido que a equipe assuma o trabalho, a gente não vai conseguir dar conta de atender todas as demais unidades do município. Além do que a gente já devia ser duas equipes do NASF, [...] Porque, pelo número de ESFs, nós já deveríamos, há algum tempo, ser 2 equipes NASF. Então, a gente é meio artista, meio um mágico! Porque a gente consegue fazer bons trabalhos como equipe que já está reduzida no seu quadro, com volume de unidades superior àquela que a Portaria 2488/2011 determina (Entrevistado 4).

Formiga e Ribeiro (2012), em estudo direcionado à fisioterapia; Cervato-Mancuso et al (2012), em estudo da atuação do nutricionista, e Falci e Belisário (2013), em estudo sobre a atuação do profissional de educação física, todos no NASF, identificam que o número excessivo de ESF para cada equipe de NASF prejudica o desenvolvimento das atividades desses profissionais, quando relacionado às demandas que surgem a esses profissionais, o que corrobora com o achado em Içara.

Além do número excessivo de equipes de ESF para um NASF, o município ainda apresenta algumas categorias profissionais com carga horária reduzida para atender a demanda: o assistente social com 30 horas semanais que tenta distribuir sua carga horária nos dois turnos durante a semana, o fisioterapeuta com 20 horas semanais que atua apenas no período matutino e o profissional de educação física com 20 horas semanais, que estava em licença maternidade e não pode ser observada a relação atividades desenvolvidas X carga horária.

Barbosa et al (2010) apontam que o trabalho da fisioterapia é prejudicado ainda mais em virtude de sua carga horária diferenciada da equipe. Leite, Nascimento e Oliveira (2014) apontam que a relação número de ESF com carga horária reduzida são fatores que prejudicam a realização de atividades compartilhadas entre a equipe do NASF, acarretando em pontos de estresse para os profissionais que atuam no NASF e, também, para as equipes de ESF, que não podem contar com determinado profissional em um dos turnos. Os autores apontam que a dificuldade maior de trabalhar o grande número de equipes está nas profissões em que a carga horária é mais restrita, no caso deste estudo a fisioterapia, com 20 horas semanais, e serviço social, com 30 horas semanais, são os que têm seu trabalho mais comprometido.

É recorrente encontrar na literatura textos que falem da atuação de um profissional ou de outro profissional no NASF, mas textos que

direcionam um olhar à equipe são menos frequentes. O elevado número de equipes sob a responsabilidade do NASF contribui para a dificuldade de criação de espaços coletivos para problematização do processo de trabalho. A dificuldade de criação de espaços coletivos para problematização do processo de trabalho não é generalizada, ocorre com uma parcela das equipes. Essa dificuldade foi relatada pelos sujeitos do estudo, sendo confirmada no período de observação.

De 18 equipes que nós temos, 4 a 5 equipes que não percebem a gente como parte da equipe de atenção básica, e como são muitas equipes, às vezes a gente não consegue dar conta, e com isso não damos aquela atenção (Entrevistado 1).

Tem aquelas que perceberam melhor as necessidades e se apoiam no NASF, no sentido de melhorar, tirar dúvidas, como se daria encaminhamentos, qual é a melhor abordagem com os pacientes. Já tem equipes que acham que o NASF é apenas mais um serviço de referência especializada, que quando tem um paciente, simplesmente tem que encaminhá-lo ao NASF, não faz uma conversa prévia com a gente, não elabora um PTS (Projeto Terapêutico Singular) para o paciente, porque, muitas vezes, ele não precisa de encaminhamento, precisa de uma visão mais global de pequenas e pontuais interferências para mudança daquele processo de doença do paciente. Alguns não conseguiram ainda perceber o NASF como sendo um apoio onde elabora um programa terapêutico para o paciente, e sim como mais uma clínica com mais um centro de referência para encaminhamentos (Entrevistado 4).

O espaço oportunizado por essas equipes está no atendimento individual, em que possuem maior ou menor abertura, dependendo da procura da população, como é o caso do entrevistado 2, que possui muita procura para o atendimento individual, a qual não é a proposta principal do NASF: “É com uma equipe ou outra que a gente não tem abertura. [...] eu posso te dizer que são duas que a gente tem certa dificuldade, [...]” (Entrevistado 2).

No período de observação, pôde-se verificar que algumas equipes de ESF não são receptivas ao NASF para discussão de casos. Observou-se que os componentes possuem agendas de atendimento individual. Quando chegavam à unidade de saúde, quem estava na recepção informava qual a sala disponível e entregava os prontuários individuais, sem uma apresentação prévia dos casos ou mesmo uma discussão pós-atendimento. Os profissionais do NASF também não procuravam os componentes das equipes de ESF para um *feedback* dos casos encaminhados.

Durante as visitas às unidades, os profissionais do NASF, enquanto membros da comissão organizadora do município, questionavam sobre a organização da unidade em relação ao Outubro Rosa e ao Novembro Azul, colocando-se à disposição para colaborar caso a equipe precisasse. Houve unidade que informou qual sua programação individual destes eventos, solicitando apoio do NASF, já outras não informaram.

Lacman et al (2013); Leite Nascimento e Oliveira (2014), em estudos desenvolvidos em São Paulo, apontam que a dificuldade de trabalhar em equipe e a falta de flexibilidade dos profissionais se torna frustrante para os profissionais que atuam no NASF. Falci e Belisario (2013) apontam as dificuldades do trabalho do profissional de educação física no processo de trabalho da AB, o que está relacionado ao não reconhecimento deste profissional como membro da equipe e à formação biomédica curativista, que ainda é presente na atenção básica.

Outra situação da falta de espaço de discussão do processo de trabalho ocorreu no desenvolvimento do PMAQ. A dificuldade de acesso às equipes de ESF no processo do PMAQ foi identificada nas falas dos entrevistados quando questionados sobre o tema, tendo sido mencionado que houve profissionais do NASF com dificuldades de se inserir para trabalhar as matrizes de intervenção do PMAQ junto às equipes de ESF.

As dificuldades existem e devem ser enfrentadas com diálogo entre as pessoas, entre os profissionais, entre as equipes de referência e de apoio, em que o objeto do diálogo seja o próprio processo de trabalho, com a reflexão acerca das diretrizes orientadoras da PNAB e o contexto do trabalho no território de cada ESF e do município de Içara em sua plenitude.

O diálogo é um processo em que todos têm voz, pois cada um expõe suas ideias e o outro as ouve, também tendo a oportunidade de falar e ser ouvido. Ninguém detém o conhecimento absoluto e todos contribuem no diálogo para construção de novos conhecimentos. “O

sujeito pensante não pode pensar sozinho; não pode pensar sem a coparticipação de outros sujeitos no ato de pensar sobre o objeto. Não há um ‘penso’, mas um ‘pensamos’. É o ‘pensamos’ que estabelece o ‘penso’ e não o contrário” (FREIRE, 2006, p. 45).

A equipe do NASF, tendo dificuldade de se inserir nas equipes de ESF, desenvolve sua atribuição técnico-pedagógica a partir do processo de trabalho das equipes. O NASF de Içara tem dificuldade em desenvolver o apoio Matricial. Mesmo os projetos que estavam sendo desenvolvidos no período em que ocorreu a pesquisa, as ações pouco se aproximavam do apoio matricial.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o apoio matricial ocorre sempre que a equipe de referencia precisa de auxílio de serviços especializados e mesmo internamente com equipes de apoio. No matriciamento pode haver a confecção de projetos terapêuticos dos usuários do serviço que são tratados por ambas as equipes, e auxílio para incorporar conhecimentos para lidar com casos mais simples, também podem ocorrer seminários, atendimento em conjunto, disponibilização de telefone para situações emergenciais.

[...] a equipe de referência pede apoio não somente a especialistas, mas também a profissionais que estão mais próximos do usuário, e que por isto mesmo são capazes de enxergar outros aspectos de sua vida (sua inserção social, situação afetiva, outros problemas orgânicos, etc.). Isto garante que, no conjunto das intervenções terapêuticas, ocorram mais benefícios do que danos e que o projeto terapêutico envolva um compromisso com o usuário. O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência (BRASIL, 2004, p. 12-13).

A última dificuldade apresentada é um problema de dimensão financeira para aquisição de alguns insumos para desenvolvimento das ações da atenção básica. Os insumos referem-se: (1) à farmácia básica e material de enfermagem e (2) no provimento de materiais direcionados a atividades educativas e eventos de porte na saúde. Esta dificuldade pode

ser percebida tanto nas falas dos entrevistados, na observação das atividades diárias dos sujeitos e nos documentos da SMS.

O Entrevistado 3 aponta a desconsideração da área técnica financeira (Comissão de Licitação) em relação às recomendações efetuadas da área técnica da saúde no que se refere à aquisição de insumos para a atenção básica. Em uma ocasião um grupo, no qual entrevistado 3 fez parte, se reuniu para elaborar uma proposta de inclusão de medicamentos mais modernos e exclusão de medicamentos obsoletos com o objetivo de otimizar recursos financeiros na atenção básica e, com isso, diminuir tempo de tratamento e risco de internações hospitalares, porem essa sugestão não foi levada em consideração.

Então a gente se reuniu, não chegou a bolar um documento para encaminhamento de projeto de lei, foram eu, três médicas, duas enfermeiras, mais umas técnicas de enfermagem. A gente propôs uma lista de medicamentos e produtos, um monte de coisa que a gente achava que teria que ter para um bom atendimento no município. Fez as sugestões e na hora de fazer a licitação foi um corta, corta, corta, corta. Desanimou todo mundo, as médicas ficaram indignadas, porque a gente deixava de atender, para se reunir e fazer a lista, pra melhorar para a população, [...] uma burocracia, sabe [...]. O secretário de saúde sempre diz: “Eu acho que essa medicação tá defasada”. Lógico. Eu também acho. Só que precisamos de alguém com mais força, porque acima de nós têm pessoas com maior poder, mas eu falo e continuo tentando. [...] O problema é bem mais lá em cima, é bem burocrático. Mas vamos ver, talvez para o ano que vem a gente consiga mudar algo (Entrevistado 3).

Assis e Cruz (2010) apontam a importância de aperfeiçoar o uso dos recursos, sejam eles financeiros, humanos, entre outros, e para isso é necessário um planejamento a partir da realidade local. Quando usados adequadamente, mesmo que por um lado possa aparentar um gasto excessivo, haverá diminuição de custos em outro ponto, neste caso, diminuição nos valores gastos com internação hospitalar, uma vez que medicamentos mais modernos possuem dosagens menores e efeitos melhores.



Em relação ao provimento de materiais direcionados a atividades educativas e eventos de porte na saúde, o Entrevistado 5 exemplifica as dificuldades no processo de trabalho do NASF em relação aos insumos, que dependem diretamente do componente financeiro.

No final do ano passado a gente fez lista de todos os materiais que a gente iria precisar nos projetos. As licitações não foram feitas, por problemas de gestão. Por exemplo, *coffee break*. O que a gente tem que fazer? Pegar a lista de insumos, porque foi feita uma licitação para os insumos por causa do CAPS. Tem arroz, tem feijão, tem algumas frutas. Então, quando a gente precisa, faz uma lista de pedidos em cima desses insumos, pra nós montarmos junto com a equipe de saúde (Entrevistado 5).

Este foi um ponto de debate nas reuniões semanais do grupo, em virtude de estarem organizando o Outubro Rosa e o Novembro Azul.

Em relação aos projetos que pretendem desenvolver, o grupo sente dificuldade de fazê-lo em função do acesso aos recursos financeiros, mesmo havendo recurso para custeio da equipe, tanto por parte do governo federal<sup>10</sup>, quanto por parte do governo estadual, com o co-financiamento<sup>11</sup> da atenção básica que serve, preferencialmente, para ações de educação permanente em saúde.

Na SMS há uma pessoa que faz controle dos recursos financeiros e há uma pessoa responsável pelas compras, a qual tem a responsabilidade de ser o elo entre a SMS e o setor de contabilidade da prefeitura para aquisição de insumos a partir da liberação do secretário de saúde. Porém, essa pessoa não tem gerenciamento dos recursos da saúde, o que lhe coloca a necessidade de verificar se há recursos financeiros disponíveis e liberação do setor de contabilidade.

---

<sup>10</sup> Recurso Federal – o município recebe 12 parcelas para o custeio do NASF, repassado do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde (FMS); esta informação sobre o extrato de transferências é pública e todo cidadão pode ter acesso no site do FNS.

