

## Percepções de Profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca do trabalho multiprofissional na Atenção Básica à Saúde

### *Perceptions of professionals of the Family Health Strategy about multidisciplinary work in Primary Health Care*

Evelma Maria Ferreira Leite <sup>1</sup>, Carlos André Moura Arruda <sup>2</sup>

#### Resumo

**Objetivo:** Compreender as percepções dos profissionais da estratégia saúde da família sobre o atendimento multiprofissional realizado pelos profissionais do NASF, na atenção básica em Canindé-CE. **Método:** estudo com abordagem qualitativa, tendo como sujeitos médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista, sendo realizada a análise do discurso. **Resultados:** Os nasfianos fazem atendimentos específicos, visitas domiciliares e palestras socioeducativas,

além de outras atividades, se necessário; os ganhos da iniciativa são o apoio matricial, gerenciamento de especialidades e maior resolutividade dos casos. As principais dificuldades citadas foram a falta de estrutura física, de apoio e de insumos. Os entrevistados relataram diferenças entre a atuação do NASF administrado pela esfera municipal e o NASF que atua como Residência Multiprofissional em Saúde, administrado pelo Estado. **Conclusão:** Há necessidade de integração entre as iniciativas de gerenciamento do NASF na cidade e apoio por parte dos entes públicos para que o trabalho nasfiano continue e potencialize seus acertos.

**Palavras-chave:** Atenção básica à saúde; Pessoal de saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde; Educação permanente.

1. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde) - RIS-ESP/CE; Especialista em Terapia Intensiva - Faculdade Farias Brito

2. Doutorando em Saúde Coletiva - DSC/FAMED/UFC; Professor Substituto da Faculdade de Medicina - UECE; Pedagogo - UVA; Mestre em Saúde Pública - FAMED/DSC/UFCSaúde do Estado do Ceará.

## Abstract

**Objective:** To understand the perceptions of professional health strategy on the multidisciplinary care in primary care in Canindé-CE. **Method:** ualitative approach carried out through the discourse analysis of interviews given by doctors, nurses / nursing assistants and community health workers. **Results:** The nasfianos make specific calls, home visits and socio-educational lectures, and other activities if necessary; initiative gains are the matrix support, expertise management and better resolution of cases. The main difficulties in implementation are the lack of physical infrastructure, support and inputs. The interviewees reported differences between the performance of the NASF administered by the municipal sphere and the NASF that acts as the Multiprofessional Residency in Health, administered by the state. **Conclusion:** There is need for integration between management initiatives the NASF in the city and support from public entities for the nasfiano work continues and leverage their successes.

**Keywords:** Basic health care; Health personnel; Programs and health projects evaluation; Permanent education.

## Introdução

O histórico das ações em política em saúde no Brasil se deu de forma lenta, entretanto, desde a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990, a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, o país vem num crescente esforço de universalizar o atendimento por meio de práticas humanizadas e com o apoio de equipes multiprofissionais<sup>1</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo, visa a idealização e a valorização da prestação de serviços públicos em saúde, envolvendo a

comunidade de forma participativa, enfocando não apenas as ações de cura, centradas na doença, mas, principalmente, ações com foco nos fatores determinantes da saúde e na promoção da qualidade de vida<sup>2</sup>.

Diante do surgimento de novas e importantes demandas, outras categorias profissionais precisaram ser incluídas para a construção de uma atenção integral. Uma das novidades, surgida com objetivo de fortalecer e ampliar o escopo de ações na APS (Atenção Primária à Saúde), foi o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) criado através da Portaria GM/MS nº 154 de 24 de junho de 2008, revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, propondo uma atuação profissional voltada prioritariamente para a promoção da saúde e garantia da integralidade da atenção<sup>3</sup>.

Esses núcleos são formados por equipes multiprofissionais que têm o objetivo de apoiar, sob a lógica do apoio matricial, as equipes de referência, ou seja, dar apoio a uma equipe especializada na condução de um caso individual, familiar ou comunitário, de forma capaz de oferecer tanto suporte técnico-pedagógico, quanto assistencial<sup>3,4</sup>.

Sendo assim, os NASF devem atuar em unidade com as equipes de referência, compartilhando práticas e responsabilidades, além de promoverem integralidade e interdisciplinaridade. Para tanto, o seu quadro de pessoal pode conter até 19 diferentes profissões<sup>3,5</sup>.

Integrar essa estratégia, entretanto, exige do profissional de saúde a realização de atividades que tradicionalmente não lhe cabiam e requer conhecimentos e habilidades amplos capazes de abranger a universalidade, a integralidade, a

equidade e a participação popular que são necessários e apregoados nessa nova abordagem de atendimento<sup>6</sup>.

Dessa maneira, não se trata da simples inclusão de outras categorias profissionais tecnicamente capacitadas na ESF. É preciso que estes recriem suas atuações profissionais concebendo novos de ação e novos objetivos para o seu “fazer” em saúde<sup>7</sup>.

Em relação à saúde da família, o trabalho em equipe significa interação entre os diversos profissionais, considerado como um dos pilares deste modelo de atenção, orientado à integralidade nos cuidados de saúde e pautado na relação entre a complementaridade de trabalhos e a interação dos profissionais<sup>8, 9, 10</sup>.

