



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

**Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à
Saúde da Família: uma análise acerca das relações de
trabalho**

Theófilo Mathias Santana Martins

Salvador (Bahia)
Junho, 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal da Bahia
Sistema de Bibliotecas
Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira

M379 Martins, Theófilo Mathias Santana

Equipes de saúde da família e núcleos de apoio à saúde da família : uma análise acerca das relações de trabalho / Theófilo Mathias Santana Martins. – 2016.

39 fl.

Orientador: Prof. Vladimir Andrei Rodrigues Arce.
Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Bahia,
Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2016.

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Relações interprofissionais I. Arce, Vladimir Andrei Rodrigues. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: uma análise acerca das relações de trabalho

Theófilo Mathias Santana Martins

Professor orientador: **Vladimir Andrei
Rodrigues Arce**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Junho, 2016

Monografia: *Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: uma análise acerca das relações de trabalho*, de **Theófilo Mathias Santana Martins**.

Professor orientador: **Vladimir Andrei Rodrigues Arce**

COMISSÃO REVISORA:

Vladimir Andrei Rodrigues Arce, Professor do Departamento de Fonoaudiologia do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Ana Angélica Martins da Trindade, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Maria de Fátima Diz Fernandes, Professora do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Membro suplente

Valéria Gusmão Bittencourt, Professora do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ____ de _____ de 2016.

A minha mãe **Lourdes**, meus irmãos **Charles**, **Eulália**, **Lauber** e **Datafanes** e ao meu sobrinho **Bernardo**.

EQUIPE

Theófilo Mathias Santana Martins, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.
Correio-e: theomathias10@hotmail.com;

Vladimir Andrei Rodrigues Arce, Professor do Departamento de
Fonoaudiologia/ICS/UFBA;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

Instituto de Ciências da Saúde/ Departamento de
Fonoaudiologia

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR

Unidade Básica de Saúde de Pernambués

FONTES DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios.

Apoio financeiro em formato de bolsa PERMANECER, da PROAE/UFBA.

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, **Vladimir Andrei Rodrigues Arce**, pelas orientações, dedicação e apoio incondicional oferecidos durante toda a construção deste trabalho;

SUMÁRIO

I. RESUMO	2
II. OBJETIVOS	3
PRIMÁRIO	3
SECUNDÁRIOS	3
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
III.1. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da família	4
III. 2. Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF	5
III.3. Relações de trabalho no âmbito da Saúde	6
IV. METODOLOGIA	9
IV.1. Tipo de estudo	9
IV.2. Cenário da pesquisa	9
IV.3. População de estudo	9
IV.4. Coleta de dados	10
IV.5. Análise de dados	10
IV.6. Aspectos éticos	10
V. RESULTADOS	11
V.1 Aspectos facilitadores das relações de trabalho	11
V.2 Aspectos limitadores das relações de trabalho	12
VI. DISCUSSÃO	16
VII. CONCLUSÕES	19
VIII. SUMMARY	20
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
X. APÊNDICE	24
APÊNDICE 1	24
APÊNDICE 2	25
XI. ANEXOS	26

I. RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é constituído por uma equipe multiprofissional e atua de forma conjunta com as equipes de Saúde da Família (EqSF). Considerando que estes Núcleos são recentes na política de saúde brasileira, vários são os desafios encontrados pelos profissionais no desenvolvimento de seus trabalhos, que é marcado essencialmente pela necessidade do trabalho em equipe. Esse cenário caracteriza-se como um espaço favorável para o estudo das relações que são estabelecidas entre os profissionais dessas diferentes equipes. Esta pesquisa tem como objetivo analisar as relações entre uma equipe NASF e as equipes básicas de Saúde da Família no processo de trabalho, identificando aspectos que facilitam e dificultam tais relações. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido com profissionais de uma equipe NASF de um distrito sanitário de Salvador. Foram realizados entrevistas semiestruturadas e observação não participante, sendo a análise feita através de análise de conteúdo. Os aspectos que potencializam a construção de um trabalho efetivo em equipe são representados pelo apoio matricial oferecido pela equipe do NASF, consolidação do vínculo empregatício dos profissionais do NASF, desenvolvimento de ações que tragam resultados positivos para a comunidade e o acolhimento da equipe do NASF por parte das EqSF. Em contrapartida, o distanciamento entre essas equipes, devido sobretudo a não aceitação do NASF por parte da EqSF, recusa dos profissionais da EqSF em participar das reuniões semanais, atuação das EqSF com ênfase no atendimento individual e especializado, além da pouca participação da gestão na articulação dessas equipes, comprometem seriamente o trabalho em equipe. Desta forma, as relações de trabalho entre NASF e EqSF têm sido determinantes na atuação e na inserção do NASF, devendo haver maior investimento, sobretudo por parte da gestão, na qualificação destas relações, de modo a potencializar a implantação do NASF na realidade de Salvador.

Palavras chave: 1. Atenção Primária à Saúde; 2. Estratégia Saúde da Família; 3. Relações interprofissionais.

II. OBJETIVOS

PRIMÁRIO

Analisar como se configuram as relações estabelecidas entre uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as equipes básicas de Saúde da Família (EqSF) no processo de trabalho desenvolvido em um distrito sanitário do município de Salvador.

SECUNDÁRIOS

1. Identificar e discutir os aspectos facilitadores das relações de trabalho estabelecidas entre as equipes NASF e EqSF;
2. Identificar e discutir os aspectos limitadores das relações de trabalho estabelecidas entre as equipes NASF e EqSF;

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

III.1. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da família

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível do sistema de saúde responsável pela entrada de todas as novas necessidades e problemas da população e pela organização de um sistema de saúde integrado, apresentando funções exclusivas no âmbito do sistema de saúde, bem como atributos próprios, como a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade (Starfield, 2004), articulando um sistema de promoção, prevenção e assistência à saúde (Matuda, 2012). Seus princípios partem de questionamentos sobre as ações verticais de controle às endemias e o modelo médico-hegemônico, especializado/fragmentado e intervencionista que não atendiam às principais necessidades de saúde da população (Giovanella e Mendonça, 2008).

Sua importância atual está relacionada à Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata – Cazaquistão, antiga União Soviética, em 1978, quando foi proposta a declaração de Alma-Ata, que estabelece a APS como integrante do desenvolvimento social e econômico dos países (OMS, 1978, Starfield, 2002).

No Brasil, as discussões para a adesão às propostas de APS tiveram início na década de 1970, acompanhando o movimento internacional (Matuda, 2012). A reforma sanitária brasileira, movimento que envolvia academia, profissionais de saúde e a sociedade civil no período da redemocratização do país e que se orientava pela democratização da saúde, do estado e da sociedade (Paim, 2008), culminou com a promulgação da constituição de 1988 e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando o papel de destaque da APS na reorganização do sistema (Giovanella e Mendonça, 2008).