<sup>11</sup> Co-financiamento da atenção básica: é recurso da Secretaria de Estado da Saúde (SES) em que a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) aprova a distribuição de determinado recurso pelo estado com a transferência do Fundo Estadual de Saúde (FES) para o FMS

Quando o NASF precisa adquirir algum insumo para suas atividades, busca-se a informação sobre recurso disponível, solicita-se liberação ao secretário de saúde e encaminha-se a pessoa que faz a ponte com o setor de contabilidade. Porém, quando a solicitação chega ao referido setor, é comum alegar-se não ter o recurso, porque foi diluído no orçamento para combustível, folha de pagamento, insumos, ou seja, está reservado para outras coisas, muitas delas vinculadas por licitação. E segundo os sujeitos, na última licitação não entraram os insumos solicitados pelo NASF.

Ferraz et al (2013) aponta em estudo desenvolvido em 2009, o qual diz que a CIES da Grande Florianópolis (SC) passou por diversos problemas para poder utilizar recursos destinados à EPS, os quais estavam associados principalmente à burocracia dos processos e indefinições quanto às responsabilidades de cada setor. Outro aspecto identificado no estudo é que a burocratização é uma necessidade originada a partir da falta de transparência dos processos.

A burocracia e a falta de transparência apontada pelos autores convergem com a situação encontrada com Içara, o que ficou muito evidente durante o período de acompanhamento da pesquisa. O grupo estava organizando um grande evento de abertura para o “Outubro Rosa” e, para a concretização das ações planejadas, era necessária a aquisição de alguns produtos ou materiais. Em um dia, um determinado item da ação estava certo, no dia seguinte já não havia mais certeza, num dia havia recurso financeiro, no outro já não havia mais o recurso, o que causava insegurança sobre a concretização do evento.

Em relação aos bens móveis e imóveis, as equipes de atenção básica são bem equipadas no que se refere aos imóveis, estando a maioria em sede própria com menos de 5 anos de construção. Móveis, computadores e ar-condicionado foram adquiridos nos 2 últimos anos com recursos do PMAQ.

O trabalho em saúde não se compõe apenas de dificuldades, mas também de facilidades ou possibilidades e, neste momento, descrevem-se as facilidades ou possibilidades no processo de trabalho do NASF de Içara elencadas anteriormente.

Dentre as facilidades no processo de trabalho do NASF de Içara apresenta-se, a partir da fala dos profissionais, o apoio da gestão (coordenação de Atenção Básica) no trabalho desenvolvido pela equipe. A gestão, em sua dimensão política, tem papel fundamental enquanto fator facilitador no processo de trabalho em saúde que envolva a EPS, enquanto promotora de estratégias problematizadoras ou emancipatórias (LIMA et al, 2010). Ela deve ser incentivadora de

estratégias do apoio matricial, promovendo contratos que contemplem a proposta do apoio matricial (CUNHA, CAMPOS, 2011).

O apoio da gestão é uma oportunidade para o desenvolvimento de processos de trabalho junto às equipes de ESF, como o desenvolvimento de planejamento e matriciamento para a promoção da autonomia das equipes na assistência e gestão de seu território. O momento é propício para o fortalecimento do NASF em virtude de estarem no meio de uma gestão, pois não há previsão de uma ruptura em médio prazo. Lima et al (2010), quando falam do fortalecimento da EPS como estratégia pedagógica de transformação, apontam que mudança de gestão acarreta, muitas vezes, a descontinuidade da proposta, e novos movimentos são necessários para a manutenção de uma proposta de transformação na lógica da EPS.

A interação entre os membros do NASF de Içara também é considerado um facilitador do processo de trabalho; mesmo com algumas diferenças, o grupo se une para defender suas propostas.

A coesão e a organização das atividades em determinado território e a incorporação de uma atenção continuada e integral possibilitam que os serviços de saúde sejam capazes de responder aos problemas que ocorrem na população (ARAUJO, 2014, p. 22).

Conciliar as agendas, organizar eventos em conjunto, organizar processos de trabalho em equipe requer um trabalho coeso. Muitas vezes, a interação ou coesão são espontâneas, porém, algumas vezes é necessário construir esta relação. Lacman et al (2013) relatam que, em estudo desenvolvido em São Paulo com profissionais de NASF que precisaram estabelecer estratégias coletivas para o enfrentamento de suas dificuldades, uma destas dificuldades foi buscar a coesão entre os membros do próprio NASF, para que se apoiassem mutuamente no cotidiano do trabalho.

Em 2014, o município de Içara institucionalizou em âmbito da SMS o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU). Dentre as atribuições do NEPSHU apresentam-se a articulação das ações de EPS e humanização em nível municipal e articulado a CIES em âmbito regional, analisar e construir coletivamente o perfil da força de trabalho do município e, conseqüentemente, as necessidades de formação, com elaboração de uma programação anual, elaborar propostas a partir das necessidades do serviço e do

planejamento participativo, promovendo espaços de diálogo e qualificação profissional, fomentar a pesquisa em saúde e sua divulgação, promover relação dialógica entre as políticas públicas, entre outras atribuições (IÇARA, 2014). A proposta do núcleo municipal possui o diferencial de sua institucionalização, ou seja, caso a gestão mude, o núcleo permanece. O NEPSHU é relativamente novo, sendo instituído em outubro de 2014, portanto, muitos desafios surgirão à medida que as políticas de EPS e humanização sejam implementadas.

É possível identificar na literatura outras propostas de implantação de núcleos municipais de EPS, como o caso de Embú (SP), com o alcance de diversos resultados, com identificação de pontos que facilitaram e que dificultaram o processo de trabalho e o alcance dos resultados (CAROTTA, KAWAMURA, SALAZAR, 2009).

Há também experiências de Núcleo de Educação Permanente em âmbito Hospitalar, como é o caso do Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa em Enfermagem (NEPENf) de um hospital no Rio Grande do Sul. Apesar de inicialmente o Núcleo ser específico da enfermagem, após algum tempo, o NEPENf passou a abranger diversas áreas de atuação do hospital. O núcleo também foi institucionalizado com delimitação de área física, onde se reúnem membros das comissões de estudos, alunos e professores que realizam e desenvolvem trabalhos, servidores que buscam orientações relacionadas à educação, bem como palestrantes que participam das atividades do núcleo (SOARES, ENDRES, BOCK, 2011).

A busca por outras experiências pode facilitar o processo de trabalho do NEPSHU, pois possibilita ao núcleo ter uma ideia do que já foi realizado em outros lugares, como foi realizado e quais os resultados, sejam eles positivos ou negativos. Não quer dizer que as experiências desenvolvidas nos outros lugares terão os mesmos resultados em Içara, uma vez que os sujeitos e a realidade social são diferentes. Porém, poderá fornecer ao grupo ideias e possibilidades para fortalecimento da rede de atenção à saúde do município.

O município de Içara possui uma rede de atenção à saúde com diversos pontos em nível primário e secundário, nos quais há inúmeras possibilidades de trabalho em conjunto com o NASF e a ESF.

Silva et al (2012) evidenciaram em seu estudo a expectativa de que o NASF seja um dispositivo inovador que possa potencializar as ações das equipes de ESF e confrontar desafios a serem enfrentados, como a articulação entre os diversos níveis de atenção, especialmente com o nível secundário.

A articulação entre serviços de nível primário e nível secundário que compõem a rede de serviços de saúde de Içara possibilita que a população possa receber um serviço de qualidade, seguindo a lógica da integralidade, longitudinalidade e coordenação da atenção. Os serviços de nível secundário podem atuar de forma articulada ao NASF para desenvolver o apoio matricial de forma complementar ao NASF. Apoiado pelo serviço secundário especializado, o NASF e as equipes de ESF podem ampliar a eficácia de sua atuação. Este apoio matricial pode promover mecanismos de referência e contra referência, desenvolvimento de protocolos de atendimento e de regulação (CUNHA, CAMPOS, 2011).

A equipe do NASF de Içara tem como facilidade o deslocamento para as unidades de saúde e atividades externas (por exemplo, visitas domiciliares) em virtude de possuir veículo próprio exclusivo para a equipe, além da possibilidade de usar veículo da unidade de saúde caso coincida a agenda do profissional do NASF com a agenda do veículo na unidade. Assim, o grupo possui condições de trabalho favoráveis para o desenvolvimento de suas atividades.

A princípio, parecia de menor importância apontar o deslocamento como ponto facilitador do processo de trabalho do NASF, porém, ao buscar na literatura sobre o tema escassez de recursos, o item transporte foi identificado. Um estudo constatou que escassez de recursos materiais para o trabalho na AB é um fator de insatisfação para os trabalhadores (LEITE, NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2014). Almeida (2012) aponta como uma das dificuldades no processo de trabalho o transporte. Reis e Vieira (2013) apontam como fragilidades no processo de trabalho a insuficiência de insumos e precarização do trabalho, que inclui falta de condições de deslocamentos aos centros de saúde e as atividades externas, como visitas domiciliares.

Outro ponto relevante para o processo de trabalho é o da formação profissional. Todos os profissionais do NASF de Içara possuem algum tipo de formação complementar, seja cursos sequenciais, especialização ou mestrado. Estas formações ampliam o escopo dos membros da equipe. Geralmente a formação inicial enfoca as generalidades da profissão, e na formação complementar o profissional direciona-se para a área na qual pretende atuar. Nem sempre o profissional especializado vai atuar na área específica para a qual se preparou, muitas vezes ele concilia a ação específica com a atuação generalista da sua formação inicial. É comum isto acontecer nas áreas de enfermagem, fisioterapia, farmácia e nutrição, em que, mesmo se

especializando, o profissional não deixa de exercer atribuições generalistas.

Os profissionais do NASF de Içara em maior ou menor grau procuram fazer uso de sua formação complementar para ampliar sua ação e dos demais colegas. O fisioterapeuta, por exemplo, com sua formação complementar em práticas complementares (Acupuntura) realizou oficinas de auriculoterapia para os profissionais das ESFs (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e colegas do NASF. Uma das raras ocasiões do período de observação que o matriciamento funcionou bem.

A Assistente social, que possui formação complementar também em práticas complementares, utiliza seu conhecimento nas atividades educativas dos grupos terapêuticos com atividades que vão além das atribuições de um assistente social. Utiliza os conhecimentos em Reiki e Yoga para ensinar técnicas de relaxamento para as pessoas acometidas por hipertensão arterial diabetes. Também oferta aulas de Yoga para os trabalhadores da SMS e usuários dos serviços de saúde na Academia da Saúde.

Cabe ao profissional refletir sobre sua prática na lógica da EPS, por exemplo, se ele possui uma formação específica em determinada área, por que não usá-la para potencializar esta especificidade na sua atuação como generalista? As especificidades podem ser um diferencial no processo de trabalho em saúde do NASF. Os profissionais que atuam no NASF de Içara utilizam sua formação complementar como contribuinte em sua prática profissional generalista.



### **3 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO E AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PELO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM IÇARA**

Neste capítulo fazemos a apresentação da categoria estratégias de educação em serviço desenvolvidas pelo NASF de Içara.

Todas as pessoas que trabalham no contexto do Sistema Único de Saúde são reconhecidas como trabalhadores do SUS, ou seja, não apenas as pessoas que tiveram formação na área da saúde são trabalhadores do SUS, o segurança, a telefonista, o auxiliar administrativo que estão inseridos no processo de trabalho do SUS também são trabalhadores do SUS. Todos os profissionais que atuam no NASF de Içara têm sua formação na área da saúde e, neste capítulo, discorrer-se-á sobre sua formação inicial, formação complementar e educação em serviço.

É inerente do ser humano aprender. Aprende-se durante toda nossa vida, pois sempre há coisas novas em diversos locais e situações, de diversas formas, seja num processo formal na escola, seja no dia a dia, a partir das experiências vividas, sejam momentos de aprendizado sozinho ou compartilhados com outras pessoas. Segundo Brandão (2007), não há uma única forma nem modelo de educação, nem um único lugar, portanto, não é só na escola que se desenvolve educação.

Pensando em processos educativos em uma lógica transformadora, pode-se citar Freire (2011, p. 96,128).

Já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão mediatizados pelo mundo.

[...]

E é como seres transformadores e criadores que os homens, em suas permanentes relações com a realidade, produzem, não somente bens materiais, as coisas sensíveis, os objetos, mas também as instituições sociais, suas ideias, suas concepções.

Através de sua permanente ação transformadora da realidade objetiva, os homens, simultaneamente, criam a história e se fazem seres histórico-sociais.

Para Freire (2011), em uma concepção dialógica, o mundo é o local de aprendizado em que os homens, em sua vivência, aprendem



juntos, em solidariedade. Em uma educação transformadora, os homens tornam-se radicalmente comprometidos com a libertação dos homens que, conscientes de serem sujeitos no mundo, constroem seu processo histórico.