Machado relata fragilidades quanto ao recurso humano no SUS durante seu processo de implementação, entre os quais aponta a falta de médicos especialistas, baixa quantidade e diversidade profissional disponível per capita nas cidades do interior, falta de qualificação, atendimento não humanitário dos profissionais e a inexistência de acompanhamento e checagem do histórico familiar no tratamento de pacientes<sup>11</sup>.

Visando a mitigar essas questões, em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 648 de 28 de março do citado ano, que torna a saúde da família a estratégia prioritária na organização da atenção à Saúde, tendo sido, atualmente, modificada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, já mencionada acima e que traz novas bases legais para o NASF. Ao lado disso, é importante que se destaque que o conceito de Atenção Básica à Saúde inserido neste instrumento legal se fundamenta numa visão ampla do processo saúde-doença<sup>12</sup>.

Dessa forma, uma equipe multiprofissional é definida por uma modalidade coletiva de trabalho que se configura na semelhança recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, criando um campo de aproximação de conhecimentos concentrados em busca de soluções para os problemas de saúde. Seu trabalho é ajustado no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade, por meio de uma prática humanizada, desenvolvendo ações de prevenção e promoção da saúde.

Esse estudo se justifica por ser o *feedback* do profissional de saúde da família (que lida diariamente com os mais diversos tipos de casos, além de estar atuando em conjunto com outros profissionais de áreas divergentes à sua) uma das ferramentas de importância salutar para perceber a rotina dos profissionais no desenvolvimento da política de atenção multiprofissional nos NASF, erros e acertos do projeto, dificuldades e sugestões que venham a agregar à execução local e /ou regional da iniciativa multidisciplinar.

A relevância desse estudo está no ineditismo de trabalhos dessa natureza nos sertões de Canindé e na mesorregião do Norte Cearense, bem como na possibilidade de subsidiar discussões sobre a temática e, dessa forma, fomentar novas pesquisas auxiliando na reestruturação das políticas de saúde.

Diante do exposto, questiona-se: “*Quais as percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca do trabalho multiprofissional na Atenção Básica à Saúde no município de Canindé – Ceará?*”. Este trabalho tem como objetivos: investigar a problemática acima exposta com as particularidades de descrever, nas percepções de profissionais das equipes

da Estratégia Saúde da Família, as atividades realizadas pelos profissionais do NASF, incluindo os residentes; identificar as potencialidades e dificuldades na realização de um trabalho multiprofissional na Atenção Básica à Saúde e apreender sugestões para o aperfeiçoamento do trabalho multiprofissional na Atenção Básica à Saúde.

## Métodos

O artigo se baseia numa abordagem qualitativa, por apresentar como foco de estudo subjetividades de profissionais da saúde, tais como: as opiniões, os relatos e as experiências desses profissionais sobre atividades e dimensões relativas aos NASF e equipes multiprofissionais da Residência Integrada em Saúde. Dessa forma, impossíveis de se calcular numericamente.

O cenário é a cidade de Canindé, no interior do estado do Ceará que compõe o sertão semiárido, mais especificamente a mesorregião do Norte cearense, possuindo uma população estimada de 76.724 habitantes, em 2014, e uma economia baseada no turismo religioso, comércio e agricultura<sup>13</sup>.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, de 2015, a cidade conta atualmente com 46 estabelecimentos credenciados, entre atendimento particular e unidades de saúde pública. Destes, 18 são Unidades do Programa Saúde da Família e dois são Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo um vinculado administrativamente ao Município e outro ao Estado. A cidade conta ainda com um hospital e maternidade filantrópico, uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), um centro de saúde municipal, com laboratório próprio (Chico Campos) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)<sup>14</sup>.

As estratégias de saúde escolhidas como foco do estudo estão nos postos de saúde da família (PSF). O primeiro critério de inclusão foi a atuação do NASF, o segundo, a presença de residência multiprofissional. Seis Postos atenderam a esses critérios: PSF Santa Clara; Santa Luzia; Capitão Pedro Sampaio; Canindezinho; João Paulo II e Conjunto Habitacional.

Como critérios de inclusão e com vistas a viabilizar a pesquisa, optou-se por selecionar: a) Unidades que se localizavam no mesmo bairro e mais próximas à residência da pesquisadora (a saber, o PSF Santa Clara e PSF Santa Luzia, que atuam no mesmo prédio com duas equipes distintas), visto que dessa maneira possibilitaria apreender de forma mais contextualizada a realidade do ponto de vista do usuário; b) Unidade em que a pesquisadora atua como residente (PSF João Paulo II), possibilitando assim, um olhar profissional da realidade vivenciada.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais que atuam como referência das equipes de saúde das ESF. Como critério de inclusão optou-se por selecionar as categorias profissionais que atuam, sem exceção, em todas as unidades abordadas: médico(a), enfermeiro(a), auxiliar ou técnico(a) de enfermagem e agente comunitário(a) de saúde, sendo um profissional de cada categoria por unidade de saúde, totalizando 12 sujeitos. Para definir o representante respondente da pesquisa em cada unidade de saúde, foi utilizado o conjunto de critérios a seguir: tempo de atuação na unidade; maior presença junto à comunidade e assiduidade reconhecidas pelo restante da equipe, em consonância. E como critério de exclusão utilizou-se: ser residente.

