



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LIELMA CARLA CHAGAS DA SILVA

**DIMENSÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA NA ATUAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO A
SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASOS MULTIPLOS**

SOBRAL-CE

2017

LIELMA CARLA CHAGAS DA SILVA

DIMENSÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA NA ATUAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO A
SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASOS MULTIPLOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito para à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Interdisciplinar

Orientadora: Prof. Dr^a. Maria Socorro de Araújo Dias.

SOBRAL-CE

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

S581d Silva, Lielma Carla Chagas da.

Dimensão Técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família : Estudo de casos múltiplos / Lielma Carla Chagas da Silva. – 2017.
107 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias.

1. Políticas Públicas. 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 3. Dimensão Pedagógica. 4. Análise de Contexto. I. Título.

CDD 610

LIELMA CARLA CHAGAS DA SILVA

DIMENSÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA NA ATUAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO A
SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASOS MULTIPLOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito para à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Interdisciplinar.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Maria Socorro de Araújo Dias (Orientador)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente (Examinador)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte (Examinador)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof.^a. Dr.^a. Maristela Inês Osawa Vasconcelos (Examinador)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

A Deus pela sua infinita bondade por me permitir o dom da vida dia-a-dia.

Aos meus familiares, em especial a minha 'mainha' Geraldina, pela compreensão, minha fonte inspiração e fortaleza.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à DEUS, minha fortaleza e meu refúgio, por estar sempre presente em minha vida. Por tudo o que TENS feito, por tudo o que vais fazer, por tuas promessas... eu quero Te agradecer...

Agradeço imensamente aos meus pais, por sempre apoiarem incondicionalmente a minha formação e principalmente por suportar minha ausência. Saibam que vocês são o baluarte de minha vida e que seus ensinamentos serão sempre os meus principais valores. Amo vocês!

Agradeço também as minhas irmãs Nega, Lu e Liégina pela compreensão e momentos de alegria compartilhados. Agradeço a minha segunda família de Itapipoca Eurian, Adamir, Livia e Lícia por todo apoio, confiança e carinho que expressam constantemente nos vários encontros que temos.

Não posso deixar de agradecer aos meus dois tesouros, meus sobrinhos João e Marina, minhas jóias raras que preenchem meus dias de alegria, com seus sorrisos e evoluções no crescimento dia - a - dia.

Agradeço a minhas três estrelinhas “Vovó Maria, Tia Raimundinha e Robson” a saudade é grande, mas sei que do céu vocês tem me dado força para superar os obstáculos que a vida tem me imposto.

A Prof^a. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias, primeiramente o agradecimento formal pela dedicação e apoio a mim cedido durante esta caminhada que já fazem seis anos, contando graduação e mestrado, excelentes foram e são suas orientações e ensinamentos para desfecho deste trabalho. Obrigada por incentivar cotidianamente o meu aperfeiçoamento acadêmico e intelectual. Agora o agradecimento àquela que em Sobral tem sido uma mãe pra mim (valeu Thaís, Tales e Tulinho por compartilhar comigo o carinho da mamis, rrsrrsr), um exemplo de mãe, mulher, profissional, estudante e amiga. Meus sinceros agradecimentos por me dar forças e me impulsionar a seguir em frente nos momentos de fraqueza, pelo incentivo a enfrentar minhas angústias e pelo carinho e atenção seja naquele abraço dado rapidamente, naqueles minutinhos de conversas no whatsapp assim como nos finais de semanas de estudos compartilhados...

Meus agradecimentos aos professores participantes da banca examinadora Prof^o. Dr. José Reginaldo Feijao, Prof^a Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos e Prof^o. Franklin

Delano pelo tempo disposto para leitura deste estudo, pelas valiosas colaborações e sugestões desde a qualificação até o produto final.

Um agradecimento especial a todos os profissionais do NASF e da ESF de Sobral, Tianguá e Crateús pela colaboração, pelo tempo concedido nas entrevistas. O meu muito obrigado!

Aos colegas da turma 6 do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, em especial para Karina, Natália e Gervânia, pelas reflexões diárias seja no grupo do whatsapp (MASF 6), ou em nossas rodas de conversas aleatórias pelos diversos espaços de encontro e reencontro. Nos momentos de apresentação de trabalhos nos congressos da vida. Vocês tornaram a caminhada do mestrado mais prazerosa e leve.

Agradeço aos queridos: Profa Socorro, Conceição, Diógenes, Thaís, Prof. Carneiro, Jeová, Alex, Marília, Amanda, Paloma, Marina - MINHA FAMÍLIA LABSUS. Obrigada pela partilha diária e por tudo que já construímos e aquilo que ainda será construído.

Um agradecimento especial as bolsistas de IC Marília, Amanda e Paloma e ao amigo/irmão e mestrando Diógenes pela valiosa ajuda durante a fase de coleta dos dados.

Outro agradecimento especial a querida Conceição, amiga confidente, obrigada pelos valiosos momentos de discursão e ensinamentos e pelo carinho com que sempre me acolhe, ... não posso esquecer dos momentos especiais para tomar aquela dose diária de vida, vulgo café, rrsrrsr.

Aquele agradecimento aos colegas de trabalho da EFSFVS, pela acolhida, pelos ensinamentos diários, por todo apoio e incentivo. Aos colegas do NEPS pelos cafezinhos nosso de todo dia e por toda leveza com quem me mostram o viver diariamente.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio que muito contribuiu na execução do estudo.

Agradeço também aos meus meninos da Casa 120, Lucas e Nicholas, pelo cuidado em casa, pelas descontrações com o nosso dia do lixo recheado de pizza.

Agradeço as minhas mosqueteiras Osmarina e Isaelly, pela amizade, pelo abraço pelos corredores da vida, pelo bom dia amiga! Como você está? E a dissertação? Está perto? Vai defender quando? Me avisa! ... essas palavras e o carinho compartilhado se constituíram de incentivo rrsrrsr.

Um agradecimento especial a Karina, aquela que tem sido uma irmã que tenho compartilhado os desafios de ser gente grande rrsrrsr... obrigado amiga pelo carinho, por me

entender, pelas risadas cotidianas, sempre com aquele convite “amiga vamos sair para comer, rrsr”, pelos ensinamentos diários, pelos momentos de confiança...enfim por tudo que nossa amizade tem proporcionado.

A todos que não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho meu muito obrigado!

“Que ninguém se engane, só se consegue a
simplicidade através de muito trabalho.”

Clarice Lispector

RESUMO

Analísou-se a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na perspectiva da dimensão técnico-pedagógica. Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de casos múltiplos. Teve como cenário-caso os municípios de Crateús, Tianguá e Sobral integrantes da macrorregião de saúde de Sobral-CE, Brasil. O estudo foi realizado entre os anos de 2016 e 2017. Foram utilizados como fontes de informação dados documentais (relatórios de planejamento de atividades, registros fotográficos, planilhas e fichas do e-SUS), a observação direta do processo de trabalho do NASF, seguindo roteiro estruturado, e grupos focais com equipe Saúde da Família e equipe NASF, no total de seis grupos. A análise foi orientada pelo referencial da Técnica de Análise Contextual de Hinds, Chaves e Cypress (1992), na qual para compreender o fenômeno faz-se necessário apreender os níveis contextuais que são definidos em quatro camadas interativas distintas entre si: o contexto imediato, o contexto específico, o contexto geral e o metacontexto. O estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução Conselho Nacional de Saúde 466/2012, sendo submetido à apreciação ética obtendo parecer favorável Nº 1.633.555/2016. No que concerne os municípios casos, estes apresentam-se com NASF implantados e atuantes, orientados pelas diretrizes que conduzem sua operacionalização. As camadas contextuais identificadas foram: Visibilidade do NASF como apoio pedagógico a equipe Saúde da Família (contexto imediato); Território: desafios e potencialidades para a operacionalização do processo de trabalho do NASF (contexto específico); Processo de trabalho colaborativo do NASF (contexto geral); e Rupturas paradigmáticas na saúde rumo a integralidade da atenção (metacontexto). No contexto imediato de compreensão do fenômeno do apoio pedagógico do processo de trabalho do NASF com as equipes Saúde da Família expressa-se como e quando este apoio acontece. Este dá-se no fazer diário dos profissionais do NASF, em atividades como visitas domiciliares, ações de educação em saúde e discussão de caso. Na segunda camada de contexto o território de trabalho do NASF encontra-se diversificado tendo as unidades de saúde e a comunidade como espaços dialógicos para exercer seu apoio. Existe nesta camada fragilidades que dificultam o acesso aos profissionais do NASF, em Crateús especificamente verificou-se um distanciamento entre o NASF e eSF em virtude de habitarem espaços distintos, o que dificulta a troca e diálogo entre estes, e assim não compartilhando ações com as eSF, fortalecendo aspectos de invisibilidade do apoio. No contexto geral viu-se dificuldades na integração entre as equipes, reflexo dos contextos anteriores, ocasionadas seja pelo distanciamento físico, como também pelo desconhecimento do campo de saber do outro. A última camada de contexto, o metacontexto, apresenta as rupturas paradigmáticas ocorridas na saúde com mudanças no contexto epidemiológico das condições de saúde e doença que orientou a

reformulação dos modelos de atenção à saúde, rumo a integralidade da atenção. Analisar e compreender os contextos nos quais o fenômeno do apoio pedagógico do processo de trabalho do NASF para com a eSF, torna-se aspecto significativo para transformação e efetivação dos avanços conquistados pelas políticas de saúde na garantia da integralidade da assistência à saúde.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Apoio, Dimensão Pedagógica, Análise de Contexto

ABSTRACT

The activities of the Support Centers for Family Health were analyzed from the perspective of the technical-pedagogical dimension, from the contextual levels defined by Hinds, Chaves and Cypress (1992). This is a multi-case study. There were as cases three municipalities belonging to the macro-region of health of Sobral-CE, Brazil. The three municipalities identified were Crateús, Sobral and Tianguá, the three largest health regions. The study was conducted between 2016 and 2017. Documentary data (activity planning reports, photographic records, spreadsheets and e-SUS files) were used as sources of information, the direct observation of the NASF's work process, following a structured script, and focus groups with the Family Health team and NASF team, totaling six groups. The analysis was guided by the Hinds, Chaves and Cypress (1992) Contextual Analysis Technique, in which to understand the phenomenon it is necessary to understand the contextual levels that are defined in four different interactive layers: the immediate context, The specific context, the general context and the metacontext. The study was conducted in accordance with Resolution National Health Council 466/2012, being submitted to the ethical assessment obtaining favorable opinion N°. 1.633.555/2016. Regarding the municipalities, these cases present with NASF implanted and active, guided by the directives that lead to its operationalization. The contextual layers identified were: Visibility of the NASF as pedagogical support to the Family Health team (immediate context); Territory: challenges and potentialities for the operationalization of the NASF work process (specific context); NASF collaborative work process (general context); And paradigmatic ruptures in health towards the integrality of attention (metacontext). In the immediate context of understanding the phenomenon of the pedagogical support of the NASF's work process with the Family Health teams, it is expressed how and when this support happens. This is in the daily work of NASF professionals, in activities such as home visits, health education actions and case discussion. In the second layer of context, the work territory of the NASF is diversified, with health units and the community as dialogical spaces to exercise their support. In this layer there are fragilities that hinder access to NASF professionals, in Crateús specifically there was a separation between the NASF and eSF because they inhabit different spaces, which makes it difficult to exchange and dialogue between them, and thus not sharing actions with the ESF, strengthening aspects of support invisibility. In the general context there were difficulties in the integration between the teams, reflecting the previous contexts, caused either by the physical distance, as well as the lack of knowledge of the field of knowledge of the other. The last layer of context, the metacontext, presents the paradigmatic ruptures occurred in health with changes in the epidemiological context of health and disease conditions that guided the reformulation of

health care models,towards the integrality of care. To analyze and understand the contexts in which the phenomenon of the pedagogical support of the NASF's work process towards eSF becomes a significant aspect for the transformation and effectiveness of the advances made by health policies in guaranteeing the integrality of health care.

Keywords: Public policy, Support Center for Family Health, Support, Pedagogical Dimension, Context Analysis.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Representação dos níveis de contexto para o entendimento de um fenômeno a partir do referencial da Análise de Contexto. Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... 41
- Figura 2 – Esquema para representação das camadas contextuais da atuação do Núcleos de Apoio à Saúde da Família no que tange a dimensão técnico pedagógica. Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... 42
- Figura 3 – Esquema gráfico de condução de estudos de casos múltiplos a partir d referencial de Yin. Sobral. Ceará. Brasil 2017..... 45
- Figura 4 – Distribuição fisiográfica das 22 regiões de saúde do estado do Ceará segundo Plano Diretor de Regionalização de 2014. Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... 47
- Figura 5 – Divisão do Estado do Ceará em Macrorregiões de Saúde segundo Plano Diretor de Regionalização de 2014. Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... 48
- Figura 6 – Mapa da distribuição fisiográfica dos Centros de Saúde da Família de Sobral Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... 59
- Figura 7 – O Município de Crateús no contexto político do Estado do Ceará. Sobral. Ceará. Brasil, 2017..... 63
- Figura 8 – Camadas contextuais da atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no que tange a dimensão técnico-pedagógica. Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... 70

LISTA DE QUADRO

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Histórico dos parâmetros das modalidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... | 33 |
| Quadro 2 - Tipos de evidências do estudo e seus pontos fortes e fracos. Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... | 51 |
| Quadro 3 - Representação descritiva da coleta de dados por município caso do estudo. Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... | 53 |
| Quadro 4 - Síntese descritiva das fontes identificadas na coleta de dados do município ‘Caso 1’ do estudo. Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... | 59 |
| Quadro 5 - Síntese descritiva das fontes identificadas na coleta de dados do município ‘Caso 2’ do estudo. Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... | 63 |
| Quadro 6 - Síntese descritiva das fontes identificadas na coleta de dados do município ‘Caso 3’ do estudo. Sobral. Ceará. Brasil. 2017..... | 66 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AM – Apoio Matricial

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CE – Ceará

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CFB – Constituição Federativa Brasileira

CIES – Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRAS – Centro de referência da Assistência Social

CRES – Coordenadoria Regional de Saúde

CSF – Centro de Saúde da Família

DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia

eAB – Equipe da Atenção Básica

eNASF – Equipe NASF

eSF – Equipe Saúde da Família

eqSB – Equipe Saúde Bucal

eSUS AB - e-SUS Atenção Básica

ER – Equipe de Referência

ESF – Estratégia de Saúde da Família

LABSUS – Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva

LPP – Lesão por Pressão

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NAISF – Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDR – Plano Diretor Regional

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SES – Sistema Estadual de Saúde

SESA – Secretaria da Saúde do estado do Ceará

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SSS – Sistema de Saúde de Sobral

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFC – Universidade Federal do Ceará

UVA – Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 1 | |
| 1.1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO | 20 |
| 1.2 INTRODUÇÃO | 23 |
| 1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA | 25 |
| CAPÍTULO 2 | |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 28 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 28 |
| CAPÍTULO 3 | |
| 3.1 REVISÃO DE LITERATURA | 30 |
| 3.1.1 Políticas e processos que antecederam o NASF | 30 |
| 3.1.2 NASF: Institucionalização e Implantação | 31 |
| CAPÍTULO 4 | |
| 4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO | 39 |
| 4.1.1 Análise Contextual | 39 |
| CAPÍTULO 5 | |
| 5.1 METODOLOGIA | 44 |
| 5.1.1 Tipologia do estudo | 44 |
| 5.1.2 Natureza do estudo | 46 |
| 5.1.3 Cenário do estudo | 47 |
| 5.1.4 Coleta das informações | 50 |
| 5.1.5 Análise das informações | 54 |
| 5.1.6 Aspectos éticos | 54 |
| CAPÍTULO 6 | |
| 6.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 57 |
| 6.1.1 As Identidades dos Casos Estudados | 57 |
| 6.1.1.1 O Caso do NASF Sobral..... | 57 |
| 6.1.1.2 O Caso do NASF Crateús..... | 61 |
| 6.1.1.3 O Caso do NASF Tianguá | 66 |
| 6.1.2 Cross Case dos Casos | 68 |
| 6.1.2.1 Contexto Imediato – Visibilidade do NASF como apoio pedagógico a equipe Saúde da Família | 71 |
| 6.1.2.2 Contexto Específico – Território: desafios e potencialidades para a operacionalização do processo de trabalho do NASF | 75 |

| | |
|--|------------|
| 6.1.2.3 Contexto Geral - Processo de trabalho colaborativo do NASF..... | 80 |
| 6.1.2.4 Metacontexto – Rupturas paradigmáticas na saúde rumo a integralidade da atenção | 82 |
| CAPÍTULO 7 | |
| 7.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 87 |
| REFERÊNCIAS | 89 |
| APÊNDICES | 96 |
| ANEXO | 102 |

*“A noção de conhecimento parece-nos una e evidente.
Mas, desde que a questionamos, ela se fragmenta,
diversifica-se, multiplica-se em inúmeras noções,
cada uma gerando uma nova interrogação”*

Edgar Morin

Capítulo 1

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

Os primeiros passos de uma trajetória (ainda) iniciante...

Não é excessivo destacar que tanto a construção de um objeto de pesquisa quanto a definição de como investigar remetem às opções teórico-epistemológicas e ético-políticas dos pesquisadores, ao conhecimento anterior sobre o tema e à historicidade dos fenômenos sociais estudados.

De certo modo acredito que sempre foi uma questão importante para humanidade, independente da época, lugar e cultura, encontrar a “verdade” das coisas, assim como o modo de buscar a melhor forma de se viver, ou mesmo justificar a própria existência, os fatos e os acontecimentos.

E assim me descobri interessada por entender/compreender, justificar e questionar o porquê e o como se dão os processos das “coisas”. Logo ao ingressar no curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), ainda no terceiro semestre do curso tive a minha primeira oportunidade de ingressar e conhecer para passar a entender, mesmo que de modo um pouco tímido o campo da pesquisa. Fui convidada para ser bolsista de uma grande pesquisa financiada por uma instituição de fomento e conseqüentemente a fazer parte de um grupo de pesquisa: Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (Labsus).

Tal pesquisa intitulada “O crack no município de Sobral: perfil epidemiológico, fatores relacionados à iniciação e ao desenvolvimento da dependência e fluxo dos usuários acompanhados na rede de atenção à saúde mental de Sobral-CE” me possibilitou vivenciar processos relativos a construção e desenvolvimento da pesquisa, o que se tornou preponderante no meu desejo e interesse pelo campo investigativo. Fato não recorrente com grande parte dos meus pares de graduação. Hoje já percebo um movimento diferente.

No decorrer da graduação pude intensificar minha participação em diferentes pesquisas, situação que me impulsionou para realização do Mestrado, entendendo que diversas experiências nos guiam a realização de algumas escolhas.

Parto então do confronto entre o que vemos e o que nos olha em um encontro fortuito e inesperado com o meu tema de estudo.

Dois processos foram essenciais na construção da escolha final do meu objeto de estudo, a primeira foi o aprendizado obtido em uma das primeiras disciplinas cursadas no mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC) “Filosofia da ciência da vida e da saúde e bioética” em que a história da filosofia me inundou dos diversos saberes dos principais filósofos que constituem o arcabouço histórico da filosofia e que me mostraram que os diversos pensadores se preocuparam e se empenharam em entender/provar as variadas questões da humanidade e do conhecimento científico.