Reforça-se que a APS tem se caracterizado como um aspecto central na organização do sistema de saúde, podendo ser utilizadas pelas esferas governamentais como uma política capaz de organizar e orientar o modelo de atenção à saúde. Essa atribuição correlaciona-se à maior aproximação que a APS tem das famílias e da comunidade, a capacidade em reconhecer e solucionar a maioria dos problemas de saúde em uma determinada população, além de orientar outros níveis de complexidade do sistema de saúde (Aquino et al., 2014).

Neste sentido, em 1993, o Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto como um modelo alternativo de assistência e com o propósito de colaborar na organização do SUS e principalmente na municipalização da saúde (Borges e Baptista, 2010). É com o PSF que a atenção básica, como foi denominada a APS no Brasil, começou a ser inserida na agenda de prioridades do governo, buscando a reestruturação do modelo de atenção à saúde (Matuda, 2012). Após priorizar apenas áreas de maior risco social, o programa se expandiu para afirmar-se como uma estratégia articulada aos princípios

da reforma sanitária e comprometido com a garantia da universalidade e integralidade da atenção (Borges e Baptista, 2010).

Ao colocar a equipe de saúde da família, composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, e cinco a seis agentes comunitários de saúde (ACS), como responsável pela atenção à saúde da população de determinado território e não apenas um único profissional, a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe mudanças no desenho organizacional do modelo de atenção (Matuda, 2012).

Passados vários anos após a implantação da ESF, muitos autores apontam obstáculos relacionados à necessidade de compartilhar responsabilidades e ampliar conceitos e conhecimentos que ainda fogem do domínio de profissionais e gestores que atuam na ESF, principalmente no que se refere à formação desses profissionais para trabalhar no modelo de atenção que é proposto (Mendes, 2002; Campos, 2007), uma vez que este modelo altera as relações de poder entre profissionais, usuários e gestores (Matuda, 2012), representando um importante desafio para seu fortalecimento.

III. 2. Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF

Com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços de saúde e ampliar o escopo de suas ações, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados em 24 de janeiro de 2008 pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria GM n° 154 (Brasil, 2009).

O NASF é constituído por uma equipe multiprofissional que deve atuar em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas de saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família (Brasil, 2009). A composição da equipe NASF é definida pelos gestores municipais, mediante demandas reconhecidas em cada território e outros critérios de prioridades. Poderão compor o NASF, profissionais de diferentes categorias, como por exemplo: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico ginecologista, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional (PNAB,2012).

De acordo com a portaria n° 3.124/2012 criada pelo Ministério da Saúde, existem hoje três modalidades de NASFs. O NASF 1 deve estar vinculado a no mínimo 5 e no máximo 9 equipes de saúde da família, o NASF 2 deve estar vinculado a no mínimo 3 e no máximo 4 equipes de saúde da família e o NASF 3 deve estar vinculado a 1 ou 2 equipes de saúde da família (Brasil, 2013).

O NASF integra a ESF, por isso possui os mesmos princípios norteadores da Atenção Primária à Saúde. Seu processo de trabalho é organizado com base no planejamento das ações no território de abrangência de suas equipes de referência, devendo assim compartilhar responsabilidades mútuas com as EqSF, através de discussão de casos, planejamento de ações e

projetos terapêuticos. Para isso, a equipe NASF deve estar integrada aos trabalhos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas equipes de saúde da família (Brasil, 2009).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de seus Núcleos de Apoio (NASF) expressa um conjunto de recursos dirigidos à reorientação do modelo de atenção que apresenta uma importante expansão dos postos de trabalho para as categorias profissionais presentes no sistema de saúde brasileiro (Matuda, 2012), ampliando, em alguma medida, o espaço do trabalho em equipe. Esta questão, embora represente um avanço na qualificação do trabalho na APS, traz consigo novos desafios para o trabalho em saúde, sobretudo no que diz respeito à maneira como estas equipes estabelecem suas relações de trabalho, que podem ser marcadas tanto por situações de colaboração quanto por contextos de disputa.

Para Anjos et al. (2013) há uma expectativa para que o NASF amplie a oferta de serviços no âmbito qualitativo e quantitativo, para tanto é preciso que haja ações de capacitação e formação dos profissionais que compõem as equipes NASFs bem como os profissionais que integram as EqSF. Ainda segundo os autores, o SUS historicamente tem priorizado a quantidade de procedimentos em detrimento de sua qualidade, o referenciamento em prejuízo da resolubilidade na Atenção Básica e a avaliação de impacto e indicadores de saúde com abordagem simplesmente quantitativa. Assim, é necessário que haja mudanças no âmbito organizacional desse sistema para que o NASF consiga atingir tais objetivos.

Ao analisarmos publicações recentes que evidenciam elementos sobre o processo de trabalho e a implantação do NASF na ESF, notamos que estudos que abordam, ainda que de maneira superficial, as relações entre profissionais do NASF e profissionais das equipes de saúde da família demonstram a existência de uma heterogeneidade destas relações, que se estabelecem de várias formas, podendo ser cooperativas ou conflituosas (Lancman et al., 2013; Anjos et al., 2013). Para Gonçalves et al. (2015), muitas vezes as EqSF se sentem insatisfeitas ao notar que o NASF não tem como prioridade os atendimentos individuais e especializados, mas sim um apoio matricial e de atuação coletiva. Essa frustração tem gerado resistência por parte das EqSF em aceitar as formas de trabalho adotadas pelo NASF.

Para Araújo e Galimberti (2013) as relações mantidas entre esses profissionais interferem diretamente no processo de trabalho e a existência de conflitos podem comprometer a qualidade no cuidado. Contudo, não foram encontrados trabalhos que relatam especificamente essas relações, o que revela a importância de se pesquisar este fenômeno para se compreender melhor como são estabelecidas tais relações.

III.3. Relações de trabalho no âmbito da Saúde

Pode-se situar o estudo das relações estabelecidas no trabalho no campo do Processo de Trabalho em Saúde. No Brasil, os estudos sobre processo de trabalho em saúde têm origem com a pesquisa de Donnangelo em 1975 sobre o mercado de trabalho em saúde e posteriormente em um outro trabalho sobre medicina comunitária em 1976. A autora introduz recursos teórico-conceituais, vigentes até hoje, para a abordagem das relações entre saúde e sociedade e entre práticas de saúde e práticas sociais, sendo estas determinadas pela intervenção efetiva sobre objetos ou necessidades sociais realizadas pelos profissionais da saúde (Peduzzi, 2007).

“Os estudos de Donnangelo (1975,1976) tiveram vários desdobramentos, que constituem importante referencial para o campo da saúde e das diferentes áreas profissionais que o compõe, permitindo uma abordagem abrangente que contempla tanto as especificidades do campo e das áreas como suas relações com os contextos institucionais em que se inserem e os cenários mais amplos – econômico, político, cultural, ecológico e ético – que, articulados, conformam as dimensões macro e microsocial da organização das práticas de saúde” (Peduzzi, 2007).