Os procedimentos escolhidos para coletar o material qualitativo desta pesquisa

fundamentam-se na aplicação de uma entrevista semiestruturada, com questões previamente elaboradas, direcionada aos doze profissionais consultados.

A escolha de uma entrevista semiestruturada se dá por possibilitar ao participante da pesquisa uma liberdade maior em emitir sua opinião, tendo em vista que esse instrumento de coleta de dados não limita a apreensão de material qualitativo a apenas aquilo que consta no roteiro de perguntas<sup>15</sup>.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de Outubro de 2014 e Janeiro de 2015 e as respostas foram identificadas apenas com a categoria profissional a qual o cidadão pertence para garantir sigilo e a certeza de haver idoneidade e criticidade nas observações.

À medida que se realizaram as entrevistas com os profissionais, essas foram transcritas e o material empírico submetido à leitura transversal e horizontal, de maneira a permitir a impregnação pelo sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos temas centrais que agregaram as várias dimensões presentes nas narrativas e que constituíram os eixos da *rede interpretativa*<sup>16</sup>.

Dessa forma, para esse fim, esta pesquisa se orientou pela Análise de Discurso (AD). Conforme assinala Caregnato e Mutti, utiliza-se o sentido e não o conteúdo do texto, ou seja, não se trabalha com a forma e o conteúdo, mas sim busca-se os efeitos de sentido o qual se pode alcançar mediante interpretação<sup>17</sup>.

Tal análise foi conduzida pela própria pesquisadora, onde, oportunamente,

realizou uma leitura do texto a fim de focar a posição discursiva do sujeito. Em seguida, elaborou, por meio das significações, as codificações emergidas e, por fim, procedeu com a análise interpretativa do discurso.

O presente estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base na Resolução N.º466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho

Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, conforme Parecer Consubstanciado nº 1.013.844, de 01 de abril de 2015<sup>18</sup>.

## Resultados

A faixa etária dos entrevistados variou entre 25 e 41 anos. Os profissionais estavam no mínimo há oito meses atuando naqueles PSF. Alguns dos entrevistados atuam também em unidades de atendimento de urgência e emergência (UPA; SAMU) ou efetuam plantão em hospitais, o que não acarreta problemas para a investigação, uma vez que nesses locais os abordados não atuam como residentes.

O princípio de saturação teórica<sup>19</sup> se deu na nona entrevista, sendo que desde a sétima já não se nota nenhuma nova informação que venha a agregar ou mesmo levantar novas discussões sobre o tema.

A fim de se seguir o protocolo ético de divulgação científica de trechos *ipsis litteris* das falas, sem expor a identidade do participante da entrevista ou identificar diretamente a unidade de saúde em que o funcionário entrevistado atua, utilizaram-se os códigos abaixo explicitados, conforme o Quadro 1.

Quadro 1. Códigos do Protocolo de Entrevista.

CÓDIGO	REFERÊNCIA AO CÓDIGO	CATEGORIA PROFISSIONAL
P1 PSF2	Profissional 1 do PSF 2	Médico (a)
P1 PSF3	Profissional 1 do PSF 3	

P1 PSF1	Profissional 2 do PSF 1	Enfermeiro (a)
P1 PSF3	Profissional 2 do PSF 3	
P3 PSF1	Profissional 3 do PSF 1	A.C.S.
P3 PSF2	Profissional 3 do PSF 2	
P3 PSF3	Profissional 3 do PSF 2	
P4 PSF1	Profissional 4 do PSF 1	Técnico (a) ou Auxiliar de Enfermagem
P4 PSF2	Profissional 4 do PSF 2	

As três questões que nortearam a entrevista foram: *“Em sua percepção, quais são as atividades realizadas pelos profissionais do NASF na Atenção Básica e no seu PSF?”*; *“Quais seriam as potencialidades e as dificuldades existentes na realização desse trabalho multiprofissional nos PSF?”* e *“A partir do que foi argumentado, você poderia fazer sugestões ou recomendações para o aperfeiçoamento desse trabalho multiprofissional na atenção básica?”*

Em relação ao primeiro ponto da entrevista, as atividades mais citadas pelos profissionais de referência dos PSF estão no campo da formação e da educação consciente em saúde, através da formação de grupos de estudos e palestras temáticas (por exemplo: gestantes, hanseníase, saúde do homem, campanha de vacina). Outras atividades realizadas, segundo os respondentes foram: formação de grupo de idosos, gestantes, crianças e mulheres; apoio a recuperação de sequelas de acidentes e vítimas de AVC; atendimento psicossocial e /ou ambulatorial e visitas domiciliares.

A entrevistada P4PSF1 traz uma definição bem detalhada das ações realizadas pelos profissionais do NASF, sendo cada uma delas confirmada na citação de outros dois ou mais entrevistados:

Eles trabalham muito como equipe de apoio, realizando atividades de educação e saúde nos grupos de gestantes e idosos. Alguns

dos profissionais fazem atendimento dentro do ambulatório, atendimento pessoal, né”, com o usuário, dependendo de cada área, psicólogo, fisioterapeuta. Também realizam visita junto com a gente no domicílio dos usuários, às vezes sozinhos [...], às vezes vão acompanhando o médico.

