

Processo de trabalho do Nasf: a visão dos profissionais

Maria Clara Ferreira dos Santos*
Marileny Boechat Frauches**
Suely Maria Rodrigues**
Elaine Toledo Pitanga Fernandes**

* Graduanda de Psicologia na Universidade
Vale do Rio Doce-UNIVALE

** Professora adjunta do Curso de Odontologia da FACS/
Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE

Resumo

Este estudo objetivou conhecer as características do processo de trabalho do NASF na visão dos profissionais atuantes neste Núcleo em um município do leste de Minas Gerais. Foram entrevistados 12 profissionais com no mínimo um ano de atuação no NASF. O instrumento para coleta de dados foi a entrevista com roteiro semi-estruturado que versou sobre os temas: características do processo de trabalho e interação entre as equipes do NASF e ESF. Os dados foram analisados segundo a técnica "Análise de Conteúdo" de Bardin. Os resultados evidenciam que as diferenças existentes entre as ESFs apoiadas interferem no processo de trabalho; a principal ferramenta de trabalho referida foram as práticas de grupo; existe interação entre os profissionais do NASF e ESF; os profissionais do NASF utilizam espaços alternativos visando diminuir as barreiras arquitetônicas do território.

Palavras-chave: Processo de Trabalho. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Estratégia de Saúde da Família. Atenção Integral à Saúde.

Abstract

This study aimed to know the characteristics of NASF working process in the view of professionals working in this Unit in a city in eastern Minas Gerais. Twelve professionals with at least one year of experience in NASF were interviewed. The instrument for data collection was the interview with semi-structured script that explored on the themes: working process characteristics and interaction between the teams of NASF and ESF. Data were analyzed according to "Content Analysis" of Bardin. The results show that the differences between the supported ESFs interfere in the work process; the main working tool were the group practices; there is interaction between NASF and ESF professionals; the NASF professionals use alternative spaces in order to decrease the territory architectural barriers. Key-words: Working Process. Family Health Support Center. Family Health Strategy. Comprehensive Health Care.

Introdução

A Política Nacional da Atenção Básica implantada em 1994 define prioridades na consolidação e qualificação das redes de atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, fazendo com que a Atenção Primária à Saúde (APS) se tornasse a porta de entrada principal do

sistema, resultando na criação de uma rede hierarquizada, descentralizada e regionalizada, buscando um modelo de saúde integral e resolutivo em todos os níveis de atenção. E no mesmo ano, a APS foi fortalecida com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sendo uma unidade de intervenção, a ESF busca a reorientação das práticas profissionais com objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (BRASIL, 2010a).

Além desses objetivos, a ESF busca também a territorialização visando à identificação das necessidades e dos problemas de saúde desta população, monitorando e facilitando a programação e a execução das ações sanitárias (BRASIL, 2010a).

No intuito de apoiar a ESF, reforçar sua abrangência e resolutividade, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). No contexto da Atenção Primária, o NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2010a).

O NASF constitui-se em uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, dentre outros, eleitos em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios onde se encontram os serviços de saúde (BRASIL, 2010a). Pode ser considerado como “retaguarda” das equipes da ESF, por atuarem conjuntamente com esta equipe, compartilhando conhecimento e práticas de saúde no trabalho diário em cada território (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Divergindo dos modelos convencionais de prestação de cuidados, que priorizam a assistência especializada, fragmentada, curativa e individual, a estrutura de trabalho do NASF busca superar essa lógica, em direção à co-responsabilização e gestão integrada da atenção. A proposta do NASF tem na clínica ampliada o conceito norteador das ações. E esta se baseia como uma ferramenta de auxílio aos profissionais e gestores

dos serviços de saúde, buscando uma atuação na clínica, reconhecendo e utilizando o potencial de cada um desses saberes na busca da integralidade da atenção, sem considerar os usuários como um recorte diagnóstico ou por áreas profissionais (OLIVEIRA, 2008).