Diante do aporte teórico adquirido com os estudos das principais correntes filosóficas, me permito inferir que antes de definirmos um objeto de pesquisa ou empregarmos um determinado método de investigação, é fundamental compreendermos os diferentes paradigmas de pesquisa que os embasam. Como é exposto pelos diversos filósofos em seus estudos. Paradigma este que está intrinsecamente relacionado a crenças e pressupostos que tenho sobre a realidade, sobre como as coisas são (pressuposto ontológico) e sobre a forma como acredito que o conhecimento humano é construído (pressuposto epistemológico).

A segunda motivação foi a participação no processo de construção de um projeto pesquisa multicêntrico que trás como foco o Estudo do nível de maturidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) frente ao controle clínico e qualidade de vida de pessoas com hipertensão e diabetes. Pesquisa esta que foi aprovada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e que em face a conjuntura de desgoverno e insuficiência de investimentos na área de Ciência, Tecnologia e Inovação foi cancelada o financiamento para sua execução, apesar da avaliação do mérito do referido projeto em ampla concorrência pública.

É dentro deste contexto que agora me coloco como pesquisadora/investigadora na busca/definição de um objeto de pesquisa a qual partindo do princípio da inquietação me proponho a analisar a dimensão técnico-pedagógica do processo de trabalho do NASF. Entendendo que esta dimensão seja orientadora de forma mais abrangente de todos os processos de trabalho dos profissionais que compõem esta estratégia.

Aliado ao exposto, o objeto de estudo faz correlação com a proposta do programa de mestrado. Tendo em vista, que esta trás em seu escopo a proposta de qualificar, numa perspectiva interdisciplinar/interprofissional o desenvolvimento de discussão científica e tecnológica e formação profissional. Através da investigação e formulação de instrumentos conceituais, políticos e metodológicos como a exemplo da educação permanente e da

colaboração/educação.

Partindo do princípio de que o NASF é orientado para um processo de trabalho de modo compartilhado e colaborativo em duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Por dimensão técnico-pedagógica no contexto de atuação do NASF entende-se o apoio educativo com e para as equipes e usuários por meio de ações que envolvam coletivos (BRASIL, 2009). Isso significa poder atuar tomando como objeto os aspectos subjetivos e objetivos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente.

Considerando que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é ordenadora das redes de atenção à saúde e que a resolutividade desta se expressa como um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), e que há a expectativa que o NASF contribua para superação deste desafio entende-se que analisar a dimensão técnico-pedagógica do processo de trabalho do NASF é fenômeno de expressiva magnitude visto que o modo como se desenvolve o processo de trabalho pode influir diretamente nos resultados deste.

Registra-se a existência de uma lacuna de conhecimento sobre o processo de trabalho do NASF frente a análise de sua práxis orientada pelos conceitos que o fundamenta. Portanto, justifica-se a realização deste estudo.

Findo os primeiros passos de encontro ao objeto de estudo trazendo a essencialidade da reflexão sobre a visão de mundo e de construção do conhecimento, para que isso possa embasar qualquer pesquisa ou formação. Por isso, acredito na importância e viabilidade de analisar a qualidade, consistência e a coerência, estas configuram-se como aspectos precípuos do pesquisador, e estratégias estruturantes para a edificação do conhecimento.

O conhecimento uma vez produzido é de domínio público. Saúde é um direito fundamental. Neste sentido, espera-se que o conhecimento oriundo desta pesquisa possa contribuir para maior efetividade, eficácia e eficiência do processo de produção da saúde indistintamente da vinculação da natureza institucional (pública ou privada). No caso em particular, do processo de trabalho do NASF com ênfase em sua dimensão técnico-pedagógica.

1.2 Introdução

A reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, a partir da reforma sanitária, contribuiu para o estabelecimento da Atenção Básica (AB) enquanto Política que visa suplantiar um cuidado focado no indivíduo, na doença e na relação queixa-conduta. Para tanto, espera-se um modelo centrado na família e na vida comunitária e que organize suas ações com foco na prevenção de doenças e agravos, na promoção, recuperação e reabilitação da saúde (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013).

A ESF foi implantada em 1994 e tem como objetivo reorganizar a AB no País. Passadas duas décadas, é possível identificar avanços passíveis de serem verificados a partir da organização dos serviços e melhorias dos indicadores em saúde (SOUSA, 2014); no entanto, reconhece-se como principais desafios a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações em saúde (BRASIL, 2014a).

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracterizam a AB como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2014a, p. 19).

O mesmo documento afirma que a AB “utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território” (BRASIL, 2014a, p. 19). No entanto, identifica-se que há uma visão compartimentalizada da AB, com ênfase na “visão preventiva” que ocasiona o escasso desenvolvimento da atividade clínica nas práticas de saúde (BRASIL, 2014a).

Na busca por superar estas limitações, algumas estratégias vêm sendo implantadas. A partir de 2008, partindo de experiências municipais, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o NASF por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro, republicada em 4 de março do mesmo ano, com o objetivo principal de apoiar a ESF na rede de serviços, ampliar a abrangência das ações da AB e aumentar sua resolutividade, além de reforçar os processos de territorialização e regionalização em saúde.

O NASF apresentou rápido crescimento e em seus primeiros dois anos já contava com quase mil equipes. Ao final do ano de 2014, a cobertura populacional assistida pelas 39.228 equipes de saúde da família correspondia a 120.975.337 brasileiros, equivalente a 60,17% da população, ao passo que o número de equipes NASF chegou a 3.089 no mesmo ano (BRASIL, 2015a). Hoje sua cobertura abrange cerca de 5.570 municípios, assistindo uma população de 206.114.067 habitantes, com 4.195 equipes NASF (eNASF) (BRASIL, 2017). Coerente com sua proposta de apoiar a Atenção Básica, que teve sua política renovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a), visando acompanhar as mudanças próprias à dinâmica da realidade, a política do NASF foi atualizada em 28 de dezembro de 2012, por meio da Portaria nº 3.124, que redefiniu os parâmetros de vinculação do NASF às equipes Saúde da Família (eSF) e/ou equipes de Atenção Básica (eAB) com vistas a ampliação do acesso da população a estes profissionais (BRASIL, 2013).

Enquanto um dispositivo estratégico de apoio a ESF e, conseqüentemente, de melhoria da qualidade da AB, o NASF amplia o escopo de ações desta ao agregar pela natureza multidisciplinar, a colaboração interprofissional por meio do compartilhamento de saberes. Espera-se, a partir deste, a ampliação da capacidade de resolutividade clínica das equipes. (BRASIL, 2014a).

Também é fundamental reconhecer que o NASF tem dois “públicos-alvo” diretos: as eAB e/ou as eSF e os usuários em seu contexto de vida. Nessa relação, torna-se fundamental que o NASF crie mecanismos de identificação e escuta das demandas das equipes e que possam dialogar sobre sua prática também a partir da atenção direta aos usuários (BRASIL, 2011b).

Faz-se necessário conhecer as demandas dos serviços de saúde para subsidiar a formulação de políticas de saúde, ou seja, o processo de trabalho na ESF deve ser orientado pelas necessidades de saúde da população e estas convergentes com o perfil sócio-sanitário.

Concomitante a portaria de implantação dos NASF em 2008, o estado do Ceará, mais especificamente o município de Sobral, localizado na zona norte deste estado, iniciou sua trajetória, sendo um dos primeiros municípios do país a implantar os NASF. Com a implantação de seis equipes de NASF compostas para atuar no apoio de oito eSF distribuídos pelos municípios da sede e do distrito. Destaca-se também a implantação em outras regiões de saúde como Fortaleza e Crato no ano de 2009 (SOUZA, 2013).

1.3 Justificativa e relevância

O NASF propõe repensar, transformar e apoiar a mudança da prática em saúde na ESF, apresentando em seu arcabouço teórico diretrizes e ferramentas tecnológicas como a exemplo do apoio matricial a qual se infere a dimensão técnico-pedagógica. Que ordenam a construção e operacionalização do seu processo de trabalho (BRASIL, 2009).

Atuando com e para as equipes e usuário através do apoio educativo. Isso significa poder atuar tomando como objeto os aspectos subjetivos e objetivos dos sujeitos e coletivos do território, direta ou indiretamente.

Diante do exposto e considerando ainda que:

- 1) a ESF é ordenadora das redes de atenção à saúde e que apresenta propostas de ações intersetoriais e de promoção à saúde, com vistas a melhoria do acesso e qualidade dos serviços;
- 2) a Portaria GM nº 154/2008 que instituiu o NASF adotou como pressupostos políticas nacionais diversas, dentre elas: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Alimentação e Nutrição; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social e que estas orientam as estratégias de atuação do NASF;
- 3) os conceitos orientadores do processo de trabalho do NASF são: territorialização e responsabilidade sanitária; produção de autonomia dos indivíduos e coletivos; integralidade do cuidado e trabalho em equipe;
- 4) a resolutividade da AB/ESF vem sendo sinalizada como desafiadora e que há a expectativa que a ação dos NASF junto aos seus públicos-alvo (eAB/eSF e usuários do SUS) amplie a capacidade de acurácia clínica;
- 5) a ESF é ordenadora das redes de atenção à saúde e que a resolutividade desta se expressa como um desafio para o SUS, e que há a expectativa que o NASF contribua para superação deste desafio;

Entende-se que analisar a dimensão técnico-pedagógica do processo de trabalho do NASF é fenômeno de expressiva magnitude visto que o modo como se desenvolve o processo

de trabalho pode influir diretamente nos resultados deste. Aliado a lacuna existente de estudos que possam traduzir a práxis do trabalho dos NASF.

Ressalta-se que não foi identificado estudos brasileiros que tomem como objeto a atuação do NASF em sua dimensão técnico pedagógica. Reconhecendo que o estado do Ceará tem sido protagonista na indução de políticas de saúde, particularmente aquelas relacionadas à AB, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) instituído 1991 e que subsidiou a formulação do modelo atual da ESF no Brasil (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013); este estudo apresenta suas contribuições e indução de estudos avaliativos do NASF.

Essa dimensão será examinada a partir do referencial de Hinds, Chaves e Cypress (1992) composto de quatro camadas contextuais que será melhor descrito no tópico de referencial teórico.

*“Uma palavra ilumina a minha
pesquisa: compreender
Marc Bloch*

Capítulo 2

2.1 Objetivo geral

Analisar a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na perspectiva da dimensão técnico-pedagógica a partir dos níveis contextuais.

2.2 Objetivos específicos

- Averiguar as características da dimensão técnico-pedagógica na atuação do NASF enquanto apoiador da Estratégia Saúde da Família;
- Identificar aspectos que influenciam na atuação do NASF em sua perspectiva técnico-pedagógica;
- Discutir os aspectos sociopolíticos e normoreguladores que agem sobre a atuação técnico-pedagógica do NASF.

*"Devemos contextualizar cada acontecimento,
pois as coisas não acontecem separadamente.
Os átomos surgidos nos primeiros segundos do Universo
têm relação com cada um de nós"*

Edgar Morin

Capítulo 3

3.1 Revisão de literatura

3.1.1 Políticas e processos que antecederam o NASF

A partir da década de 80 o sistema de saúde brasileiro passou por um amplo processo de mudanças que culminou com a implantação do SUS na política nacional. O surgimento desse novo modelo de atenção à saúde encontrou respaldo, segundo Silva e Lima (2005), em dois fatores determinantes: na crise pela qual o sistema de saúde vinha passando nos últimos anos (com déficit de recursos e incapacidade de dar repostas às condições de saúde da população) e nas contribuições decorrentes do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nas décadas de 70 e 80, o qual preconizava a importância das políticas de saúde para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária (SCHRAIBER, 2008; PAIM, 2008).

A promulgação da Constituição Federativa do Brasil (CFB), no ano de 1988, é considerada, neste contexto, marco relevante, trazendo inúmeras repercussões para o estabelecimento das políticas de saúde, traçadas a partir de então. Esta lança mão da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, pregando o acesso universal e igualitário às ações e serviços, mediante uma rede regionalizada e hierarquizada integrante de um sistema único de saúde, organizado pelas diretrizes: descentralização das ações e serviços, atendimento integral e, por fim, incentivo a participação comunitária (BRASIL, 2011c).

Estabelecidos os aspectos normativos, a lei 8.080, instituiu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, versando ainda sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde no Brasil. Esta passou por algumas transformações, expressas mediante Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Esta nova regulamentação versa sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde e assistência à saúde, incluindo a articulação interfederativa como componente relevante para a consolidação do SUS. Espera-se, com a regulamentação da Lei 8.080, mais transparência na gestão do SUS, maior segurança nas relações interfederativas e controle social mais efetivo (BRASIL, 2011c).

Percebe-se assim que desde a década de 90, o SUS vem assumindo contornos que vão desde as ações de identificação e monitoramento de agravos, passando pelo estabelecimento de políticas, com vistas à melhoria das condições de vida das populações até a execução de serviços assistenciais. Como aponta Paim (2009) o SUS não se reduz à reunião de um conjunto de palavras como, sistema, único e saúde.

Tal complexidade encontra respaldo, dentre outros aspectos, no próprio entendimento do fenômeno saúde-doença, não mais visto como um conjunto de relações unicasais, mas influenciado pelas experiências singulares dos sujeitos, assim como, por fatores culturais, econômicos e sociais (HELMAN, 2009).

Partindo deste entendimento a PNAB, assim como a estruturação da rede de serviços da ESF é de base territorial e comunitária sendo responsável pela promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. Estas Políticas e processos fortalecem o novo entendimento exposto de processo saúde-doença enfocando-o como um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo abrangendo práticas gerenciais e sanitárias democráticas, participativas com ações de saúde acessíveis e acolhedoras que contribuam com a melhoria das condições de vida das pessoas, promovendo a continuidade das ações e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011a; FONTINELE JÚNIOR, 2003).

No entanto, dificuldades na operacionalização dos objetivos da ESF tem sido destaca em diversos estudos (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES, 2005), sendo os principais problemas relacionados a concretização de ações de promoção da saúde, bem como diversas limitações físicas e estruturais que impedem o desenvolvimento das ações condizentes com o que está previsto nos manuais e regulamentações que orientam a política.

Nesta direção, na possibilidade de superar tais entraves relativos a efetividade da ESF, algumas ações foram estruturadas pelo Ministério da Saúde, com destaque para os NASF que surgem na perspectiva de desenvolver em conjunto com as ESF estratégias de aperfeiçoamento e fortalecimento da AB (BRASIL, 2010).

3.1.2 NASF: Institucionalização e Implantação

A priorização da AB configura-se entre as agendas prioritárias da Política Nacional de Saúde, sendo eixo estruturante do SUS. Essa priorização se traduz não só no discurso, mas também na elaboração de ampla política que enfrenta os principais nós críticos que têm condicionado a expansão e o desenvolvimento da AB no País. Dentre esses principais desafios encontram-se a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na AB (BRASIL, 2014b). É neste contexto que, em 2008, visando ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações de atenção básica, e fortalecer a ESF que o MS institucionalizou os NASF. A partir de então, seria oferecido às equipes de Saúde da Família

(eSF) um suporte técnico-pedagógico no atendimento à população, por meio da inserção de outras categorias profissionais (BRASIL, 2010).

Orientado pelo referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial (AM), o NASF trabalha a partir da lógica de integrar as eSF outras categorias profissionais com núcleos de saberes diferentes destes.

O AM se configura como arranjo organizacional ou metodologia de trabalho, que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde, visando facilitar o direcionamento dos fluxos e a articulação de determinada rede. Conta com o profissional especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil com potencial de agregar recursos do saber e contribuir com intervenções, visando aumentar a capacidade de solucionar os problemas de saúde da população. Assim, o profissional apoiador matricial tem um núcleo de conhecimento e um perfil com potencial de agregar recursos do saber e contribuir com intervenções, visando aumentar a capacidade de solucionar os problemas de saúde da população (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Ministério da Saúde recomendou esse arranjo organizacional ao identificar que, mesmo concentrando esforços para estender o cuidado para todos os níveis de assistência, especialmente na atenção primária, seria inviável fazê-lo sem a incorporação de outras categorias profissionais, ainda não contempladas na equipe básica (DIMENSTEIN et al., 2009).

A determinação veio por meio da institucionalização da Portaria N° 154, em 24 de janeiro de 2008, cuja recomendação foi implantar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família para matriciar as equipes de saúde da família e estabelecer a corresponsabilização dos casos atendidos, por meio de repasse de recurso do Governo Federal aos municípios e ao Distrito Federal que optarem pela ação (BRASIL, 2008).

O NASF atua por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares, com foco na prevenção de doenças e promoção da saúde, humanização de serviços, reabilitação e educação em saúde, promovendo integralidade e dando impulso a organização territorial dos serviços de saúde, qualificando e complementando o trabalho das eSF, trabalhando em conjunto o cuidado à saúde, a construção de redes de cuidado e ajudando para o alcance da totalidade no atendimento e cuidado dos usuários (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Tem a responsabilidade de reforçar as oito diretrizes da AB em conjunto com as eSF as quais estão vinculadas, quais sejam: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a territorialização, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2012a; 2010; 2008).

Foram definidas pelo Ministério da Saúde nove áreas estratégicas para o NASF, as quais orientam a composição das equipes, conforme especificado: Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem (pediatra), Saúde da Mulher (ginecologista), Saúde Mental (psicólogo e psiquiatra), Reabilitação e Saúde Integral da Pessoa Idosa (fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional), Serviço Social (assistente social), Alimentação e Nutrição (nutricionista), Atividade Física e Práticas Corporais (professor de Educação Física), Assistência Farmacêutica (farmacêutico) e Práticas Integrativas e Complementares (homeopata e acupunturista) (JAIME et al., 2011; BRASIL, 2010).

As características do NASF são definidas por modalidades (NASF 1, NASF 2 ou NASF 3), quanto ao número de profissionais nas equipes e ao número de Equipes de Referência (ER). Ao longo do processo de implantação esses parâmetros foram modificados, visando adequar a ação e obter melhores indicadores. Inicialmente, estes eram baseados no quantitativo populacional e, posteriormente, passaram a ser definidos pela carga-horária de trabalho de cada equipe. Além das três modalidades, é possível, ainda, a criação de consórcio para a implantação do NASF 1 entre os municípios que não atinjam os parâmetros estabelecidos. Desde o início, foi vetada a implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios (BRASIL, 2008).

Ressalta-se que o NASF 3 foi incorporado dois anos após a institucionalização do NASF (BRASIL, 2010), com o objetivo de promover a atenção integral em saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas. Atualmente, essa modalidade preconiza os mesmos parâmetros do NASF 1 e 2. Para uma melhor visualização e compreensão, o Quadro 1 apresenta o histórico destes parâmetros de vinculação, desde o momento da institucionalização do NASF até os dias atuais.