Nesse tópico houve a iminente diferenciação entre a atuação do NASF administrado pela esfera municipal e o que atua como residência, cuja administração é estadual. Quase a totalidade dos entrevistados fez ressalvas na questão diferenciando o trabalho desenvolvido por ambos. Para uns o NASF municipal não está presente em seus PSF, para outros, o trabalho é efetivamente melhor executado pelos profissionais da residência. Segundo o relato de P2PSF3:

Do NASF do município eu não tenho muito assim a se falar, porque a gente não tem muito contato. Eu sei que o NASF do município desenvolve algumas atividades em outras unidades, mas, [...] não sei se por conta de poucos profissionais „né, não atuam. Eu tenho mais propriedade de falar do NASF residência, porque realmente eles atuam, fazem várias atividades, participam de grupos; buscam a interação entre as redes, vão atrás de CREAS, CRAS, igreja, [...] conselhos municipais. Aí assim, os trabalhos que eles desenvolvem; fazem grupo de gestante e de crianças; fazem educação; [...] nos dias que eles estão aqui, (independente do trabalho, se eles têm visita, se têm atendimento individual ou atividade em grupo) eles sempre fazem uma sala de espera com o pessoal que tá aguardando pra fazer alguma consulta, ou que vem aqui no posto [...] fazem visita (com os médicos, com os enfermeiros, com

as ACS, ou só eles mesmos) e alguns casos mais assim peculiares, eles fazem o atendimento individual.

Corroborando com a opinião anterior, o respondente P2PSF1 afirma: “Eu acho a equipe do NASF da residência mais atuante do que a equipe NASF do município”. Com mais ênfase no assunto, P3PSF2 assim relata:

[...] Há muita diferença entre o NASF do município e o NASF residência. Eu acho que os residentes são muito mais preparados, e tem muito mais boa vontade de ajudar a população, muito mais empenho, talvez seja porque o NASF do município é sobrecarregado, pode ser isso também, e os residentes eles têm um olhar mais diferencial, mas eu acho que tem diferença sim, a gente percebe, a gente nota no trabalho desenvolvido [...].

No quesito das potencialidades do programa, tema da segunda indagação, a visão geral de todos os entrevistados é que o apoio matricial e a oferta das especialidades sejam os maiores ganhos do programa. O respondente P1PSF2 frisa:

A potencialidade é você ter um acompanhamento multiprofissional, o paciente ser visto por todos os ângulos, não só a parte médica, o paciente ser acompanhado na parte psicológica, na parte de fisioterapeuta, na parte de fonoaudiólogo. Então um paciente, por exemplo, sequelado de AVC, tem tudo se ele tiver uma equipe multiprofissional atendendo, tudo pra ter um bom prognóstico, se ele tiver só um médico receitando vai ter um prognóstico, mas se tiver uma equipe multiprofissional o atendendo em todos os âmbitos, ele vai ter uma melhora significativa. Isso é uma potencialidade que o NASF vem a oferecer.

Outros aspectos positivos levantados pelos profissionais foram: descomplicação/desburocratização no atendimento (P4PSF1; P3PSF3); maior resolutividade dos casos quando há envolvimento da equipe multiprofissional (P2PSF3; P1PSF3); maior segurança para

os profissionais dos PSF (P1PSF3) e o fato de se trabalhar com a prevenção (P4PSF2; P2PSF1 e P3PSF1). Exemplificando o dado da maior resolutividade de casos, P2PSF3 traz a recordação de que em seu PSF:

[...] Realmente se tem um caso que chega pro psicólogo ele sempre busca chamar todas as categorias da residência, nós do posto, médico, enfermeiro, a gente faz uma reuniãozinha, faz um estudo de caso, [...] dessa forma se tem uma vantagem muito grande em resolver os casos, e assim 99% dos casos deles eu observo que tem resolutividade.

Ainda no segundo tema, tratando agora das dificuldades na execução ou idealização do programa, houve pouca variedade de respostas a serem analisadas. Na criação do programa ou na execução das atividades por parte dos profissionais envolvidos não se apontam falhas. Muito se questionou sobre: a estrutura física, considerando a inexistência ou adaptação rústica dos espaços para acomodar e permitir atuação desses profissionais; questões de subsídio material e suporte para a execução do trabalho; problemas de ordem financeira que impedem o pagamento adequado aos profissionais; e pouca oferta de material humano para atender todas as unidades básicas do município. Citam-se alguns trechos dos relatos:

[...] o que tem a melhorar é na estrutura... Era preciso ter sala pra eles desenvolverem o trabalho melhor, porque eles ficam aqui e toda vez que eles vêm não tem sala suficiente, eles ficam procurando um canto e os pacientes ficam esperando que algum enfermeiro desocupe. Por exemplo, hoje pro atendimento a enfermeira foi pra visita e a fisioterapeuta ficou esperando pra desocupar a sala da enfermeira pra poder utilizar e o psicólogo ficou lá no SAME esperando nós desocuparmos pra ele utilizar, então o ponto negativo é esse. (P4 PSF2)