No contexto da educação permanente em saúde, o cotidiano do trabalho ou da formação é permeado pelas relações concretas em que operam as realidades que possibilitam a construção de espaços para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005).

A proposta de educação permanente em saúde coloca no centro da discussão o processo de trabalho e os sujeitos que fazem parte dele (trabalhadores, usuários, gestão e formação) e todos são importantes na discussão, pois o conhecimento de cada sujeito contribui para construção de novos conhecimentos e propostas de trabalho, onde um influencia o outro na produção de novos conhecimentos individuais e coletivos.

Partindo do pensamento proposto por Freire, sobre educação num contexto amplo de mundo, e por Ceccim, no contexto do trabalho em saúde, foi questionado aos trabalhadores do NASF de Içara o que eles entendem por educação. Um dos sujeitos relaciona educação e conhecimento:

Acho que a educação para a população é a mesma educação no que tange a aprendizagem. A educação não é trabalhada. É trabalho conhecimento. E conhecimento não é educação. [...] Então o que acontece: se na educação nós temos uma população onde se repassa informação, na saúde eu vejo a mesma coisa (Entrevistado 5).

Este profissional faz a crítica a uma educação repassadora de informação e diz que é o conhecimento que é mais trabalhado com a população, e não a educação. Porém, mais adiante veremos que o mesmo profissional defenderá ações educativas que chocam a população, no sentido de sensibilizá-la ao tratamento, o que se distancia de uma educação problematizadora.

O entendimento dos demais sujeitos sobre o que é educação converge com aspectos de uma educação transformadora, quando falam em aprender com o outro, ou quando se preocupam com que o outro se aproprie do conhecimento. Compreendem que as experiências vivenciadas são processos educativos, que as diversas relações entre as

pessoas, sejam entre profissionais, sejam entre profissional e usuário, são momentos que possibilitam a troca de conhecimentos.

Educação é aquilo que a gente aprende em casa, aprende em algum lugar, aprende com alguém, e que tu acabas levando contigo na tua vida. Na saúde acho que é uma troca do paciente conosco, é uma troca entre a equipe. É uma troca de conhecimento, e a gente vai aprendendo um com o outro (Entrevistado 2).

Educação é a gente estar sempre aprendendo alguma coisa, seja na minha profissão, seja para usar em outras coisas. Não adianta fazer alguma coisa só para minha área, ainda mais que eu trabalho num grupo. Não posso ser individualista, então penso que é a gente estar sempre aprendendo, principalmente o que vá contribuir com a equipe inteira. Penso que a gente aprendeu um pouco de cada trabalhando junto, um pouquinho de nutrição, um pouquinho de psicologia, um pouquinho de fisioterapia (Entrevistado 3).

A partir das falas dos sujeitos por meio da entrevista, pode-se perceber que eles compreendem que a união dos saberes e a troca de experiências gera um processo dialético, mesmo não utilizando o termo, mesmo tendo, em sua maioria, sua formação inicial em processos pedagógicos formais pouco emancipatórios, com uma lógica mais tecnicista, como iremos verificar mais adiante.

### 3.1 FORMAÇÃO INICIAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O trabalho coletivo em saúde é influenciado por características do trabalho capitalista como a fragmentação, a hierarquização e a alienação. Características essas que vêm sendo reproduzidas pelas instituições de ensino formadoras em saúde (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010; FONSECA, MOROSINI, MENDONÇA, 2013). O Sistema Único de Saúde é um modelo de atenção à saúde em que a saúde é um bem social e que todos no exercício de sua cidadania têm direito, que tenta manter seus princípios de universalidade, integralidade e equidade em um país; neste caso, o Brasil, cujo modelo econômico

vigente é o capitalismo, que tem em sua história de consolidação, a fragmentação e hierarquização do trabalho e a alienação das pessoas.

A formação técnico-científica é apenas um dos objetos da formação e não seu foco central. Não pode preocupar-se apenas com a busca de evidências ao diagnóstico, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças. A formação técnico-científica também deve ter condições de atendimento a partir das necessidades de saúde das pessoas e populações, da gestão e do controle social, desenvolvendo nas pessoas a autonomia até a condição de influência na formação de políticas do cuidado, ou seja, condição de sujeitos de consciência, proprietários de sua história e, por isso, com condições de interferir em seu enredo (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A formação inicial não atende às necessidades e vulnerabilidades identificadas nos diversos cenários de atuação do SUS. Requer dos profissionais uma visão menos fragmentada das necessidades da população (LEITE, NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2014). A ideia de compartimentalização que a academia apresenta para poder estruturar seu currículo permanece na concepção do profissional mesmo após sua formação.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43), a formação na área da saúde deveria ter como objetivo:

[...] a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado as várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Sendo o SUS um bem social que oferta serviços de saúde para os cidadãos, ele possui a necessidade do material humano para o desenvolvimento das ações de saúde, porém, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação, ainda na primeira metade da década de 2000, era uma das áreas menos problematizadas na formulação de políticas do SUS, e ainda passa por dificuldades. Segundo os autores, o Ministério da Saúde, que na década de 1990 iniciou ações de fortalecimento da APS com a implantação do PACS e PSF, não desenvolveu ações para instrumentalizar a força de trabalho existente nem de promover um “diálogo” com o Ministério da Educação para que as matrizes curriculares dos cursos técnicos e de graduação tivessem incluídos temas relevantes para a consolidação do SUS.

O movimento de modificação da formação profissional se iniciou com a modificação dos cursos de pós-graduação, que influenciou o ensino superior. Em 2001 iniciaram modificações nas diretrizes curriculares do ensino superior da área da saúde (GONÇALVES et al, 2014).

Aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002 as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde (exceto Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social) afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (formação de biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais). Reafirmando a posição de orientação ao sistema de saúde vigente, algumas profissões destacaram o SUS (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 1402).

Ceccim e Feuerwerker (2004) apontam que as diretrizes curriculares são apenas uma recomendação, uma vez que as universidades possuem autonomia para fixação dos currículos de seus cursos e programas.

Para incentivar a mudança da lógica da formação biologicista, além da mudança nas diretrizes curriculares, outras iniciativas também aconteceram, como capacitação em saúde da família; profissionalização dos trabalhadores da enfermagem (PROFAE) (1999); Programas de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (2001); incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina (Promed) (2001); Vivência-Estágio na Realidade do SUS (VERSUS) (2002); Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-saúde) (2008); Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-saúde) (2005), Programa de valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) (2011); entre outros (COSTA, MIRANDA, 2008; GONÇALVES ET AL, 2014).

Mesmo com as iniciativas apresentadas, muitos cursos apresentam em suas diretrizes curriculares uma abordagem tímida em relação ao SUS, quando, muitas vezes, o tema se apresenta apenas como uma cadeira isolada no currículo do curso, sem uma transversalidade nas demais disciplinas, apenas para cumprir a “burocracia” das diretrizes

curriculares. Cabe ressaltar que esta afirmativa não é uma ação geral, há muitas instituições preocupadas com esse processo de transversalidade dos preceitos do SUS, principalmente a integralidade, em qualquer que seja seu significado utilizado e, com isso, com os princípios da clínica ampliada<sup>12</sup>.

Autores como Formiga e Ribeiro (2012); Barbosa et al (2013); Falci e Belisário (2013) apontam a necessidade da formação inicial voltada para a lógica da APS, em que as tecnologias *softs* também tenham espaço nos currículos.

A formação inicial, quando associada à lógica da EPS, é contrária ao ensino a aprendizagem mecânica em que os conhecimentos não são conectados ao contexto do cotidiano, em que os alunos são considerados meros escutadores e absorventes do conhecimento do outro (CECCIM, FERLA, 2008). Mais adiante se fará a distinção entre educação permanente e educação continuada em saúde.

Com a ampliação de diversas profissões no NASF (profissional de educação física e médico veterinário, por exemplo), há que se rever as diretrizes curriculares dessas “novas profissões” ligadas à atenção básica, para que compreendam a lógica do processo de trabalho em saúde na lógica da APS. Por exemplo, estudos mostram que a formação do profissional de educação física está voltada demasiadamente ao esporte, sendo necessário discutir a APS na formação deste profissional (FALCI, BELISÁRIO, 2013).

Em relação à formação dos sujeitos deste estudo, um deles tem titulação máxima em nível de mestrado, dois com titulação máxima em nível de especialização e dois possuem cursos sequenciais, mas que não se caracterizam como especialização *Lato Sensu* ou *Stricto Sensu*.

Percebe-se que os sujeitos do estudo tiveram sua formação inicial em diferentes períodos do processo de implementação do SUS, e encontram-se situações diversas. A partir das informações dos sujeitos, pode-se verificar que dois deles concluíram seu curso de graduação no início da década de 1990 (1991 e 1992), anos iniciais do SUS, quando tinham sido promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90 e período em que as Normas Operativas Básicas (NOBs) foram

---

<sup>12</sup> “A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.” (BRASIL, 2014c, s/p).

publicadas (1991, 1992, 1993, 1996) e, com isso, iniciado o processo de municipalização da saúde.

Quadro 5: Formação inicial dos sujeitos do estudo.

Profissional	Instituição formadora	Ano conclusão	Formação complementar	
Assistente social	UNISUL	1992	Yoga	Sequencial
			Reiki	Sequencial
Farmacêutico	UNISUL	2000	Cursos de curta duração na área de farmácia	Sequencial
Nutricionista	UNIVALI	2004	Nutrição clínica	<i>Lato sensu</i>
			Nutrição oncológica	<i>Lato sensu</i>
Fisioterapeuta	UFSM	2000	Ortopedia e traumatologia	<i>Lato sensu</i>
			Gestão em Saúde	<i>Lato sensu</i>
			Acupuntura	<i>Lato sensu</i>
Psicólogo	UNISINOS	1991	Psicologia e educação centrada na pessoa	<i>Lato sensu</i>
			Psicologia clínica	<i>Lato sensu</i>
			Educação	<i>Stricto Sensu</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O fato de terem estudado no mesmo período em que estas normatizações estavam ocorrendo, esses dois sujeitos afirmaram que na graduação não receberam informações desse processo, nem do Movimento Sanitária iniciado na década de 1970 e da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, o que contribuiu significativamente para a consolidação do SUS na Constituição de 1988.

Um dos sujeitos que teve concluída sua formação inicial na década de 2000 (não menciono quem para não haver possibilidade de identificação na pesquisa) já teve contato com o SUS, mas em um enfoque dos problemas de gestão relacionados ao processo de implementação do SUS, conforme podemos observar em sua fala:

Minha formação é na Universidade Federal de Santa Maria, uma instituição pública, e nós tínhamos vinculado à universidade o hospital escola, voltado para a questão hospitalocêntrica. Eu tive aula de saúde pública 12 anos depois da oitava Conferência Nacional de Saúde. Então, tudo era muito novo em relação ao surgimento do SUS. Eu entrei na faculdade com 6 anos de SUS. Em 1996, quando eu entrei, o SUS tinha 6 anos, a Estratégia Saúde da Família tinha 2 anos. Então ainda não tínhamos uma participação no processo, de estar inserido nele, na atenção primária em saúde. Mas a gente tinha aquele foco do que era saúde pública, e de suas dificuldades e outras coisas nesse sentido.

O sujeito com formação em 2004 afirma que teve 4 disciplinas na graduação no qual estudou o SUS: saneamento e saúde, saúde pública, nutrição e saúde pública e uma outra que não lembra o nome, além de ter atividades práticas em unidades de saúde do município em que cursou a graduação.

O outro sujeito que concluiu sua formação inicial em 2000 não teve nenhuma disciplina sobre SUS, nem mesmo sobre política de medicamentos no SUS, sendo o único contato com o SUS a legislação farmacêutica, em que há uma série de Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Nascimento e Oliveira (2010) apontam a necessidade de uma revisão crítica acerca dos processos educativos e formativos que vêm sendo desenvolvidos pelas instituições de nível superior e, nesse sentido, podem-se incluir as instituições formadoras de nível médio que também formam profissionais para o SUS.

Os autores apontam ainda que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde requerem uma formação voltada para o Sistema de Saúde vigente, neste caso o SUS, tendo como eixo a atenção integral à saúde e o trabalho coletivo.

## 3.2 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO

Na área da saúde os processos educativos acontecem entre os diversos personagens que compõem os serviços de saúde. Ocorre entre a população, entre profissional e usuário, entre profissionais da mesma área, entre profissionais de áreas afins e entre profissionais de áreas diferentes, entre gestores e estes com usuários e os trabalhadores. Quando nos processos educativos temos como público alvo profissionais de saúde temos educação em serviço ou educação no trabalho.