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves formulou o conceito de processo de trabalho em saúde. Para isso, Mendes Gonçalves faz uso da concepção marxista de trabalho no campo da saúde, segundo o qual o trabalho consiste em processo de transformação que o homem opera para atender às necessidades humanas, constituída histórica e socialmente (Mendes-Gonçalves, 1994).

O processo de trabalho como categoria analítica corresponde a uma estrutura mental básica, podendo ser entendido como a interação de três diferentes componentes que, analisados de forma associada, compõem tal processo. Na concepção de Marx esses elementos são: atividade adequada a um fim, a matéria a que se aplica o trabalho e os meios de trabalho. Ao utilizar esse conceito na investigação do processo de trabalho em saúde, Mendes-Gonçalves distingue como seus componentes o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho, a finalidade e os agentes (Peduzzi, 2007).

Ainda referente ao processo de trabalho em saúde, as relações entre as equipes, bem como as relações entre os diferentes profissionais, são estudadas no componente agente, que se refere ao profissional de saúde. Desta forma, passam a ser construídas relações técnicas e sociais, no âmbito do trabalho em saúde, que permeiam as práticas dos profissionais (Mendes-Gonçalves, 1992, 1994), e que configuram os modos de organização e funcionamento dos serviços de saúde. Para Lima e Almeida (1999), o processo de trabalho em saúde deve ser orientado na integralidade da saúde e ter ênfase no trabalho em equipe, sendo importante organizar os serviços em equipes multiprofissionais. Para tanto é importante que as diferentes equipes e os diversos profissionais envolvidos no processo de trabalho mantenham relações que converjam para tal processo.

O trabalho em equipe pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na do outro, buscando realizar uma determinada atividade em conjunto. Segundo Fortuna et al. (2005), a equipe representa, além de relações de trabalho, relações de saberes, poderes e principalmente relações interpessoais.

Desta forma, quando se fala de trabalho em equipe, é fundamental analisar as relações que são estabelecidas entre os profissionais que a compõem, pois, segundo Canoletti (2008), o trabalho em equipe é algo complexo, visto que reúne indivíduos com diferentes histórias de vida, saberes técnicos e formações diversas em torno da difícil finalidade de responder adequadamente às necessidades dos usuários do serviço, bem como os desejos e a individualidade de cada membro da equipe.

Para Araújo e Galimbertti (2013) as relações mantidas entre os profissionais do NASF e os profissionais das EqSF influenciam diretamente no processo de trabalho dessas equipes e a existência de conflitos podem comprometer a qualidade no cuidado, da mesma forma que uma relação harmoniosa pode potencializar esse processo.

IV. METODOLOGIA

IV.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo. Esse estudo permite ao pesquisador lidar com uma ampla variedade de evidências, favorecendo uma generalização em relação a proposições teóricas, e não a populações e universos, fazendo assim uma análise generalizante (Yin, 2005). Possibilita ainda estudar uma imensa gama de fenômenos, indivíduos e situações. Neste sentido será realizado um estudo a cerca do tipo de relação estabelecidas entre as equipes NASF e EqSF.

IV.2. Cenário da pesquisa

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em Salvador no ano de 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde com o intuito de reorganizar a atenção básica de saúde. Entre os anos de 2002 e 2013 a cobertura populacional da ESF passou de 3 para 23%, com um aumento de 159 equipes de Saúde da Família em todo o território municipal. A rede de atenção básica está composta por 111 unidades de saúde, sendo que destas, 61 possuem ESF e outras 50 não. Além disso, o município conta com 11 NASF que dão apoio a 102 equipes de Saúde da Família e estão distridos nos distritos sanitários do Subúrbio Ferroviário, Barra/Rio Vermelho, Itapuã, São Caetano/Valéria, Cabula e Cajazeira (Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Plano Municipal de Saúde 2014-2017; DATASUS).

A equipe do NASF participante do estudo é formada por sete profissionais de seis especialidades diferentes e está locada em um distrito sanitário que possui 429.033 habitantes e densidade demográfica de 14.172,42 habitantes/km². No distrito sanitário em questão, são oferecidos serviços básicos de saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), contando também com um CAPS/AD e duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A equipe NASF cobre sete EqSF em duas unidades diferentes, as quais serão nomeadas de unidades A e B. Das sete EqSF, três fazem parte da unidade A e quatro da unidade B.

Todos os profissionais são concursados e apresentam tempo distintos de atuação no NASF, variando de 1 a 5 anos. A maioria dos entrevistados, cinco dos seis, tiveram alguma experiência de trabalho em equipe multidisciplinar antes de atuar no NASF, e dois deles tiveram um treinamento especializado antes de iniciar os trabalhos no NASF.

IV.3. População de estudo

A população de estudo se caracteriza como um grupo de elementos que compartilham um conjunto de características comuns que interessa à pesquisa. Assim, foram considerados sujeitos desta pesquisa os profissionais de uma equipe NASF que atuam em um Distrito Sanitário de

Salvador. Para a definição desta equipe, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: 1) equipe NASF completa há pelo menos 01 ano; 2) Equipe que ao menos um dos profissionais das diferentes categorias se disponibilizasse a participar da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados do trabalho no período estudado.

Considerando-se que as equipes NASF de Salvador são compostas por profissionais de diferentes especialidades, tais como educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, e que algumas categorias possuem 02 profissionais de 20 horas, buscou-se garantir a participação de pelo menos um representante de cada profissão na pesquisa, totalizando 06 sujeitos. Os entrevistados foram identificados por meio de uma ficha (APÊNDICE 2) que foram aplicadas momentos antes do início da entrevista e, por motivos éticos, foram identificados por meio dos códigos P1 a P6

IV.4. Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com uso de roteiro de entrevista (APÊNDICE 1), previamente agendadas com os sujeitos da pesquisa, realizadas individualmente no ambiente da unidade de saúde em que os entrevistados estão vinculados. Os dados foram gravados em áudio, mediante autorização dos sujeitos, e transcritos posteriormente. As entrevistas aconteceram entre os meses de janeiro e fevereiro de 2015 na Unidade Básica de Saúde onde eram lotados os profissionais. Também foram feitos registros da observação do pesquisador nas unidades de saúde em Diário de Campo.

IV.5. Análise de dados

Visando caracterizar as relações de trabalho estabelecidas entre profissionais do NASF e das equipes de Saúde da Família que apóiam, foram utilizadas duas categorias operacionais na análise dos dados, quais sejam: aspectos facilitadores e aspectos limitadores das relações de trabalho entre estas equipes. A partir destas categorias, foi possível apreender os principais elementos que configuram tais relações na realidade observada.