O único ponto negativo que eu vejo atualmente é porque eles ficam em dois postos, então eles se dividem entre o atendimento no meu que é o \*\*\*\* e o do Conjunto Habitacional, [...] eu acho que a gente teria necessidade de ter eles a semana toda, 40 horas no nosso posto, mas infelizmente como não tem profissionais suficientes ainda, eles ficam no meu posto 20 horas e 20 horas em outra unidade [...] eu acho que necessitaria de mais profissionais. (P2PSF2)

Nossa maior dificuldade da atual unidade foi a questão de estrutura. Nossa unidade não estava preparada pra ter esse suporte, muitas vezes nossos colegas fizeram atendimentos em salas inapropriadas. (P3PSF3)

Agora a dificuldade que a gente tem, [...] é em relação a pagarem esses profissionais, [...]. É mais fácil as prefeituras arcarem só com médicos do que com uma equipe multiprofissional. Não há visão estrutural, de você ter uma estrutura física de atendimento, consultório pra essas pessoas atenderem, dar suporte, de carro, de motorista pra visitar, dar equipamento pra você fazer os trabalhos. Então a dificuldade financeira é o principal problema que eu vejo em você criar um NASF, porque ele vai demonstrar um resultado ao longo prazo, e [...] o gestor não vê um resultado em curto prazo do NASF, então ele prefere não investir nisso, porque ele não tem essa visão de que, em longo prazo, vão melhorar os indicadores de saúde do município dele. Então essa é uma dificuldade que eu vejo de implantar o NASF na atenção básica. (P1PSF2)

Finalmente, no último tema de questionamento que trata das sugestões de aperfeiçoamento do programa e de sua execução, percebeu-se a interligação das propostas com as falhas apontadas pelos profissionais.

As principais recomendações foram: a melhoria na infraestrutura (unânime); disponibilização de mais salas e consultórios específicos para o atendimento (P1PSF3; P4PSF2 e P3PSF2); oferta de condições e insumos para a melhora das ações dos profissionais (unânime); aumento da oferta

de profissionais e de unidades do NASF (P4PSF1; P1PSF3 e P2PSF3); distribuição da carga horária dos profissionais já existentes de acordo com a real demanda da unidade de saúde (P1PSF2; P3PSF1) e a interligação das ações do NASF municipal e o NASF residência (P2PSF1; P3PSF1; P4PSF1 e P4PSF2).

Seguem, abaixo, exemplos detalhados das sugestões que compuseram o discurso das classes profissionais abordadas:

[...] Eles necessitam de um transporte pra fazer visitas aos pacientes, então eu acho assim, o que fica a desejar é a questão do apoio material pra eles realizarem o trabalho, já que a residência também não dá esse suporte e nem a prefeitura. Sugiro que a prefeitura dê maior suporte de trabalho a eles. (P4 PSF2)

O que eu recomendo é ter uma melhor gestão da informação a você (profissional de referência) chegar numa unidade. Ter uma apresentação das equipes do NASF pra você saber mesmo em qual o sistema de saúde você está inserido. Por exemplo, lá no meu PSF [...] o médico sai pro programa, do PROVAB que são doze meses, então anualmente fica mudando o médico. Seria interessante apresentar a equipe ao novato para ele saber como funciona o fluxo, saber qual é o dia e quem é que atende, saber o que é que pode fazer [...], saber que você tem um enfermeiro, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo do NASF ao seu dispor, saber aonde é a referência do seu posto de saúde pro NASF, ter uma apresentação do sistema de saúde e uma apresentação da equipe pra que a gente possa saber pra quem encaminhar, quando pode encaminhar, até que ponto resolve, até depois daquele ponto não resolve. (P1PSF2)

Que fosse tentado resolução pra que realmente o NASF municipal funcionasse, e que a residência tivesse até um laço maior com o NASF municipal. (P2 PSF1)

Geralmente lidamos com populações que excedem o total máximo de famílias por unidade, como a nossa que tem quase que o dobro, mais que o dobro de uma equipe de saúde da família padronizada pelo Ministério



da Saúde, então é muito difícil, a nossa demanda é muito grande, então são necessários colegas que venham a acrescentar, melhorar e ajudar, são sempre bem vindos. (P2 PSF3)

## Discussão

A base científica pesquisada aborda o trabalho do NASF como realmente sendo executado de forma principal na esfera da Educação sobre doença e conscientização dos cuidados de prevenção. Porém, as atividades dos profissionais, tanto os abordados neste estudo como os de pesquisas aqui referenciadas não se limitam ao trabalho de educação, há também o atendimento ambulatorial, individual e/ou coletivo, realizado nos eixos da educação física; alimentação/nutrição; saúde mental e reabilitação.

Em um trabalho acadêmico com foco na cidade de São Paulo atestou-se que são propostas como atividades do NASF local: atendimentos específicos, ações compartilhadas, ações intersetoriais, reuniões com as equipes de saúde da família e da UBS, matriciamento, visitas domiciliares, atendimento compartilhado. Houve discussão apenas quanto à assistência individual. Segundo essa tese, há a preocupação de que essa atividade assuma um papel que pertence à atenção secundária. Como contraponto, há o reconhecimento de que esse recurso do atendimento individual possa ser indispensável para aumentar a compreensão do caso e potencializar a resolutividade dos casos<sup>5</sup>.