Nos primórdios do debate sobre a temática da educação no trabalho no cenário da saúde na América Latina em âmbito da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) nas décadas de 1970 e 1980, as propostas teórico-metodológicas discutidas sobre EPS e EC eram denominadas inovadoras e tradicionais respectivamente. No Brasil no final da década de 1990, começaram a ser denominadas: educação permanente em saúde, a qual apresenta uma proposta teórico-metodológica inovadora, e educação continuada ou capacitação em serviço, com uma proposta teórico-metodológica tradicional. (MOTTA, 2003; FERRAZ, 2011a).

Neste estudo, trabalharei com as duas concepções educativas utilizadas no campo da saúde (inovadora e tradicional) empregando os termos: educação permanente em saúde e educação continuada.

### 3.2.1 Educação continuada em saúde

O termo educação continuada (EC), é bastante antigo, e envolve o aprimoramento ou aperfeiçoamento técnico-profissional (NIETSCHE et al, 2009).

A concepção de EC é consagrada nas diversas áreas de produção principalmente associando sua atuação à evolução das organizações, indivíduos e profissões, não sendo levadas em conta as práticas sociais, uma vez que a maioria das organizações trabalha na lógica capitalista de produção (PEDUZZI et al, 2009). Ou seja, com a fragmentação das ações a produção é maior e com isso o lucro é maior, então o sujeito precisa saber fazer da melhor forma sua parte, precisa saber tudo sobre aquela etapa da produção, não “precisando” se preocupar em aprender as demais etapas da produção.

Rovere (*apud* FERRAZ, 2011a) aponta estudos realizados no início da década de 1980 que demonstram ações de educação na saúde principalmente nas áreas de medicina e enfermagem. Eram ações que



tinham como base teórico-metodológica uma pedagogia tradicional, podendo ser entendida como bancária segundo o referencial freireano, cujas ações eram estruturadas em ambientes hospitalares para os profissionais de enfermagem de nível médio e auxiliares de enfermagem e aos profissionais de nível superior eram direcionados os eventos científicos.

Outra característica dessas ações de “adestramento”, segundo a autora, era o foco no nível terciário de atenção:

As ações eram desenvolvidas a partir de conceitos limitados dentro de modelos de administração tradicional que percebiam os trabalhadores como peças de engrenagem de uma grande máquina, os quais, quanto mais “capacitados”, “adestrados”, melhor conseguiam desenvolver seus trabalhos e, por conseguinte, geravam mais renda e lucro (ROVERE, 1994 *apud* FERRAZ, 2011, p. 48).

Davini (2009) apresenta como características da educação continuada:

- Representar uma *continuidade* do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização;
- Conceituar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos. Por este fato se produz uma distância entre a prática e o saber (compreendido como o saber acadêmico) e uma desconexão do saber como solução dos problemas na prática;
- Ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem sequência constante;

- Tem sido, em seu desenvolvimento concreto, dirigida predominantemente ao pessoal médico e alcançado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem. Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores (DAVINI, 2009, p. 43-44, grifos do autor).

Em relação à continuidade da formação inicial, a educação continuada se realiza após o curso de graduação ou curso técnico (nível médio) e tem finalidades mais restritas de atualização profissional, de aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida por meio de metodologias tradicionais (RICAS, 1994 *apud* RIBEIRO; MOTTA, s/d).

Davini (2009) aponta uma característica significativa da EC, o processo educativo tradicional, ou, como já visto, segundo Paulo Freire (2011) define, educação bancária, que, no contexto do processo de trabalho em saúde, caracteriza-se pela transmissão ou repasse de conhecimentos, com distanciamento do que é “ensinado” com o cotidiano ou o processo de trabalho do indivíduo e da equipe, sem continuidade dos conteúdos e apresentando segregação profissional, agrupando cada categoria para atividades educativas específicas.

Enquanto na área da educação a educação tradicional ou bancária contribui para a manutenção dos oprimidos e opressores, na saúde, a EC contribui para a manutenção do modelo biomédico focado na doença e na lógica da atenção fragmentada do cuidado, das equipes e do processo de trabalho.

Conforme Ribeiro e Motta (s/d),

Ao privilegiar a direcionalidade técnica do trabalho nos processos educativos, a educação continuada, enquanto estratégia de capacitação para os serviços de saúde, acaba por reforçar a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, na medida em que se centra no desempenho de cada categoria profissional em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho e que se formalizam na descrição dos postos de trabalho.

Na maioria das vezes, as ações são planejadas e idealizadas de forma vertical, como apontam Silva e Seiffert (2009). Os autores identificaram em pesquisa que os trabalhadores não se sentem incluídos no processo, pois as necessidades priorizadas são as da instituição e não as necessidades individuais de aprimoramento ou aprendizagem dos indivíduos. Também afirmam que nos serviços de saúde os processos educativos priorizam o desenvolvimento profissional com uma série de atividades que elencam, de forma genérica, de capacitação, treinamento e cursos emergenciais ou pontuais, estruturados e descontínuos.

Paschoal, Mantovani e Meier (2007, p. 480) caracterizam EC

um processo educativo nas relações humanas do trabalho, no intuito de desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, assim como seu aperfeiçoamento diante da evolução científica e tecnológica. Dessa maneira, ela eleva a competência da valorização profissional e institucional.

A fala dos autores, ao definir educação em serviço, é uma repetição do que se discutiu até o momento sobre educação continuada. A educação continuada na área da saúde, além de educação tradicional, também possui características de educação ou escola tecnicista<sup>13</sup>, focando em técnicas e procedimentos. Esta educação tecnicista também pode ser compreendida como bancária. O foco está na revisão de técnicas e procedimentos padronizados nos serviços.

Na concepção pedagógica tecnicista, a lógica cartesiana é predominante. Nessa, os conteúdos de ensino compreendem informações, princípios científicos, leis e outros, estabelecidos e ordenados por especialistas numa sequência lógica e psicológica, capaz de minimizar as interferências subjetivas que podem atrapalhar a eficiência do indivíduo enquanto trabalhador (LIBANEO, 1995; SAVIANI, 2008).

Podem-se apontar iniciativas de educação continuada nas conferências, congressos, encontros, entre outros. Momento quando os

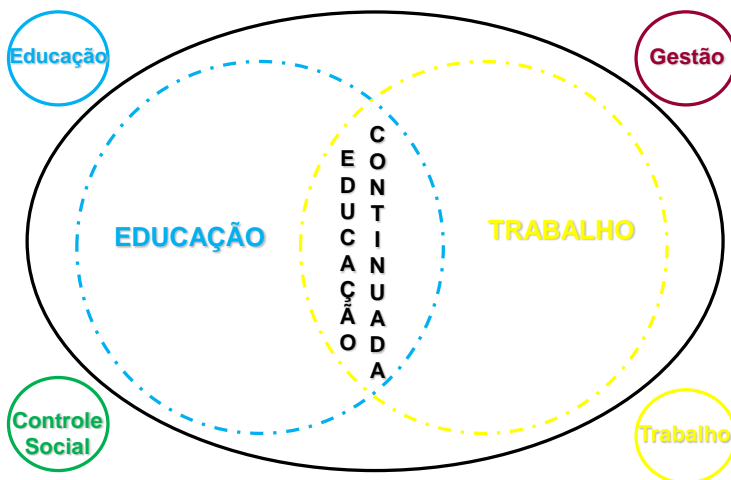
---

<sup>13</sup>A concepção pedagógica ou escola tecnicista foi amplamente empregada no Brasil nas décadas de 1960 e 1970, mas principalmente no início da década de 1970, com a reforma do ensino de 1º e 2º graus. O governo militar tornou o 2º grau obrigatoriamente profissional, com o intuito de desviar os alunos de classe baixa da escola superior por meio do diploma de “técnico” (PILETTI, PILETTI, 2002).

pares debatem sobre “suas” especialidades e se aprofundam ainda mais em suas especificidades, contribuindo para a lógica da atenção fragmentada, se estas especialidades não forem vistas, em um segundo momento, inseridas em um contexto maior, de totalidade. Ferraz (2011b) apresenta um esquema que ilustra o desenvolvimento das ações de educação na área da saúde na lógica da educação continuada (figura 1).

Figura 1: A apresentação da educação continuada em uma lógica fragmentada.

**Forma como geralmente desenvolvemos as ações de educação na área da saúde**



Fonte: FERRAZ, 2011b, s/p.

Em âmbito hospitalar, um cronograma de educação continuada pode estar associado à revisão das técnicas padronizadas para que “todos façam da mesma forma”, para a otimização do tempo e redução de custos com economia no uso de materiais.

Em saúde coletiva, ações pontuais estão associadas às datas específicas. Um exemplo são as datas envolvendo DST/HIV/Aids/Hepatites virais. Datas associando esses problemas de saúde são muito comuns como Carnaval, Dia Internacional da Mulher, Dia dos Namorados e dia alusivo específico do agravo como Dia Mundial de Combate às Hepatites em 28/07 e Dia Mundial de Combate

à AIDS ou Dia Mundial de Luta contra a AIDS em 01/12. Datas pontuais em que todos se mobilizam, decorando unidades de saúde, confeccionando camisetas para a data, distribuindo insumos de prevenção, mas quando falamos da equipe acolher os usuários nos serviços para que passem a fazer um acompanhamento mais efetivo da população, as equipes costumam discorrer sobre as dificuldades em executar esse papel e acabam transferindo a ação para as equipes especializadas.

Para a execução das atividades, os dias pontuais supracitados, o que recorrentemente acontece são “treinamentos” prescritivos de como proceder, o que e como informar no período determinado. O que percebo em minha experiência profissional é que nesses processos as pessoas “treinadas”, muitas vezes, não se veem como parte do processo, não veem significado no processo. Isso acontece, muitas vezes, porque quem idealiza essas ações não problematiza com o outro. Não faz perguntas importantes como: o que isso significa para você/mim enquanto profissional? Faz sentido para você/mim enquanto profissional? Como você/eu sujeito pode/posso desenvolver essa competência?

Para uma mudança do pensar das pessoas se faz necessário um movimento que cause inquietação nas pessoas no modo de pensar e agir, uma inquietação que desestabilize as pessoas de sua zona de conforto.

### **3.2.2 Educação permanente em saúde**

Historicamente, o setor saúde trabalha de modo fragmentado, no qual saúde coletiva trabalha dissociada da clínica, a qualidade da clínica é vista independente da qualidade da gestão que, por sua vez, trabalha de forma isolada da atenção, e assim por diante (CECCIM, 2005). Um dos desafios para a efetivação do SUS é a superação da lógica da fragmentação da atenção à saúde e consolidação da integralidade na atenção à saúde, e a Educação Permanente em Saúde é uma importante ferramenta de gestão para esse processo.

Na EPS o processo educacional é contínuo, ocorrendo ao longo da vida do trabalhador e das pessoas que se envolvem com os serviços, e é constituído e orientado para obter uma aprendizagem a partir da e na realidade do processo de trabalho (MERHY, FEUERWERCKER, CECCIM, 2006).

Para fundamentar uma proposta de educação permanente é essencial entender que a instituição

de saúde é também um lugar de trabalho e de educação, e que nele encontraremos um conjunto complexo de relações, acontecimentos e processos de natureza ideológica, cultural, técnica e econômica que, em resumo, definem um espaço social (QUINTANA, ROSCHKE, RIBEIRO, s/p, s/d).

A proposta é que a EPS seja realizada no local e cotidiano do trabalho, o qual ultrapassa as paredes ou muros da UBS, sendo composto pelo território adscrito. Destina-se ao processo de reflexão sobre o processo de trabalho, considerando as necessidades dos usuários e da população, colocando, inclusive, a população como sujeito ativo no processo de reflexão sobre a realidade e, com isso, possibilitando a transformação das práticas do quadrilátero, do qual será falado logo mais (DAVINI, 2009; SILVA, PEDUZZI, 2011).

Segundo Merhy, Feuerwerker, Ceccim (2006), os pressupostos teórico-metodológicos da EPS são definidos por fatores como conhecimento dos sujeitos; suas crenças e seus valores; relações de trabalho; vínculo entre os sujeitos, etc. O aprendizado se faz a partir dos sujeitos, para que se sintam parte do processo e para que o aprendizado tenha significado. A produção de novos conhecimentos ocorre a partir do modo de pensar e agir dos sujeitos. A EPS deve ser inserida no próprio contexto social e sanitário do serviço a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações, propiciando transformação das práticas (DAVINI, 2009).

A EPS envolve os atores sociais que formam o quadrilátero da formação em saúde, que compreende equipes de atenção e de gestão em qualquer esfera do sistema, usuários e a instituições formadoras compostas por sua comunidade acadêmica com seus docentes, discentes, pesquisadores, gestores e usuários (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006). Esse trabalho deve ser coletivo, envolvendo todos no processo, apresentando um enfoque multidisciplinar e quem sabe interdisciplinar.