As ações desenvolvidas pelo NASF buscam introduzir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial no seu aspecto numérico. Seu principal desafio é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade ao invés da qualidade, o encaminhamento em detrimento da resolubilidade na Atenção Primária e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações simplesmente quantitativas, ao invés das qualitativas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A importância da equipe multiprofissional na saúde é referida por diversos autores e justificada de várias formas. Segundo D’Amour e Oandasan (2005), a interprofissionalidade é uma resposta para as práticas de saúde fragmentadas, sendo desenvolvida através da prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas com foco nas necessidades do usuário, da família e da comunidade. Colomé, Lima e Davis (2008) afirmam ser preciso desenvolver um trabalho conjunto, no qual todos os profissionais se envolvam em algum momento na assistência, de acordo com seu nível de competência específico, e possam construir um saber capaz de abarcar a complexidade dos problemas de saúde.

Assim, considera-se que o processo de trabalho em saúde pressupõe interação entre os sujeitos contribuindo para a construção de novos saberes, a partir de intercâmbio entre profissionais e comunidade.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é conhecer as características do processo de trabalho do NASF na visão dos profissionais atuantes neste Núcleo em um município do leste mineiro.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa gera informações ricas e detalhadas, as quais possibilitam manter intactas as perspectivas dos participantes, auxiliando na compreensão do comportamento e suas manifestações, em um determinado contexto. Responde a questões específicas. É considerada um trabalho artesanal que não prescinde da criatividade, realiza-se fundamentalmente por uma linguagem baseada em conceitos, proposições, hipóteses, métodos, e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular (MINAYO, 2014).

Para o desenvolvimento deste artigo foi feita uma pesquisa bibliográfica exploratória, desenvolvida com base em materiais constituídos, principalmente, de livros, legislações da área da saúde e artigos científicos.

Esta pesquisa foi realizada em um município de médio porte do estado de Minas Gerais, que possui uma população de aproximadamente 276.995 habitantes, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0,727 (BRASIL, 2010b).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi implantado neste município em junho de 2008 através da portaria nº 1.616, na modalidade I. Nos termos da Portaria 154/2008 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o NASF I deve ser composto por no mínimo de cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2010a).

À época da realização deste estudo (2014), o NASF do município possuía 06 áreas profissionais sendo: Nutricionista (2), Fisioterapeuta (4), Farmacêutico (3), Assistente Social (4), Educador Físico (4) e Psicólogo (4) totalizando 21 profissionais, atendendo a 35 ESFs com uma média mensal de 2.500 atendimentos individuais, 550 atividades em grupo e 1.000 visitas domiciliares. Cada equipe apoiava em média 09 ESFs.

Dentre estes profissionais acima citados, foram incluídos no estudo aqueles que se dispuseram a participar e com, no mínimo, um ano de atuação no NASF. Considerou-se este tempo mínimo de atuação, uma vez Cunha e Giovanella (2011) afirmam que a longitudinalidade/vínculo longitudinal são importantes atributos para a prática profissional, tornando-se ferramentas importantes para a gestão dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS).

A amostra foi intencional constituída por 12 profissionais, sendo dois de cada categoria profissional atuantes nas equipes do município, no momento da coleta de dados. O fechamento amostral foi definido pela ferramenta saturação teoria que é definida pela suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição (BAUER; AARTS, 2002).

Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista com roteiro semiestruturado. Optou-se por esse instrumento considerando-se as entrevistas como fontes de informações construídas a partir do diálogo com o

indivíduo entrevistado por constituírem a reflexão do mesmo acerca da realidade que vivencia (MINAYO, 2014). O roteiro das entrevistas versou sobre os temas: características do processo de trabalho e interação entre as equipes do NASF e ESF. Os dados foram coletados por um único bolsista de iniciação científica, devidamente treinado para este fim, no período de setembro a novembro de 2014.

Visando testar o roteiro de entrevista e assegurar fidelidade na coleta dos dados, um estudo piloto foi realizado. Foram entrevistados inicialmente 02 profissionais atuantes no NASF do município, porém estes não foram incluídos no estudo principal. O projeto piloto permitiu avaliar e adequar o roteiro de entrevista desenvolvido para este estudo.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em ambiente reservado nas unidades da Estratégia de Saúde da Família, com tranquilidade e silêncio, procurando dessa forma assegurar a privacidade dos participantes. As entrevistas aconteceram em datas previamente agendadas conforme a disponibilidade do entrevistado. Durante as mesmas foi mantido um caráter informal, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado buscando alcançar um aceitável grau de veracidade nas respostas. As entrevistas foram gravadas e as informações obtidas a partir das gravações foram transcritas imediatamente pelo pesquisador.