IV.6. Aspectos éticos

Durante a pesquisa foram garantidos o anonimato dos entrevistados e a confiabilidade dos dados, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este trabalho integra o projeto “Análise da implantação e dos processos de trabalho desenvolvidos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Salvador-BA”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUPES, sob o nº 90/2013 (ANEXO 1). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) em duas vias.

V. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão estruturados a partir da descrição dos aspectos facilitadores e limitadores das relações de trabalho observados.

V.1 Aspectos facilitadores das relações de trabalho:

Em relação aos aspectos que facilitam as relações de trabalho estabelecidas entre os profissionais do NASF e EqSF, percebe-se que o suporte multiprofissional dado pelo NASF e o apoio para o desenvolvimento de atividades em equipe são elementos que fazem com que haja uma maior aproximação entre os profissionais, com consequente melhor aceitação do trabalho do NASF por parte das EqSF, como pode ser observado nos trechos a seguir:

“Quando a gente tem uma equipe coesa, ciente do seu papel, da função de cada um, que todos são importantes nessa construção, a gente percebe que outras ações passam a ser instaladas né, não só os atendimentos individuais. Às vezes o paciente tá à espera desses profissionais, as ações de educação em saúde passam a ter mais ênfase né, as ações no território passam a ser mais enfatizadas, a formação de grupos passa a ser potencializada e a gente percebe que a oferta de serviço para a população de com base nessa relação próxima entre NASF e equipe, há uma criação na oferta de serviço...” (P3).

“algo positivo é que estão demandando pro NASF né?. Então diante dessa demanda a gente consegue dialogar e falar assim : “ olha, da próxima a gente pode fazer assim, existe um matriciamento, existe tal, vamos fazer encaminhamento, existe uma rede...”. Então, é saber que existe o NASF, que tá ali na retaguarda, e que pode contar com esse recurso, acho que tá sendo um ponto positivo porque ae começa o diálogo” (P1).

As experiências positivas de apoio matricial que o NASF oferece às equipes SF também têm desempenhado um papel fundamental no estabelecimento das relações de trabalho, principalmente no que se refere às ações que são desenvolvidos em conjunto. Desta forma, nota-se que os profissionais do NASF utilizam destes resultados positivos como estratégia para reafirmar sua função de apoiador e estreitar as relações, sobretudo com as equipes mais resistentes à proposta, como se nota nos trechos abaixo:

“Quando eles vêem que esse trabalho que a gente faz dá resultado, ae eles começam a aceitar mais. Quando eles vêem resultado positivo né, porque eles nunca chamaram o NASF, ae o NASF pega aquele paciente, o NASF vai cuidar daquele paciente ali e ver que o paciente tá evoluindo, que a gente tá acompanhando, conseguimos uma vaga pra ele...” (P4).

“Eu acredito muito nessa questão do trabalho né, é claro que a gente tem que ter um tempo, assim como também a gente não pode se estender muito, mas eu acredito muito assim na questão do trabalho, de você com o tempo ir mostrando a importância do papel do NASF, das diversas categorias do NASF. Acho que só o trabalho mesmo, só a dedicação, a gente mostrar as ações, divulgar as ações que é uma coisa que a gente tem questionado muito na nossa equipe aqui que a gente tem feito diversas ações e que essas ações não têm sido publicizadas né...” (P3).

Desta forma, tem sido possível observar a qualificação das ações das EqSF, que passam a desenvolver práticas que antes eram negligenciadas no cotidiano do trabalho, como é o caso das ações educativas, atividades em grupos e até mesmo ações que extrapolam os serviços em direção à maior articulação com os territórios. Ou seja, ações que são previstas no processo de trabalho das equipes de SF, mas que vinham sendo pouco enfatizadas, ampliando a oferta de serviços para a população.

Ainda acerca dos fatores que facilitam as relações entre as equipes NASF e EqSF, a consolidação dos profissionais do NASF no ambiente do trabalho com vínculo empregatício estável se mostrou como um potencial facilitador para as relações, pois tem garantido a diminuição da rotatividade de profissionais no território, o que prejudicava o planejamento e a execução de ações, conforme demonstrado no fragmento a seguir:

“a relação no geral a gente acredita que tá melhorando né, e a impressão minha é que depois da efetivação dos contratos, dos vínculos por concurso, foi tendencialmente melhorando” (P1).

V.2 Aspectos limitadores das relações de trabalho:

Considerando-se os limites observados nas relações entre o NASF e as EqSF, observa-se com frequência a dificuldade de determinados profissionais e EqSF em aceitarem a metodologia de trabalho que orienta o NASF. Neste sentido, é comum a ausência de alguns profissionais das equipes

de SF nas reuniões semanais que estruturam o trabalho destas equipes, o que enfraquece o estabelecimento de ações conjuntas, conforme pode ser observado no fragmento a seguir:

“Tem profissional que não aceita, que ele acha que o que a população necessita não é de uma equipe pra promover saúde, é de uma equipe pra fazer intervenção entendeu?” (P5).

“porque eles não gostam nem de fazer a reunião, as reuniões são semanais, às vezes eles esquecem: ”Ah, era reunião do NASF hoje, esqueci!”. Mas a gente fica cobrando: “oh se você esqueceu, então tal dia vai ser a reunião” . Sempre tem reunião, os que não aceitam normalmente não vêm” (P4).

Esta questão se expressa também em relação a unidades de saúde, o que está relacionado à dinâmica de trabalho das próprias EqSF em seu processo de trabalho, que muitas vezes impede o desenvolvimento de inovações no cotidiano da APS. Neste sentido, foi possível perceber que há uma insistência, por parte de algumas EqSF, na manutenção de um modelo de atendimento essencialmente ambulatorial em detrimento de uma proposta orientada pela ação coletiva e multiprofissional, o que também pode ser constatado dentro da própria equipe NASF, uma vez que nem todos os profissionais que a compõem coadunam com a concepção ampliada do processo saúde-doença, conforme pode ser observado nos fragmentos a seguir:

“Eu acho que o processo de trabalho das equipes mínimas que é o fundamental pro NASF dar certo, então se eles empacam, empaca também o trabalho do NASF. Porque se é uma equipe que é centrada na lógica de ambulatório, com poucas visitas, poucos grupos...a forma como eles se organizam (...), se não fazem reunião de equipe atrapalha o NASF em estar participando e discutindo o caso, enfim, de estar tendo uma visão mais ampliada do caso. Se eles fazem só ambulatório a gente fica excluído do ambulatório né?” (P6).

“Outras não, querem mesmo o atendimento ambulatorial, querem que marquem consulta, que dê continuidade ao atendimento externamente e não tem como a gente dar conta, a gente tem sete equipe de saúde pra atender, então, algumas compreendem o papel, essas são mais fácil trabalhar, outras não compreendem o papel do NASF. Com isso, apesar de todo treinamento que a gente faz constantemente sobre o papel do NASF a gente tem dificuldade, inclusive com alguns médicos que são os piores né.” (P4).