Quadro 1. Histórico dos parâmetros das modalidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sobral. Ceará. Brasil. 2017.

| Modalidade do NASF/ Parâmetros de | NASF 1 | NASF 2 | NASF 3 |
|--|---------------|---------------|---------------|
|--|---------------|---------------|---------------|

| vinculação | | | |
|---|--|---|---|
| 1ª. Portaria Nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008 | | | |
| Número de Profissionais na equipe dos NASF | No mínimo de 5 categorias não coincidentes | No mínimo 3 | Não existiam |
| Número de Equipes de Saúde da Família (ESF) de referência | Mínimo de 8 e máximo de 20, exceto na Região Norte, com mínimo de cinco | No mínimo 3 | |
| 2ª. Portaria Nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010 | | | |
| Número de Profissionais na equipe dos NASF | Mantêm parâmetros da portaria anterior | Mínimo 5 categorias não coincidentes em população menor que 20 mil hab ² | |
| Número de Equipes de Saúde da Família (ESF) de referência | Mantêm parâmetros da portaria anterior | Mínimo de 4 e máximo de 7 | |
| 3ª. Portaria Nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 | | | |
| Número de Profissionais na equipe dos NASF | Acúmulo de no mínimo 200h/s ¹ a soma da carga de trabalho dos membros, com todos os profissionais trabalhando pelo menos 20h/s e cada ocupação ter, no máximo, 80 h/s | Acúmulo de no mínimo 120h/s a soma da carga de trabalho dos membros, com todos os profissionais trabalhando pelo menos 20h/s e cada ocupação ter, no máximo, 40 h/s | Foram suprimidos tornando-se NASF 2 |
| 4ª. Portaria Nº 3.124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012 | | | |
| Número de Profissionais na equipe dos NASF | Acúmulo de no mínimo 200h/s ¹ a soma da carga de trabalho dos membros, com todos os profissionais | Acúmulo de no mínimo 120h/s a soma da carga de trabalho dos membros, com todos os | Acúmulo de no mínimo 80h/s a soma da carga de trabalho dos membros, com todos os profissionais trabalhando pelo menos |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | trabalhando pelo menos 20h/s e cada ocupação ter, no máximo, 80 h/s | profissionais trabalhando pelo menos 20h/s e cada ocupação ter, no máximo, 40 h/s | 20h/s e cada ocupação ter, no máximo, 40 h/s |
| Número de Equipes de Saúde da Família (ESF) de referência | Mínimo de 5 e máximo de 9 | Mínimo de 3 e máximo de 4 | Mínimo de 1 e máximo de 2 |

Fonte: FAGUNDES, 2013.

1h/s = horas semanais

2 hab = habitantes

Quanto ao panorama regional de distribuição do NASF, segundo Departamento da Atenção Básica (DAB) a região Nordeste dispões de 1.960 NASF distribuídos segundo as modalidades 1, 2 e 3, seguidos pelas regiões Sudeste com 1.141, da região Sul 516, da região Norte 304 e da região Centro-Oeste 274 NASF (BRASIL, 2017a).

3.1.3 Diretrizes do processo de trabalho do NASF

Orientado pelas diretrizes da Atenção Básica o trabalho do NASF deve produzir ou apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade. De modo a auxiliar tais diretrizes, destacam-se conceitos que embasam a prática dessas equipes como (BRASIL, 2011a, 2011b).

Territorialização e responsabilidade sanitária: são concebidas como responsabilidade de uma equipe sobre a saúde da população a ela vinculada. Para o alcance desse objetivo, os profissionais devem ser capazes de desenvolver o raciocínio clínico, o epidemiológico e o sociopolítico sobre a realidade sanitária dessa população, de forma a identificar os meios mais efetivos para promover e proteger a situação de saúde da coletividade. Estão incluídos nesse processo o olhar e o manejo de riscos, de vulnerabilidades e de potencialidades coletivas. É importante ter em mente que a responsabilidade sanitária do NASF, em geral, é complementar à das eAB/eSF.

Trabalho em equipe: por meio de trabalho colaborativo, múltiplo e interdependente, agrega maior capacidade de análise e de intervenção sobre problemas, demandas e necessidades de saúde, em âmbito individual e/ou coletivo. Desse modo, produz potencialmente ações mais abrangentes que aquelas encontradas em trabalhos segmentados ou

uniprofissionais, desde que bem construídas e articuladas. No âmbito do NASF, encontram-se diferentes profissionais com formações que complementam as equipes mínimas de Atenção Básica e podem também ser complementares entre si. Essa composição favorece ações integradas e abrangentes, não se pautando pela delimitação de atos profissionais exclusivos, nem pela anulação dos saberes nucleares e específicos, mas colocando as diferentes capacidades (específicas e comuns) a serviço do trabalho coletivo da equipe, diante de necessidades concretas de usuários e grupos sociais.

Integralidade: para lidar com as demandas e as necessidades de saúde dos usuários, é necessário que as equipes tenham, cada vez mais, alta capacidade de análise e de intervenção, em termos clínicos, sanitários e no que se refere à gestão do cuidado, inclusive daqueles usuários que requerem acesso a ofertas e tecnologias em outros pontos das redes de atenção. A integralidade requer, para a sua materialização, políticas abrangentes e generosas, existência e organização de diferentes tipos de serviços articulados em rede para dar conta de diferentes necessidades, bem como práticas profissionais eficazes no sentido do aumento dos graus de autonomia dos usuários, da redução de danos, dos riscos e das vulnerabilidades, além do aumento da potência de vida. A agregação de profissões e ocupações propiciadas pelo NASF aumenta a possibilidade de resposta mais abrangente da atenção básica diante das demandas e necessidades dos usuários.

Autonomia dos indivíduos e coletivos: compreendida como um dos principais resultados esperados com o cuidado na atenção básica (ampliação da autonomia, da capacidade dos sujeitos de governar a própria vida), fruto tanto de ações técnicas quanto da produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (com um cuidado: não se dá autonomia a alguém, mas é possível “interferir” sobre a capacidade e o modo de conduzir a vida).

Tais conceitos norteiam o trabalho dos profissionais da AB, de modo que os profissionais dos NASF são corresponsáveis pela materialização dessas “referências-diretrizes”, contribuindo com o trabalho das equipes apoiadas por meio de um trabalho conjunto, articulado e inserido nas redes de atenção (BRASIL, 2014b).

O NASF pode contribuir, assim, para o aumento da capacidade de cuidado das equipes vinculadas, compartilhando com elas a resolução de problemas e o manejo de certas situações. Compartilhar ações inclusive por meio de “transferência tecnológica” cooperativa e horizontal, isto é, apoio pedagógico que progressivamente produz mais autonomia para as equipes (BRASIL, 2014b).

Compartilhando saberes e práticas, de forma segura, em equipe, de modo que, cada núcleo e campo se enriqueçam mutuamente, de modo articulado e cuidadoso. Tudo isso em favor da defesa da vida dos usuários, aumentando o acesso a ofertas de cuidado por meio da ampliação da clínica dos profissionais da ESF e do conjunto de ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF com os usuários, sempre que necessário (BRASIL, 2014b).

*"Não basta ler que Eva viu a uva.
É preciso compreender qual a posição
que Eva ocupava no seu Contexto Social,
Quem trabalha para produzir a uva
E quem lucra com esse trabalho"*

Paulo Freire

Capítulo 4

4.1 Referencial teórico-metodológico

4.1.1 *Análise Contextual*

Há uma coisa ainda mais importante que o que precede certos conhecimentos por meio de conceitos, cujos objetos correspondentes não podem ser fornecidos pela experiência, emancipam-se dela e parece que estendem o círculo de nossos juízos além dos seus limites (KANT, 2001).

De modo que os objetos nos são dados mediante a sensibilidade, é partindo dela que emerge as intuições e entendimento dos objetos, dos quais surgem os conceitos. A impressão de um objeto sobre esta capacidade de representações, enquanto somos por ele afetados, é a sensação. Chama-se empírica toda intuição que relaciona ao objeto, por meio da sensação. O objeto indeterminado de uma intuição empírica, denomina-se fenômeno. Àquilo que é observável e está sujeito à ação dos nossos sentidos ou no impressiona (KANT, 2001).

O entendimento de um fenômeno, tido como uma questão de pesquisa, trata-se do objetivo final na condução desta (MUNHALL; OILER, 1986), levando o desconhecido tornar-se conhecido e significativo (SPINELLI, 1989).

A capacidade de unir significado e de entender um fenômeno depende do conhecimento sobre os múltiplos contextos nos quais esse fenômeno ocorre por parte do pesquisador (HINDS; CHAVES; CYPRES, 1992). De modo que o significado existe quando o conhecimento implícito é transmitido explicitamente para outros e esse contexto direciona-o a fazê-lo adequadamente (FIELD; MORSE, 1985). Mishler (1979) enfatiza que toda ação e experiência humanas são contexto-dependentes e só podem ser entendidas dentro desses contextos. Ou seja, o contexto apresenta substratos relevantes. E este, quando não considerado no entorno dos estudos, torna-se uma ameaça para interpretação e aplicação exata dos achados de uma pesquisa (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

O uso do termo ‘contexto’¹ apresenta variações influenciadas pelas abordagens qualitativas e quantitativas. Neste estudo, tomaremos como base o sentido proposto pelo *mix*

¹ Hutchinson (1986) definiu contexto como o ambiente ou circunstância onde ocorre comportamento, ao passo que Glaser (1978) considerou contexto como sinônimo de ambiência. Woods (1988) escreveu contexto como um domínio mais amplo ou figura mais ampla do qual um dado fenômeno é uma parte. Miles e Huberman (1984) ofereceram uma definição de contexto mais específica e limitada como aspectos imediatamente relevantes de uma situação, tais como a localização física de uma pessoa, as outras pessoas envolvidas, e a história recente de seu envolvimento, além dos aspectos relevantes da situação social na qual uma pessoa atua (uma escola, empresa, e assim por diante). Uma abordagem mais literária foi tirada de Kuhns e Martorana (1982), os quais referiram contexto como uma "rede de experiência" que incorpora pensamentos, ações, e o passado. Welshimer e Earp (1989) compararam contexto com um quadro geral de referência que influencia diretamente as tomadas de decisões em curso sobre problemas específicos. Tomando uma abordagem mais universal, Spradley (1979)

de definições apontado por Miles e Huberman (1984) no qual, apesar de suas limitações, expõe que o contexto representa aspectos imediatamente relevantes de uma situação, tais como a localização física de uma pessoa, as outras pessoas envolvidas, e a história recente de seu envolvimento, além dos aspectos relevantes da situação social na qual uma pessoa atua. Em complementaridade ao proposto por Kuhns e Martorana (1982) numa abordagem mais literária representa uma "rede de experiência" com pensamentos, ações e o passado. E este contexto influencia diretamente na tomada de decisão (WELSHIMER; EARP, 1989).

Hinds, Chaves e Cypress (1992) consideraram o contexto como fonte valiosa de dados, podendo ser conceitualizado em camadas interativas aninhadas, distinguíveis umas das outras por extensão e significado compartilhado (de totalmente individualizado para significado quase universal), pelo foco temporal dominante (passado, presente e futuro) e pelas perceptíveis mudanças que ocorrem camada a camada. Na ciência, o fenômeno estudado é geralmente foco central do estudo. Isso permite tecer o foco deste estudo: a medida em que o fenômeno da dimensão técnico-pedagógica do processo de trabalho do NASF encontra-se incorporado dentro de suas camadas de contexto.

Nessa perspectiva, o contexto é uma fonte de dados que permite a integração na realidade a partir de quatro níveis e seus significados, de modo a facilitar a descrição e a apreensão dos aspectos conceituais do fenômeno sob estudo, quando examinados individualmente (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

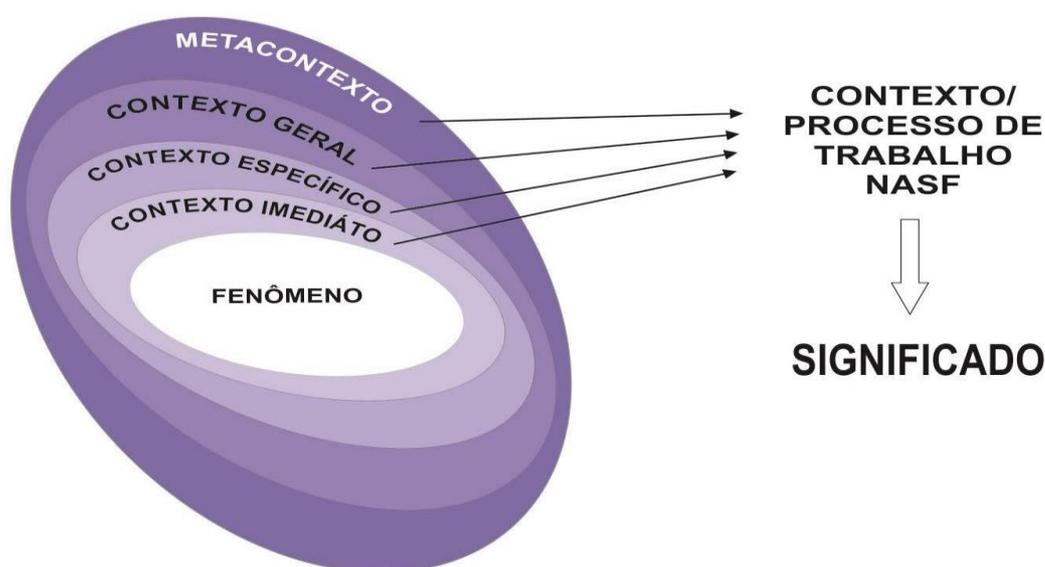
Conforme o referencial da Análise de Contexto, tem-se:

- **Contexto imediato** – refere-se às características principais a imediação, seu foco está presente e é representado pelo fenômeno em si. O imediatismo é a principal característica deste contexto.
- **Contexto específico** – caracteriza-se pelo conhecimento individualizado e único que compõe o passado imediato e os aspectos relevantes da presente situação. Engloba os elementos que estão presentes no ambiente e influenciam o fenômeno.
- **Contexto geral** – caracteriza-se por um quadro geral de referência de vida do sujeito, desenvolvido a partir de suas interpretações derivadas das interações passadas e atuais, crenças pessoais e valores culturais que influenciam o fenômeno em questão. Essa camada é mutável, mas não comumente a uma extensão dramática em virtude de

constituir-se de uma organização pessoal de eventos ou comportamentos e significados desenvolvidos com o tempo.

- **Metacontexto** – é uma fonte de saber socialmente construído que opera continuamente e resulta em perspectiva social geralmente compartilhada. Esta camada reflete e incorpora o passado e o presente, além de destacar condições e aprendizados para o futuro. Representa uma estrutura explicativa e uma influência indireta sobre comportamentos e eventos. As três dimensões anteriores de contexto estão relacionadas com o metacontexto que congrega os aspectos sociopolíticos e normorreguladores que agem sobre o fenômeno, passando, muitas vezes, despercebidos pelos atores da situação.

Figura 1. Representação dos níveis de contexto para o entendimento de um fenômeno a partir do referencial da Análise de Contexto. Sobral. Ceará. Brasil. 2017.

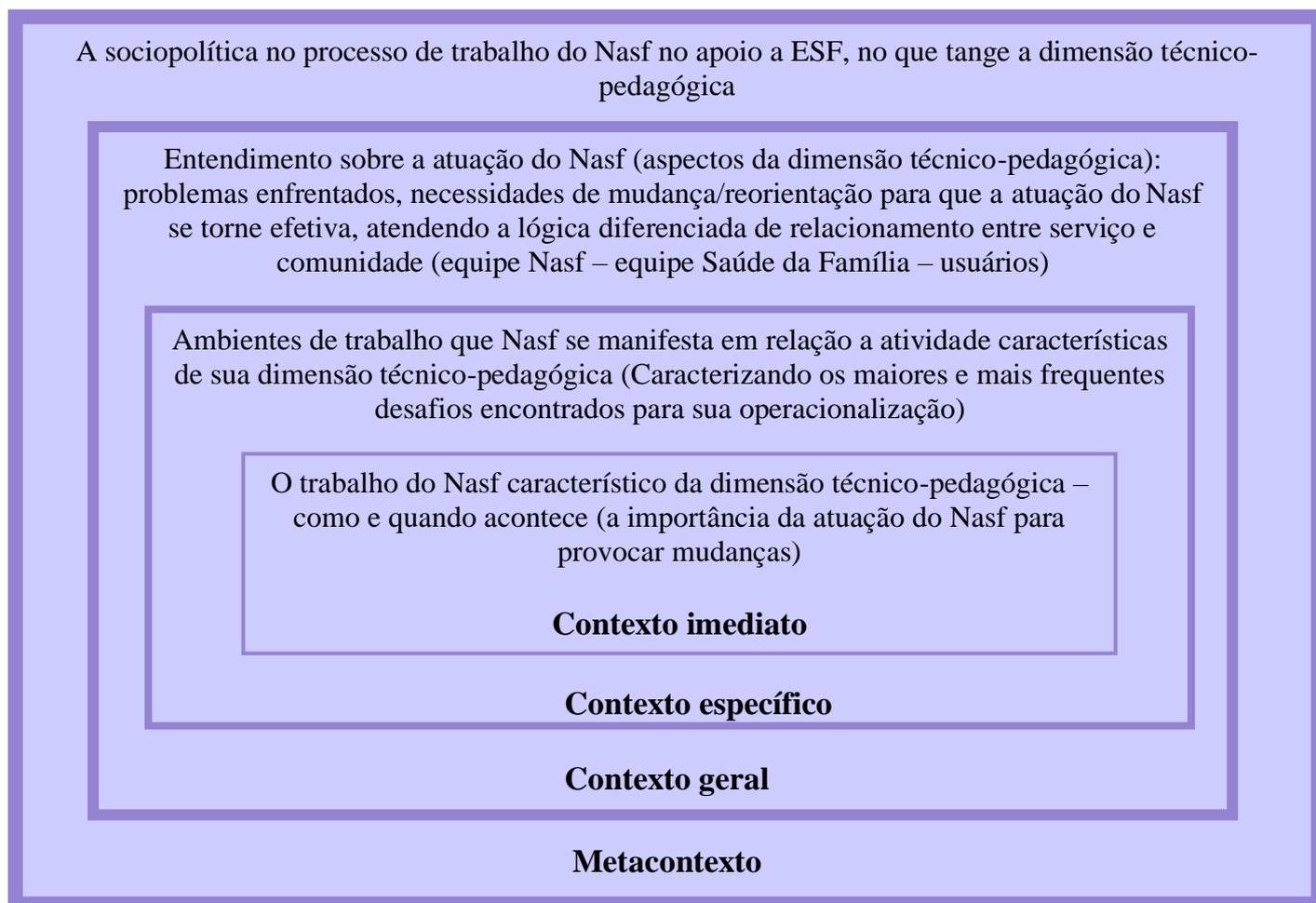


Fonte: Elaborado pela autora a partir do referencial da Análise de Contexto (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992)

No estudo, a análise contextual foi organizada de modo a inter-relacionar cada nível com o contexto implicado. Considerando que os níveis são interativos e não estáticos e/ou isolados, adota-se a apresentação dos contextos em subtemas para que possa atingir o meio Gestalt² do fenômeno.

²Teoria que considera os fenômenos psicológicos como totalidades organizadas, indivisíveis,

Figura 2. Esquema para representação das camadas contextuais da atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no que tange a dimensão técnico-pedagógica. Sobral. Ceará. Brasil. 2017.



Fonte: Elaborada pela autora.

"Seja em lugares remotos ou em cidades populosas, todos trabalhamos e lutamos pelo mesmo objetivo fundamental. Enquanto o fazemos, não podemos esquecer que é importante seguir um Método correto para atingir nosso objetivo – Pois o Método é que é importante"

Dalai Lama

Capítulo 5

5.1 Metodologia

A investigação científica fundamenta-se na lógica da metodologia empírica (POPPER, 2003), visto que é caracterizada como um procedimento sistemático e reflexivo que objetiva a aquisição do conhecimento por meio da descoberta de fatos e/ou leis (ANDEREGG, 1978; COLLINS; HUSSEY, 2005). Assim, a pesquisa intenta proporcionar respostas aos problemas propostos, quando não se tem informação, ou quando a informação disponível está desorganizada, não sendo possível relacioná-la com o problema (GIL, 2010).

A partir do objeto apresentado nos capítulos anteriores e dos objetivos da pesquisa que apresentam a dimensão técnico-pedagógica do processo de trabalho do NASF enquanto prática colaborativa da ESF como foco deste estudo, optou-se pelo método de estudo de caso múltiplos para guiar o desenvolvimento desta investigação.