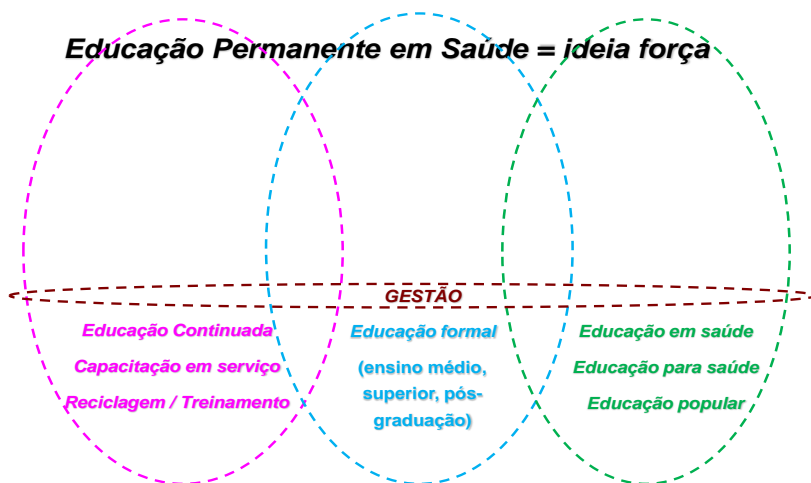
Nesse sentido, a EPS na atenção básica exige dos atores sociais uma análise crítica do contexto social do território, para que os problemas de saúde sejam identificados a partir do olhar dos trabalhadores e da comunidade. Com base nesse conhecimento, propostas de ações vão ser formuladas e aplicadas para uma mudança da realidade. Um processo coletivo com corresponsabilidade de todos os atores sociais do processo de produção de saúde.

Os processos educativos na EPS são ascendentes, ou seja, iniciando a partir do contexto/processo do trabalho, identificando os problemas enfrentados na atenção ou na gestão, na formação ou na educação popular. Possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas públicas de saúde e a singularidade do território e dos sujeitos (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

A partir da identificação do diagnóstico, a EPS possibilita a promoção da autonomia e responsabilização das equipes, com a busca de soluções compartilhadas, incluindo o acesso a novos conhecimentos e competências técnicas e culturais, diretamente ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas (DAVINI, 2009).

Pode-se dizer que a proposta da EPS se aproxima com o que Paulo Freire denomina de educação libertadora, ou problematizadora. Ainda que os idealizadores da Política Nacional de EPS não cite Freire, pode-se aproximar a EPS da proposta de Freire, uma vez a possibilidade de problematização das vivências em serviço dos profissionais e sua “emersão” do universo vivido, advinda da conscientização e práxis transformadora.

Figura 2: Representação da Educação Permanente como Estratégia de Gestão.



Fonte: FERRAZ, 2011b, s/p.

A EPS, além da sua dimensão pedagógica, é “uma importante ‘estratégia de gestão’, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá ‘no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho’” (BRASIL, 2012a, p. 38-39). Para ilustrar isso, Ferraz (2011b, s/p) faz uma representação da ação da EPS como ferramenta de gestão (figura 2).

Os resultados educativos compreendem desenvolvimento de habilidades assistenciais, desenvolvimento da capacidade pedagógica, racionalidade técnica e política na construção das redes de atenção à saúde e movimentos de gestão colegiada e cogestão (BRASIL, 2012).

Para Ceccim (2005a), a EPS é uma estratégia importante para a transformação do trabalho no setor saúde, para que ele seja um espaço de atuação crítica, propositiva e tecnicamente competente. Porém, há necessidade de:

Descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistema de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitirá construir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005a, p. 976).

A necessidade apontada pelo autor ocorre a partir do entendimento de que o espaço de trabalho, no qual o processo de trabalho ocorre, é um espaço para a práxis. A Práxis, que segundo Freire (2001), é um movimento em espiral (ação-reflexão-ação) que promove a transformação da realidade, promove a consciência crítica do indivíduo, é um processo que desenvolve nos sujeitos uma inquietude nas situações de opressão. No setor saúde essa opressão em relação ao trabalhador pode ser caracterizada pela fragmentação do trabalho, trabalho individualizado, centralização na doença.

Mesmo sendo uma ferramenta importante no processo de trabalho em saúde, Carotta, Kawamura e Salazar (2009) apontam as dificuldades no processo de agir da EPS. Dentre elas, destacam-se a dificuldade dos



trabalhadores em aplicar os conceitos aprendidos na prática diária; desmotivação no trabalho; dificuldade de incluir o profissional médico no processo (por falta de vontade do próprio profissional, por falta de vontade do gestor e, muitas vezes, da própria equipe) e a ampliação da participação do controle social no debate.

Muitas vezes, as dificuldades apontadas pelas autoras decorrem da falta de uma estruturação da gestão da educação no trabalho, principalmente em âmbito local, já que em âmbito regional a PNEPS, dentre suas diretrizes, aponta a necessidade dos Planos de Ação Regionais de EPS (PAREPS). Essa falta de estruturação pode acontecer desde o item mais elementar, que é a utilização de um calendário anual no município que serve tanto para EC como para EPS, como a ausência de ações de EPS no Plano Municipal de Saúde.

### **3.2.3 Que tipo de educação em serviço o Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Içara desenvolve?**

No processo de trabalho interno do grupo há uma prevalência da EPS. O processo de trabalho entre os componentes do NASF propicia oportunidades de discussão das rotinas de trabalho do grupo, que é uma oportunidade para identificação de problemas e planejamento de ações para intervenção que, na maioria das vezes, são aproveitadas e concretizadas, não ficando apenas no discurso dos sujeitos.

Em relação aos usuários do serviço que são atendidos pelo grupo ocorre um misto de EPS e EC. O grupo discute os casos dos usuários que recebem atendimento da equipe e, da mesma forma, identifica os problemas e decide quais condutas a serem tomadas, neste momento temos educação permanente. Nesses momentos de discussão, os usuários/comunidade não participam da discussão, e quando o profissional chega com a conduta, apenas alguns itens são discutidos com um usuário, a maioria das ações é prescritiva, ou seja, neste momento os profissionais do NASF tomam uma posição muito próxima da invasão cultural proposta por Freire.

Segundo Freire (2011, p. 205)

“[...] a invasão cultural, é a penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos invadidos, impondo a estes sua visão do mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ao inibirem sua expansão. [...] a invasão cultural, indiscutivelmente alienante, realizada maciamente

ou não, é sempre uma violência ao ser da cultura invadida, que perde sua originalidade ou se vê ameaçado de perdê-la.

Em relação às equipes de ESF, o NASF discute os problemas que identificam nas equipes, porém, sem a presença da equipe analisada ou ao menos 1 membro dela. Quando o NASF conversa com as equipes sobre os problemas, procurava discuti-los com sugestões e proposição de parcerias. Um exemplo ocorreu com uma equipe que estava com um usuário com doença oncológica que precisava determinar conduta uma vez que ele era estado terminal. O grupo discutiu em conjunto conduta a ser tomada em relação a esse usuário e sua família.

As reuniões que ocorrem semanalmente são importantes para que o diálogo entre o grupo aconteça. Durante a semana, o grupo aponta assuntos para a pauta que irão ser discutidos na reunião do grupo que ocorre sempre na segunda-feira, no período da manhã. No período de observação, as reuniões foram acompanhadas, onde se observou que as pautas foram debatidas e todos tiveram possibilidade de falar e expor suas opiniões, o grupo construiu diversos planos de ação a partir das discussões que eram revistas conforme espaço nas reuniões seguintes. Tudo é registrado em ata, com verificação de pendências e avaliação de cumprimento de metas. A reunião é aberta para aqueles que precisam discutir com o NASF assuntos que o envolvem. Durante o período de observação, participaram das reuniões o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), enfermeiros das equipes de ESF e coordenações de áreas programáticas de saúde do município. Este momento específico é importante para identificar os problemas, ampliar o conhecimento, desenvolver competências e buscar soluções para colocá-las em prática (DAVINI, 2009).

O trabalho do NASF contribuiu para que alguns profissionais repensassem seu processo de trabalho, e se aproximassem mais da proposta da EPS, porém, com algumas características da EC, como se pode afirmar a partir do que aponta o entrevistado 4.

[...] Então a questão da educação do paciente ou a minha própria, o NASF mudou muitas concepções que eu tinha, pois eu venho de uma vivência clínica, tive clínica durante 5 ou 6 anos até começar no NASF, onde o paciente nos procurava, eu atendia o paciente, ele melhorava e assim o paciente tinha alta, adeus! Então, a nossa formação nunca foi voltada ao paciente de forma

integral. Então com o NASF, com o passar dos anos, fui construindo, a partir de experiências com as formações, [com] um serviço público onde tudo é diferente, as dificuldades são maiores, o acesso a materiais, equipamentos é muito mais complicado. Mas a gente acaba aprendendo com isso e aprendendo com o paciente, com esse cliente diferente que a gente tem, a ter um olhar mais humanizado em relação ao próprio paciente. Então isso nos modificou no encontro profissional, e essa é a grande questão que eu vejo nos profissionais que atendem ou trabalham no SUS. Aqueles que realmente mergulham na sua vivência passam a modificar sua própria atuação e oferecer isso para o paciente. Não fazer aquela coisa mecanizada no processo de trabalho: “vem cá, faz isso, toma isso”. A gente procura mergulhar na vida do paciente pra tentar, de alguma forma, identificar o que precisa ser corrigido, melhorado, e mostrar isso para o paciente (Entrevistado 4).

Entrevistado 4, quando fala em mergulhar na vida do “paciente” (termo utilizado por ele), identificar os problemas levando em conta a vida do sujeito, contexto familiar, está falando de características da EPS. Porém, quando fala em mostrar para o usuário dá a ideia de que ele não participou do processo de elaboração do projeto terapêutico. Essas falas demonstram que, mesmo permeando discurso e atitudes condizentes com a EPS, apresentam planejamento de processos educativos em uma concepção bancária, em que pretendem mostrar o “certo e o errado”.

[...] No sábado à tarde temos uma atividade com a população. Lá naquele bairro tem muitas adolescentes grávidas, temos 38 ou 40 gestantes só na unidade de referência daquele bairro. Sendo que as mulheres com mais de 18 ou 19 anos, são 5, se não me engano, estão no 4º ou 5º filho. E as outras são o primeiro, mas tem uma de 16 que tá no segundo filho e 1 aborto. [...] E tudo nós que fazemos, o NASF produz, o NASF desenha. Eu estou preparando os vídeos, os vídeos de consciência, vídeos de adolescente gestante e adolescente não gestante, o que ganha e o que

perde. Porque tem que chocar, aquele povo tem que chocar. Eles entendem assim (Entrevistado 5).

A equipe de ESF e NASF identificou o problema e propôs uma ação, porém, não houve menção de investigação das causas desse problema. Ficou vago sobre como ocorreu o processo de desenvolvimento de estratégias para o problema, será que os seguintes questionamentos foram feitos: será que somente a população alvo deve ser impactada? E os outros atores sociais? O núcleo familiar? A comunidade escolar? A igreja? Será que somente as adolescentes são as “culpadas” pela gravidez precoce? Quem define os parâmetros para delinear um juízo de valor? E qual a dimensão educativa presente na ação de chocar o outro?

Outra observação nesse processo é que o único ator social convidado a participar foi o CRAS, não sendo identificados outros atores como comunidade escolar, associação de moradores, conselho de saúde. Neste caso, um dispositivo importante no processo, o controle social, não foi relacionado como parceiro. O controle social é um parceiro no planejamento de ações significativas para a comunidade, e participando desse processo favorece o comprometimento da comunidade no enfrentamento de seus problemas (PAIM, TEIXEIRA, 2006).

No contexto do problema apresentado, em relação aos processos educativos que são desenvolvidos na lógica da EPS, Davini (2009) aponta que eles devem estar inseridos no próprio contexto social, sanitário e do serviço a partir dos problemas do cotidiano, de forma reflexiva e participativa, para a construção conjunta de estratégias para a solução dos problemas, orientada por um movimento de mudança de práticas nas equipes e nos grupos sociais que atinja uma diversidade de atores.