Todos os entrevistados participaram após registro formal no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Ressalta-se que o presente estudo foi o aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-UNIVALE), sob número de protocolo 569.152.

Para a apuração dos discursos das participantes, foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (BARDIN, 2009). Esta técnica de análise é um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo seguiu os seguintes passos: Os discursos coletados foram, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes; Pré-análise, na qual se foi realizada uma leitura flutuante, a partir da qual emergiram impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes; Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias; Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que fo-

ram reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais; Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema.

As informações presentes nessas entrevistas foram agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos.

Tendo em vista a garantia do anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra "E", acrescidos de algarismos arábicos de acordo com a sequência das entrevistas. Foi resguardado, também, o anonimato quanto à categoria profissional dos entrevistados.

Resultados e discussão

O grupo pesquisado é formado por profissionais que se graduaram entre os anos de 1993 e 2008. Observou-se que vários profissionais integram o NASF desde sua implantação ocorrida em 2008. O tempo médio de atuação no NASF declarado pelos entrevistados foi de quatro anos. Quanto à forma de vínculo empregatício, o contrato temporário foi a modalidade predominante; somente alguns entrevistados declararam-se como funcionários concursados. Este dado pode estar relacionado a fatores incluídos na rotatividade, constituindo-se num processo de mudança na composição da força de trabalho, por questões políticas da gestão municipal.

CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO

Esta categoria engloba os aspectos relacionados à rotina de trabalho dos profissionais do NASF, bem como os espaços utilizados e a interação destes profissionais com a ESF.

Conforme as Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010a), no processo de trabalho destes Núcleos, devem ser priorizadas ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar e realização de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS); intervenções específicas e individuais do profissional do NASF junto aos usuários e/ou famílias após discussão junto à ESF; e ações em saúde comunitária, nos territórios de sua responsabilidade. Assim, os NASFs são constituídos enquanto equipes multiprofissionais que funcionam

com a missão de desenvolver a integralidade da atenção (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010), possibilitando a troca de saberes e práticas.

Por se configurar como apoiador, o NASF se vincula a mais de uma equipe de ESF simultaneamente. Desta forma, alguns profissionais relataram apoiar até nove Estratégias de Saúde da Família. Entretanto, grande parte dos entrevistados declarou atuar em cinco Estratégias, disponibilizando oito horas semanais para cada uma delas, o que está em conformidade com a portaria nº 3.124/GM/MS que redefine os parâmetros de vinculação dos NASF com as ESFs (BRASIL, 2012).

Considerando isto, foram questionadas as diferenças entre as diversas unidades de ESF apoiadas por cada um dos profissionais do NASF. Muitos deles atribuíram estas diferenças à atuação da coordenação da ESF e ao comprometimento da equipe da ESF, como pode ser observado nas falas a seguir:

"Entre as unidades? Ham, na verdade é a condução da enfermeira que é o coordenador, né? A diferença é essa, no curso, na cobrança, na maneira de tratar, é, no comprometimento, então, tudo vem da coordenação deles, como é esse coordenador, a diferença é essa." E8

"Essas diferenças, assim, de equipe...? Algumas equipes são mais receptivas ao NASF, é, outras ainda têm algum receio, né?" E9

"Olha, há unidades que tem mais facilidade, a gente consegue [...] Ter uma interação melhor com a equipe, a gente vê o comprometimento da equipe, quando a equipe ela é envolvida com os pacientes, que querem fazer os trabalhos de grupo, envolvida mesmo com a promoção da saúde, prevenção, fica mais fácil do NASF intervir." E4

"As Estratégias, [...] não existe uma igual a outra, vai muito da forma do perfil do enfermeiro, se o enfermeiro abraça uma causa do NASF, a Estratégia toda abraça, agora, se não abraça, se a gente não conquistar o enfermeiro, não sai nada, né?" E7

Estes relatos corroboram com Lancman et al. (2013) ao afirmarem que o NASF, por se estruturar como equipe de apoio, depende das parcerias construídas com os profissionais que compõem as ESFs para que o trabalho ocorra de forma adequada.