Em outro trabalho, cujo foco foi uma cidade de médio porte de Minas Gerais, as atividades identificadas foram: caminhada orientada (de responsabilidade dos educadores físicos e fisioterapeutas), exercícios preventivos para coluna vertebral (fisioterapeutas), visitas domiciliares para

orientação dos cuidadores (fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais), orientação alimentar (nutricionistas), fortalecimento muscular (educadores físicos e fisioterapeutas), orientações familiares (psicólogos e assistentes sociais) e terapia comunitária (multiprofissional), além de cursos de gestantes e cuidadores (multiprofissional)<sup>20</sup>. O que se percebe na cidade de Canindé é a ausência dos educadores físicos compondo o escopo das atividades realizadas pelos NASF. Ou seja, o profissional educador físico pode até estar compondo a equipe, mas nenhum dos profissionais de referência nos PSF entrevistados identificou ou relacionou qualquer uma das ações desempenhadas pela equipe do NASF como tendo sido realizada por este profissional ou com a participação dele. As categorias profissionais mais citadas pelos entrevistados, portanto as mais presentes, e, por isso, mais exigidas nas atividades multiprofissionais para suprir uma possível carência, são os psicólogos e os fisioterapeutas.

Referente à educação como ponto de partida nas atividades do NASF, uma das fontes bibliográficas consultadas revela que para se operar no esquema de trabalho que o programa exige, faz-se necessário que tanto a formação inicial quanto a permanente dos profissionais de saúde favoreçam o desenvolvimento de competências para realizar o diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos locais, bem como para planejar intervenções, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o autocuidado e a emancipação<sup>21</sup>.

Sobre a percepção da atuação do NASF vinculado ao Município e do que é ofertado pelo Estado (Residências) há um diferencial entre ambos desde suas

estruturas até suas atuações.

O NASF residência traz um modelo com perspectiva de reorientação da atuação multiprofissional para os interesses sociais. Decorre, sobretudo, da mobilização que se dá a partir do projeto Residência Multiprofissional (RIS) e tem duração de dois anos. As atividades dos residentes constituem em atuação como residente profissional em unidades básicas de saúde do município, onde recebem preceptoria de docentes da ESP/CE e do próprio município. Também assistem a aulas teóricas semanais e tem atividades em ambulatórios de especialidades da rede municipal e ainda atividades de educação popular em saúde, conforme preconizado, a fim de que possam adquirir habilidades para a prática da assistência e promoção à saúde individual e em nível familiar e coletivo<sup>22, 23</sup>.

As UBS em que atuam também servem de campo de prática para os residentes. Dessa forma, os serviços públicos de saúde (identificando suas ações a partir de planejamento participativo e da territorialização) tornam-se um grande diferencial para eles, tendo em vista que, por meio da iniciativa, é possível conhecer a população que vai ser assistida, compreender a problemática do território, suas fragilidades, o entrosamento das equipes de referência, especificamente nas que existem residentes. Isso configura uma nova fase no contexto político e institucional de saúde no município, que vem implicando a construção de um novo conceito de equipe multiprofissional capaz de orientar diferentes posturas profissionais e institucionais a fim de atender necessidades configuradas na universalização do acesso da população.

O que se nota em relação ao NASF município é um atendimento muito centrado

na assistência. Nesse sentido, nos últimos anos, a atuação das equipes na atenção à saúde vem sendo discutida na perspectiva de que o NASF município seja mais atuante com modelo de prática que aposte no restabelecimento da relação terapêutica entre profissionais e o paciente. Até aqui, temos visto muitos desafios à efetivação de práticas colaborativas pelo NASF, contrastando com aquilo que é esperado pela teoria que está na base dessa política de saúde. De fato, o trabalho do NASF só pode ser efetivado de forma integral se forem garantidas as condições para o desenvolvimento da interprofissionalidade entre os nasfianos e entre esses e os profissionais da ESF.

Conforme a literatura especializada, há pouco material disponível sobre a percepção das potencialidades do NASF pelo olhar da equipe de referência. A fala de um dos participantes das oficinas analisadas no município de São Paulo demonstra a visão geral dos nossos entrevistados de que o apoio matricial seja o maior ganho esperado pela proposta do programa. Esse mesmo estudo corrobora com a ideia de P2PSF3 quando esta fala do aumento da resolutividade de casos na atenção primária: com a correta atuação do NASF, a maior resolução de casos é esperada pela gestão do programa<sup>5</sup>.

Ratificando a constatação levantada por P4PSF1 e P3PSF3 sobre a desburocratização do acesso ao SUS que o NASF traz, a visão de Silva et al assegura que através da correta interligação entre ESF e NASF é possível haver um plano de cuidado sem fragmentação e onde os “nós” dos encaminhamentos e demais percalços do SUS são minimizados<sup>5</sup>.