5.1.1 Tipologia do estudo

Para apreender o contexto processo de trabalho dos trabalhadores do NASF, adotou-se como procedimento metodológico o estudo de caso, que se trata de “uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, numa perspectiva holística, sendo que os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2015, p.4).

O estudo de caso é usado, em muitas situações, para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionais. É um método de pesquisa comum na psicologia, sociologia, ciências políticas, antropologia, assistência social, administração, educação, enfermagem e planejamento comunitário (YIN, 2015).

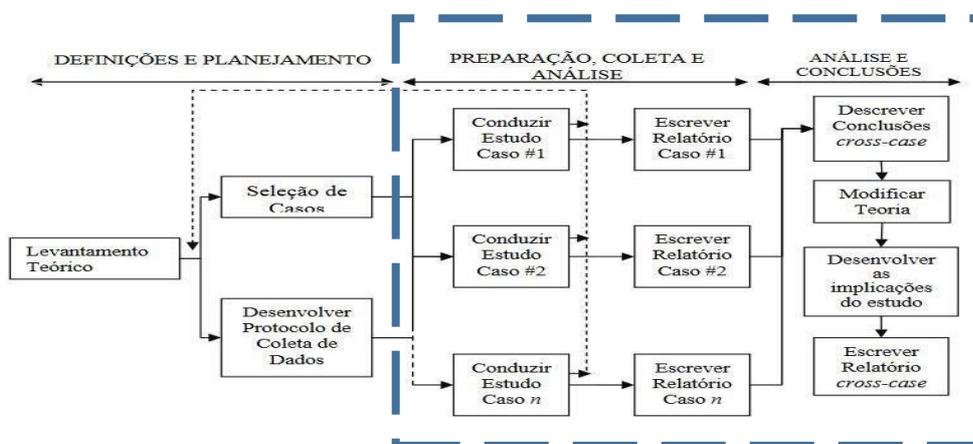
Ressalta-se que o estudo de caso como método refere-se à escolha de um determinado objeto a ser estudado, e não apenas a uma escolha procedimental. Podendo esse objeto ser uma pessoa, um programa, uma instituição, uma empresa ou um determinado grupo de pessoas que compartilham o mesmo ambiente e a mesma experiência (STAKE, 1994). A principal diferença entre o estudo de caso e outras possibilidades de pesquisa é o foco de

atenção do pesquisador que busca a “compreensão de um particular caso, em sua idiossincrasia³, em sua complexidade” (STAKE, 1994, p.256).

Yin (2015) enfatiza ser a estratégia mais escolhida quando é preciso responder a questões do tipo “como” e “por quê” e quando o pesquisador possui pouco controle sobre os eventos pesquisados. Do pressuposto, o estudo caso visa descrever um fenômeno dentro do seu contexto, ou seja, intenta transcender as condições contextuais em relação ao ‘caso’, uma vez que, o limite entre o caso e o contexto não é rígido (YIN, 2015). Esta técnica demonstra ainda que o investigador se preocupa com os processos sociais que ocorrem em determinado contexto de uma forma mais intensa do que com a relação entre as variáveis (MERRIAM, 2008).

Nesse estudo, adotou-se a variante estudo de casos múltiplos que apresenta unidade única de análise e possibilita cobrir uma quantidade indeterminada de casos, e destes poder apresentar um conjunto único de conclusões de “*cross case*”⁴ (cruzamento de casos). A Figura 3 ilustra o processo de condução de estudos envolvendo casos múltiplos a partir do referencial de Yin (2015).

Figura 3. Esquema gráfico de condução de estudos de casos múltiplos a partir do referencial de Yin. Sobral. Ceará. Brasil. 2017.



Fonte: YIN (2015, p. 64).

Os estudos de casos múltiplos partem de uma perspectiva descritiva e analítica que permite aprofundar o conhecimento da realidade, oferecendo elementos teóricos para

³ Maneira de ver, sentir, reagir peculiar a cada pessoa; característica peculiar do comportamento de uma pessoa ou grupo. (LAROUSSE BRASIL, 2008, p.431).

⁴ Cruzamento, misto (entre A e B) dos casos (OXFORD, 2013).

compreender as motivações e razões dos fenômenos em questão (YIN, 2015; GIL, 2008; GIL, 2010).

5.1.2 Natureza do estudo

Os fenômenos humanos compreendem como parte da realidade social o sujeito que age e pensa sobre aquilo que ele faz, e interpreta suas ações dentro e a partir da sua trajetória de vida compartilhada com seus semelhantes (MINAYO et al, 2013). Considerando o exposto e o objetivo do estudo em analisar o fenômeno da dimensão técnico-pedagógica no processo de trabalho do NASF no apoio a ESF, é que se elegeu a abordagem qualitativa para o desenvolvimento desse estudo.

Segundo Denzin e Lincoln (2006), está na sociologia a origem da pesquisa qualitativa, em seu estudo da vida de grupos humanos e na antropologia, com o início dos métodos de trabalho de campo. Para estes autores, a investigação qualitativa deve ser compreendida como um terreno ou uma arena para a crítica científica social e não apenas como um tipo específico de teoria social, metodologia ou filosofia.

A pesquisa qualitativa não busca enumerar ou medir os eventos estudados, não aplica instrumental estatístico na análise dos dados, mas sim, parte de questões de interesses amplos, que vão se definindo na medida em que o estudo se desenvolve. “Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995 p. 58) ”.

Minayo (2013) contribui com exposto descrevendo a intencionalidade das pesquisas qualitativas que busca compreender questões que ocupam, nas ciências sociais, certo nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa que a pesquisa qualitativa consiste em “trabalhar no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, e das atitudes” (MINAYO et al, 2013 p. 21). Assim, o objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (MINAYO et al, 2013). Se adequando desta forma ao intento deste estudo de entender o fenômeno implicado na relação de trabalho enquanto processo social influenciado pelo contexto no qual ocorre.

5.1.3 Cenário do estudo

O estado do Ceará está localizado na região Nordeste do Brasil, limitando-se ao Norte com o Oceano Atlântico; ao Sul com o Estado de Pernambuco; a Leste com os Estados do Rio Grande do Norte e Paraíba e a Oeste com o Estado do Piauí. A área total do Ceará é de 148.825,6 km², o que equivale a 9,57% da área pertencente à região Nordeste e 1,74% da área do Brasil. Desta forma, o Ceará tem a quarta extensão territorial da região Nordeste e é o 17º entre os estados brasileiros em termos de superfície territorial (IPECE, 2017).

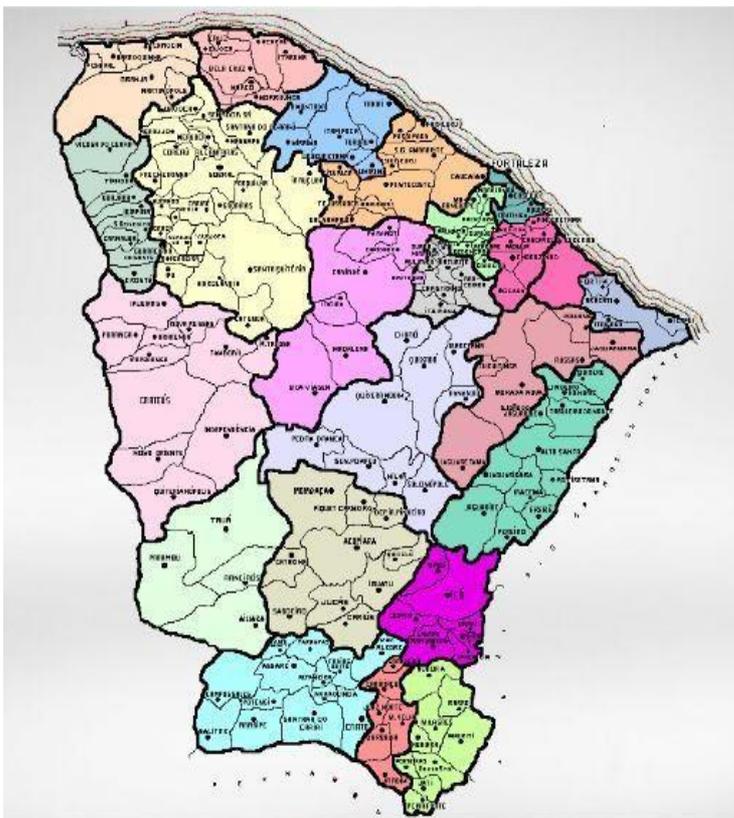
No que tange a divisão político-administrativa, o estado é composto por 184 municípios. Que no contexto da saúde tem a regionalização⁵, uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. No Ceará essa se encontra representada por 22 regiões⁶ de saúde como disposto na Figura 4 (CEARÁ, 2017).

Estas foram definidas, segundo decreto nº 7.508 de junho de 2011, como espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011c).

Figura 4. Distribuição fisiográfica das 22 regiões de saúde do estado do Ceará segundo Plano Diretor de Regionalização de 2014. Sobral. Ceará. Brasil. 2017.

⁵ O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2002, p. 9).

⁶ A região é a que se vincula ao funcionalismo, vendo o espaço como um sistema de fluxos onde cada parcela ou subsistema desempenha um conjunto específico de funções. Aparecem as regiões funcionais, inspiradas também na teoria do lugar central de Christaller, onde um centro polarizador urbano estende seu raio de influência sobre um espaço regional, admitindo zonas de sobreposição com outras regiões funcionais (HAESBAERT, 2005. p. 12).



Fonte: Secretária Estadual da Saúde do Ceará, 2017.

E estas 22 regiões de saúde estão organizadas em cinco (5) macrorregiões de saúde: Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri (Figura 5), onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde (SES) do Ceará (CEARÁ, 2017).

Figura 5. Divisão do Estado do Ceará em Macrorregiões de Saúde segundo Plano Diretor de Regionalização de 2014. Sobral. Ceará. Brasil. 2017.



Fonte: Secretária Estadual da Saúde do Ceará, 2017.

O estado do Ceará tem seu processo de regionalização datado da década de 1990, a perspectiva da regionalização em curso na época no estado, foi construída em decorrência das influências de um cenário nacional de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, acrescido do fato de que muitos militantes da Reforma Sanitária do Ceará estavam engajados na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) ou em alguns municípios do estado. Tal tensionamento possibilitou a construção da regionalização sob uma perspectiva de fortalecimento do protagonismo municipal tendo como base as orientações normativas do Ministério da Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2015).

Mesmo em contextos histórico-estruturais desfavoráveis, como é o caso do Ceará, apresentam ganhos de institucionalidade. A governança coordenada-cooperativa, estabelecida no plano estadual, aferida pela configuração de um quadro político-institucional estável,

capaz de mobilizar diferentes atores políticos, criar arranjos para articulação entre eles e definir uma direção (ou rumo) para o processo de regionalização, ajudam na compreensão desses avanços (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011; VIANA; LIMA, 2011).

A política de regionalização do estado do Ceará foi bastante fortalecida nos últimos anos por meio de investimentos financeiros estaduais e apoio no custeio de equipamentos de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, tendo como referência o espaço territorial correspondente às macrorregiões de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2015).

Considerando o exposto, de forma a delimitar o cenário do estudo optou-se dentre as macrorregiões de saúde, a macro Sobral, em virtude de a ela pertencer a cidade Sobral tida como pólo para os demais municípios que integram esta macrorregião de saúde. Em virtude ainda de Sobral possuir destaque no contexto histórico das políticas públicas no Brasil.

Para compreensão do contexto do NASF, elencou-se como Caso 1 deste estudo o município de Sobral por toda representatividade histórica já exposta, por este ser sede macrorregional, constituída pelas regiões de saúde de Sobral, Tianguá, Crateús, Camocim e Acaraú, das quais as três primeiras são as que apresentam maior quantidade de municípios da macrorregião; que influenciou na escolha dos casos 2, o município de Crateús, e 3 o município de Tianguá. Infere-se sobre estes, que ambos são sede de regiões de saúde, respectivamente 15ª e 13ª região de saúde (Região de saúde de Sobral é composta por 23 municípios; Região de Saúde de Crateús é composta por 11 municípios; Região de Saúde de Tianguá é composta por 8 municípios). Na qual permitiu uma inferência analítica do quase todo do contexto de atuação do NASF da macrorregião de saúde. Justifica-se ainda a escolha destes por apresentarem cobertura de NASF de até 70% dando garantia do espelho de atuação do NASF. A opção pelo corte de 70% foi feita com base na existência de estudos de impacto do PSF que utilizam esse parâmetro, o que facilitou a comparação dos resultados a literatura.

5.1.4 Coleta das informações

As evidências de um estudo de caso podem vir de várias fontes, mais especificamente podemos considerar seis fontes de evidência potencialmente relevantes (a documentação, os registros de arquivos, as entrevistas, as observações diretas, a observação participante e os artefatos físicos) cada uma apresentando pontos fortes e fracos em seu processo (YIN, 2015).

Considerando tais pontos, suas características, neste estudo optou-se por três destes tipos de evidências, as fontes documentais, a observação direta e a entrevista utilizando como técnica o grupo focal.

Quadro 2. Tipos de evidências do estudo e seus pontos fortes e fracos. Sobral. Ceará. Brasil. 2017.

| Fonte de Evidência | Pontos Forte | Pontos Fracos |
|---------------------------|---|--|
| Documentação | <ul style="list-style-type: none"> - Estável (pode ser revista repetidamente); - Discreta (não foi criada em consequência do estudo de caso); - Ampla cobertura (longo período de tempo, muitos eventos, muitos ambiente). | <ul style="list-style-type: none"> - Recuperabilidade (pode ser difícil de encontrar); - Seletividade parcial, se a coleção for incompleta; - Parcialidade do relatório (reflete parcialidade do autor); - Acesso (pode ser negado deliberadamente). |
| Observação direta | <ul style="list-style-type: none"> - Urgência (cobre eventos em tempo real); - Contextual (cobre o contexto do caso). | <ul style="list-style-type: none"> - Consome tempo; - Seletividade (ampla cobertura e difícil sem uma equipe de observadores); - Reflexividade (evento pode prosseguir diferentemente por que está sendo observado); - Custo (horas necessárias pelos observadores humanos). |
| Entrevistas | <ul style="list-style-type: none"> - Direcionadas (focam diretamente os tópicos do estudo de caso); - Perceptíveis (fornecem explicações, bem como visões pessoais como por exemplo percepção, atitude e significados). | <ul style="list-style-type: none"> - Parcialidade (em casos de questões mal articuladas); - Parcialidade da resposta; - Incorreções devido à falta de memória; - Reflexividade (o entrevistado dá ao entrevistador o que ele quer ouvir). |

Fonte: YIN (2015, p.110)

Inicialmente foi identificado em cada município a coordenação do NASF. Seguiu-se com contatos a estas e ou seus representantes. Os contatos permitiram a apresentação do objetivo da pesquisa e o itinerário metodológico com consequente desdobramento realizou-se

o agendamento da fase de observação. Foram agendadas visitas para observação (observação do processo de trabalho da coordenação e observação do trabalho da equipe NASF) e apazamento das datas para realização dos grupos focais com a eNASF e eSF. Tal planejamento é concernente ao que é considerando em estudos de casos, os quais ocorrem no contexto do mundo real, e cria-se a oportunidade para observações diretas, fontes frequentemente útil e importante que proporcionam informações adicionais sobre o tópico estudado (YIN, 2015).

No momento de observação foram identificados e acessado ainda documentos como relatórios de atividades, relatório de reuniões e programação de ações. Para a pesquisa de estudo de caso, o uso mais importante dos documentos é para corroborar e aumentar a evidência de outras fontes, em virtudes de esses proporcionar detalhes específicos que podem corroborar com outros achados (YIN, 2015).

Todas as visitas para observação, previamente comunicadas a coordenação do NASF e da AB, foram realizadas em dias de rotina normal das equipes e dos coordenadores sendo orientadas por um roteiro dirigido (APÊNDICE 1). O roteiro foi construído a partir da adaptação do instrumento de avaliação externa para os NASF do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), tendo como base as diretrizes operacionais do trabalho do NASF. Foram realizados três (3) dias de observação em cada um dos municípios, totalizando nove (9) dias.

Após realizada as observações, partiu-se para última etapa da coleta de dados, as entrevistas, na qual utilizou-se a modalidade dos grupos focais. Yin (2015) considera as entrevistas como uma das mais importantes fontes de informação para o estudo de caso. No que tange a técnica de grupo focal, esta permite compreender processos de construção de realidade por determinados grupos sociais pequenos e homogêneos (GATTI, 2012), apesar de que na sua abrangência não há uma homogeneidade total, uma vez que se trata de pessoas e suas singularidades.

Permitindo nível de segurança entre os participantes, à medida que, esta técnica seja identificada como uma opção atraente para aqueles que de outra forma são isolados ou para os que anseiam pela oportunidade de falar com outras pessoas que se encontrem na mesma situação que eles, especialmente quando não há grupos de apoio (BARBOUR, 2009).

Gaskel (2010) e De Antoni et al. (2001) acrescentam que estar em grupo proporciona troca de experiências entre os participantes e o compartilhamento de suas implicações em

torno de um determinado fenômeno. A dinâmica do grupo promove um efeito que é maior do que a soma de suas partes: ele se torna uma entidade em si mesma, de forma que as informações trazidas pelos participantes podem ser identificadas como dadas do grupo.

Para condução dos grupos focais foram observadas as orientações de Barbour (2009) garantindo a flexibilidade de condução destes. Foram realizados no total seis (6) grupos focais, dois (2) por município, sendo um com equipe do NASF identificada pela coordenação deste e o outro com uma eSF que tivesse àquela equipe NASF como referência de apoio de modo a garantir e preservar todas as informações obtidas pela técnica, os grupos focais foram gravados, e sua operacionalização foi orientada um roteiro (APÊNDICE 2) composto por quatro tópicos de questionamentos que intuía para obtenção do contexto do processo de trabalho do NASF em apoio a eSF no que tange a dimensão técnico - pedagógica.

Para cada município caso do estudo foi elaborado um quadro descritivo dos dados conforme as fontes e tipos de evidências identificadas e observações destas como exemplificado no Quadro 3.

Quadro 3. Representação descritiva da coleta de dados por município caso do estudo. Sobral. Ceará. Brasil. 2017.

| Município caso do estudo | Tipo de Fonte | Observação sobre a fonte |
|---------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Sobral | | |
| Crateús | | |
| Tianguá | | |

Fonte: Elaborada pela autora.

Infere-se que a condução dos grupos focais foi realizada, seguindo orientações propostas por Barbour (2009) contendo em sua constituição pessoas chave responsável pela moderação, os participantes devem ser guiados por um moderador ou facilitador que introduz o tópico para discussão e ajuda o grupo a participar.

É interessante que o pesquisador defina o real objetivo do grupo para não gerar confusão, frustração, perda de tempo e resultados não desejados ou incorretos. Os moderadores das discussões têm como objetivo estimular e viabilizar a participação dos sujeitos no grupo, servindo de apoio para que todos possam expressar suas opiniões,

entendimentos, angústias, desejos e prazeres a respeito do tema proposto, sempre com foco nas questões mais pertinentes (DAWSON; MANDERSON; TALLO, 1993).

Além do moderador a condução do grupo contou com pessoas responsáveis pela organização da dinâmica de condução do grupo, outra responsável pela cronometragem do tempo, e um específico para relatoria.

Obedeceu-se ainda a proposição do quantitativo mínimo de cinco (5) e o máximo de doze (12) participantes, adequação do local com acústica favorável (BARBOUR, 2009).