Ademais, as falas acima vão de encontro às Diretrizes do NASF, que afirmam que na relação entre gestor e equipe de NASF deve imperar a flexibilidade para com as atividades do apoiador, abertura para o diálogo, reavaliação e reprogramação (BRASIL, 2010a). Desta forma, percebe-se que a qualidade das relações

entre as duas equipes é de fundamental importância para que as atividades realizadas possam trazer resultados satisfatórios.

Outra diferença evidenciada foi relacionada às características da população e do território assistido:

“Então cada programa tem lugar que tem um problema diferente, outros, né? Não é, assim, uniforme, né? Os problemas de modo geral. Então cada um tem sua demanda específica[...]” E3

“Por exemplo, hoje aqui a gente tá no (Unidade x), que é uma região mais próxima ao centro, então o poder aquisitivo deles é um pouco melhor, né? Então muitos têm plano de saúde, né? Então a gente consegue ver essa diferença, que já é diferente do (Unidade x), né? Que são bairros que é um poder aquisitivo menor, então, realmente, eles dependem muito mais da unidade, né?” E10

“Tem locais onde que é muito distante, assim, que a gente vê muita urgência, atendimento [...] Demandado e não atendimento [...] agendado, que é diferente, né? Que a pessoa marca, igual, os ACSs convidam pra grupos e pra atendimento[...] agendado e outras unidades, tem muito perfil de atendimento, é, tipo de pronto-socorro, né? Que a gente fala que é, o posto tem hora que ele é mais ambulatório.” E6

De acordo com estes depoimentos, observa-se que, como as demandas e realidades da população não são as mesmas, o trabalho precisa ser adaptado para cada território. Segundo Silva et. al (2012), o trabalho não deve ser “engessado” para que as atividades do NASF e da ESF atendam melhor às reais necessidades das comunidades.

Meirelles (2003) afirma que a realidade atual, contendo uma pluralidade de necessidades, especificidades e transformações, requer diferentes abordagens com múltiplas teorias para explicá-la e enfrentar os problemas que se apresentam. Portanto, quanto mais multifacetado for o olhar sobre a realidade dos territórios e mais compartilhado, mais aprofundado se torna o conhecimento das necessidades da comunidade, atendendo-as com mais precisão.

Dentre as atividades citadas pelos entrevistados como rotina de trabalho, destaca-se a realização de grupos, presente em todas as unidades atendidas e, associadas a esta atividade, também, atendimento individual e atividades específicas, conforme relatos dos entrevistados:

“Eu faço visita domiciliar pra pacientes que têm alguma dificuldade de ir até à unidade de saúde,

faço atendimento de grupo, [...] a gente faz, é, abordagem em sala de espera pro paciente, enquanto ele tá esperando o atendimento médico ou odontológico [...] quando eu estou junto com a assistente social, a gente vai junto, os profissionais do NASF que estão juntos, a gente vai lá e faz uma abordagem com os usuários, informa sobre os serviços do NASF, o quê que o NASF oferece, [...] atendimento individual, [...] umas das atribuições, capacitar a equipe, fazer reuniões com a equipe, com as Agentes de Saúde.” E4

“Olha, a minha agenda, atualmente, tá sendo feita de acordo com o matriciamento, então através da reunião de matriciamento é que eu faço minhas agendas: visita, atendimento individual, grupos, né?” E7

“Bom, a maioria das atividades são conjuntas, né? [...] A ESF tem que passar demanda para o NASF, então, muita das vezes [...] todas as atividades realizadas em grupo[...] tem a participação da ACS junto com os grupos do NASF, os enfermeiros, os médicos, porque todos os grupos [...] tem uma rotatividade de profissional que pode ta participando desse grupo, também, então por exemplo, meu grupo [...] a enfermeira às vezes vai lá, faz uma palestra, o médico vai e faz uma palestra[...] outros profissionais do NASF, nutricionista, psicólogo, vão lá e fazem um trabalho diferente com o grupo, então todos os grupos eles sempre estão presente os demais profissionais da unidade, tanto da ESF, quanto do próprio NASF, né?” E12

Conforme estabelecido nas Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010a), percebe-se nos relatos que os profissionais do NASF do município estudado realizam atividades em parceria com colegas de outras áreas do NASF, bem como da ESF.