A academia da saúde, que está vinculada ao NASF desenvolve diversas atividades, dentre elas, grupo de controle do peso. Ele é coordenado pela nutricionista do NASF, mas há participação de todos os membros. Nele, os participantes, além da pesagem mensal, compartilham suas conquistas e tropeços, além de estimularem uns aos outros para perseverar o propósito que envolve qualidade de vida e promoção da saúde. No grupo acompanhado pode-se perceber que os participantes (usuários do serviço, ACS e membros do NASF), sentem-se parte do processo, é um processo educativo significativo para todos. O grupo de adolescentes, que está previsto para ser desenvolvido por um dos componentes do NASF, já apresenta características da EC:

Então, quando eu pensei no grupo de adolescentes na academia, porque eu adoro trabalhar com adolescentes. Então eu vou montar os meus grupos de adolescentes do município inteiro, que eu quero divulgar no município inteiro [...] Então vou ter os meus grupos e eu não vou depender de nada. Porque vai ser o NASF cuidando dos grupos. E quando tiver algum adolescente precisando de avaliação sobre medicamentos, eu tenho a farmacêutica para dar suporte. Sei que a nutricionista também vai trabalhar lá. Então eu sei que aquilo vai estar vinculado. Mas aí tu vais me perguntar: vai estar vinculado à ESF? Ele vai estar vinculado à atenção básica. A ESF é uma questão de saúde ou doença e eles vão estar referendados aos seus. A entrada vai ser divulgada pelas ACS. Mas cadastrado comigo (Entrevistado 5).

O desenho apresentado do projeto possui características da EC, pois repassa a ideia da fragmentação do cuidado, cada profissional terá uma função específica, sem menção de um trabalho coletivo (RIBEIRO, MOTA, s/d). No caso acima, os outros profissionais são chamados caso se tenha necessidade, mas o grupo “é” de um profissional.

Nas ações desenvolvidas com a comunidade, os profissionais apresentam características da EPS e da EC.

É a unidade de saúde que nos chama para os grupos terapêuticos. Eu sempre digo que o grupo é nosso. Não é só da unidade e não é só do NASF, ele é nosso. E a partir do momento que eu vou participar do grupo, eu vou e divulgo essa compreensão. Mas a organização é realizada pela unidade. Mas se ela liga e diz que precisa de ajuda para organizar o grupo, não há problemas, ajudo na organização, mas a organização principal é da unidade. Em alguns grupos, como o de controle de peso, ocorre uma maior parceria com a unidade; como eu sou do NASF, às vezes eu levo alguém do NASF para participar também. Eu acabo agregando os demais profissionais do NASF no processo (Entrevistado 2).

O entrevistado aponta que o grupo terapêutico é da equipe de referência e do NASF. Essa ideia é importante, pois demonstra a preocupação com a corresponsabilidade, e ficou evidenciado durante a observação em que este profissional participou de um grupo terapêutico, em que coordenou o processo, em conjunto com a equipe de ESF que participou da atividade. No processo, todos participaram ativamente, NASF, equipe de ESF e usuários do serviço.

O entrevistado 3 aponta sua preocupação em se fazer entender e procura estratégias para isto:

Eu converso com os pacientes, mas eu gosto de levar coisas, sempre o material, tipo o *datashow*, eu gosto muito de imagens porque parecem que eles fixam mais. Por exemplo, eu pergunto: como é que vocês vão guardar os medicamentos em casa? Se tiver que guardar na geladeira como é que eu guardo? Se eu apenas falar parece que eles ficam me olhando, parados e parece que não estão entendendo, aí eu mostro as imagens. Uso umas figuras muito infantis, às vezes bem de desenhinhos, de bonequinho. E com aquilo ali parece que eles gravam e às vezes eu digo, daí, nas perguntas, “como é que eu tomo os medicamentos? Com bastante água”, e sempre coloco alguma coisa relacionada com desenhinhos. E é aonde eles vão lembrando, e é engraçado que eles falam, e eu vejo um passar pro outro, sabe? Quando eu pergunto “e quem não consegue engolir?”, oriento para comer com uma banana, banana ajuda, tem aquelas pessoas que estão ruins da garganta, e aí eu já vi assim essa informação passando de um pro outro. Eles também trazem também as informações que eles recebem de outras pessoas tipo: “mas a minha vizinha disse que pode tomar assim”. Eu converso e digo se realmente pode ou não pode. E vão surgindo perguntas, como: “posso cortar o medicamento ao meio? Posso abrir a cápsula? Posso tomar com leite ou suco?” (Entrevistado 3).

O uso de figuras ou gravuras é uma estratégia de estimular o diálogo, mas há que se ter cuidado com esta estratégia para não infantilizar o outro. Com a infantilização estamos subestimando a

capacidade de compreensão dos sujeitos e, é uma forma de minimizar o outro, acaba sendo uma forma de dominação, se fizermos alusão às reflexões de Freire.

Em relação à organização dos eventos, o NASF é participativo, discute estratégia, apresenta propostas e participa ativamente das ações planejadas. A gestão educativa compreende a construção de acordos, alianças apoios com os atores envolvidos, considerando a proposta desenvolvida (DAVINI, 2009).

O NASF poderá se aproximar mais dos princípios da EPS em virtude da participação de todo o grupo no NEPSHU do município, um espaço construído para discutir e refletir ações acerca da EPS.

### 3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE IÇARA

Ferraz (2011a), em sua tese, faz uma minuciosa pesquisa sobre as origens da Educação Permanente em Saúde, relacionando ações de qualificação de recursos humanos e processos educativos na melhoria da qualidade da saúde da população. A autora considera como primeira referência sobre planejamento de recursos humanos na saúde no âmbito das Américas a publicação n. 40, em 1958, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) denominada *Resumen de los Informes Cuadriales sobre las Condiciones Sanitarias em las América*. A partir desta publicação, teriam-se iniciado as discussões sobre o tema, tendo ocorrido diversos debates para tal. As maiores discussões sobre EPS e o fortalecimento desta ideia em âmbito das Américas aconteceram nas décadas de 1970 e 1980 na OPAS (SILVA et al, 2010; FERRAZ, 2011a).

O Brasil, que participava das discussões promovida pela OPAS, também colocou o tema “ordenação de recursos humanos para a saúde” na agenda de discussão governamental. Na década de 1980, em nosso país, o interesse pela EPS foi bastante acentuado, em virtude da grande mobilização do Movimento Sanitário, o qual promoveu grande participação dos integrantes na VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual a saúde foi definida como um direito de todo cidadão e dever do Estado. Esta ideia-força foi consolidada na Assembleia Constituinte de 1988, e configurada nos artigos 196 e 200 da Constituição Federal e, dois anos mais tarde, também na Lei Orgânica da Saúde, 8080/90 (FERRAZ, 2011a).

A partir da consolidação do SUS, propostas de aprimoramento de sua gestão foram discutidas, dentre elas a gestão de recursos humanos.

O desenvolvimento de uma proposta de formulação da gestão de recursos humanos e, conseqüentemente, a EPS, é discutida desde a I Conferência Nacional de Recursos Humanos na Saúde, em 1986, e com a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH/SUS), em 1998, e uma segunda versão em 2000 (BRASIL, 2009).

Em 2003, é criado pelo Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), constituída por dois Departamentos, com a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores de saúde do Brasil: (1) Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e (2) Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) (BRASIL, 2009).

Dentre as diversas estratégias do DEGES, está a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), sendo instituída como Política Pública em sua primeira versão em 2004, por meio da Portaria 198/2004, criando os Polos de Educação Permanente em Saúde (CAROTTA, KAUAMURA, SALAZAR, 2009). Segundo Ceccim (2005a), a escolha de estruturar a EPS como uma política e não como um programa propiciou o desencadeamento de um processo político para o desenvolvimento da gestão do SUS e da educação para o SUS.

Em 2007 é publicada a Portaria GM 1996/2007, que dispõe as novas diretrizes para a implementação da PNEPS. Os polos são substituídos pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), que “são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da Lei 8080/90 e NOB/RH-SUS” (BRASIL, 2007, s/p). A CIES deverá estar vinculada à Comissão Intergestora Regional (CIR) de sua área de abrangência.

Uma ação importante prevista na Portaria 1996 é a formulação de um Plano Regional para a EPS (PAREPS), o qual deve ser coerente com os Planos Municipais de Saúde de cada município que compõe a CIES, assim como a reafirmação da importância da composição da CIES por membros da gestão, trabalhadores do SUS, instituições de ensino formadoras de trabalhadores para o SUS e o Controle Social (Conselhos de Saúde e movimentos sociais). Para construção do PAREPS a CIES deve estar articulada com a CIR a qual está vinculada, para que esse processo esteja articulado com os Planos de Saúde.



Esta composição de gestão, atenção, ensino e usuários é denominada por Ceccim e Feuerwerker (2004) de quadrilátero, o qual é defendido enquanto conjunto de sujeitos que devem fazer-se presentes na educação do profissional da saúde (o quadrilátero da educação do profissional de saúde) uma vez que a EPS prevê arranjos nos diversos espaços de saúde com os diversos sujeitos que compõem o quadrilátero.

Em 2011, as ações de atenção básica em saúde são condensadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e nesta reformulação a Educação Permanente em Saúde é apontada como parte integrante da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2012a, p. 38).

A EPS é uma ferramenta importante de gestão para a lógica da integralidade, segundo a qual as equipes de saúde tenham alta capacidade de análise e intervenção nas demandas e necessidades de saúde dos usuários.

O município de Içara, além de participar da CIES da Região de Saúde Carbonífera, do qual é membro ativo desde sua estruturação em 2008, também implantou um núcleo municipal de EPS/PNH, o Núcleo Municipal de Educação Permanente e Humanização (NEPSHU). O NEPSHU foi oficializado por meio do Decreto municipal 180/2014, de 23 de outubro de 2014:

“Art. 1º - INSTITUIR o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização com a finalidade de estabelecer diretrizes e estratégias para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde e Humanização da Atenção e da Gestão do SUS no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde”.

O decreto ainda estabelece sua composição (Art. 3º) e suas atribuições (Art. 4º). Em relação a sua composição, o Núcleo possui gestores e trabalhadores, não contando com instituições de ensino, uma vez que o município não possui nenhuma. Mas não ter a presença de pessoas do controle social, neste caso, do Conselho Municipal de Saúde, consiste em uma falta, uma vez que tanto documentos oficiais como pessoas que escrevem sobre o assunto falam da importância desse ator social na discussão, tanto da EPS, como da PNH. Já em relação às instituições formadoras em saúde o município não possui nenhuma em seu território.

Tratando da PNEPS, a Portaria 1996/2007 recomenda que as CIES sejam compostas por gestores, trabalhadores, instituições de ensino e controle social, uma vez que a LOS 8142/90 versa sobre a Participação do Controle Social na efetivação do SUS. Ceccim e Ferla (2008, p. 164) também apontam da necessidade da participação do controle social quando escrevem que “essa política afirma: 1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e a participação social [...]”.

Tanto a PNH quanto a EPS propõem mudanças no modo de pensar e agir de trabalhadores, usuários, gestores e instituições formadoras em relação ao trabalho em saúde, priorizando o saber do outro, a cogestão, a longitudinalidade, a integralidade. Nas falas dos profissionais do NASF, percebe-se a vontade de mudanças na lógica da EPS:

O NEPSHU. O Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização. A gente faz parte do núcleo, até esteve parado e há duas semanas começamos. A gente já fez um calendário de encontros para ver o que pode estar contribuindo para as unidades de saúde, de cursos e de melhorias para ver o que pode melhorar nas unidades (Entrevistado 1).

Se parar e analisar o aspecto da formação de cada um de nós, colegas de trabalho, a gente vem de uma academia que tinha foco ainda na educação continuada. Por exemplo, vou falar sobre infarto agudo do miocárdio, na próxima semana vou falar sobre *diabetes melitus*, na próxima vou falar sobre constipação, etc. Então é focado na doença [...] que penso que essa é a questão da criação dos

núcleos de educação permanente, essa proposta de modificação do pensar, ou seja, não falar da doença, mas de um processo de trabalho voltado para os pacientes que apresentam, em algum momento, alguma doença crônica ou alguma patologia aguda e modificar a nossa visão com relação a esse processo de educação dessa pessoa. Nós temos que nos modificar para poder modificar nosso trabalho com o paciente. Não sei que barreiras esses núcleos vão encontrar no sentido do aspecto político e de gestão porque estar fora do local de trabalho em curso, para muitos, significa não estar trabalhando. E na saúde, o volume de trabalho é enorme, justamente porque ainda tem o foco em doença e não na questão educativa e preventiva. Acho que se não der o ponta pé inicial, a gente não consegue mudar essa lógica nunca (Entrevistado 4).