5.1.5 Análise das informações

Entendendo o fenômeno proposto e materializado pelo processo de trabalho dos profissionais que constituem o NASF, que atuam de forma a apoiar, ou seja, como uma referência técnico-pedagógica para a equipe de saúde da família.

Adotou-se como referencial de análise para o estudo a Técnica de Análise Contextual proposta por Hinds, Chaves e Cypress (1992) para compreender o fenômeno a partir dos níveis contextuais definidas em quatro camadas interativas distintas entre si: o contexto imediato, o contexto específico, o contexto geral e o metacontexto. Esclarece-se que estas camadas diferem entre si pelo modo como compartilham o significado, indo do individual até o universal, possibilitando a análise dos aspectos conceituais através da interpretação dos resultados.

5.1.6 Aspectos éticos

Este estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 e todas suas complementares do CNS/MS. Todo projeto de pesquisa que se propõe a trabalhar com seres humanos apresenta implicações éticas que necessitam ser discutidas e adequadas para sua execução. Para se cumprir as determinações éticas previstas, é necessário observar rigorosamente as recomendações contidas na Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012b).

O estudo inicialmente foi apresentado na reunião da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) regional, que contou com a representação de todos os representantes regionais de cada um dos municípios identificados como 'casos' do estudo, a esse foram apresentados

os objetivos e relevância do estudo e solicitada anuência da gestão municipal para o desenvolvimento do estudo, através da assinatura da Carta de Anuência (APÊNDICE 3). Em seguida o projeto passou pela etapa de qualificação a qual foram integrados ajustes solicitados pela banca de avaliação. Após foi então submetido a do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA com CAAE de número 55722916.1.0000.5053 e após avaliação emissão de Parecer Nº 1.633.555/2016 (ANEXO 1) permitindo a consecução do estudo.

Cabe ao centro de pesquisa proteger a privacidade dos participantes, limitando o uso de informações sobre os mesmos. Antes da inclusão no estudo, de informações quanto ao por que, como e quais os dados necessários, foi dado a todos os participantes o direito preservado de participar ou não do estudo, informado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 4) que foi previamente aprovado pelo CEP e continha todos os detalhes técnicos e éticos do estudo.

Ressalta-se que a Universidade Federal do Ceará foi identificada como centro pesquisador responsável pela coordenação operacional do estudo, uma vez que a pesquisadora é discente do Programa de Pós-Graduação vinculada a esta instituição. Estando, portanto, sob a sua responsabilidade, coordenar o desenvolvimento do protocolo nesta instância, o que inclui a coleta de dados, disponibilização de materiais técnicos necessários, preparação do dossiê regulatório visando à garantia de qualidade dos dados coletados, organização e fechamento do estudo, ficando ainda como responsável pelo banco de dados. Ressalta-se que o estudo contou com o apoio e colaboração do LABSUS, laboratório a qual a pesquisadora é vinculada, na coleta dos dados. Além do apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com auxílio de bolsa durante o desenvolvimento do estudo.

“O rio atinge seus objetivos porque aprendeu a contornar obstáculos.”

Lao-Tsé

Capítulo 6

6.1 Resultados e Discussão

De modo a permitir uma compreensão e melhor impressão visual dos Casos, assim como o contexto no qual o objeto deste estudo está ancorado; e, considerando, também, o referencial teórico-metodológico serão apresentados, inicialmente, os três casos que compõem este estudo, seguido do *cross case* (análise cruzada dos casos), *com vistas a conferir maior densidade na análise dos resultados*. Desta forma, a dimensão pedagógica nos processos de trabalho dos NASF são analisadas nas quatro camadas de contexto elencadas no referencial orientador, identificadas como:

- Contexto Imediato – Visibilidade do NASF como apoio pedagógico a equipe Saúde da Família
- Contexto Específico – Território: desafios e potencialidades para a operacionalização do processo de trabalho do NASF
- Contexto Geral - Processo de trabalho colaborativo do NASF
- Metacontexto –Rupturas paradigmáticas na saúde rumo a integralidade da atenção

6.1.1 As Identidades dos Casos Estudados

6.1.1.1 O Caso do NASF Sobral

As origens de Sobral remontam ao primeiro quartel do século 18, quando fugitivos de invasores estrangeiros do litoral do Nordeste se embrenhavam pelo interior cearense, instalando-se às margens dos rios Jaguaribe e Acaraú. Criado inicialmente povoado de Caiçara (A palavra Caiçara, em língua indígena, significa, segundo o escritor José de Alencar "o que se faz de pau queimado") que em 1773 é elevado a condição de vila adquirindo a denominação de Vila Distinta e Real de Sobral com sua sede na povoação de Caiçara, passando a município em 1779 com denominação de Fidelíssima Cidade Januária de Acaraú adquirindo a denominação definitiva de Sobral (Sobral - atribui-se a Carneiro de Sá, ouvidor do Ceará, português, oriundo do Distrito de Sobral, pertencente à Freguesia de Vizeu, ao norte de Portugal. A palavra, de origem latina, quer dizer abundância de souvereiro, espécie de árvore de cujo tronco se extrai a cortiça) em 1842 (IBGE, 2017a).

Localizado na zona norte do estado do Ceará, o município de Sobral dispõe de uma

área de unidade territorial de 2. 122,897 km² e densidade demográfica de 88,67 hab/km². Com uma população estimada em 203.682 habitantes e um PIB per capita a preços correntes de 17.138,29 reais (IBGE, 2016).

O cenário apresenta algumas particularidades no que tange a implantação do NASF e na forma de gestão da saúde. Sobral, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2002 encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, conferindo a Secretaria da Saúde do Município a responsabilidade pela gestão do sistema local de saúde. Seguindo uma lógica de funcionamento ancorada em estratégias como a Promoção da Saúde e a Estratégia Saúde da Família, tendo como base constituinte de organização do sistema os territórios de atuação das equipes de saúde da família (SOBRAL, 2017).

Em 1995, o Governo do Estado do Ceará, através de sua Secretaria da Saúde, definiu o Programa Saúde da Família (PSF) como sendo um programa estruturante por viabilizar a inversão do modelo de atenção à saúde até então predominantemente - centrado na doença, com enfoque individual. Em termos de princípios norteadores, o PSF, em nível estadual, adotou a universalização, a equidade, a integralidade da atenção, fortalecendo as ações de promoção e prevenção das doenças e a participação da comunidade. Como princípios organizativos foram adotados: impacto; orientação por problema; intersetorialidade; planejamento e programação local; hierarquização; autoridade local sanitária; coresponsabilidade; intercomplementariedade; integralidade; adstrição; heterogeneidade e realidade (BARRETO et al, 1999).

No que concerne à organização da ESF do município de Sobral, este a partir de abril de 1998, criou paulatinamente trinta e uma equipes de Saúde da Família, compostas cada uma de um médico, um ou dois profissionais de enfermagem, auxiliares de enfermagem e Agentes comunitários de Saúde (ACS), totalizando 77 profissionais de nível superior, cobrindo aproximadamente 100% da população do município. Atualmente o Sistema de Saúde de Sobral (SSS) conta com uma série de serviços na Atenção Primária à Saúde, dos quais merecem destaque para este estudo: o sistema conta com 35 Centros de Saúde da Família (CSF), distribuídos pela sede e distrito. São 63 equipes de Saúde da Família, 44 equipes de Saúde Bucal (eqSB), 06 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, 03 equipes de Atenção Domiciliar e 02 Academias da Saúde, garantindo uma cobertura de 100% da ESF na sede e distritos (SOBRAL, 2016; SOBRAL, 2017).

A figura a seguir apresenta uma topografia da ESF do município de Sobral com

do estudo. Sobral. Ceará. Brasil. 2017.

| Natureza de Fonte | Tipo de Fonte | Observações sobre as fontes |
|--------------------------|--|---|
| Documental | <ul style="list-style-type: none"> - Relatórios de reunião de equipe; - Registros fotográficos de ações de educação em saúde com grupos de idosos, gestantes, hipertensos e diabético. - Relatório de planejamentos de ações; - Drive virtual; - Fichas do e-SUS; | <ul style="list-style-type: none"> - Fontes de acesso livre aos profissionais do NASF. Em sua maioria armazenados no DRIVE, principalmente os relatórios das reuniões mensais com todos profissionais que compõe as seis equipes NASF do município e registros fotográficos. - As fichas do e-SUS por representar um consolidado das ações da ABS, devendo ser preenchida por todos os profissionais da ESF (eSF, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, equipe de Saúde Bucal – eqSB, e equipe NASF), no que compete ao NASF verificou-se o preenchimento das ações principalmente aquelas de atividades coletivas como ações de educação em saúde, assim como Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Registra-se também àquelas atividades de atendimento individual pertencente ao campo clínico assistencial do processo de trabalho destes profissionais. |
| Observação Direta | <ul style="list-style-type: none"> - Observação do trabalho da coordenação do NASF; - Três dias de observação do trabalho colaborativo do NASF com a eSF do PSF terrenos Novos; | <ul style="list-style-type: none"> - O município dispõe de uma profissional de nível superior contratada e com experiência, a qual é responsável pelo gerenciamento do NASF. Destaca-se que esta acumula outras funções como administração de duas academias da saúde instaladas no município. Rotineiramente a coordenação realiza acompanhamento do trabalho desenvolvidos pelos profissionais nos territórios da ESF, assim como as demandas apontadas pela coordenação da ABS. |

| | | |
|-------------------|--|---|
| | | - No que tange o trabalho desenvolvido pela equipe NASF foi observado momentos colaborativos de apoio pedagógico com a eSF no planejamento da criação de um grupo específico voltado para atenção à saúde da criança (necessidade identificada e compartilhada pela eSF para a eNASF). Também foi observado um encontro com o grupo de atividade funcional composto por 30 mulheres. Além de um momento de educação permanente que acontece mensalmente nos CSF, e uma visita domiciliar compartilhada entre eSF e equipe NASF 3. |
| Entrevista | - Grupo focal com profissionais que compõe a equipe 3 do NASF Sobral. - Grupo focal com profissionais da equipe da ESF do PSF dos Terrenos Novos, a qual tem como referência a equipe 4 do NASF Sobral. | Os grupos focais foram realizados em dias distintos e em local e horário previamente agendado com os participantes. Inicialmente realizou-se o grupo focal com a equipe NASF 4. Em segundo realizou-se o grupo focal com eSF do CSF dos Terrenos Novos 1. |

Fonte: Elaborada pela autora.

6.1.1.2 O Caso do NASF Crateús

A denominação do nome Crateús para o Município foi oficializada em 1889. A palavra, na linguagem dos índios Tapuios significa KRATÉ (coisa seca) e YU (lugar muito seco). A denominação lembra KARATEÚ, tribo indígena detentoras das terras de Crateús pertenciam a esse povo). Essa palavra tem origem indígena e na linguagem dos índios Tupis é composta por uma mistura estranha das palavras CARÁ que significava "Batata" e TEU, que significava "Lagarto". Já na linguagem dos índios Tapuios, pertencentes à tribo Cariris, a palavra é o resultado da soma de outras pequenas palavras: KRA, que significava "seco", juntou-se a TE, para formar KRATÉ - coisa seca ou lugar seco - e a YU, lugar muito seco. Portanto, a origem provável e que mais se aproxima da realidade do município é Karateú, tribo indígena a quem pertenciam às terras que originariam a cidade, oficialmente no dia 15

de novembro de 1911 (CRATEÚS, 2017).

Em 1832, o povoado já crescido, passou à Vila, denominado Príncipe Imperial. Algumas décadas depois, em 1880, é que o município de Crateús passou a fazer parte do Estado do Ceará, trocados pelas terras onde se situam o antigo Porto de Amarração. Só em 1911 Crateús passou a categoria de cidade. Crateús teve uma grande importância na história política, geográfica e econômica do Ceará. Em 1880, uma lei imperial incorpora o município cearense de Amarração (hoje, Luiz Correia) ao território piauiense. Em troca, o município de Príncipe Imperial, que hoje são as cidades de Crateús e Independência, passa à jurisdição do Ceará (CRATEÚS, 2017).

Segundo dados do IPECE (2014) o município de Crateús possui uma área territorial de 2.985,143 km². Localiza-se no interior do Estado do Ceará, região administrativa 13, macrorregião Sertão dos Inhamuns, mesorregião Sertões Cearenses e microrregião Sertão de Crateús. Limita-se ao Norte com os municípios de Tamboril e Ipaporanga; ao Sul com os Municípios de Novo Oriente e Independência; ao Leste com o Município de Independência e Tamboril e ao Oeste com o município de Poranga e o Estado do Piauí. Crateús está situado a 274,7 m de altitude, a 350 Km de Fortaleza e tem as coordenadas: 5° 10' 42" Latitude (S) e 40° 40' 39" Longitude (WGr). O clima predominante é o tropical quente semi-árido, tendo pluviosidade anual média de 731,2 mm e temperatura média entre 26 a 28°.

Cerca de 67,1% da população reside na zona urbana, sendo 51,28% de mulheres e taxa de alfabetização de 69,7%. No último censo (2010) apresentava uma população composta por 72.812 habitantes, com estimativa de 74.350 habitantes para 2016 (IBGE, 2017b).

Crateús é o município sede da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado do Ceará, sendo referência na atenção secundária para a população dos municípios que a compõem, abrangendo uma população total de 288.462 habitantes (CRATEÚS, 2017).

A rede de serviços de atenção e assistência do sistema local de saúde constitui-se de serviços de atenção primária (ESF), secundária (Policlínicas, Centro de Reabilitação, Unidades de referência ambulatorial) e terciária (Hospital São Lucas). No que concerne à atenção básica para além dos CSF composto pela equipe básica (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS) possui dois NASF cadastrados que servem de referência para a sede do município. A ESF do município apresenta 19 CSF distribuídos entre sede (09 CSF) e zona

rural (10 CSF), totalizando 23 eSF e um escopo de 172 ACS (CRATEÚS, 2017; BRASIL, 2017a).

Crateús conta com uma equipe NASF composta por fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, assistente social, pediatra e fisioterapeuta.

Figura 7. O Município de Crateús no contexto político do Estado do Ceará. Sobral. Ceará. Brasil, 2017.



Fonte: CRATEÚS, 2017.

A seguir tem-se a síntese descritiva com os achados sobre o processo de trabalho do NASF de Crateús segundo as fontes de informação identificadas.

Quadro 5. Síntese descritiva das fontes identificadas na coleta de dados do município ‘Caso 2’ do estudo. Sobral. Ceará. Brasil. 2017.

| Natureza de Fonte | Tipo de Fonte | Observações sobre as fontes |
|-------------------|---|--|
| Documental | <ul style="list-style-type: none"> - Relatórios de reunião de equipe; - Relatório de atividades individual; - Agenda de atendimento; -Relatório de planejamentos de atendimentos; | <ul style="list-style-type: none"> - Os documentos ficam armazenados no Centro de reabilitação o que parece facilitar o acesso, uma vez que, os profissionais ficam diariamente no local realizando a maioria de suas atividades que se constituem de atendimentos. - As fichas do e-SUS AB no que |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| | <p>- Fichas do e-SUS;</p> | <p>compete ao NASF verificou-se similaridade com o caso 1 e 3 do estudo, nela ocorre o preenchimento das ações principalmente aquelas de atividades coletivas como ações de educação em saúde. Registra-se em especial neste caso os atendimentos individuais (clínico-assistencial) que são mais presentes nas atividades diárias dos profissionais do NASF Crateús.</p> <p>- Verificou-se agendamentos constantes. Cada profissional tem sua agenda na qual são aprazadas as consultas.</p> <p>- No início de sua implantação a cada primeiro dia útil do mês os profissionais se reuniam com a “coordenadora” momento no qual todos recebiam um relatório coletivo contendo todas as ações realizadas, que então era analisada e avaliada coletivamente. Entretanto, no momento atual, apenas prezam pela manutenção da agenda mensal, sem a rotina da atividade de análise e avaliação das ações, cada um recebe uma planilha na qual vê suas atividades, assim como planeja as demais.</p> <p>- Verificou-se registro de atividades de educação em saúde com grupo em um dos CSF, entretanto este no momento se encontra desativado.</p> |
| <p>Observação Direta</p> | <p>- Observação do trabalho da coordenação do NASF;</p> <p>- Três dias de observação do trabalho colaborativo do NASF com a eSF;</p> | <p>- O município dispõe de uma profissional de nível superior responsável pela coordenação da Atenção Básica que assume também a responsabilidade de acompanhar o trabalho do NASF no município, além de atuar na assistência [durante a observação a coordenadora realizou algumas consultas de pré-natal].</p> |

| | | |
|-------------------|--|---|
| | | <p>- Não tem um cargo específico de coordenação do NASF [a coordenadora da AB expressou a necessidade de uma pessoa específica para atividade, pois nem sempre era possível acompanhar o trabalho desenvolvido pelos profissionais do NASF].</p> <p>- O NASF I [equipe observada] é composto por um psicólogo, um fisioterapeuta, um nutricionista, um assistente social, um fonoaudiólogo e um educador físico, vale ressaltar que o educador físico é profissional compartilhado pelas duas eNASF do município.</p> <p>- O processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais do NASF foi observado que estes dispõem de sede com instalação fixa no centro de reabilitação, na qual cada profissional conta com uma sala para realizar seus atendimentos. Também é realizado entre os profissionais do NASF estudos de casos e atendimento compartilhado conforme a necessidade. Contudo, não há um planejamento em conjunto de ações técnico-pedagógicas com a eSF, devido à incompatibilidade de datas para realização de reuniões.</p> <p>- Algumas vezes são realizadas visitas domiciliares, mas não é algo frequente, justificada pela dificuldade de transporte, porque o Centro de Reabilitação fica localizado em um ponto afastado da cidade.</p> |
| Entrevista | <p>- Grupo focal com profissionais que compõe a o NASF de Crateús.</p> <p>- Grupo focal com profissionais da equipe da</p> | <p>Assim como os demais casos do estudo, os grupos focais foram realizados em dias distintos e em local e horário previamente agendado com os participantes.</p> |

| | | |
|--|------|---|
| | ESF. | Inicialmente realizou-se o grupo focal com os profissionais do NASF de Crateús. Em seguida realizou-se o grupo focal com eSF. |
|--|------|---|

Fonte: Elaborado pela autora.

6.1.1.3 O Caso do NASF Tianguá

Localizado na microrregião da Ibiapaba, mesorregião do Noroeste Cearense. Sua denominação advém do topônimo “Tianguá”, que quer dizer raízes de sua história e de sua cultura. Um termo aportuguesado dos vocábulos tupi “Tyanha” gancho e “Guaba” água, que quer dizer o gancho (forquilha) que se prende as águas, em alusão ao rio Tianguá (riacho que passa ao sul da cidade) e seus afluentes (TIANGUÁ, 2017).

O município apresenta uma densidade demográfica de 75,80 hab/km² dispostos em uma área territorial de 908,888 km². Sua população segundo censo de 2010 era de 68.892 hab, com uma estimativa de 74.107 habitantes para o ano de 2016 (IBGE, 2010).

Encontra-se subdividido em oito (08) unidades, sendo a sede e mais sete distritos: Arapá, Pindoguaba, Caruataí, Tabáinha, Itaguaruna, Acarape e bela Vista. No que tange a organização da ESF do município esta conta com 27 CSF e um quantitativo de 27 eSF. Apresentando ainda NASF implantado desde 2009, no qual constitui-se de duas equipes responsáveis em apoiar as equipes de saúde da zona urbana (sede). O município ainda dispõe de outros dispositivos de saúde tais como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital, centro de reabilitação e policlínica (TIANGUÁ, 2017).