Diferentemente dos resultados do presente estudo, a literatura (ARAÚJO e GALIMBETTI, 2013; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; MARTINIANO, 2013) não evidencia o relacionamento de parceria entre os profissionais do NASF e ESF. Dentre as barreiras apontadas como dificultadoras desta parceria estão: falta de conhecimento sobre a interdisciplinaridade (ARAÚJO e GALIMBETTI, 2013), conflitos na relação interpessoal (LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013), e predominância de atendimento especializado (MARTINIANO, 2013). Nota-se que a atuação interdisciplinar é desafiadora e engloba vários aspectos do processo de trabalho, necessitando um esforço dos profissionais na busca da superação da atenção fragmentada, ainda hegemônica no cuidado à saúde.

Considerando a importância que o espaço representa dentro do contexto de atuação do NASF, os

profissionais foram questionados sobre os espaços utilizados para o desenvolvimento de suas atividades e a influência destes na prática/rotina diária.

“Espaços? O espaço nosso pode ser na Estratégia de Saúde da Família e espaços sociais: igrejas, clube de serviços, são esses tipos de espaço que a gente vai usando. Pode até ser, por exemplo, casa de uma pessoa. Saúde mental lá no (Bairro), nós vamos fazer na casa das pessoas, casas grandes e coisa e tal [...] Por quê? Porque ta perto de onde eles moram, porque trazer eles, às vezes, lá daquele morro até na Estratégia é complicado, então a gente antecipa o que vai atender.” E1

“Então, é, hoje, como a gente tá em cinco unidades, eu tenho duas unidades que são casadas [...] nessa unidade, hoje, ela é contemplada com espaços pra realização dos grupos, então tem uma sala de reunião, tem uma área externa que também é feito esses eventos, dentro da unidade. Na ESF do (Bairro), [...] tem uma certa área improvisada, mas que acaba dando pra fazer grupos pequenos, eventos grandes, não [...]. Aqui no (Unidade x), temos a sala contemplada, mas não temos espaço pra realização dos grupos, então a gente acaba utilizando espaço fornecido pela Igreja Católica, que é onde a gente realiza os grupos.” E10

“Em relação aos grupos [...] muita das vezes, são salas que a gente reveza com os próprios profissionais, no caso, enfermagem, enfermeira, né? ou o dentista, né? E existe algumas unidades que já tem a sala específica para o NASF, né? Mas o nosso espaço físico é bem limitado e o atendimento domiciliar no domicílio mesmo.” E12

“Olha, na unidade de saúde hoje, as que oferecem espaço, né? Confortável pra gente atuar, a gente atua dentro delas mesmo. Igual, a (Unidade x) lá em cima [...] lá eles fizeram agora um galpão que eu consigo dar aula lá, ficou bem legal. E eu gosto muito de caminhar, praticar caminhada com meus alunos [...] geralmente a gente faz um alongamento na unidade, aí a gente sai faz uma caminhada mesmo na rua, pelo bairro. Aí a gente volta pro espaço que foi feito pra gente e lá, aí, sim, eu dou minha aula específica. [...] Quando existe uma unidade que não tem esse espaço pra que a gente possa atuar, geralmente, eu vou pra uma pracinha: no (Unidade x), eu dou aula na pracinha que tem lá. No (Unidade x), eu atuo dentro da unidade, também.” E2

A partir dos depoimentos, percebe-se que os profissionais utilizam os espaços da comunidade e da ESF. Porém, a prática diária aponta que o ideal seria que determinados grupos ou atendimentos fossem rea-

lizados em locais específicos para esta atividade, como pode ser observado neste relato:

“Ainda é muito complicado pra gente. A gente não tem sala, a gente não tem local, onde der pra gente atender, a gente atende, onde der pra gente sentar, a gente atende, né? O espaço a gente utiliza, assim, pra fazer um grupo? Às vezes um espaço que uma igreja cede, é, ou um espaço na própria unidade, porque dependendo da unidade, tem esse espaço. Atualmente nós estamos das cinco das Estratégias que eu trabalho, três estão em reforma, então a gente tá praticamente [...] não dá mais pra desenvolver os grupos, né? Mas geralmente eu levo pruma igreja que cede espaço pra gente ou na própria Estratégia, num local, numa sala que cedem, mas não tem local fixo. Única Estratégia que tem local fixo, de atendimento individualizado, sala, não é consultório nem nada, só o (Unidade x) e mesmo assim agora tá em reforma. E7