“O que não quer dizer também que todos os profissionais do NASF tenha esse pensamento, deveriam ter. Então a gente fica tentando se auto capacitar para isso, mas se a gente for pensar na lógica de Salvador por exemplo, houve um concurso público as especialidades fizeram um concurso público pro NASF mas não sabiam nem o que era o NASF, e ae você entra no município de Salvador e a gente não teve nem capacitação” (P6).

Também caracteriza esta relação a forte dependência que o NASF possui do trabalho das EqSF, uma vez que suas ações são orientadas pela perspectiva do apoio, e não pelo estabelecimento de um serviço paralelo. Esta questão demanda necessariamente que haja uma relação de parceria entre as equipes, conforme ilustra o fragmento abaixo:

“E a gente sabe que boa parte da atuação do NASF depende muito dessa estreita relação entre equipes né, mas quando isso não existe realmente toda a atuação do NASF fica um pouco comprometida, entendeu? Porque a atuação do NASF depende muito da discussão de caso em reunião de equipe, então se a equipe tem que o NASF não é tão importante, deixa de existir as reuniões, deixando de existir as reuniões os casos não são... não chegam até o NASF certo?” (P3).

“A gente perde a autonomia em alguns momentos, mas a gente trabalha completamente vinculado a eles, então mesmo que a gente queira desenvolver ação, vamos dizer na escola, a gente precisar envolver a equipe de saúde da família também no processo, a gente não pode fazer sozinho né, eles precisam estar presentes porque os pacientes também fazem parte deles né, eles precisam conhecer o que a gente tá fazendo com aquelas crianças é... vai precisar em algum momento de intervenção individualizada e ae se não existir essa relação não tem como ter trabalho, a gente não desenvolve a atenção básica, é mais ou menos por ae” (P5).

Neste contexto, o papel da gestão também exerce influência sobre o modo como estas relações são estabelecidas no território, sobretudo por este não se caracterizar como potencializador de mudanças que qualifiquem de forma estrutural o trabalho que vem sendo construído, refletindo diretamente nas relações estabelecidas nos territórios, e que é agravado pela falta de um apoiador institucional para o NASF, conforme apontam os discursos dos sujeitos:

“Porque a gente aqui dentro já articula, nós somos colegas de trabalho, a gente tá na convivência diária, mas por exemplo, para aquele profissional que é resistente, você faz o que? Entendeu? Então ae eu acho que precisaria ter um intermediador” (P5).

“Eu acho que precisa aumentar o diálogo com gestão, acho que a gente tá caminhando timidamente, mas eu acho que ainda tá muito lento, eu acredito assim, nós somos aqui em Salvador 11 equipes NASFs divididas em alguns distritos sanitários e eu acho que precisa se articular melhor com os outros NASFs, nós estamos no mesmo município né, precisa avançar mais com esses diálogos com a gestão que é única, pra gente coletivamente poder gozar das melhorias que a gente tá buscando, acho que articular melhor esse coletivo.” (P1).

“a gente também precisa de um suporte de apoio institucional que é uma nova estratégia do ministério da saúde mais ou menos recente, mas Salvador ainda tá engatilhado demais nesse processo, eu acho que esse apoiador sai um pouco daquela lógica da supervisão que tinha antigamente de punição ou de cortar benefícios ou ponto sei lá o que e gratificações, mas sim de ajudar as equipes nesse processo de trabalho porque a demanda pra equipe mínima na saúde da família não é brincadeira” (P6).

VI. DISCUSSÃO

A partir das entrevistas pôde-se notar que as relações entre os profissionais divergem tanto entre equipes como entre unidades diferentes. Não foi possível identificar se dentro de uma própria EqSF existiam relações distintas, ou seja, se havia uma aproximação maior ou um conflito com um profissional ou outros em particular. Nota-se também que as relações não são estabelecidas de forma homogênea, não seguem um padrão único e dependem diretamente da forma como as EqSF entendem o NASF, do processo de trabalho desenvolvido pelas diferentes equipes e de como essas equipes entendem a própria Estratégia Saúde da Família.

Percebe-se no discurso dos profissionais do NASF que os mesmos conseguem expressar com mais facilidade os aspectos considerados dificultadores das relações entre as equipes, se comparados aos facilitadores. Nesse contexto, identifica-se relações conflituosas principalmente pelo fato de muitas EqSF não aceitarem a metodologia de trabalho multiprofissional e de apoio matricial a que se propõe o NASF, sendo esse muitas vezes solicitado para a prestação de atendimento ambulatorial e especializado, indo contra o princípio de atuação da atenção básica e do NASF, em especial, o que demonstra a dificuldade da ESF em afirmar a reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS (Teixeira e Vilasbôas, 2014), uma vez que as equipes seguem mantendo uma organização do trabalho que reforça o modelo médico hegemônico de atenção à saúde. Tais características tornam-se ainda mais evidentes na figura do médico, que historicamente apresenta uma propensão a desenvolver uma medicina de cunho curativista, com foco na doença e no tratamento. Para Romano (2008), isso pode ser explicado, dentre outros motivos, pela metodologia de ensino a qual os médicos são submetidos durante sua formação, sendo ensinados a valorizar as especialidades, o hospital, a doença e a cura, o que precisa ser mudado.

Esse conflito de metodologia de trabalho foi também observado em outros estudos, que apontam a pressão que os profissionais do NASF sofrem para que realizem essencialmente atendimentos clínicos especializados em detrimento de um trabalho com foco no apoio coletivo e multiprofissional, afetando as relações entre as equipes (Costa et al., 2013; Vanucchi e Júnior, 2012). Esta realidade tem evidenciado a dificuldade dos profissionais em implantar a forma de atuação do NASF na realidade da ESF, sendo esta uma questão fundamental para o estabelecimento das relações entre as diferentes equipes.

Pôde-se perceber também que a atuação do NASF como equipe de apoio matricial é diretamente dependente de uma interação sólida e conjugada com as EqSF, fazendo com que o trabalho de um interfira diretamente no outro. Com isso, é necessário que haja ferramentas de trabalho que possam aproximar e equilibrar as ações de ambas as equipes, fazendo com que possam atuar em sintonia. Uma dessas ferramentas é a discussão de casos trazidos pelas EqSF e discutido em

conjunto com o NASF em reuniões semanais. Entretanto, observou-se que há um desinteresse por parte de alguns profissionais das EqSF em participar das reuniões semanais. Para esses profissionais, as reuniões, que deveriam ser vistas como um momento de aproximação das equipes, representando uma ferramenta para a atuação multiprofissional e trabalho em equipe, são vistas de forma burocrática e sem importância, contrário à perspectiva que Matuda (2012) propõe, já que para este autor as reuniões entre NASF e EqSF representam um recurso de cooperação entre as equipes, se configurando como um importante espaço para a realização do trabalho, na medida em que são realizadas discussões de casos, planejamentos e articulações de ação. Para o autor, a utilização desse espaço potencializa o trabalho em equipe a medida que as ações são acordadas e planejadas coletivamente, estando o relacionamento entre as equipes comprometido quando essa ferramenta não é utilizada de forma adequada, o que pôde ser observado na realidade estudada.