Abaixo tem-se a síntese descritiva segundo as fontes identificadas para compreensão do fenômeno que é processo de trabalho do NASF em apoio a eSF, no que tange a dimensão técnico-pedagógica.

Quadro 6. Síntese descritiva das fontes identificadas na coleta de dados do município ‘Caso 3’ do estudo. Sobral. Ceará. Brasil. 2017.

| Natureza de Fonte | Tipo de Fonte | Observações sobre as fontes |
|-------------------|---|---|
| Documental | <ul style="list-style-type: none"> - Relatórios de reunião de equipe; - Registro fotográfico; - Relatório de planejamentos | <ul style="list-style-type: none"> - Os documentos ficam armazenados e organizados em uma sede compartilhada com o CRAS do município. Com acesso livre para todos os |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| | <p>de atendimentos e atividades pedagógicas (atendimento coletivo, grupos, educação permanente, estudos de caso);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relatório de indicadores; - Fichas do e-SUS; - Agenda com cronograma de reunião (semanal e mensal); - Fichas de sessão educativa; | <p>profissionais do NASF.</p> <ul style="list-style-type: none"> - As fichas do e-SUS por representar um consolidado das ações da ABS, devendo ser preenchida por todos os profissionais da ESF (eSF 'médico, enfermeiro, técnico de enfermagem', equipe de Saúde Bucal – eSB, e equipe NASF), no que compete ao NASF verificou-se assim como os demais casos 1 e 2 do estudo que o preenchimento das ações principalmente aquelas de atividades coletivas como ações de educação em saúde, os PTS. E atividades de cunho clínico-assistencial como os atendimentos individuais. - Existe um cronograma de encontros mensais com todos os profissionais do NASF (eNASF 1 e 2) utilizada tanto para planejamento, avaliação e monitoramento das ações. Os profissionais ainda mantem uma agenda semanal (todas as segundas-feiras) para discutir e organizar tudo que será feito no decorrer da semana. - Outra forma de registrar as ações com os usuários é a ficha de sessão educativa, na qual teve-se acesso a uma ficha que continha o relato de um encontro pedagógico de educação em saúde para os usuários. |
| <p>Observação Direta</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Observação do trabalho da coordenação do NASF; - Três dias de observação do trabalho colaborativo do NASF com a eSF; | <ul style="list-style-type: none"> - No município o NASF dispõe de espaço físico, onde também funciona o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). - O município dispõe de um profissional de nível superior responsável pela coordenação do NASF, assim como apresentado o caso 1. <p>No que tange o trabalho desenvolvido pelos profissionais</p> |

| | | |
|-------------------|--|--|
| | | <p>do NASF foi observado dentre as atividades visitas domiciliares e atividade de educação em saúde com grupo de idosos. Eles realizam atendimento individuais no concerne a dimensão clínico-assistencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais apresentam integração com os usuários [perceptível no decorrer da visita as unidades e a comunidade]. - Foi observado durante uma visita realizada a uma paciente com Lesão Por Pressão (LPP) a integração do NASF com a eSF e familiares da paciente. Com orientações sobre o cuidado compartilhadas por ambos os profissionais [promoção da autonomia do usuário no cuidado]. - Uma dificuldade observada está relacionada ao deslocamento dos profissionais, haja vista os CSF serem distantes e o município não ter no momento um transporte permanente à disposição dos profissionais. |
| Entrevista | <ul style="list-style-type: none"> - Grupo focal com profissionais que compõe a o NASF de Tianguá. - Grupo focal com profissionais da equipe da ESF. | <ul style="list-style-type: none"> - Assim como os demais grupos focais, no município de Tianguá, estes foram realizados em dias distintos e em local e horário previamente agendado com os participantes. Neste caso o grupo focal com a eSF ocorreu inicialmente em virtude de adequação a agenda e posteriormente realizou-se com os profissionais da eNASF. |

Fonte: Elaborado pela autora.

6.1.2 Cross Case dos Casos

Partindo do que foi traçado como objeto deste estudo e considerando que diante

deste existe um contexto, no qual Hinds, Chaves e Cypress (1992) considera relevante para compreensão de qualquer fenômeno objeto de pesquisa. De modo que o subdivide em quatro camadas interativas e distintas entre si.

Seguindo esta perspectiva, apresenta-se o desenho das camadas contextuais conforme identificadas e nomeadas anteriormente. Os subtemas identificados conformando as camadas contextuais nos permite uma compreensão do fenômeno do processo de trabalho colaborativo do NASF como apoio técnico-pedagógico à eSF expressos na Figura 8.

Figura 8. Camadas contextuais da atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no que tange a dimensão técnico-pedagógica. Sobral. Ceará. Brasil. 2017.

Rupturas paradigmáticas na saúde rumo a integralidade da atenção

- Mudanças no contexto epidemiológico das condições de saúde e doença;
 - Reformulação do modelo de atenção à saúde;
 - Estratégia Saúde da Família como porta de entrada;
- O NASF como ferramenta importante na garantia da integralidade da saúde;

Processo de trabalho colaborativo do NASF

- Fragilidade na integração equipe NASF e eSF;
 - Elo fortalecido entre NASF e comunidade;
- Ações resolutivas e melhoria da qualidade da assistência;

Território: desafios e potencialidades da operacionalização do processo de trabalho do NASF

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Condições de trabalho com necessidade de melhoria; - Necessidade de requalificação profissional; - Necessidade de fortalecimento do elo equipe NASF e eSF; | <ul style="list-style-type: none"> - Visão com resquício do assistencialismo; - Salas para atendimento; - Território como espaço para desenvolvimento das ações; - Uso de dispositivos sociais; |
|--|---|

Contexto Imediato: Visibilidade do NASF em apoio pedagógico a equipe Saúde da Família

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Dinamicidade de agenda; - Atividades coletivas com usuários e eSF; - Suporte pedagógico; - Atendimento especializado; | <ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento do fazer do NASF no campo técnico-pedagógico pela eSF; - Resquícios de modelo clínico-assistencialista; |
|--|--|

Contexto imediato

Contexto específico

Contexto geral

Metacontexto

6.1.2.1 Contexto Imediato – Visibilidade do NASF como apoio pedagógico a equipe Saúde da Família

Os Núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria e de forma colaborativa aos profissionais da eSF. Compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da eSF (SOUZA, 2013).

Dentre as responsabilidades do NASF, este deve elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização de suas atividades, através de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículo de informação. Além de materiais educativos acerca das áreas de atenção do NASF que são nove (Atividade física e práticas corporais; Saúde da criança/adolescente e do jovem; Saúde Mental; Reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; Alimentação e nutrição; Serviço social; Saúde da Mulher; Assistência farmacêutica e Práticas integrativas e complementares) (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Em linhas gerais, o NASF integra a atenção básica, e atua considerando todos e quaisquer momentos do ciclo de vida das pessoas do seu território adscrito. Não excluindo, como possibilidade de intervenção qualquer faixa etária ou grupo populacional específico.

O NASF de Sobral foi implantado em 2008, mesmo ano de lançamento da portaria de institucionalização dos NASF no Brasil. Sendo considerado um dos primeiros municípios do país a implantá-lo, assim como opção de escolha do MS como cenário de validação do Caderno de Atenção Básica com as Diretrizes do NASF. Orientado pelas experiências obtidas pelos Núcleos de Atenção Integral a Saúde da Família (NAISF) baseado pela Portaria nº 1.065, de 04 de julho de 2005. No qual, os resultados dessa experiência antecessora ao NASF serviu de base para a implantação deste como proposta nacional, assim como teve importante papel na consolidação de diversas categorias profissionais no município (BRASIL, 2005; SOUZA, 2013).

No que tange o processo de implantação dos NASF dos municípios de Crateús e Tianguá, ambos apresentaram registros de implantação datado do ano de 2009. Quando verificado os dados no portal do departamento da atenção básica, verifica-se registro do ano de implantação da portaria de institucionalização do NASF (BRASIL, 2017a)

Na intenção de promover um suporte ‘apoio’ técnico-pedagógico, com retaguarda especializada, à eSF foi identificado dentre as ações do NASF Sobral, Crateús e Tianguá atividades como realização de Projeto Terapêutico Singular (PTS), reuniões de planejamento

da criação e acompanhamento de grupos, atividades físicas e práticas corporais com intuito de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos usuários, atendimento compartilhado durante visita domiciliar, assim como discussão de temáticas identificadas a partir de necessidade previamente identificada pela eSF e atendimentos clínico assistenciais individuais programados com prevalência dessas ações no município de Crateús.

Tais aspectos nos denotam como e quando o apoio pedagógico implicado pelo processo de trabalho do NASF ocorre para e com a eSF, contribuindo na integralidade das ações, na resolutividade das ações da ESF, melhorando a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Os NASF respondem aquilo proposto em suas diretrizes, transpondo o percebido durante seu processo de implantação, à medida que este demonstra visualidades de um processo de trabalho na qual vê-se a superação de uma lógica fragmentada da saúde, colaborando na construção de uma rede de atenção e cuidados de forma corresponsabilizada com a eSF (BRASIL, 2010). Ademais faz-se necessário ainda um realinhamento da compreensão do fazer do NASF de modo a superar os resquícios de visão fragmentada da saúde ainda perceptível.

Inferese que logo da chegada das equipes NASF nos Centros de Saúde da Família em Sobral, esse processo foi marcado pela intensa demanda de atendimentos individuais especializados e pela dificuldade de instaurar as ações de apoio matricial. Às eSF não compreendiam em sua totalidade a importância e dinâmica do processo de trabalho do NASF (SOUZA, 2013).

Ainda neste contexto, apesar de os profissionais dos NASF compreenderem e trabalharem orientados por diretrizes, desenvolvendo um trabalho dialógico com o que é proposto por essas. As eSF ainda apresenta algumas imparcialidades na compreensão do apoio desenvolvido pelo NASF, ou seja, daquilo que compete ao NASF, dentro da dimensão técnica-pedagógica, na qual podemos perceber pelos relatos obtido pelo grupo focal realizado com profissionais da eSF.

“(...) então assim, eu fico até meio assim de falar do NASF como um todo, do trabalho deles, porque eu não tenho contato com todos da equipe, eu tenho contato com alguns, em relação mesmo a participar de grupos, de atendimentos [...] eles realizam ações de educação em

saúde com a população (...)”

“(...) o processo de trabalho do NASF é bom, em algumas categorias [profissionais que compõe a equipe NASF Sobral]. Nem todas demonstram maior interesse nas consultas, mas eu encaminho eles [usuários] para algumas consultas [...] e a população gosta e pede para ser encaminhada principalmente para a nutricionista (...)”

Falas da eSF do Município caso 1.

“Como a equipe é multiprofissional [NASF] né e a gente trabalha na nossa comunidade com várias problemáticas, tanto que todas as horas a gente vê, tem a questão psicológica, a questão da assistente social, todos vão prestar serviço para várias famílias, então a gente tendo o NASF como ponto de referência a gente encaminha (...)”

“E a questão da divisão do trabalho, porque a equipe de saúde da família ela é muito sobrecarregada, então o NASF, assim, veio como um apoio, uma divisão do trabalho”

Falas da eSF do Município caso 3.

“O que eu sei é o que tem na portaria que eles têm que nos apoiar. O quê que acontece aqui é que Eles funcionam como uma clínica de reabilitação, atendem lá mesmo. ”

“Quando eu preciso de fisioterapia eu faço uma ficha de referência e encaminho para o Centro de Especialidade de Barreiras, lá que tem a central de marcação. Eles marcam [profissional do CSF responsável pela marcação das consultas] não sei se é para policlínica, não sei se é para o NASF (...)”

Falas da eSF do Município caso 2.

Grande parte dos desafios vividos quanto à efetivação de políticas e de boas práticas

em saúde, especialmente na APS, encontra em sua raiz, uma ingerência ou incompreensão sobre o comportamento colaborativo. Do ponto de vista do planejamento e gestão, torna-se fundamental lançar um olhar investigativo sobre os processos de trabalho das equipes de saúde, voltando-se para questões interacionais e cotidianas, que possam suscitar novos elementos para intervenções nesta área (ARAÚJO, 2012).

Deve-se compreender que o NASF integra à ABS, que este foi instituído para contribuir na abrangência, qualidade, integralidade e resolutividade das ações na atenção primária, apoiando as eSF. Como já posto, sabe-se que o apoio do NASF se dá em duas dimensões (clínica-assistencial e técnico-pedagógica). Mas que para a eSF em Sobral percebe-se um olhar mais voltado para a dimensão clínica assistencial e isto é sentido pelos profissionais do NASF, que busca ir aos poucos provocando reflexões e adentrar na dimensão pedagógica e apontam a necessidade de conhecimento do fazer deles pela eSF.

“(...) assim em relação à equipe [eSF] quando a gente chega na unidade ela se sente muito órfã, de outras especialidades, então ela vê ali um nutricionista, ela vê o fisioterapeuta, lógico que ela vai querer que a gente fique muito na parte clínico – assistencial, então ela vai encaminhar para nutricionista, vai encaminhar, então assim, nosso trabalho é o tempo todo assim, até as vezes a gente fica na clínico assistencial, mas sempre vamos tentando voltar para técnico – pedagógico, a gente chama, vamos rever, olha o que a gente fez, vamos pensar juntos, o que a gente pode está fazendo (...)”

“(...) vejo que algumas equipes [eSF] ainda não entenderam esse contexto de apoio, então, eu sugiro que leia, busque um pouquinho mais os referenciais teóricos [orientadores do NASF], para entender um pouquinho o que é o papel do NASF, quem eu sou né, que função eu desempenho naquele processo de organização de serviço, pelo menos.

Falas da eNASF do município caso 1.

“A inserção da gente, é uma inserção mínima, eu acho que a gente não tem tanto acesso e eles os profissionais da estratégia saúde da família também não tem tanto interesse de nos explorarmos como os profissionais para dar suporte as atividades deles, uma orientação

pedagógica, um apoio mesmo quando tem algum caso que a gente possa discutir e se autoajudar, eu acho que o interesse é mínimo, segundo o que eu vejo aqui, o interesse maior é encaminhar para a gente atender.”

Falas da eNASF do município caso 2

O NASF não deve ser visto como uma retaguarda composta de profissionais multidisciplinares na qual a eSF pode encaminhar para um atendimento apenas, mais do que isto eles trabalham de modo a promover a autonomia dessa equipe. Em que a partir de uma necessidade apontada ambos possam dialogar na construção de uma prática coletiva.

Assim, a partir das demandas e necessidades identificadas a cada momento, o NASF pode atuar tanto para apoiar as equipes na análise dos problemas e na elaboração conjunta de propostas de intervenção, quanto diretamente na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, quando se fizer necessário, de modo integrado e corresponsável. Além disso, o NASF também pode (e às vezes precisa) apoiar a organização do processo de trabalho das equipes apoiadas (BRASIL, 2014).

Essa primeira aproximação com a camada contextual trás na evolução das ações descritas aquilo implicado ao imediatismo do como e quando o apoio técnico-pedagógico do trabalho do NASF acontece, destacando ações do ato imediato do apoio técnico-pedagógico realizado pela equipe NASF em suporte a eSF, na qual percebe-se uma invisibilidade desse apoio pedagógico. Hinds, Chaves e Cypress (1992) inferem o imediatismo como principal característica da primeira camada de contexto (Contexto Imediato), em que nesta está implicado aquelas ações relevantes no estudo da compreensão do fenômeno, elas estão focadas no presente, identificadas a partir da observação do ato imediato daquilo que é observado, permitindo ainda ao pesquisador facilidades na predição de como o fenômeno em questão se comporta.

6.1.2.2 Contexto Específico – Território: desafios e potencialidades para a operacionalização do processo de trabalho do NASF

A busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser, portanto, um processo em construção, sendo a eSF um campo fértil para o fomento da atenção integral. Em tal contexto, as equipes dos NASF deverão atuar em conjunto com as eSF, apoiando-as

para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos (BRASIL, 2009).

Para além da integralidade, outros princípios e diretrizes orientam as ações desenvolvidas pelo NASF, com reflexos no processo de trabalho das eSF, dentre esses aponta-se o território.

O território, é um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder, constitui-se de referência estrutural e tecnológica. É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global. Como decorrência, as eSF precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades, figurando-a como algo vivo e dinâmico (BRASIL, 2009. p.18).

No que se refere as questões relativas à infraestrutura, à logística o NASF em cada município deve ser provido de referências para seu funcionamento, segundo o MS, tais como:

- Definição de que o processo de trabalho do NASF será pautado pela lógica do apoio matricial às eSF, não se constituindo como ambulatório específico ou porta de entrada (embora possa também fazer atendimentos).
- Previsão de que o horário de trabalho do NASF seja coincidente com o das eSF vinculadas, possibilitando o trabalho integrado e compartilhado neste ponto de atenção.
- Definição de que o NASF, como uma equipe, possui internamente semelhanças (papéis comuns) e diferenças (papéis específicos). Uma das consequências práticas disto é que, apesar de requerer planejamento e comunicação (em especial gestão da agenda e de deslocamentos), o tipo, a frequência e a duração das atividades de cada profissional do NASF em uma UBS não são necessariamente iguais e simultâneos. A integração da equipe não se reduz, nem necessariamente requer que todos estejam juntos o tempo todo, embora sejam necessários espaços e momentos de encontro de todos.

Os documentos apontam que em todos os municípios casos o processo de implantação partiu de iniciativa de projeto municipal alinhado com a Portaria GM nº. 154/08, e que passaram por processo aprovação no Conselho Municipal de Saúde (CMS)

É necessário que os profissionais disponham de área física, equipamentos e materiais adequados para a realização de ações técnico-pedagógicas, socio sanitárias e clínico-

assistenciais (como atendimentos específicos individuais, atividades educativas com a população e atividades de educação permanente com os profissionais das equipes vinculadas), podendo ser desenvolvidas na própria UBS ou em espaços comunitários do território (BRASIL, 2014b).

Dentre os espaços disponíveis pelos profissionais do NASF de Sobral, em particular, contam com salas compartilhadas com a eSF, quando da necessidade de atendimento individual. O que propicia um sistema de aproximação entre eNASF e eSF para as relações de trabalho. No entanto, isto para os profissionais configura-se como um desafio em virtude de constituir-se como fator dificultador para algumas ações que poderiam ser mais resolutivas.

“ (...) uma dificuldade que a gente tem é de realmente ter um espaço, para desenvolver condutas mais resolutivas, sem precisar ficar desgastando o usuário de tanto vai e vem, troca de sala”

Fala da eNASF do município caso 1.

“(...) as vezes quando eu procuro eles [profissionais do NASF] não estão na unidade.”

Fala da eSF do município caso 1.

Quando considerado os NASF de Crateús e Tianguá estes ficam em ambiente desagregado da eSF, uma vez que acabam ficando em espaço físico fora dos CSF. O que dificulta a locomoção quando da realização de atividades colaborativas como a exemplo de visitas domiciliares. Além do sentimento de pertencimento, o que tem influência direta nas ações colaborativas, planejamento e construção de estratégias de educação em saúde e o próprio apoio pedagógico.

“Como nossas coisas ficam longe dos CSF que a gente apoia, dificulta um pouco (...), mas a gente vai, as vezes não tem transporte então temos que mudar o dia, agendar para outro dia(...)”

Fala da eNASF do município caso 2.

“Nós atendemos, realizamos atendimento no centro de reabilitação (...) fica distante das unidades [CSF] que a gente está como referência para apoio. ”

Fala da eNASF do município caso 3.