“Existem as dificuldades, você não pode deixar que os obstáculos sejam, né? Algo pra impedir aquilo que você gosta de fazer, [...] Igual o que eu to te falando, questão de espaço, né? Se você começa a trabalhar num espaço pequeno, aquele espaço ficou... Aquele espaço não ta dando mais porque o número de usuário que tá frequentando a sua aula ta ficando maior, você não pode cruzar o braço falar assim ‘Infelizmente não dá pra atender’, você tem que correr atrás. Então, em volta de onde você está você vai acabar encontrando espaço, igual eu já trabalhei e trabalho em praças, né? A dificuldade existe em qualquer trabalho, você tem é que ter jogo de cintura pra ludibriar.” E2

Os profissionais deste estudo demonstraram superar a inadequação do espaço e diminuir as barreiras arquitetônicas dos territórios assistidos utilizando espaços alternativos como casas de moradores, praças, igrejas, para atender às necessidades da população. Resultado semelhante foi evidenciado por Souza e Loch (2011) num estudo com profissionais de Educação Física, que ao se depararem com empecilhos como locais mal estruturados e falta de materiais, também buscaram soluções alternativas para continuar a assistência à comunidade.

Considerações finais

As diferenças entre os territórios em que o NASF atua ficaram evidentes, e os profissionais reconhecem a necessidade de adaptação para cada um destes, pois trata-se de um cenário dinâmico, complexo e que requer uma sensibilidade para as demandas dos

usuários. Dentro da sua prática diária, os profissionais buscam ser flexíveis diante destas diferenças. Ficou explícito que o suporte da coordenação e dos demais profissionais da ESF, contribui para que estas diferenças não se configurem como empecilhos para a realização das atividades.

Em relação à dinâmica de trabalho do NASF, a atuação do coordenador da ESF interfere na efetividade do Núcleo, pois este age como apoiador, sendo necessário um acolhimento da proposta desta equipe e de seus profissionais para que as atividades possam transcorrer de forma adequada. E, apesar de algumas Estratégias ainda não terem acolhido completamente o NASF, existe, predominantemente, a interação entre as duas equipes, concretizando a busca da integralidade da atenção, além de confirmar a ESF como porta de entrada da APS.

As práticas de grupo são utilizadas como ferramenta de trabalho por quase todos os profissionais do NASF do município estudado, reforçando os ideais da APS de promoção de saúde.

Apesar da inadequação do espaço físico para realização de suas atividades, os profissionais do NASF buscam superar estas barreiras utilizando espaços alternativos para atender a comunidade em suas necessidades, demonstrando dedicação e comprometimento.

Conclui-se que, assim como preconizado nas Diretrizes, as equipes de NASF do município estudado têm buscado atingir a integralidade da atenção, através de ações interdisciplinares, personalizadas por território e superação de obstáculos que possam surgir durante as atividades.

Referências

- ARAÚJO, E.M.D.; GALIMBERTTI, P.A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.
- BAUER, M.W.; AARTS, B.A. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 39-63.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Portaria Nº 1.616, de 6 de agosto de 2008**. Credencia os Municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008**.
- BRASIL. 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 Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012**.
- COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.
- CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/Continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.
- D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, supl. 1, p. 8-20, 2005.
- LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar em Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 5, p. 968-75, 2013.
- LEITE, D.C.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, 2013.
- MARTINIANO, C.S. et al. Avaliação do processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 7, n. 1, p. 53-61, jan. 2013.
- MEIRELLES, B.H.S. *Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV*. Florianópolis (SC): **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC**, 2003.
- MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.
- NASCIMENTO, D.; OLIVEIRA, M. A. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.
- OLIVEIRA, G.N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec; 2008.

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

SOUZA, S.C.; LOCH, M.R. Intervenção do profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.