A iniciativa não é nova dentro do município, a partir das diretrizes da PNH foi montado um grupo de trabalho em Humanização em 2 períodos anteriores (2010 e 2012). Eles foram montados, durou um tempo e se desfez. Muitas vezes esses movimentos surgem, com o tempo “perdem o fôlego”, são retomados, muitas vezes tendo relação com o interesse maior ou menor da gestão em relação ao tema. Nessa última retomada, em 2014, os sujeitos envolvidos tomaram a iniciativa de compor um único núcleo englobando as duas políticas (PNH e PNEPS), uma vez que as duas têm enfoques semelhantes, a discussão dos contextos sociais e de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária em saúde que tem sido empregada em diversos países com eficácia, a partir de tecnologias leves, cientificamente comprovadas, socialmente aceitável caracterizando-se como resolutive, com uma hierarquização racionalizada nos níveis de atenção, é uma proposta viável e consolidada no Brasil, com a denominação Atenção Básica em Saúde. A AB, mesmo há muito tempo implementada no Brasil, ainda tem dificuldades de minimizar os problemas que se propõe a combater, que é a fragmentação da assistência, visão centrada na doença, biomédica e hospitalocêntrica.

A revisão da literatura evidencia que as dificuldades de combate ao modelo biomédico hospitalocêntrico estão centradas na formação da força de trabalho em saúde e na gestão dos serviços de saúde. Ainda há instituições formadoras e/ou cursos que não possuem no seu projeto pedagógico algum enfoque no SUS, e a gestão da saúde vem sendo orientada por uma lógica empresarial, a qual possui uma preocupação com a quantidade de atendimentos e não com a qualidade com que a assistência vem sendo desenvolvida.

A educação permanente em saúde, enquanto proposta pedagógica, tem como objetivo a transformação das práticas no trabalho (gestão administrativa e gestão do cuidado), na formação e na vida cotidiana das pessoas a partir da reflexão do processo de trabalho em saúde, da formação ou da vida cotidiana dos sujeitos. Essa transformação somente acontece quando os sujeitos estão abertos a ela e, para isso, precisam conhecê-la. A EPS não deve ser imposta, porque a imposição é uma atitude contrária ao que a EPS se propõe. Quando os profissionais vivenciam um processo de EPS propositivo, esse processo executa seu propósito, a reflexão, pois é ela que propõe o questionamento, que é parte do processo.

Experimentar o processo de educação no trabalho em um ambiente diferente do qual vivencio foi uma experiência importante, uma vez que trabalhar EPS com o olhar de trabalhadora da gestão não é o mesmo que vivenciar a EPS como trabalhadora da produção do cuidado ou assistência. Na gestão, estamos distantes dos problemas expressos por quem está na produção do cuidado. Desse modo, fazer as coisas na vida cotidiana do trabalho da produção do cuidado não é algo fácil de fazer, mas perseverar na perspectiva de alcançar esse objetivo deve ser uma meta em quem acredita na EPS como ferramenta de mudança.

Trabalhar na lógica da EPS é um exercício diário de reflexão, em que devemos trabalhar nossos valores, nossas crenças e nossos conhecimentos, que muitas vezes são construídos a partir de uma educação formal bancária, muito longe de um processo educativo em uma lógica histórico-cultural apresentado por Paulo Freire.

Construí muitos conhecimentos a partir da desconstrução de outros que, postos em processo de reflexão, tiveram que ser melhorados ou reformulados. Alguns dos conhecimentos reformulados foram sofridos. O emprego de juízo de valor foi um deles. Às vezes somos tão apaixonados por algo que, para defendê-lo, usamos termos e expressões que não cabem em uma pesquisa científica.

A pesquisa propiciou o conhecimento sobre a PNAB, sobre o NASF e sobre a EPS/EC, em que alguns conhecimentos surgiram a partir “do marco zero”, outros foram ampliados, outros reformulados. Pude internalizar que a equipe de referência não é o NASF, mas a equipe de ESF, o NASF, como o próprio nome diz, é APOIO.

O objetivo proposto nesta pesquisa foi alcançado, pois pude compreender como ocorre a educação no trabalho da equipe do NASF no desenvolvimento da PNAB. A educação no trabalho do NASF no desenvolvimento da PNAB apresenta características da EPS e da EC, nos diferentes contextos do processo de trabalho do grupo. Foi possível elencar as dificuldades e possibilidades do trabalho do NASF, e uma das potencialidades identificadas é a presença de características da EPS no discurso da maioria dos pesquisados. Entre as dificuldades observadas, é o número excessivo de equipes de ESF para uma única equipe de NASF.

O município de Içara, quando escolhido para a realização da pesquisa em virtude da suposição, em nível empírico, de que a atuação de profissionais na gestão e na atenção à saúde da população ocorre mais alinhada aos pressupostos da Educação Permanente em Saúde do que da Educação Continuada foi confirmada.

O discurso dos sujeitos que compõem a equipe do NASF do município de Içara apresentou características tanto da EPS quando da EC. Os pressupostos da EPS estão mais presentes nos conceitos, e nas práticas há um maior predomínio dos pressupostos da EC. No planejamento das ações, já tentam desenhar ações na lógica da EPS, mas desenvolvem muito da EC. As relações do NASF com as equipes de ESF há situações que a equipe consegue desenvolver algumas ações, porém há aquelas que não aceitam a inserção dos profissionais do NASF. As relações com a comunidade apresentam a criação de vínculo entre usuários e NASF, mas também há usuários que não aceitam o serviço.

O grupo possui uma ferramenta para efetivação e consolidação da EPS no município, que é o NEPSHU, devidamente institucionalizado enquanto política pública em âmbito do município, que deve ser efetivada e fortalecida enquanto tal.

Para que a qualidade da atenção possa ser mais bem desenvolvida, o NASF que está atuando poderia se munir de informações, como os indicadores de atenção e a Portaria com critérios de implantação do NASF, para negociar com a gestão a ampliação da segunda equipe do NASF.

É importante que a gestão da saúde, que no dia a dia é pressionada para oferecer um maior número de atendimento especializado ao mesmo tempo que também é pressionada a implantar propostas de serviços com qualidade na atenção do cuidado, que geralmente acaba por optar pela quantidade, esteja atenta às propostas apresentadas por sua equipe técnica (equipes de referência e equipes de apoio). A equipe técnica possui uma formação técnica específica, além da experiência da atenção do cuidado, pois os trabalhadores não são um problema, são parceiros, que podem apresentar propostas resolutivas que melhorem a qualidade da assistência a saúde.

É importante que as instituições de ensino - que têm relevante papel de investigação e disseminação do conhecimento, seja na formação, na pesquisa ou extensão - desenvolvam estudos que envolvam a educação permanente em saúde e dispositivos que estimulem processos de ação-reflexão-ação. Que na formação inicial dos cursos da área da saúde e na formação sequencial promovam o exercício de ferramentas que envolvam o apoio matricial em uma perspectiva problematizadora, além de desenvolver projetos e pesquisas que envolvam a relação de processo de trabalho das equipes de referência e equipes de apoio na atenção básica.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Erica Rodrigues de. Potencialidades e fragilidades do NASF e do apoio matricial em João Pessoa/PB: percepção dos profissionais. In: Congresso Internacional da Rede Unida. Redeunida, 10, 2012, Rio de Janeiro. **Anais, Interface - Comunicação, Saúde, Educação -**, suplemento, n.1, 2012.
- ASSIS, Luana Couto. CRUZ, Danilson Ferreira. Acesso ao Tratamento Medicamentoso na Rede de Atenção Básica no Município de Campina Grande / PB. **R bras ci Saúde**. v. 14, n 3, p. 13-18, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>>. Acesso em: 16 jun. 2015.
- BARBOSA, Erica Guerrieri et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em movimento (Impr.)**, Curitiba , v. 23, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/fm/v23n2/15.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM 399 de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 12 fev. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)>. Acesso em: 20 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde:** agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 77 p. (Serie textos básicos em saúde).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.** Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em: 20 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS.** 2014a. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizadas/11-humanizadas/12419-diretrizes-e-dispositivos>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 112 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) (Vol. 1)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 202 p. (Série Articulação Interfederativa; v. 2, t. 2)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 156 p (Série Articulação Interfederativa, v. 1)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Município de Içara**, 2014e. Disponível em:<<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Outubro Rosa**. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/10/campanha-incentiva-diagnostico-precoce-do-cancer-de-mama>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. 49. ed. São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção primeiros passos: 20).

BRANDÃO, Gisetti Corina Gomes. OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos, O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande – PB, Brasil, na perspectiva da educação permanente em saúde. **Indagatio didacta**, v. 5, n. 2 out.2013.

BRESOLA, Joziane. BECKER, Indianara Reynaud Toreti. **Caracterização das doações provenientes de estoques domiciliares**

**de medicamentos à farmácia solidária.** 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia), Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Curso de Farmácia, Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina, Criciúma, 2012.

CATORA, Flávia. KAWAMURA, Débora. SALAZAR, Janine. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. supl. 1, p. 41-51, 2009. Disponível em: <<http://www.resvistas.usp.br/sausoc/article/view/29529/31394>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005a. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: deságio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005b.

CECCIM, Ricardo Burg. FERLA, Antonio Alcindo. Educação Permanente em Saúde. In. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. FEUERWERKER. Laura. Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 41- 65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. FEUERWERKER. Laura. Camargo Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set.-out. 2004.

CUNHA, Gustavo Tenório. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

FALCI, Denise Mourão; BELISARIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 885-899, dez. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop3913.pdf>>. Acesso em 20 jun 2014.

FERRAZ, Fabiane. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço**: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Educação Permanente em Saúde: contexto histórico e pressupostos teórico-metodológicos**. Oficina regional de educação permanente em saúde da Grande Florianópolis CIES e CIR – Grande Florianópolis. São José, 2011b.

FERRAZ, Fabiane et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1683-1693, 2013.

FORMIGA, Niceia Fernandes Barbosa. RIBEIRO, Katia Sueli Queiroz Silva. Inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Rev. Bras. Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-122, 2012.

FRANCO, Tulio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.427-438, set./dez. 2007.

FREIRE, Paulo. **Conscientização – teoria e prática de libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3 ed. São Paulo: Centauro, 2001, 116 p.

\_\_\_\_\_. **Extensão ou comunicação?** 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 14, v. 3, p. 783-794, 2009.

GOMES, Romeu. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, C, S Maria (Org.) 22. ed. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis - RJ: Vozes, 2003. p. 67-80.

GONÇALVES, Caroline Reis, et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.38, n. 100, p. 26-34, jan./mar. 2014.

IBGE. **População município de Içara**, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

IÇARA. Secretaria Municipal de saúde. **Projeto de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Içara, 2010.

IÇARA. Decreto 180/2014, de 23 de outubro de 2014. Que institui o núcleo de educação permanente em saúde e humanização [...] no âmbito da Secretaria municipal de saúde. **Boletim Informativo oficial do município de Içara**. 27 de outubro de 2014. p. 7-8,

INSTITUTO LADO A LADO. **Novembro Azul**. Disponível em: <http://www.novembroazul.com.br/campanhas/conheca.php>. Acesso em: 01 mar. 2015.

LANCMAN, Selma. et al. Estudo do trabalho e do trabalhador no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, out. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000700968&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000700968&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2014.

LEITE, Denise Fernandes. NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do. OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n. 34, v. 1, p.92-96, 2010. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2015.

LIBANELO, José Carlos. Democratização da escola pública: a pedagogia crítico- social dos conteúdos. 13. ed. São Paulo: Loyola, 1995.

LIMA, Josiani Vivian Camargo, et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação de práticas: possibilidades e limites. **Trabalho, Educação, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 207-227, jul./out. 2010.

LÜDKE, Menga. ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2008.

MATTA, Gustavo Correa. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária em saúde. In. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso:** uma estratégia de pesquisa. 2 ed. São Paulo Atlas, 2008.

MARTINS, Gilberto de Andrade. THEOPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MELLO, Guilherme Arantes. FONTANELLA, Bruno José Fontanella. DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista Atenção Primária em Saúde**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, Emerson Elias. FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. CECCIM, Ricardo Burg. Educación Permanente em Salud: una Estrategia para Intervenirenla Micropolítica Del Trabajo em Salud. **Salud colectiva**, Lanús, v. 2, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652006000200004&lng=es&nrm Acesso =iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200004&lng=es&nrm Acesso =iso)>. Acesso em: 22 set. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 9-29.

MOURA, Erly Catarina. Direito a saúde: o papel de diferentes sujeitos sociais no exercício da cidadania. **Saúde e Sociedade**, 1996, v. 5, n.1, p.101-119.