Outro desafio implicado no contexto do processo de trabalho do NASF relaciona-se a compreensão do fazer deste pela eSF e também pelos usuários.

“(...) o nosso processo quanto equipe multiprofissional, dentro do contexto do saúde da família, que realmente é uma dificuldade que não entendem, quem são aquelas pessoas que não têm uma sala definida, quem são aqueles ali que não estão as 40 horas naquele centro de saúde, quem são aquelas pessoas que anda em grupo ‘todo mundo agregado’, junto, trabalhando nesse contexto.”

Fala da eNASF do município caso 1.

Existem também espaços coletivos do Centro de Saúde onde são realizadas atividades como ações de educação em saúde e educação permanente com os profissionais da eSF. Outro espaço na qual é utilizado para atividades é a própria comunidade que dispõe de dispositivos sociais como igreja e associações comunitárias que colaboram com a disponibilização do espaço. Infere-se aqui que espaço, território, não se delimita a concepção de estrutura física, ele é muito mais amplo dinâmico.

“(...) uma atividade que ajudam bastante é no Programa de Saúde na Escola, que muitas vezes eles dão o apoio, ele vai junto com a gente, fazer as atividades, realizar palestras, eles também dão esse apoio (...) outra atividade que a gente vê eles fazendo é o grupo de hipertenso, eles dão palestras e também se tem algum momento que a gente necessite como data específica, por exemplo, outubro rosa, novembro azul, dia internacional da mulher, então a gente sempre conta com a ajuda e a presença deles pra essas atividades (...)”.

Fala eSF do município caso 2.

“(...) datas relacionadas a campanhas que o Ministério da Saúde coloca pra gente durante o ano, a gente apoia [apoia as eSF] em relação à realização de ações educativas na comunidade [ações acontecem em um salão de uma igreja] porque o espaço aqui [no CRAS] é pequeno, (...) tem o programa PSE que a gente vai para as escola”.

Fala eNASF do município caso 3.

“Nós estamos no território, na rua, na comunidade sabe realizando o grupo com os idosos, na caminhada (...)”.

Fala eNASF do município caso 1.

A normatização relativa à organização da atenção básica refere-se constantemente à adscrição de clientela, espaço territorial, área de abrangência, termos estes que remetem à demarcação do território de atuação. Essa compreensão assume dois enfoques que se referem tanto à interação da população, suas relações sociais e econômicas que interferem no seu processo saúde-doença, como também à necessidade de criar as condições para promover o controle, a regulamentação, o monitoramento e a organização do território para intervir nos problemas e nas necessidades de saúde apresentadas pela população (GONDIM et al., 2008).

Isso reforça a ideia de que o trabalho voltado ao território ultrapassa a concepção de espaço como extensão geográfica e político-operativo do sistema de saúde. Uma das premissas para os profissionais de saúde que se inserem na ESF é o conhecimento do território e a valorização das práticas locais, conectando a sua atuação às dinâmicas de vida da comunidade, a identificação do processo saúde e adoecimento relacionado a fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais, políticos, entre outros, valorizando a história da comunidade numa concepção ampliada de saúde (DIAS; DIAS, 2010)

O processo de trabalho na ESF deve utilizar o território como cenário de práticas para articulação entre as ações preventivas e de promoção da saúde; para tanto, a atuação intersetorial passa a ser um dos pressupostos do trabalho que defende a concepção ampliada de saúde (DIAS; DIAS, 2010).

No que refere as tecnologias do processo de trabalho o NASF Sobral, assim como os demais, dispõe de materiais para desenvolvimento das ações de saúde, sua organização se dá por intermédio de relatórios. Sobral em específico apresenta um DRIVE na internet que ajuda na construção do relatório, assim como no monitoramento das agendas, na qual são compartilhados por todos os profissionais do NASF as ações e demandas, relatórios de planejamento por equipe e geral, relatório individual de ações por profissional. Coerente com o proposto em suas diretrizes de operacionalização e relevante pois os instrumentos e recursos tecnológicos são importantes para articulação e intervenção no processo de trabalho em saúde (COURA, 2013).

6.1.2.3 Contexto Geral - Processo de trabalho colaborativo do NASF

O trabalho em saúde requer permanentemente um fazer/refazer de sua práxis. A complexidade envolvida exige um trabalho multiprofissional atuando em um mesmo campo e direcionados para os mesmos objetivos (PONTES, 2016).

No campo da ciência, a categoria trabalho tem sido objeto de estudos há vários anos. Teorias defendem e comprovam que os processos de trabalho e seus modos de produção determinam relações de poder e subordinação, valores e comportamentos de uma sociedade e os modos de enfrentamento das situações consideradas adversas ao bem-estar do homem (VIEIRA, 2008).

Nossas vidas de trabalho são organizadas em ambientes coletivos e através de um processo constante de interação com outras pessoas. Vivemos a maior parte de nossas vidas nos relacionando por meio de organizações sociais, trabalhando, aprendendo, consumindo e produzindo bens, serviços e produtos. Relação sociedade – organizações do trabalho debatida sob várias perspectivas em várias disciplinas como sociologia, filosofia, economia, psicologia e administração, assim como alguns autores clássicos como Weber e Marx (ARAÚJO, 2012).

Um grande desafio no campo da saúde é a simultaneidade a produção do bem/produto/ação em saúde e o consumo em ato (PONTES, 2016). Nesse campo, Mendes (1998) tece algumas discussões e amplia a análise do processo de trabalho em saúde para o campo teórico conceitual da intencionalidade. O autor fundamenta a tese de que a intencionalidade no trabalho em saúde cria e constrói novas ferramentas e estratégias e potencializa os recursos disponíveis.

Nesta perspectiva, as equipes, e não mais os indivíduos isoladamente, tem se constituído como unidades básicas de trabalho, requerendo novas maneiras de lidar com as pessoas e cuidar das organizações (CHIAVENATO, 2004). Cada indivíduo contribui decisivamente e singularmente na “construção” de seus processos de interação social (GUESSER, 2003).

O NASF se constitui como um recurso para a mudança do modelo de prática, em um contexto, ainda, marcado pelo modelo biomédico de atenção. Por reforçar a necessidade da articulação do conhecimento nas equipes de saúde, do aprimoramento da interação entre os integrantes das equipes, do desenvolvimento de novos conhecimentos e da prática de novos processos de trabalho (PONTES, 2016).

O processo de trabalho em saúde, o reconhecimento dos sujeitos envolvidos e a própria definição do que se constitui como trabalho em equipe, atuação multiprofissional, constituem-se em estratégias que tendem a possibilitar uma atuação em saúde mais resolutiva e contextualizada segundo as necessidades trazidas pelos usuários no âmbito da saúde. De modo que este processo de trabalho objetiva a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (PONTES, 2016)

Para além do trabalho em equipe, a ação multidisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional de reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que então inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/família é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes multi e interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre diferentes fatores que interferem no equilíbrio saúde-doença (SAITO, 2008).

Percebe-se ainda dificuldades de comunicação entre eSF e equipe NASF, talvez implicado pelo desconhecimento do papel do NASF pela eSF já exposto nas camadas contextuais anteriores.

“(…) a comunicação existe, pouco, mas existe. Eu corro e bato na porta quando por exemplo uma gestante precisa de uma consulta, as vezes nem tão bem recebido, mas eu insisto nessas interconsultas, principalmente a parte nutricional (…)”

Fala eSF do município caso 1.

“A inserção da gente, é uma inserção mínima, eu acho que a gente não tem tanto acesso e eles os profissionais da estratégia saúde da família também não tem tanto interesse de nos explorarmos como os profissionais para dar suporte as atividades deles (…)”

Fala da eNASF do município caso 3.

“(…) às vezes eles dão informes repassam cronograma, essas coisas (…)

Eu vejo a equipe do NASF lá, só que eu nem sei quem é a minha equipe, eu não sei se sou 1 ou se sou 2. Só sei que é do NASF do município.

Fala da eSF do município caso 2.

Uma das exigências para oferecer respostas adequadas às necessidades de saúde da população é o trabalho associado interdependente, em regime de cooperação, seja em uma unidade isolada (equipe) ou em uma organização, instituição ou sistema (LEARTHARD, 2003).

Considerando este contexto e a necessidade prática, os NASF enquanto equipes multiprofissionais que funcionam como uma estratégia de apoio às eSF, com a grande missão de desenvolver a integralidade e auxiliar no desenvolvimento da interdisciplinaridade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Visam contribuir com o aumento da resolutividade da ESF, não assumindo o lugar de porta de entrada do sistema, mas atuando de forma integrada à rede de serviços e em conjunto com a ESF (BRASIL, 2008).

Uma maior variedade de profissionais na equipe de saúde modifica a estrutura do trabalho, mas não garante, por si só, a mudança requerida no processo de trabalho e a qualificação da assistência (SHAW et al, 2005). Para tanto, é preciso avançar na compreensão do processo nas equipes de saúde, olhando para o trabalho e a maneira como os profissionais cooperam entre si (SILVA, 2005; FRANCO e MERHY, 2007), a fim de subsidiar a gestão dos serviços de saúde.

Inferese que esta camada de contexto se constitui de uma organização pessoal de eventos ou comportamentos e significados associados desenvolvidos com o tempo, podendo ser mutável.

6.1.2.4 Metacontexto – Rupturas paradigmáticas na saúde rumo a integralidade da atenção

Esta camada de contexto representa a fonte de saber socialmente construída, operando continuamente sob uma perspectiva social geralmente compartilhada. Nela reside a fonte de explicação e uma influência indireta sobre os comportamentos e eventos (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1998).

No âmbito científico e social, um paradigma configura-se como um padrão que deve ser seguido englobando valores, crenças e teorias compartilhadas, recebendo influência dos fatores econômicos, políticos, culturais e sociais em vigor (SANTOS; AZEVEDO; COSTA; MEDEIROS, 2013). O paradigma reafirma as realizações científicas que são reconhecidas universalmente por algum tempo, fornecendo problemas e soluções para uma comunidade praticante de uma ciência (KUHN, 2005).

Ao tecer comentários sobre processos históricos, faz-se necessário destacar que estes não se dão de forma linear ou brusca, uma vez que são constituídos por situações que se desenvolvem concomitante e/ou transitoriamente, marcadas por avanços e retrocessos (SANTOS; AZEVEDO; COSTA; MEDEIROS, 2013).

Com a imersão do positivismo, o início do Século XIX, influenciado pelos mecanismos de produção capitalista, relacionado a divisão e especialização no trabalho e, conseqüentemente, na ciência (SANTOS; AZEVEDO; COSTA; MEDEIROS, 2013). Na área da saúde, o paradigma positivista focalizava os fenômenos biológicos e individuais, marcado por uma crença absoluta na medicina para erradicar as doenças, menosprezando o senso comum da população (MINAYO, 2010).

No entanto, a partir do Século XX, o positivismo dominante começa a ser questionado, vivenciando assim, uma crise. Diante do contexto de crise, se faz necessário buscar novos princípios para guiar a ciência e, assim, novos estudos emergiram buscando a valorização do homem, da ética e da biodiversidade em prol de uma sociedade mais saudável nas relações entre a humanidade e o ambiente (SANTOS; AZEVEDO; COSTA; MEDEIROS, 2013).

Novas concepções sanitárias foram se constituindo, como o pensamento sistêmico o qual apresenta um olhar mais abrangente e complexo que atravessa as interconexões entre o biológico, o social e o ambiental, de maneira a permitir a integração das questões de saúde coletiva e individual, constituindo uma atuação transdisciplinar das práticas em saúde entre os agentes sociais (MINAYO, 2010).

No Brasil, esse momento de crise paradigmática na saúde está presente, predominantemente, no Movimento da Reforma Sanitária, iniciado no final da década de 1970 e, teve seu auge com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em Brasília, em 1986. Desta conferência, a saúde passa a “ser direito de todos e dever do estado” e tem seu conceito ampliado para além da ausência de doenças. Concorde-se que deste movimento resulta a Nova Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, e dela originando-se o SUS através do qual se busca superar o paradigma flexneriano que não atende mais as necessidades de saúde da população (SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011).

Passados alguns anos da institucionalização do SUS, então em 1994 por iniciativa do MS institui-se a ESF, vertente brasileira da APS, com o intuito de prover as melhorias a saúde

e a qualidade de vida dos cidadãos, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua em todo o território nacional.

Da mesma forma, é um suposto que sua implantação em larga escala seja capaz de reverter uma lógica histórica de atenção à saúde no Brasil, pautada em modelos de atenção médico-privatista e sanitarista (MENDES, 1996; PAIM, 1999), possibilidade que está condicionada ao modo de operar o Programa de Saúde da Família, de forma a originar novas práticas de atenção pautadas em modelos de promoção da saúde.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente (MENDES, 2015).

De modo que a interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (MENDES, 2015).

Diante deste cenário, tornou-se necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011).

As situações de saúde e adoecimento nesse nosso país continental são díspares e, assim, a para as doenças definidas pelo perfil epidemiológico da população e outras que, frente à globalização, emergem e reemergem fazendo com que a população apresente uma pluralidade de agravos à saúde, surgem os problemas de violência, de saúde mental, pobreza, uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, acidentes externos, entre outros (FIGUEREDO, 200?).

Partindo desta realidade tão complexa, vê-se a necessidade de um olhar multifacetado, em que diferentes profissionais possam apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, garantindo a continuidade e a integralidade da atenção. De onde adentra ao contexto os NASF, elemento contribuinte no cumprimento dos três papéis essenciais da APS: resolutividade, coordenação e responsabilização (BRASIL, 2008). Com inúmeras e

complexas responsabilidades, das quais orientam-se por uma agenda de trabalho que privilegie atividades pedagógicas e assistenciais (BRASIL, 2011).

Neste contexto paradigmático de novas demandas exigidas do processo de organização do sistema de saúde com base nas necessidades populacionais é que se insere o processo de trabalho do NASF com suas ferramentas de apoio, contribuindo na garantia dos papéis essenciais da APS.

*“O sucesso nasce do querer,
da determinação e persistência
em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo,
quem busca e vence obstáculos,
no mínimo fará coisas admiráveis.”*

José de Alencar

Capítulo 7

7.1 Considerações Finais

Sinaliza-se inicialmente que a modelagem de apresentação dos casos dialoga com a proposta do referencial teórico de análise, assim como o referencial metodológico de estudos de casos múltiplos com apresentação descritiva dos casos. Seguem orientados pela metodologia adotada, ou seja, para além da descrição dos procedimentos, uma articulação entre o caminho (método) escolhido para o alcance do fim proposto pela pesquisa e a escolha teórica na abordagem do objeto em estudo.

No contexto da Atenção Básica temos a ESF, ordenadora do cuidado aos usuários para o SUS, na qual surge com o objetivo desafiador de reorganizar a prática da atenção à saúde, reconhecendo, dentre outros princípios, o da integralidade na atenção, com ênfase no trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar.

Diante das mudanças na saúde, algo em processo constante remodelação, tem-se a necessidade de conhecer e compreender a integralidade e o trabalho em equipe por parte de todos os profissionais envolvidos.

Dentre estes profissionais envolvidos aqueles do NASF, que foi implantado com o intuito de contribuir na garantia desta integralidade, melhorando o acesso aos serviços na ESF, a qualidade e resolutividades dos serviços ofertados. A compreensão do contexto por trás do qual este está inserido é relevante para compreensão do processo de trabalho dos profissionais.

Neste sentido, nos casos estudados verificou-se a necessidade reorganização com vista ao melhor entendimento do fazer do NASF no que tange a dimensão pedagógica, uma vez que para aqueles que são os receptores do apoio, percebe-se uma visão desconexa como o real, ainda focada no atendimento clínico pelos profissionais do NASF. E a proposta do apoio na ESF pode contribuir para integralidade em saúde, à medida que representa um espaço para a atuação do trabalho em equipe, colaborando para a desconstrução da real fragmentação observada nas práticas assistenciais da Atenção Básica.

Reconhece-se o apoio pedagógico como uma importante ferramenta nas ações em saúde, entretanto, percebeu-se algumas dificuldades para sua operacionalização, dentre elas o trabalho em equipe, entre eSF e eNASF. Dimensões estas que devem operar colaborativamente. Infere-se aqui talvez, sob a perspectiva dos profissionais da eSF, a existência de um pensamento orientado por uma prática assistencial tradicional descolada de uma dimensão pedagógica, a qual é objeto destaque neste estudo e que esta foi a busca do

estudo.

Olhando o fenômeno através de suas camadas contextuais vê-se a necessidade de diálogo entre aqueles envolvidos (eSF e eNASF) para que se possa efetivar a proposta implicada pela política de institucionalização dos NASF. Uma vez que nos municípios casos deste estudo viu-se no fazer destes profissionais relances de uma atuação desconhecida por aqueles na qual devem trabalhar dialogicamente para garantia da integralidade das ações na atenção básica.

Alguns avanços são evidentes na compreensão deste apoio principalmente pelos profissionais que compõem os NASF dos casos estudados, seja nos processos de trabalhos em vemos nuances da incorporação da dimensão pedagógica nas ações de planejamento, no fazer também destas ações, assim como nas avaliações destas. No entanto como vimos, ainda existe a necessidade contínua de organização do processo de trabalho em saúde, com um olhar atento para a implementação da integralidade da atenção e ao trabalho em equipe integrado, pois somente a implantação desta, não assegura a desejada transformação e sendo assim precisa continuar sendo problematizado em futuros estudos.

Do exposto este estudo possibilitou melhor compreensão sobre o fenômeno estudado, a partir da análise crítica dos principais aspectos contextuais que estão envolvidos no apoio pedagógico do processo de trabalho do NASF para a eSF e suas influências. Provocando reflexão perante os desafios identificados.

Assim espera-se que este estudo, a partir de seus achados, contribua na organização do trabalho do NASF em apoio a ESF, pela compreensão dos contextos dos quais estes encontram-se relacionados. Possibilitando ser compartilhado e utilizado na reorientação.

Por fim, considera-se que se deve buscar fortalecer a integração entre os atores envolvidos, de modo que o distanciamento existente seja desconstruído, a fim de ambos colaborativamente possam de fato alcançar o proposto que é a oferta de serviços de qualidade, em tempo hábil e resolutivos na atenção básica.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Tradução da 1ª edição brasileira. 5ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ALBUQUERQUE, M.V., MELLO, G.A., IOZZI, F.L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. *In*: VIANA, A.L.D e LIMA, L.D (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p.117-172.
- ALBUQUERQUE, P.C; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** (Botucatu) [online], v.8, n.15, p.259-274. mar./ago. 2004.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.** (Botucatu) [online], v.9, n.16, p. 39-52, set. 2005.
- ANDER-EGG, E. **Introducción a las técnicas de investigación social**: para trabajadores sociales. 7. ed. Buenos Aires: Humanitas, 1978.
- ANDRADE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. C, COELHO, L. C. A. **A Estratégia Saúde da Família e o SUS**. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. 7. Ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
- ARAÚJO, E. M. D. **A dinâmica da colaboração interprofissional no contexto do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**: desenvolvimento de uma tecnologia de avaliação. 2012. 99p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2012.
- BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARRETO, I. C.H.C. et al. Residência em Saúde da Família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. **Sanare**, Sobral. v.1, ano I, n. 1, p. 18-26, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.065, de 04 de julho de 2005**. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1065_04_07_2005.html>. Acesso em 05 abr. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 154/GM de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Caderno de Atenção Básica n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. 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. 2011a. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Competências dos profissionais de nível superior na Estratégia Saúde da Família. Brasília: Universidade Aberta do SUS, 2011b. (versão preliminar).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica – AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 14 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Caderno da Atenção Básica**, n 39. Brasília: Ministério da Saúde. 2014b, 116p.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)**. Redes e Programas: Saúde Mais Perto de Você – Atenção Básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília: MS, 2015b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica. Dados quantitativos do NASF no Brasil. 2017a. Disponível em <<http://sage.saude.gov.br/#>> . Acesso em: 20 abr. 2017.