Foi possível perceber que há movimentos de insistência dos profissionais do NASF em manter as reuniões semanais que desenvolvem com as EqSF, mesmo quando estes se recusam a participar. Assim, é possível inferir que há uma tentativa por parte do NASF em fazer uso das reuniões como ferramenta de aproximação entre as equipes, para que haja uma atuação em conjunto entre as mesmas. Este movimento evidencia a permanente busca da equipe NASF por mobilizar as EqSF para o trabalho, o que também foi observado em outros estudos (Gonçalves, 2015)

Equipes de Saúde da Família que desenvolvem seu processo de trabalho com maior foco nas ações coletivas de promoção e prevenção são mais abertas ao trabalho do NASF, o que favorece a atuação conjunta, contribuindo para a configuração de relações de parceria , propiciando maior sucesso no desenvolvimento de algumas atividades em equipe. Os resultados positivos oriundos destas parcerias podem ser usados como evidências da funcionalidade do NASF, servindo como estímulo para a aproximação de outras EqSF que ainda mantêm uma resistência em acolher o NASF e seu processo de trabalho. Essas melhorias, não apenas no que se refere às relações de trabalho, mas como um todo, também foram demonstradas por Reis e Vieira (2013), que verificaram que o reconhecimento do NASF como uma equipe de apoio, por parte da EqSF bem como da comunidade, tem sido uma arma fundamental para superar as dificuldades encontradas pelo NASF.

Ainda sobre o processo de trabalho do NASF, o desenvolvimento de suas ações com ênfase na educação em saúde, bem como as ações de cunho coletivo desenvolvidas em grupos, como grupos de gestantes e grupos de caminhada, tem se caracterizado como uma ferramenta para otimizar a inserção do NASF nas unidade de saúde e na comunidade. Para Gonçalves et al. (2015), essa forma de atuação do NASF, configura-se como uma estratégia de potencialização, aprimoramento e concretização do processo de trabalho do NASF, além de proporcionar uma maior aproximação e interação com a comunidade e com os demais profissionais.

Para Reis e Vieira (2013), a consolidação do NASF no território de trabalho, perpassa pelas condições de trabalho encontradas pela equipe e o fortalecimento do seu vínculo de trabalho com a unidade. Para as autoras, a não efetivação dos profissionais por meio de concurso público aumenta a rotatividade dos trabalhadores, por conta da instabilidade, comprometendo o vínculo entre profissional e usuário, no caso do NASF, entre apoiador e apoiado, além de estabelecer uma polarização entre os trabalhadores instáveis e estáveis. A questão da efetivação do vínculo empregatício foi citada por um dos entrevistados como um passo importante nas melhorias das relações estabelecidas com as EqSF, visto que o concurso público proporciona maior segurança e garantia para que os profissionais do NASF possam trabalhar ao longo do tempo sem sofrer interrupção nas atividades desenvolvidas em conjunto com as EqSF por demissão ou quebra de contrato. Essa consolidação na vinculação do profissional do NASF na unidade de saúde interfere diretamente no processo de trabalho entre as equipes, sendo reconhecido pelos diferentes profissionais como um fator importante para o estabelecimento das relações de trabalho.

Além dos aspectos supracitados, o diálogo com as EqSF, não apenas nas reuniões semanais, se configura como um importante instrumento para a construção e consolidação de relações de trabalho que possam contribuir de maneira significativa no processo de trabalho em equipe. Os entrevistados mostram que esse diálogo tem sido utilizado como forma de diminuir a resistência por parte das EqSF em aceitar o NASF como uma equipe de suporte e apoio matricial, aumentando a aproximação entre as equipes e facilitando suas relações, corroborando Leite et al. (2014), que apontam que o diálogo e aproximação entre as equipes interfere diretamente também na qualidade de vida dos profissionais do NASF no ambiente de trabalho. Para os autores, essas interações são importantes no que se refere à formação do profissional como parte de uma equipe, favorecendo sua relação com demais profissionais.

Em virtude da complexidade dos serviços de saúde, a atuação da gestão, em conjunto com os profissionais de saúde e a comunidade, torna-se imprescindível para que haja efetividade e melhorias na prestação de tais serviços. Andrade et al. (2012), afirmam que é fundamental o comprometimento da gestão no dia a dia das equipes, não apenas na coordenação de recursos e dados burocráticos, mas também no reconhecimento de todos os problemas de saúde que envolve as equipes, sendo essencial para a articulação entre o NASF e EqSF, sendo esta uma demanda concreta identificada na realidade estudada.

VII. CONCLUSÕES

1. Percebe-se que não há, na realidade estudada, uma homogeneidade nas relações estabelecidas entre o NASF e as equipes de Saúde da Família que dão suporte, variando desde relações harmoniosas a conflituosas, havendo também relações em processo de aperfeiçoamento, o que evidencia a dinamicidade do processo de implantação do NASF em Salvador;
2. Os aspectos que potencializam o estabelecimento da construção de um trabalho efetivo em equipe são representados pelo apoio matricial multiprofissional oferecido pela equipe do NASF, consolidação do vínculo empregatício dos profissionais do NASF por meio de concurso público, desenvolvimento de ações na comunidade que tragam resultados positivos para a população e o acolhimento da equipe do NASF por parte das EqSF ao longo da sua inserção. Em contrapartida, o enfraquecimento e o distanciamento entre essas equipes, devido sobretudo a não aceitação do NASF por parte da EqSF, recusa dos profissionais da EqSF em participar das reuniões semanais, atuação das EqSF com ênfase no atendimento individual e especializado, além da pouca participação da gestão na articulação dessas equipes, tem se mostrado como elementos que comprometem seriamente a atuação do trabalho em equipe, acarretando prejuízo no processo de trabalho de ambas as partes, causando consequências negativas ao cuidado em saúde da população;
3. Verificou-se que as relações de trabalho entre os profissionais do NASF e EqSF tem sido determinantes na atuação do NASF e na sua inserção no território de ação das equipes de Saúde, devendo haver maior investimento, sobretudo por parte da gestão, na qualificação destas relações, de modo a potencializar a implantação do NASF na realidade de Salvador.