MOROSINI, Márcia Valéria. FONSECA, Angélica Ferreira. PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em saúde. In. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MOTTA, José Inácio Jardim et al. Educação permanente em saúde. **Revista Olho Mágico**. Londrina, v. 9, n. 1, p. 68-73, 2002.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do. OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NIETSCHKE, Elisabeta Albertina, et al. Política de educação continuada institucional: um desafio em construção. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet], n.11, v. 2, p. 341-348, 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n2/pdf/v11n2a15.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/pdf/v11n2a15.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2014.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 73-78, ago. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2015.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon. MANTOVANI, Maria de Fátima. MÉIER Marinele Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**. v. 41,n.3,p.478-484, 2007.Disponível em: <[www.ee.usp.br/re USP](http://www.ee.usp.br/re USP)>. Acesso em 15 mar. 2015.

PEDUZZI, Marina et al . Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA, Julio Cesar França. Educação Profissional em saúde. In.: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Ver. Amp. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PILETTI, Claudino; PILETTI, Nelson. **História da educação**. 7. ed. São Paulo:Ática, 2002.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade na saúde. In. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

QUINTANA, Pedro Brito. ROSCHKE, Maria Alice Clasen. RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. **Educação permanente processo de trabalho e qualidade de serviço na saúde**. Disponível em: <[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/file/textos%20esp/EDUCACAO\\_PERMANENTE\\_PROCESSO\\_DE\\_TRABALHO\\_E\\_QUALIDADE\\_DE\\_SERVICO\\_NA\\_SAUDE.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/file/textos%20esp/EDUCACAO_PERMANENTE_PROCESSO_DE_TRABALHO_E_QUALIDADE_DE_SERVICO_NA_SAUDE.pdf)>. Acesso em: 04 maio. 2015.

REIS, Fernanda. VIEIRA, Ana Cléa Veras Camurça. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 351-360, 2013. Disponível em:



<<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/821>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. MOTTA, José Inácio Jardim.

**Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** Disponível em:

<[http://www.inesco.org.br/eventos/forum/docs/Ed%20Perm%20Eliana\\_In%20C3%A1cio.pdf](http://www.inesco.org.br/eventos/forum/docs/Ed%20Perm%20Eliana_In%20C3%A1cio.pdf)>. em: jun. 2011.

SAMPAIO, Juliana. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012. Disponível em:

<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/12572/7870>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistemas de Informação. **TABNET mortalidade – 1996-2015.** 2015. Disponível em:

<[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=296:mortalidade-1996-2009&catid=376](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=296:mortalidade-1996-2009&catid=376)>. Acesso em: 15 mar. 2015

SAVIANI, Demerval. **História das ideias pedagógicas no Brasil.** 2. ed.rev. e amp. Campinas: Autores associados, 2008.

SILVA, Giselda Monteiro da. SEIFFERT, Otília Maria L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem.** [online], v.62, n.3, p. 362-366, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/05.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da. PEDUZZI, Marina. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.1018-1032, 2011.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto, et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n. 31; v.3; p. 557-561, set. 2010.

SILVA, Andréa Tenório Correia da, et al . Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2015.

SOARES, Maria Augusta Moraes. ENDRES, Susana Maria. BOCK, Lisnéia Fabiani. NEPEnf – Núcleo de Educação permanente e pesquisa em enfermagem: construindo práticas educativas e processos de trabalho. **Revista Sul Brasileira de Enfermagem**. Porto Alegre. v. 1, n. 1. mar./abr. 2011.


STARFIELD, Barbara. Atenção **primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.



**ANEXOS**



## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	<p style="text-align: center;"><b>Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC</b>  <b>Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão -</b>  <b>PROPEX</b>  <b>Unidade Acadêmica de Humanidades, Ciências e Educação -</b>  <b>UNAHCE</b>  <b>Programa de Pós-Graduação em Educação (Mestrado) -</b>  <b>PPGE</b></p>
---	--

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa **“Política Nacional de Atenção Básica: educação permanente da equipe de saúde do município de Içara (SC)”** e com isso, concordo em participar do estudo e com a publicação e/ou apresentação dos dados coletados, desde que sejam respeitados os princípios éticos que me foram apresentados pela pesquisadora responsável, a saber:

- Eu tenho a liberdade para aderir ou desistir a qualquer momento do processo de pesquisa.
- O meu nome será mantido em sigilo em todos os registros da pesquisa.
- Não serão publicados dados que possam me identificar, ou as pessoas por mim citadas.
- O objetivo da pesquisa é apresentar as estratégias pedagógicas adotadas pela a equipe do NASF do município de Içara para desenvolver o proposto nas PNAB, nos aspectos referentes a EPS.
- Esta pesquisa irá contribuir para a conclusão do mestrado em Educação.
- O procedimento que será efetuado comigo será entrevista que será gravada e acompanhamento das atividades desenvolvidas com as equipes de Saúde da Família;
- Se houver algum desconforto ao longo da entrevista, tenho a liberdade de solicitar novo agendamento para a realização da mesma.
- Não serão publicados dados que não tenham a minha liberação para divulgação.
- A minha privacidade, minhas expressões culturais e sentimentos serão respeitados durante o processo, evitando exposições desnecessárias ou situações que possam causar constrangimentos.

- Não serei exposto (a) a riscos de nenhuma natureza que possam ferir minha integridade física, mental e emocional.
- As minhas expressões que envolvam exposição de questões pessoais não serão julgadas, somente serão utilizadas caso sejam pertinentes ao objetivo do estudo.
- O processo da pesquisa não poderá interferir em meu cotidiano e no local onde está sendo realizada a pesquisa.
- Todos os momentos de interação entre mim e a entrevistadora serão acordados com antecedência entre ambos e avaliados ao final do encontro.
- Os resultados da pesquisa serão apresentados ao final da mesma, em forma escrita e em defesa pública, nas dependências da universidade.
- Os dados obtidos poderão ser divulgados em outros meios, tais como em palestras e/ou publicados em artigos e periódicos.
- Não terei nenhum custo e ou remuneração, tanto para participar da pesquisa, como se, acaso, não mais desejar participar a qualquer tempo.
- Se eu tiver dúvida a respeito da pesquisa, poderei contatar a pesquisadora e sua orientadora, por meio dos contatos constantes neste termo.

---

Participante da Pesquisa

RG: \_\_\_\_\_

---

Mda. Silvia Salvador do Prado

Pesquisadora

Fone: 9812-9198

Mail: [sisaprado@hotmail.com](mailto:sisaprado@hotmail.com)

Dra. Janine Moreira

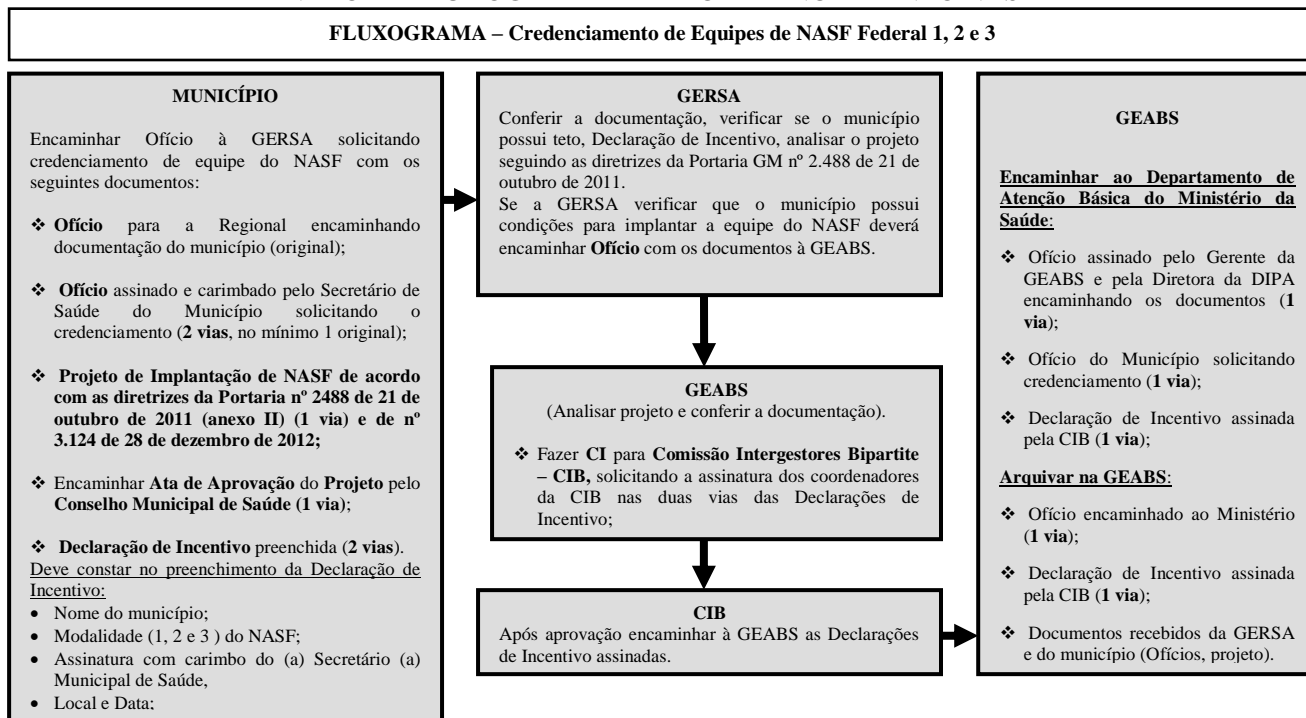
Orientadora

Fone: 3431-2584

Mail: [jmo@unesc.net](mailto:jmo@unesc.net)

## ANEXO B - FLUXOGRAMA PARA CREDENCIAMENTO NASF

## FLUXOGRAMA – Credenciamento de Equipes de NASF Federal 1, 2 e 3



Fonte: Gerencia de Atenção Básica/Secretaria de Estado da Saúde/Santa Catarina, 2015.

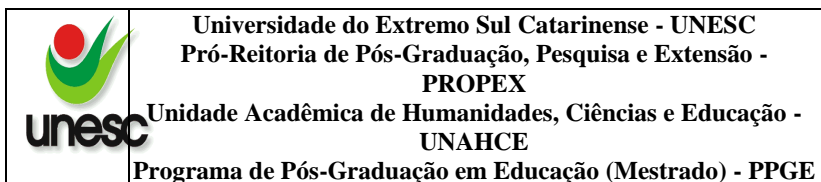




## APÊNDICES



APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS –  
ROTEIRO DE ENTREVISTA



**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Roteiro de entrevista com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Içara

1. Perfil do entrevistado

1.1 Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc.

1.2 Idade: \_\_\_\_\_ anos

1.3 Formação Profissional: \_\_\_\_\_

1.4 Formação Complementar (Especialização, residência, etc.):

---

2. Em relação a sua atuação profissional:

2.1 Há quanto tempo você atua no NASF de Içara: \_\_\_\_\_

2.2 Como você desenvolve seu trabalho com os colegas que atuam no NASF?

2.3 E como você desenvolve suas atividades com os profissionais que atuam nas Equipes de ESF?

2.4. O que você entende por educação?

2.5. Que tipo de educação você entende que é realizada no NASF?


2.6 Você tem alguma dificuldade em desenvolver suas atribuições no NASF?

2.7 O que você pode destacar como facilidade para atuar no NASF?

2.8 Você recebeu alguma formação específica que contribuiu na atuação do NASF do município, seja na graduação, especialização ou no processo de trabalho?

2.9 Para desenvolver as ações de educação permanente em saúde junto à equipe de ESF, como ocorre a articulação junto aos demais membros da equipe do NASF?

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PESQUISA DOCUMENTAL


 unesc	<p><b>Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC</b> <b>Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão -</b> <b>PROPEX</b> <b>Unidade Acadêmica de Humanidades, Ciências e Educação -</b> <b>UNAHCE</b> <b>Programa de Pós-Graduação em Educação (Mestrado) - PPGE</b></p>
--	---

### **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Roteiro de pesquisa documental do Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
do município de Içara

1. Lei de criação do NASF.
2. Planejamento da Equipe do NASF (Diagnóstico Situacional).
3. Normas e Rotinas da equipe (oficializadas).
4. Instrumentos de Gestão de Apoio do NASF.
5. Atas, relatórios, avaliações de reuniões treinamentos, eventos, etc.
6. Informações relevantes em relação à Educação Permanente em Saúde.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS –  
DIÁRIO DE CAMPO

	<p><b>Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC</b> <b>Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão - PROPEX</b> <b>Unidade Acadêmica de Humanidades, Ciências e Educação -</b> <b>UNAHCE</b> <b>Programa de Pós-Graduação em Educação (Mestrado) - PPGE</b></p>
---	--

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Roteiro de diário de campo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Içara

1. Atividades desenvolvidas pela equipe do NASF.
2. Relação do NASF com equipe de ESF.
3. Processo de trabalho dos membros do NASF.
4. Processo de trabalho dos membros do NASF com equipe de ESF.