- CAMPOS, G.W.S.; DOMINITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- CEARÁ. **Microrregiões de Saúde** [Internet]. 2014. Disponível em: http://geolivres.saude.ce.gov.br/egroupware/sitemgr/sitemgr-site/?page_name=Microregioes. Acesso em: 03 jun. 2014.
- CEARÁ. **Microrregiões de Saúde** [Internet]. 2017. Disponível em: http://geolivres.saude.ce.gov.br/egroupware/sitemgr/sitemgr-site/?page_name=Microregioes. Acesso em: 03 jan. 2017.
- CHIAVENATO, I. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- CRATEÚS. Prefeitura Municipal de Crateús. Secretaria da Saúde. **Crateús** [internet]. 2017. Disponível em: <http://www.crateus.ce.gov.br/ler.php?id=8>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- COURA, A.S. *et al.* Análise contextual da consulta de enfermagem na visita domiciliar às pessoas com lesão medular. **Rev. Min Enferm**. Minas Gerais, v. 17, n. 4, p. 1000-1006, 2013.
- DAWSON, S.; MANDERSON, L.; TALLO, V.L. **A manual for the use of focus groups Methods for social research in disease**. Boston: World Health Organization, 1993.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa**. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DIAS, M. S. A.; DIAS, F.A.C. **Território, cultura e identidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.
- DI ANTONI, C. *et al.* Grupo focal: método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 53, n. 2, p. 38-53, 2001.
- DIMENSTEIN, M. *et al.* O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2009.
- FAGUNDES, A.A. **Atuação do nutricionista no Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF)**. 2013. 205 f. Tese (Doutorado) – Curso de Doutorado em Nutrição Humana, Departamento de Nutrição, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- FIELD, P.; MORSE, J. **Nurse research: the application of qualitative approaches**. Rockville: Aspen Systems, 1985.
- FIGUEIREDO, E.N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. [internet]. 200?. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidad_e05.pdf. Acesso em 18 abr. 2017.
- FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003.

- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 55- 124, 2007.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 8. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. P.64-89.
- GATTI, B. A., **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas. 2008.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5a ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GODOY, A. S. A pesquisa qualitativa e sua utilização em administração de empresas. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 4, p.65-71, jul./ago. 1995.
- GONDIM, G. M .M. *et al.* O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. 2008. In: BARCELLOS, C. et al. (Org.). **Território , ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- GUESSER, A. H. A etnometodologia e a análise da conversação e da fala. **TESE - Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Florianópolis, v.1, n.1, p.149-116, 2003. Disponível em: < www.emtese.ufsc.br>. Acesso em: 20 abr. 2017.
- HAESBAERT, R. Morte e vida da região: antigos paradigmas e novas perspectivas da geografia regional. In: SPÓSITO, E. S. (Org.). **Produção do espaço e redefinições regionais: a construção de uma temática**. Presidente Prudente: UNESP: GASPERR, 2005. p. 9-33.
- HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução Ane rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HINDS, O. S.; CHAVES, D. E.; CYPRESS, S. M. **Context as source of meaning and understanding**. Qual Health Res. vol.2, n. 1, p. 61-67, 1992.
- HUTCHINSON, S. Grounded theory: the method. 1986. In: MUNNHALL, P; OLIVER, C. (org). **Nursing research: a qualitative perspective**. Norwall: Appleton-Century-Crofts, 1986.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. Brasil: IBGE. 2010. Disponível em:
<<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2312908>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações demográficas**. Brasil: IBGE. 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v/cidades/municipio/2312909>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações demográficas**. Brasil: IBGE. 2017a. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v/cidades/municipio/2312909>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações históricas de Sobral**. Brasil: IBGE. 2017b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/ceara/sobral.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Ceará em Números**. Fortaleza, 2014.
- IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Ceará em Números**. Fortaleza, 2017. Disponível: <<http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/128x.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2017
- JAIME, P.C. *et al.* Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.**, Campinas, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-2732011000600002&script=sci_arttext>.
- KANT, I. **Crítica da razão pura**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 5ª ed, 2001.
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 9ª ed. São Paulo (SP): Perspectiva; 2005.
- KUHNS, E.; MARTORANA, S. **Qualitative methods for institutional research**. São Francisco: jossey-Bass, 1982.
- LAROUSSE BRASIL. **Minidicionário Larousse da língua portuguesa**. São Paulo: Larousse do Brasil, 2ª ed. Brasil, 2008.
- LEATHARD, A. Models for interprofessional collaboration. 2003, P. 93-117. In: LEATHARD, A. (Ed.). **Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care**. Hove: Routledge, 2003.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde**, HUCITEC, São Paulo, 1996, 300 p.
- MENDES, E.V. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.
- MERRIAM, S. B. **Qualitative research and case study applications in education**. San Francisco: Allyn and Bacon, 2008.
- MILES, M.; HUBERMAN, A. **Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods**. Beverly Hills: Sage, 1984.
- MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MINAYO. M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec., 2013.
- MISHLER, E. Meaning in contexto: is there any other kind? **Harvard Education Review**. Massachusetts, v. 49, n.1, p. 1-19, 1979. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17763/haer.49.1.b748n4133677245p>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

MUNNHALL, P; OLIVER, C. (org). **Nursing research: a qualitative perspective**. Norwall: Appleton-Century-Crofts, 1986.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexão sobre as competências profissionais para o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n.1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2017.

OXFORD. **Dicionário Oxford escolar para estudantes brasileiros de inglês**. Brazil: Oxford University Press, 2013.

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PONTES, F.C. **Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família**. 2016. 183f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2016.

POPPER, K. R. **A lógica da pesquisa científica**. 10 ed. São Paulo: Cultrix, 2003.

SAITO, E.C.C. **Políticas de Saúde: princípios, diretrizes e estratégias para estruturação de um Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Martinari, 2008.

SANTOS, Q.G.; AZEVEDO, D.M.; COSTA, R.K.S.; MEDEIROS, F.P. A crise de paradigmas

na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Esc Anna Nery** [Internet]. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 833-837, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a24v15n4.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

SCHRAIBER, L.B.[Prefácio] **Saúde Coletiva: um campo vivo**. In: PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.9-19.

SHAW, A. et al. Do primary care professionals work as a team: a qualitative study.

Journal of Interprofessional Care, London, v. 19, n. 4, p. 396-405, 2005. Disponível em: <

<http://dx.doi.org/10.1080/13561820500053454>>. Acesso em 19 abr. 2017.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Dados Sobral 2016**. Sobral: SIAB, 2016. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSCE.def)

[SIABSCE.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSCE.def)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SILVIA, J.P.V.; LIMA, J.C. **Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira**. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2005. p. 43-73.

- SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-30, 2004/2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 19 abr. 2017.
- SILVA, M.J.; SOUSA, E.M.; FREITAS, C.L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev Bras Enferm** [Internet]. Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 315-321, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a15v64n2.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017
- SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Educação na Saúde – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **Plano Municipal de Saúde de Sobral 2018 a 2021**. Sobral – CE, 2017. 82p.
- SOUSA, M. F. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, M.F.; FRANCO, M.S.; MEDONÇA, A.V.M. **Saúde da família nos municípios brasileiro: os reflexos dos 20 anos de espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.
- SOUZA, F. R. **Processo de construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica do estado do Ceará**. 2013. 230f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Saúde Pública, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- SPINELLI, E. **The interpreted world: na introducion to phenomenological psychology**. Newbury: Sage, 1989.
- SPRADLEY, J. **The ethnographic interview**. New York: Rinehart Holt & Winston, 1979.
- STAKE, R.E. **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 1994.
- TIANGUÁ. Prefeitura Municipal de Crateús. Secretaria da Saúde. **Tianguá** [internet]. 2017. Disponível em: < <http://www.tiangua.ce.gov.br/>>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. UFC. **Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados**. (Relatório de Pesquisa), 2015. Fortaleza, 2015.
- VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. (Organizadoras). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011.
- VIEIRA, A.M. **Integralidade da Atenção**. São Paulo, 2008.
- WELSHIMER, K.; EARP, J. Genetic counseling within the contexto of existing attitudes and beliefs. **Patient education and Counseling**. n. 13, p. 237-255, 1989. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0738-3991\(89\)90019-0](https://doi.org/10.1016/0738-3991(89)90019-0)>. Acesso em 19 nov. 2016.
- WOODS, N. **Designing prescription-testing studies**. St. Louis: Mosby, 1988
- YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Atuação na perspectiva da territorialização e responsabilidade sanitária.

- 1) O NASF utiliza algum mecanismo de registro de informações das suas ações?
- 2) Há documento que comprovem a utilização de mecanismos como e-SUS atenção básica, SIAB, SAI, sistema próprio do município/equipe, fichas, planilhas ou relatórios construídos pela própria equipe NASF ou outro (s) no registro das informações? Qual (is)?
- 3) Disponibilização de informações de saúde por parte da gestão para auxiliar o NASF no diagnóstico, avaliação e planejamento? Qual (is)?
- 4) Há registros de realização de atividades de planejamento e programação das ações voltadas aos usuários? Qual periodicidade?
- 5) Há registros de monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho no que tange os aspectos técnico-pedagógicos? Quais?

Produção de autonomia

- 1) Há registros de que o NASF apoia e desenvolve ações de apoio ao autocuidado junto aos usuários e ESF? Caso sim descreva.
- 2) Durante a abordagem da equipe do NASF junto aos usuários e ESF ocorre a produção/potencialização de autonomia na relação NASF-usuário- ESF? Caso sim descreva.

Trabalho em equipe

- 1) Existe cronograma/agenda de atividades dos profissionais do NASF pactuado com as ESF?
- 2) Há registros que comprovem a realização de atividades voltadas aos usuários com/para as equipes de saúde da família? Quais?
- 3) Há reuniões internas entre equipe do NASF e ESF? Se sim, qual periodicidade? O que discutem? Há registros documentados?
- 4) Há registros de consultas compartilhadas com os profissionais da ESF?
- 5) Há registros de discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores?
- 6) Há registros de construção conjunta com os profissionais da ESF de projetos terapêuticos junto aos usuários?

7) Há registros de organização intervenções no território em conjunto com ESF voltada para os usuários?

8) Há registros de educação permanente conjuntamente com a ESF voltadas e sociedade civil?

Integralidade do cuidado

1) Há registros de articulação em uma perspectiva técnico pedagógica, junto às ESF, de ações com outros pontos da rede de saúde e intersetorial voltados a saúde dos usuários?

APÊNDICE 2 – GRUPO FOCAL

- 1) Qual papel da equipe do NASF, no que tange a dimensão técnico-pedagógica, em relação à ESF? De que forma você considera a inserção do NASF enquanto apoiador técnico-pedagógico dentro da Estratégia Saúde da Família?
- 2) Como o NASF desenvolve ações de planejamento e execução das atividades técnico-pedagógicas juntos aos profissionais da ESF de modo a qualificar a atenção prestada aos usuários?
- 3) Como o NASF promove a autonomia dos profissionais da ESF e dos usuários em seu território de abrangência?
- 4) Como você considera a colaboração do NASF no cuidado aos usuários da ESF? Como o NASF lida com este contexto, considerando a dimensão técnico-pedagógica?

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE E PÓS INFORMADO

O (a) senhor (a) _____ foi selecionado (a) e convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Dimensão técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise contextual”, que tem como objetivo geral Analisar a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF na perspectiva da dimensão técnico-pedagógica a partir dos níveis contextuais definidos por Hinds, Chaves e Cypress. Este estudo trata-se de um exploratório-decritivo, com abordagem qualitativa, que utilizará como método a observação e o grupo focal junto aos profissionais inseridos na equipe NASF e equipe Saúde da Família. Pretendemos com essa pesquisa contribuir para a redução da lacuna de conhecimento acerca da maturidade do NASF no que concerne o escopo de ações desenvolvidas frente a seus conceitos fundamentais: atuação com base na territorialização e responsabilidade sanitária, integralidade do cuidado, produção de autonomia e trabalho em equipe.

Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, aceitando que registre as falas durante o grupo focal. O momento será gravado e, posteriormente, transcrito. O (a) Sr. (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ao participar desta pesquisa.

Os dados serão apresentados a comunidade científica, respeitando o caráter confidencial das identidades. Garanto-lhe que sua participação não será identificada por associação indireta em relação ao seu cargo, já que serão citados os municípios participantes do estudo. O (a) senhor (a) tem o direito de não participar dessa pesquisa se assim o desejar, mas seria importante sua contribuição, pelo fato de fazer parte do grupo de trabalhadores que está envolvido no processo de trabalho do NASF.

Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Responder a essas perguntas não lhe trará riscos relacionados ao seu trabalho, nem mesmo advertências por ter participado ou não.

Durante a pesquisa, serão observadas as disposições da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os princípios bioéticos em pesquisa. Garantimos a firmação do compromisso de minimização de quaisquer riscos e o máximo de benefícios possíveis e de não causar danos morais, mediante relevância social do estudo. Em caso de necessidade de esclarecimentos, entre em contato com a pesquisadora no endereço: Rua Gerardo Rangel, nº 885, casa 120, CEP 62041-240, Sobral-CE, telefone: (88) 99729-7233, email: lielma_carla@yahoo.com.br. Caso não tenha sucesso em contactar a pesquisadora principal, procure o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado na AV Comandante Maurocelio Rocha Ponte, nº 150, CEP 62041-630, Derby, Sobral, Ceará. Telefone: 3677-4255.

Atenciosamente,

Lielma Carla Chagas da Silva

Termo de Consentimento Pós-Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende cujo título é: “**Dimensão técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise contextual**”, que tem como objetivo Analisar a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF na perspectiva da dimensão técnico-pedagógica a partir dos níveis contextuais definidos por Hinds, Chaves e Cypress. Realizado pela pesquisadora Lielma Carla Chagas da Silva, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me opondo à gravação da entrevista. Estou ciente de que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante

APÊNDICE 3 – CARTA DE ANUÊNCIA DESTINADA AOS REPRESENTANTES DA GESTÃO REGIONAL/MUNICIPAL DOS NASF VINCULADOS

Gestão Regional/Municipal de vinculação do NASF

Sou **Lielma Carla Chagas da Silva**, enfermeira, discente de Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, venho por meio deste solicitar a anuência para a realização do estudo intitulado “**Dimensão técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise contextual**”; este estudo corresponde a uma pesquisa que será desenvolvida na macrorregião de saúde de Sobral.

O objetivo do estudo é “Analisar a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF na perspectiva da dimensão técnico-pedagógica a partir dos níveis contextuais definidos por Hinds, Chaves e Cypress”. Para tal, será aplicada a técnica de observação do processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde da família, assim como na equipe componente do NASF, conjugada com a técnica de grupo focal após a anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para quaisquer esclarecimentos, favor contatar pelo e-mail lielma_carla@yahoo.com.br ou pelo telefone: (88) 99729-7233.

Atenciosamente,

Lielma Carla Chagas da Silva

Assinatura do Representante da Gestão Regional/
Municipal de vinculação do NASF

ANEXO

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da dimensão pedagógica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) numa macrorregião de saúde do Ceará-CE

Pesquisador: LIELMA CARLA CHAGAS DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55722916.1.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.633.555

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação vinculado ao mestrado acadêmico em saúde da família da UFC, Campus Sobral. Tem como objeto de estudo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Nasf, enquanto dispositivo de apoio à Estratégia Saúde Família, e, conseqüentemente, de melhoria da qualidade da Atenção Básica. O processo de trabalho do Nasf orienta-se pelas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica. No que tange a dimensão técnico-pedagógica, esta atua como apoio educativo com e para as equipes e usuários por meio de ações que envolvam coletivos. Desta forma pretende-se analisar a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf na perspectiva da dimensão técnico-pedagógica a partir dos níveis contextuais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Analisar a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf na perspectiva da dimensão técnico-pedagógica a partir dos níveis contextuais.

Objetivos específicos:

-Averiguar as características da dimensão técnico-pedagógica na atuação do Nasf enquanto apoiador da Estratégia Saúde da Família;

Endereço: Av. Comandante Maurício Rocha Pente, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.633.556

- Identificar aspectos que influenciam na atuação do Nasf em sua perspectiva técnico-pedagógica;
- Compreender os processos interpretativos e subjetivos que permeiam a atuação do Nasf na dimensão técnico-pedagógica;
- Discutir os aspectos sociopolíticos e normoreguladores que agem sobre a atuação técnico-pedagógica do Nasf.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa envolve riscos em menor ou maior grau. Neste caso específico, a pesquisa envolve riscos mínimos e os benefícios embora indiretos, sobrepõe aos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa. Terá como cenário o estado do Ceará, reconhecendo que o estado do Ceará tem sido protagonista na indução de políticas de saúde, particularmente aquelas relacionadas à Atenção Básica. Para compor o grupo serão identificados, na Macrorregião de Saúde de Sobral 5 municípios, um representante de cada região de saúde (Camocim, Sobral, Acaraú, Crateús e Tianguá) que atendam aos seguintes critérios: possuir a presença de Nasf com até 70% de cobertura e por pelo menos 1 ano desde a implantação. Reconhecendo que se trata de um Estado com grandes dimensões será priorizado ainda o critério da homogeneidade entre os municípios. Serão realizadas visitas em cada equipe de Nasf, além das visitas de observação do processo de trabalho das equipes a partir do roteiro dirigido orientado pelas diretrizes operacionais do trabalho do Nasf, serão conduzidos também grupos focais com os profissionais componentes das equipes de Nasf e de Saúde da Família. Adotar-se-á como referencial de análise a Técnica de Análise Contextual de Hinds, Chaves e Cypress (1992) para compreender o fenômeno a partir dos níveis contextuais definidas em quatro camadas interativas distintas entre si: o contexto imediato, o contexto específico, o contexto geral e o metacontexto. Esclarece-se que estas camadas diferem entre si pelo modo como compartilham o significado, indo do individual até o universal, possibilitando a análise dos aspectos conceituais através da interpretação dos resultados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão presentes e permitem apreciação ética, conforme orientação prevista na res. 466/2012 do CNS.

Recomendações:

A pesquisadora deverá ter o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e final de sua

Endereço: Av. Comandante Maurício Rocha Pente, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.033.555

pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventuais modificações no protocolo. Os relatórios deverão ser enviados utilizando-se do botão -Notificações- desta Plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_707122.pdf | 02/05/2016 13:36:41 | | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.doc | 02/05/2016 13:35:53 | LIELMA CARLA CHAGAS DA SILVA | Acelto |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 02/05/2016 13:34:26 | LIELMA CARLA CHAGAS DA SILVA | Acelto |
| Outros | Carta.doc | 28/04/2016 08:41:40 | LIELMA CARLA CHAGAS DA SILVA | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 28/04/2016 08:40:15 | LIELMA CARLA CHAGAS DA SILVA | Acelto |
| Orçamento | orcamento.doc | 28/04/2016 08:40:00 | LIELMA CARLA CHAGAS DA SILVA | Acelto |
| Cronograma | CRONOGRAMA.doc | 28/04/2016 08:39:15 | LIELMA CARLA CHAGAS DA SILVA | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Conde de Neocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comiteoetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.633.555

SOBRAL, 12 de Julho de 2016

Assinado por:
Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocillo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comissidewica@hotmail.com