VIII. SUMMARY

The Support Center for Family Health (NASF) consists of a multidisciplinary team and acts jointly with the Family Health Teams (EqSF). Whereas these nuclei are recent in Brazilian health policy, there are several challenges faced by professionals in the development of their work, which is marked essentially by the need for teamwork. This scenario is characterized as a favorable space for the study of the relationships that are established between the professionals of these different teams. This research aims to analyze the relationship between NASF team and the basic teams of Family Health in the work process, identifying aspects that facilitate and hinder such relationships. This is a qualitative study, developed with professionals from a NASF team of a health district of Salvador. semi-structured interviews and non-participant observation were performed, the analysis through content analysis. The aspects that enhance the construction of effective teamwork are represented by the matrix support offered by NASF team, consolidation of employment of NASF professionals, development of actions to bring positive results to the population and the host of NASF team for of the EqSF. In contrast, the gap between these teams, mainly due to non-acceptance of NASF by the EqSF, refusal of EqSF professionals to participate in the weekly meetings, performance of EqSF with emphasis on the individual and specialized care, as well as limited participation of management in articulation of these teams, seriously undermine teamwork. Thus, labor relations between NASF and FHS have been decisive in acting and insertion of NASF and there should be greater investment, especially by management, qualification of these relations in order to enhance the implementation of the NASF in Salvador reality.

Key words: 1. Primary Health Care; 2. Family Health Strategy ; 3. Interprofessional relations.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delzियो CR, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde Transform. Soc* [periódico na internet]. 2012 [acesso em 27 de março de 16]; 3(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100005#endereco2.
2. Anjos KF. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Rio de Janeiro: Saúde em Debate*. 2013; 37(99): 672-680.
3. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*, 1.ed.-Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
4. Araújo EMA, Galimbertti PA. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicologia e Sociedade* 2013; 25(2): 461-468.
5. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edição 70, LDA, 2009.
6. Borges CF, Baptista TWF. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. 2010; 8(1): 27-53.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família-NASF. Brasília, 2008. *Diário Oficial da União*. 25 de Janeiro de 2008, Seção 1: 47-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Diretrizes do NASF-Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Caderno de Atenção Básica 27, versão preliminar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica. *Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Conceitos e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília, DF, 2012.
11. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 301-6.
12. Cardoso CG. *Trabalho em equipe multiprofissional: relações interprofissionais e humanização da assistência hospitalar em doenças infecciosas*. Dissertação de mestrado. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010.
13. Canoletti B. *Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

14. Chiavenato I. Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações. 1ed. São Paulo: Pioneira Thomson learning, 2004.
15. Costa LS, Alcântara LM, Alves RS, Lopes AMC, Silva AO, Sá LD. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. CoDAS [periódicos na internet]. 2013 [acesso em 21 de março de 16]; 25(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000400014>.
16. Fortuna, C. M.; Mishima, S. M.; Matumoto, S.; Pereira, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino-americana de enfermagem, v. 13, n. 2, p. 262-8, 2005.
17. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.575-625.
18. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional [periódico na internet]. 2015 [acesso em 23 de março de 2016]; 40(131). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000078013>.
19. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev. Saúde Pública Oct 2013; 47(5).
20. Leite DC, Andrade AB, Bosi MLM. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva 2013; 23 (4): 1167-1187
21. Matuda CG. Cooperação interprofissional: percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP). Dissertação de Mestrado. Programa de pós-graduação de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012.
22. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.
23. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, cadernos CEFOR, 1992.
24. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
25. Organização Mundial da Saúde (OMS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata/ URSS; 1978.
26. Paim JS. Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.
27. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros

- MEB (org). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.
28. Reis F, Vieira ACVC. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. *Cadernos de Terapia Ocupacional, UFSCar, São Carlos*, 2013; 21(2): 351-360.
 29. Romano VF. A busca de uma identidade para o médico de família. *Physis* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 29 de março de 2016]; 18(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000100002>.
 30. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Plano Municipal de Saúde 2014-2017, Salvador-BA, 2014.
 31. Serapione M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi ML, Mercado F (org). *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006. p.22.
 32. Silva IZQJ, Trad LAB. O Trabalho em Equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface: Comunic, Saúde, Educ* 2004/2005; 9(16): 25-38
 33. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
 34. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.
 35. Teixeira CF, Vilasboas ALQ. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: mudança ou conservação?. In Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*, 1.ed.Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 287-301.
 36. Vannucchi AMC, Carneiro Júnior N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2012; 22 (3): 963-982.
 37. Yin RK. *Estudo de caso.Planejamento e Métodos*. 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. p.212.

X. APÊNDICE

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA-NASF

- 1) Fale sobre a relação de trabalho da sua equipe com as equipes ESF/NASF.
- 2) De que maneira você acha que as relações entre a equipe NASF e ESF interferem no processo de trabalho no território que você atua?
- 3) Em sua opinião, quais os fatores que limitam as relações estabelecidas entre as equipes NASF e ESF?
- 4) Quais os fatores que potencializam para haver uma boa relação entre os profissionais das equipes?
- 5) Como você avalia a sua equipe NASF/ESF com as demais equipes ESF/NASF?
- 6) O que você acha que pode ser feito para melhorar as relações entre as equipes ESF e NASF?
- 7) Tem algo a acrescentar sobre o tema?

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



FICHA DE IDENTIFICAÇÃO-NASF

PROFISSÃO: () Assistente Social () Educador Físico () Fisioterapeuta () Psicólogo () Nutricionista () Terapeuta Ocupacional () Outros _____	
IDADE:	SEXO: () MASC () FEM
NATURALIDADE:	
HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ATUA NO NASF EM SALVADOR? () ATÉ 1 ano () 1 A 2 anos () 2 A 3 anos () 3 A 4 anos () 4 A 5 anos () 5 A 6 anos	
HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ NA EQUIPE QUE TRABALHA ATUALMENTE? () ATÉ 1 ano () 1 A 2 anos () 2 A 3 anos () 3 A 4 anos () 4 A 5 anos () 5 A 6 anos	
QUANTAS EQUIPES DA ESF SUA EQUIPE COBRE?	
VOCÊ JÁ ATUOU EM NASF DE OUTRO MUNICÍPIO? () SIM () Não . Se sim, por quanto tempo? () ATÉ 1 ano () 1 A 2 anos () 2 A 3 anos () 3 A 4 anos () 4 A 5 anos () 5 A 6 anos	
QUAL A SUA JORNADA DE TRABALHO ATUAL NO NASF? () 20 Horas () 40 Horas () Outros _____	
QUAL É O SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO ATUAL? () REDA () Contrato Temporário () TAC () concursado () Outros _____	
VOCÊ JÁ HAVIA TRABALHADO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ANTES DE TRABALHAR NO NASF? () SIM () NÃO . SE SIM, EM QUE ÁREA? _____	
VOCÊ JÁ HAVIA TRABALHADO NO SUS ANTES DE TRABALHAR NO NASF? () SIM () NÃO SE SIM, EM QUAL SERVIÇO? _____	
VOCE REALIZOU ALGUM TIPO DE TREINAMENTO/CURSO ESPECIALIZADO ANTES DE INICIAR SEU TRABALHO NA EQUIPE NASF? () SIM () NÃO Se sim, qual? _____	

XI. ANEXOS

ANEXO I

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. EDGARD SANTOS-
UFBA - HUPES**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da implantação e dos processos de trabalho desenvolvidos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Salvador, BA.