Grande parte dos artigos, teses e ensaios disponíveis trataram das dificuldades de planejamento e execução

do NASF, muito mais sob o prisma da falta de formação específica para o trabalho multidisciplinar e da percepção de deficiências ideológicas do programa, do que da falta de estrutura, apoio, subsídios e pagamento adequado da mão de obra especializada.

Nos casos das pesquisas de Anjos et al<sup>24</sup>, Nascimento e Oliveira<sup>21</sup> e Silva et al<sup>5</sup>, os textos disponíveis tratam majoritariamente desses problemas de nível macro. Entretanto, foi possível localizar algumas queixas da mesma natureza das que foram levantadas nas nossas entrevistas que, embora tenham sido expostas timidamente, servem para endossar a tese de que a problemática ocorrida em Canindé também faz parte da realidade Brasil afora.

Anjos et al<sup>24</sup>, respaldados por outros pesquisadores, abordam, resumidamente, a mesma temática sugerida por P1PSF2, na qual a busca apenas pela quantidade e por resultados e indicadores de curto prazo impossibilitam que haja um planejamento sistematizado e o melhor repasse de recursos e insumos para o trabalho multiprofissional. Segundo os autores, o NASF tem o desafio de mudar a cultura organizacional do SUS que prioriza a quantidade e o referenciamento<sup>24</sup>.

Sobre a questão da estrutura física, o estudo relata que além da existência de salas e ambulatórios para o atendimento e exercício de práticas corporais, a iniciativa do trabalho multidisciplinar exige a disponibilização de salas de reuniões, de estudos de casos e outros ambientes de convivência profissional<sup>24</sup>, o que, na prática, não chega nem perto da realidade vivida na cidade de Canindé.

Esse tema foi seriamente levantado pelos respondentes, uma vez que a falta

de salas impossibilita o atendimento imediato, afetando diretamente o usuário e é causa de desistência e desconfiança do serviço por parte do paciente e a não oferta de uma ou mais salas específicas para reuniões do grupo do NASF torna os estudos de casos e as análises da situação do paciente sem a devida descrição, impedindo o melhor desenvolvimento do trabalho multiprofissional. Sem mencionar o desgaste profissional que se gera ao médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem que tendem a ser pressionados a acelerar seus atendimentos (gerando insatisfações e até queixas à unidade de saúde ou às ACS) para desocupar as salas disponíveis, bem como aos profissionais do NASF que dependem da realização desse atendimento mais rápido para iniciar seus procedimentos e muitas vezes têm o dia de trabalho pouco produtivo em decorrência de muitos desistirem de esperar pelo atendimento.

Por sua vez, a questão da carga horária dividida entre dois ou mais PSFS e a pouca oferta de profissionais também foi tema de discussão no planejamento presente em uma das teses aqui referenciadas. Segundo o estudo pensado para a cidade de São Paulo, algumas categorias médicas teriam que atuar 20 horas semanais divididas em até três unidades básicas, já para outras categorias, como a da assistência social, houve dissenso na decisão. Esse fato evidencia que se faz necessário observar a demanda local e estando atento a ela, ter subsídios para realocar ou contratar mais profissionais<sup>5</sup>.

Nos casos onde foi sugerido o aumento de profissionais e a melhor divisão de carga horária, tem-se como comparativo um estudo no qual se percebeu serem notórios as dificuldades e o sofrimento

enfrentados pelos profissionais dos NASF em relação ao trabalho em um número excessivo de equipes de ESF, sendo percebido um desgaste profissional. Dessa maneira, entende-se válida essa sugestão para melhorar o funcionamento da estrutura. Outro achado da pesquisa supracitada se refere à dificuldade no transporte das equipes nasfianas que impedem um melhor atendimento e causa conflitos e desgastes na equipe<sup>25</sup>.

A oferta de condições e de insumos para a melhoria das ações dos profissionais, neste caso, seria a solução para evitar ou mitigar esses conflitos e oportunizar uma melhor e mais adequada atenção à saúde da população atendida.

Devemos presumir, portanto, que dado o conhecimento in loco das dificuldades e anseios dos colegas atuantes no NASF, dos próprios entrevistados, enquanto profissionais dos PSF, e da população atendida por este conjunto, todo o discurso aqui apresentado é válido e as ideias apresentadas como sugestão para o aperfeiçoamento do programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família deveriam ser levadas ao conhecimento das autoridades administrativas competentes a fim de que pudessem ser incorporadas o quanto antes à rotina dessa iniciativa de trabalho multi e interdisciplinar.

## Conclusão

Com este trabalho, buscou-se contribuir para a reflexão de como os saberes relacionados à atuação dos NASF estão sendo construídos pelos profissionais, bem como para a sistematização de processos relativos às mudanças na participação como equipe multiprofissional. Apesar de alguns avanços e fragilidades terem sido reconhecidos, e caracterizando um momento de transição, as diversas

percepções partilhadas pelos entrevistados demonstram a lacuna existente na atuação como equipe em sua totalidade para a atuação no SUS. Nota-se que as transformações ocorridas nos âmbitos político e educacional em saúde, na última década, parecem refletir adequadamente a importância da capacitação de profissionais para atuação como equipe.

Paralelamente a esse contexto, também no âmbito das práticas em saúde, muitos são os desafios para a qualificação das categorias envolvidas, o que inclui a sua adequada inserção nos serviços do SUS, com vistas à integralidade da atenção a saúde. Entendendo como produtivo o momento de transição pelo qual passa o NASF, por se tratar de um projeto novo, essa criação significou o início de uma política audaciosa, mas que ainda não contemplava a grande parcela dos municípios brasileiros. Um ano depois, complementando as orientações inicialmente definidas, foi publicado o Caderno de Atenção Básica Nº 27 – Diretrizes do NASF, com o objetivo de traçar diretrizes mais claras para os gestores e os trabalhadores.

Trazendo para nossa realidade, ainda é muito escassa essa prestação de serviço baseado em um contexto em que não se tem profissionais suficientes e devidamente atuantes em todos os PSF nesta cidade. A residência, enquanto uma metodologia dialógica e interativa, favoreceu também o aspecto formativo, por meio da problematização de certos aspectos do processo de trabalho dos nasfianos, amadurecendo processos de mudança de práticas.

Portanto, considera-se que o estudo atingiu seu objetivo, na medida em que possibilitou maior compreensão sobre o processo de trabalho dos dois NASF, a partir da interpretação das falas e de um resgate

histórico e bibliográfico das políticas de saúde que envolvem a temática. Acredita-se que os desafios só serão contemplados a partir do entendimento de que na construção de um trabalho em equipe com qualidade deve, necessariamente, haver um investimento de mais esforços, por parte de gestores e profissionais das secretarias estaduais e municipais de saúde, para a conformação de parcerias que subsidiem a produção de conhecimento e a capacitação profissional para um atendimento integral.

## Referências

1. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão 2001. [Acesso em: 18 set 2014]. Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf).
2. Moretti-Pires RO, Campos DA. Equipe Multiprofissional em Saúde da Família: do Documental ao Empírico no Interior da Amazônia. *Rev Bras Educ Médica* 2010; 34(3):379-389.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 204, p. 48, 24 out. 2011.* [Acesso em: 24 jan 2014]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.
4. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e Equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(2):399-407.
5. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE 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* 2012; 28(11):2076-2084.
6. Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Egrý EY. O trabalho de enfermagem em saúde da família na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde. *REME Rev. Min.*
7. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface Comunic. Saúde, Educ. set.2004/fev.2005*; 9(16):25-38.
8. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Manuel Suárez J (Org). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.257-81.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes de Saúde (PACS). Brasília (Brasil): Gabinete do Ministro, 2006. [Acesso em: 14 ago 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados do Censo por Cidades – Canindé: população estimada 2014. [Acesso em: 03 jan 2015]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230280>.
11. Ministério da Saúde. DATASUS – CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). 2005. [Acesso em: 24 jan 2015]. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=23&VCodMunicipio=230280&NomeEstado=CEARA](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=23&VCodMunicipio=230280&NomeEstado=CEARA).
12. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em tese. *Rev Eletr Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC janeiro-julho/2005*; 2 (1): 68-80.
13. Geluda K, Bosi MLM, Cunha, AJLA, Trajman A. “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(8):1671-80.
14. Caregnato RCA, Mutti RR. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(4): 679-684.
15. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.* Brasília: CONASS, 2007. 232 p.
16. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em

- Enferm 2004; 8(4):464-469.
7. Bispo JP Jr. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2010; 15(Supl.1):1627-1636.
  8. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2007;12(2): 455-464.
  9. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10(2):323-331.
  10. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface Comunic. Saúde, Educ. set.2004/fev.2005*; 9(16):25-38.
  11. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Manuel Suárez J (Org). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.257-81.
  12. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes de Saúde (PACS). Brasília (Brasil): Gabinete do Ministro, 2006. [Acesso em: 14 ago 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.
  13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados do Censo por Cidades – Canindé: população estimada 2014. [Acesso em: 03 jan 2015]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230280>.
  14. Ministério da Saúde. DATASUS – CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). 2005. [Acesso em: 24 jan 2015]. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=23&VCodMunicipio=230280&NomeEstado=CEARA](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=23&VCodMunicipio=230280&NomeEstado=CEARA).
  15. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em tese. *Rev Eletr Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC janeiro-julho/2005*; 2 (1): 68-80.
  16. Geluda K, Bosi MLM, Cunha, AJLA, Trajman A. “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(8):1671-80.
  17. Caregnato RCA, Mutti RR. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(4): 679-684.
  18. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. 232 p.
  19. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1):17-27.
  20. Souza FLD, Chacur EP, Rabelo MRG, Silva LAM, Villela WV. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. *Saúde debate* 2013; 37(97): 233-240.
  21. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde, São Paulo*: 2010; 34(1): 92-96.
  22. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) Conteúdo: Vol. I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.
  23. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(6):1171-1181.
  24. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena EL. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde debate* 2013; 37(99): 672-680.
  25. Araújo EMD, Galimberti PA. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psic Sociedade* 2013; 25(2): 461-468.

---

#### Endereço para correspondência

Evelma Maria Ferreira Leite  
 Endereço: Rua Julio Braga, 630, ap 1207,  
 Bloco Granada - João XXIII - Fortaleza/CE  
 Email: evelmaleite@yahoo.com.br