Pesquisador: Vladimir Andrei Rodrigues Arce

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05633413.0.0000.0049

Instituição Proponente: Hospital Universitário Prof. Edgard Santos-UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 473.854

Data da Relatoria: 29/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Estudo de Caso do tipo quanti-qualitativo. Nesta perspectiva, será realizado um estudo avaliativo do tipo análise de implantação, de acordo com o componente I Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997) e análise de dados associados aos processos de trabalho e à implantação das equipes de NASF do município.

Este estudo terá como cenário a Estratégia Saúde da Família do município de Salvador, Bahia, especificamente o universo das seis equipes de NASF que compõem a rede de atenção básica do município, assim como as equipes de saúde da família apoiadas matricialmente por tais NASFs e, também, os usuários (as) vinculados (as) às equipes.

Serão considerados sujeitos desta pesquisa os profissionais das equipes NASF, coordenadores das equipes de Saúde da Família gestores das unidades, apoiadores institucionais responsáveis pelo NASF de cada distrito e usuários das unidades de Saúde da Família do município de Salvador. Para tal, serão solicitadas aos gerentes das unidades onde as equipes NASF estão lotadas as indicações de dois profissionais por equipe, totalizando 12 profissionais. Além destes, participarão da pesquisa os gestores de cada unidade, totalizando 06 gestores, os coordenadores de duas equipes de Saúde da Família por NASF, que serão definidas a partir da indicação dos próprios profissionais

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA **Município:**

SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@gmail.com

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. EDGARD SANTOS-
UFBA - HUPES**



Continuação do Parecer: 473.854

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar a implantação e os processos de trabalho em saúde desenvolvidos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF do município de Salvador, Bahia.

Objetivos Específicos:

Descrever a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município de Salvador;

Caracterizar o perfil dos profissionais que compõem as equipes de NASF;

Identificar e analisar as práticas de saúde e os modos de organização dos processos de trabalho desenvolvidos nas diferentes equipes do NASF do município considerando os preceitos da APS; Discutir a influência do contexto político-institucional e organizacional do sistema de saúde na implantação do NASF em Salvador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não proporcionará algum risco físico ou psicológico aos participantes da mesma, que terão seus direitos preservados e assegurados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios:

Consta como benefícios desta pesquisa promoção do conhecimento de aspectos pertencentes ao NASF como perfil dos profissionais das equipes, forma organizacional destes núcleos de apoio e ferramentas utilizada para a efetivação do seu trabalho. Além de registrar o processo de inserção do NASF no município através dos relatos de gestores, profissionais e usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide Conclusões.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Conclusões.

Recomendações:

Vide Conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações sugeridas aos pesquisadores para este estudo foram acatadas, adequando-os aos princípios bioéticos da pesquisa em seres humanos. Não há impedimento ético para a

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA **Município:**

SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS-
 UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 473.854

realização do estudo.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (466/12) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo-HUPES, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA **Município:**

SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. EDGARD SANTOS-
UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 473.854

Situação: Projeto aprovado.

SALVADOR, 29 de Novembro de 2013

Assinador **por:**
Roberto José da Silva Badaró
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA **Município:**

SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@gmail.com

ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E DOS PROCESSOS DE TRABALHO
DESENVOLVIDOS NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR, BA.**

O projeto de pesquisa **“Relações entre as equipes ESF e NASF estabelecidas no processo de trabalho, na visão dos profissionais do NASF”** tem como objetivo analisar as relações estabelecidas entre equipes NASF e ESF no processo de trabalho e é parte integrante do projeto **“Análise da implantação e dos processos de trabalho desenvolvidos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Salvador, BA”** que tem como objetivo analisar a implantação e os processos de trabalho em saúde desenvolvidos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF – do município de Salvador, Bahia. Devido à importância do NASF no processo de ampliação da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos, o tema desta pesquisa demonstra-se relevante e se justifica pela necessidade de se compreender o contexto da implantação, bem como as potencialidades e os limites que caracterizam o trabalho desenvolvido em Salvador, de forma a subsidiar a construção de novas contribuições para o fortalecimento desta proposta.

Você está sendo convidado(a) a contribuir com a pesquisa através da sua participação em uma entrevista em grupo, com roteiro em anexo, que será gravada em áudio mediante sua autorização e que traz questões que buscam compreender como está ocorrendo a implantação do NASF e como estão sendo desenvolvidos os processos de trabalho desta equipe. A pesquisa não oferecerá despesas financeiras para os participantes e os riscos oferecidos são mínimos, referentes a possíveis constrangimentos que podem vir a surgir com alguns itens da entrevista. Caso você se sinta constrangido, poderá não responder a uma ou a todas as questões do roteiro, sem qualquer tipo de prejuízo. Será garantido o anonimato dos entrevistados, que serão identificados numericamente, e, além disso, qualquer informação que possa identificá-los não será publicizada, garantindo também a confidencialidade dos dados. Após a finalização deste estudo, os materiais coletados serão arquivados por cinco anos.

Os resultados da pesquisa servirão como fonte de dados para a análise da implantação e dos processos de trabalho desenvolvidos nos NASF. A pesquisa poderá ser divulgada em congressos e revistas científicas.

Os participantes têm a garantia de esclarecimentos em relação a qualquer dúvida, antes e durante a pesquisa, estando livres para se recusarem a participar, assim como retirarem este consentimento a qualquer momento, sem penalização ou qualquer tipo de prejuízo. Este termo de consentimento se encontra redigido em duas vias, sendo uma do participante e outra do pesquisador.

A qualquer momento os participantes poderão acionar o pesquisador responsável, Prof. Vladimir Andrei Rodrigues Arce, pelo telefone (71) 3283-8886 ou pelo e-mail vladimir.arce@ufba.br; ou diretamente o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgar Santos - HUPES, pelo telefone (71) 3283- 8043 ou pelo e-mail cep.hupes@gmail.com para esclarecimentos. Será dado retorno da pesquisa aos participantes.

Eu, _____ declaro que li e fui informado dos objetivos da pesquisa e concordo em participar voluntariamente, sabendo que, a qualquer momento, poderei desistir da pesquisa e/ou solicitar os resultados da mesma. Sei que a pesquisa não me terá nenhum mal (físico ou psicológico) e que meu nome será mantido em sigilo.

Local, _____

Data __/__/__

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador