



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO/SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

LORENNA GABRIELA COSTA SOUSA

**NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: o trabalho Interdisciplinar em favor da efetivação dos
Direitos dos Usuários**

SOUSA-PB

2018

LORENNA GABRIELA COSTA SOUSA

**NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: o trabalho Interdisciplinar em favor da efetivação dos
Direitos dos Usuários**

Trabalho de Monografia apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Serviço Social da Universidade Federal de
Campina Grande como um dos pré-requisitos
para a obtenção do grau de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ms. Juliana e Silva de Oliveira.

SOUSA-PB

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

S725n Sousa, Lorena Gabriela Costa.
 Núcleo de apoio a saúde da família e equipe de saúde da
 família: o trabalho interdisciplinar em favor da efetivação dos
 direitos dos usuários. / Lorena Gabriela Costa Sousa . - Sousa:
 [s.n], 2018.

 59 fl.

 Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) –
 Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2018.

 Orientadora: Prof.^a Ms. Juliana e Silva de Oliveira.

 1. Política de Saúde. 2. Interdisciplinaridade. 3. Núcleo de Apoio a
 Saúde da Família. 4. Equipe de Saúde da Família I. Título.

LORENNA GABRIELA COSTA SOUSA

**NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: o trabalho Interdisciplinar em favor da efetivação dos
Direitos dos Usuários**

Trabalho de Monografia apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Serviço Social da Universidade Federal de
Campina Grande, como um dos pré-requisitos
para a obtenção do grau de Bacharel em
Serviço Social.

Aprovado em: 13/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ms. Juliana e Silva de Oliveira

ORIENTADORA

Assistente Social – Bel. Fernando Possidônio Alves

EXAMINADOR

Prof^a. Ms. Gláucia Maria de Oliveira Carvalho

EXAMINADORA

Dedico esse trabalho inicialmente à equipe NASF de Marizópolis que me ajudou a enxergar o real sentido da profissão e exerceu um papel fundamental na escolha do tema desse trabalho; e à minha família que sempre esteve ao meu lado me apoiando e me incentivando a dedicar-se.

AGRADECIMENTOS

O mais valoroso dos agradecimentos: Deus, àquele que é o dono de tudo, onisciente, onipresente e onipotente.

Agradeço à minha mãe Gildilene e a meu pai Claudiomar, os quais amo incondicionalmente, por sempre estarem ao meu lado, por toda a disciplina que serviram de impulso para que eu me dedicasse mais ao curso, por todo amor cedido, e pelo exemplo de vida para mim. Vocês são fundamentais.

Agradeço ao restante da minha família: minha irmã Louise, meus avós maternos Gilda e Antônio, meus avós paternos em saudosa memória Eliza e Hercílio, que desde minha infância contribuíram para minha educação. Aos meus tios e tias, primos e primas, por todo apoio dado, por toda confiança depositada, por todos os conselhos, pelo incentivo à dedicar-se ao curso e pelo amor transmitido.

Agradeço imensamente à equipe do NASF de Marizópolis, que estiveram sempre ao meu lado durante todo o período do estágio curricular, e que tiveram forte influência na escolha do meu tema para esse trabalho, pois mostraram ser profissionais competentes e humanos, em especial meu querido amigo Fernando, assistente social da equipe, que me ajudou de forma grandiosa na compreensão da profissão em sua prática, como também ao restante da equipe pelos diálogos, orientações e boas risadas.

Agradeço aos profissionais da equipe NASF e da equipe de Saúde da Família que se disponibilizaram a participar da pesquisa contida neste trabalho.

Agradeço a minha orientadora Juliana, por toda paciência e dedicação para com a construção do meu trabalho, como também minha formação acadêmica, enfrentando todos os obstáculos ao meu lado. Você é uma grande e competente profissional.

Agradeço aos meus amigos que sempre estiveram presentes: Fineias, Higor, Silas, Alexsandra, Gislane, Francisca, Luís, Pablo; por todo apoio dado, pelo suporte e companheirismo, pelo encorajamento, pelos momentos de alegria, e pela amizade sincera que é de valor incalculável para mim.

Agradeço aos meus amigos virtuais: Luíza, Eric, Danrlei, Caio; que apesar de não os ter visto nunca, tenho um imenso carinho e apego. Agradeço a vocês pela

consideração, pelo apoio, por confiarem em mim, por me fazer sorrir e sempre me incentivarem.

Agradeço aos meus colegas de turma: Núbia, Carlos Iago, Bya, Simone, Katiane, Carlos Germano, Kamila, que estiveram comigo durante todo o percurso (extra) universitário, proporcionando momentos agradáveis, com muita risada, compreensão, paciência, apoio e compartilhamento de ideais; com certeza, o melhor que a universidade pôde me proporcionar para toda vida: bons amigos.

Agradeço à Prof^a. Ms. Gláucia Maria de Oliveira Carvalho por aceitar o convite para participar da minha banca examinadora, como também agradeço a todos os professores que compõem o curso de Serviço Social do CCJS, por todo conhecimento transferido, por todos os ensinamentos de vida, paciência, pela bela e completa formação de profissionais críticos, criativos e competentes.

A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos.

Marcel Proust

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica.

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensão.

CBO - Código Brasileiro de Ocupações.

CF/88 – Constituição Federal de 1988.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão.

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.

LOS – Lei Orgânica de Saúde.

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade.

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.

SF – Saúde da Família.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

RESUMO

O presente trabalho visa compreender a funcionalidade entre a Equipe de Saúde da Família (SF) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na efetivação da Política de Saúde na Unidade Básica de Saúde II do município de Marizópolis-PB. Para fundamentar tal reflexão, foi realizado um levantamento bibliográfico que buscou destacar como surgiu a Política de Saúde no Brasil, focalizando o SUS, a Atenção Básica e seus respectivos programas estratégicos, assim como também apreender a importância da interdisciplinaridade entre os profissionais que compõem tais equipes, que juntas, visam a concretização da Política de Saúde. A pesquisa também teve como objetivo compreender a realidade específica da UBS II do município de Marizópolis-PB e detectar como os profissionais de ambas as equipes, que atuam na Unidade Básica de Saúde II em Marizópolis, enxergam a rede multiprofissional. Para isso, realizou-se uma pesquisa de cunho qualitativo, dotando-se do método crítico-dialético de Marx, através da aplicação de um questionário subjetivo com quatro profissionais que estão inseridos nas equipes, dentre eles, dois compõem a equipe de SF, e os outros dois, a equipe do NASF. Os dados coletados foram submetidos a um processo de análise de conteúdo semântica, e dividido em quatro categorias com o objetivo de elucidar ao leitor a organização dos dados: Organização e atuação da equipe de SF junto à UBS II; Organização e atuação da equipe NASF junto à UBS II; Compreensão de interdisciplinaridade; Articulação multiprofissional da equipe de SF e equipe NASF na garantia dos direitos dos usuários. A partir da análise dos dados, pode-se dizer que, apesar de a prestação de serviços na UBS II em Marizópolis dar-se de forma satisfatória, os profissionais ainda encontram um bloqueio na execução das atividades junto aos usuários, principalmente a equipe do NASF de Marizópolis, que muitas vezes atua de forma deficiente em decorrência não só da falta de planejamento e organização das atividades junto à equipe de SF, mas também da ausência de um embasamento teórico mais qualificado sobre interdisciplinaridade, causando assim, uma deficiência dentro da rede multiprofissional e para com o acolhimento aos usuários.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade; NASF; Equipe de SF.

ABSTRACT

This document aims to understanding the functionality between the Family Health Team (SF) and the Family Health Support Center (NASF) in the implementation of the Health Policy in the Basic Health Unit II of the city of Marizópolis-PB. To support this reflection, a bibliographical survey was carried out to highlight how Health Policy in Brazil, focusing on SUS, Basic Care and its respective strategic programs, as well as on the importance of interdisciplinarity among the professionals that make up such teams , which together aim at the implementation of Health Policy. The research also aimed to understand the specific reality of UBS II in the city of Marizópolis-PB and to detect how the professionals of both teams, who work in the Basic Health Unit II in Marizópolis, see the multiprofessional network. For this, a qualitative research was carried out, equipping itself with the critical-dialectical method of Marx, through the application of a subjective questionnaire with four professionals that are inserted in the teams, among them, two compose the SF team, and the other two, the NASF team. The collected data were submitted to a semantic content analysis process and divided into four categories in order to elucidate to the reader the organization of the data: Organization and performance of the SF team with the UBS II; Organization and performance of the NASF team at UBS II; Understanding of interdisciplinarity; Multiprofessional articulation of SF team and NASF team in guaranteeing users' rights. From the analysis of the data, it can be said that, although the service rendering at UBS II in Marizópolis takes place satisfactorily, the professionals still find a block in the execution of the activities with the users, mainly the NASF team of Marizópolis, which often acts in a deficient way due not only to the lack of planning and organization of the activities with the SF team, but also to the lack of a more qualified theoretical foundation on interdisciplinarity, thus causing a deficiency within the multiprofessional network and with the reception to the users.

Keywords: Interdisciplinarity; NASF; SF team.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRICO, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	14
2.1 A política de saúde no Brasil e o surgimento do Sistema Único de Saúde ...	14
2.2 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).	20
2.3 A Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	22
3. A CONCRETIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DAS ARTICULAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM REDE: NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	26
3.1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família: historização, conceitos e finalidades.	26
3.2 Equipes de Saúde da Família e atuação interdisciplinar junto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família.....	30
4. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM PROL DA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARIZÓPOLIS-PB.....	35
4.1 Reflexão Metodológica	35
4.2 Disposições gerais sobre Núcleo de Apoio a Saúde da Família e equipe de Saúde da Família do município de Marizópolis-PB.....	38
4.3 Pesquisa e análise de dados: perspectiva dos profissionais das equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e equipe de Saúde da Família em Marizópolis-PB.....	41
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

APÊNDICE

1. INTRODUÇÃO

Essa pesquisa tem por objetivo compreender a funcionalidade entre a Equipe de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família na efetivação da Política de Saúde na Unidade Básica de Saúde II do município de Marizópolis-PB, buscando destacar como surgiu a Política de Saúde no Brasil, focalizando o SUS e seus respectivos programas estratégicos; apreender a importância da interdisciplinaridade entre os profissionais das equipes que visam a concretização da Política de Saúde; e detectar como os profissionais de ambas as equipes, que atuam na Unidade Básica de Saúde II, enxergam a rede multiprofissional.

O interesse pela temática se deu através da vivência do estágio curricular da pesquisadora na instituição NASF do município de Marizópolis-PB, onde a mesma pôde observar a interdisciplinaridade em sua *práxis*, tecendo uma afinidade com a temática.

A saúde é direito de todo cidadão e dever do Estado, sendo de suma importância a sua discussão, visto que ultimamente vem sofrendo com a precarização dos serviços e da falta de recursos para atender às demandas da população. No decorrer do tempo, nota-se que houveram diversos estágios de evolução em nosso país nesse setor, até chegar ao atual sistema, percorrendo um longo caminho desde o descobrimento do Brasil, com a vinda da família real, perpassando por mudanças nos âmbitos conceitual, histórico, estrutural e organizacional até a implantação do atual sistema vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse sistema é responsável por toda organização e regularização da saúde no país, partindo do princípio da universalidade, equidade e integralidade dos serviços através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, mais conhecida por Lei Orgânica de Saúde (LOS):

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (BRASIL, 1988, online).

No presente trabalho, abordou-se um contato maior com tal sistema, mais especificamente com a Atenção Básica, que é a porta de entrada dos serviços de saúde no país e que implementa o programa Estratégia de Saúde da Família, responsável em atender o usuário não só em sua particularidade, mas também se preocupando com o meio social em que o mesmo está inserido, a vulnerabilidade a que ele está exposto, e suas relações sócio-familiares.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu com o objetivo de organizar e estruturar os serviços prestados aos usuários, através da equipe de Saúde da Família (SF) que se instala em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas ficam à total dispor dos usuários, e são formadas por diversos profissionais de saúde exercendo um papel fundamental na prevenção e promoção da saúde, sendo essa a real porta de entrada dos serviços.

No entanto, diante da grande demanda na rede de saúde para poucos profissionais, surge a necessidade de um suporte para auxiliar os mesmos, visto que a Atenção Básica encontrava-se deficiente. Com isso, através da portaria de nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica” (BRASIL, 2012, p. 13), houve também a inserção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o qual tem como objetivo desempenhar o papel de apoio junto às equipes de SF. A Política Nacional de Atenção Básica é imposta com o intuito de garantir os direitos dos usuários, buscando a proteção, prevenção e promoção da saúde através de uma aproximação dos usuários com os serviços.

Esse apoio cedido pela equipe do NASF para com as equipes de SF se dá através da interdisciplinaridade, ou seja, os profissionais precisam estar sempre focados em um só propósito, buscando unir os diferentes saberes não só para melhor solucionar os casos, mas também para que haja um aperfeiçoamento na própria atuação do profissional e na articulação dentro da rede de serviços. O NASF também parte do princípio do apoio matricial, onde as equipes de referência (profissionais preparados para melhor qualificar os serviços de saúde e não apenas suprirem as demandas) desconstroem

[...] o modelo de „linhas de produção” fragmentadas, nas quais o poder gerencial se atrela ao saber disciplinar fragmentado e as chefias se dividem por corporações, produzindo arranjos que desvalorizam ou rivalizam as

categorias envolvidas no processo de atenção à saúde (ANJOS, 2013, p. 675).

Inicialmente se abordará o histórico da Política de Saúde no Brasil, como ocorreu o progresso da saúde no país, como surgiu o SUS, seus princípios, diretrizes e objetivos, os benefícios da aprovação da PNAB e como a Atenção Básica se inseriu no sistema de saúde, contribuindo de forma positiva para o desenvolvimento do mesmo e a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para uma melhor organização e qualificação dos serviços de saúde.

Em seguida, a fim de entender como os serviços de saúde no Brasil estão configurados e como a Atenção Básica junto à ESF os promove, será preciso conhecer mais a fundo a respeito da instituição NASF e sobre as equipes de Saúde da Família, buscando-se refletir a cerca do que se define como interdisciplinaridade, e de que forma ela vincula-se na prática profissional e na funcionalidade institucional das equipes.

Para isso, realizou-se uma pesquisa de cunho qualitativa e de campo com quatro profissionais, dentre eles, dois que fazem parte da equipe de SF que abrange os usuários da UBS II daquela localidade, e dois profissionais que compõem a equipe NASF. Usou-se do método crítico-dialético de Marx, buscando entender o objeto de pesquisa em sua totalidade, ou seja, seus referenciais teóricos e sua realidade vivida. Os dados foram coletados a partir de um questionário aplicado a esses profissionais na própria UBS II, e sua análise se deu através da análise de conteúdo semântica, a partir da divisão em categorias.

Por restante, explorar-se-á a atuação da equipe de SF junto à equipe NASF de Marizópolis, que estão estabelecidas na UBS II do município, apresentando a modalidade a que as equipes estão submetidas, a organização e planejamento das atividades que são executadas por ambas as equipes, e como se dá a articulação interdisciplinar entre as mesmas.

Verificou-se a partir da pesquisa, que as equipes ainda encontram um bloqueio na execução das atividades junto aos usuários, principalmente a equipe NASF de Marizópolis, que muitas vezes atua de forma deficiente em decorrência da falta de planejamento e organização das atividades junto à equipe de SF. Observou-se também que alguns dos profissionais não possuem aprofundamento no conceito de interdisciplinaridade, abordando-o apenas de forma supérflua.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRICO, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

2.1 A política de saúde no Brasil e o surgimento do Sistema Único de Saúde.

O Brasil foi colonizado por volta do ano de 1500 pelo governo de Portugal, ou seja, a Família Real. Ao pisar nas terras sul-americanas, sabe-se que a motivação da caravana era meramente econômica. Um exemplo claro dessa afirmação, é a vinda de navios cheios de aventureiros e relegados que foram explorados pelos próprios portugueses a longas jornadas de trabalho para extração do famoso “Pau Brasil”, além da cana de açúcar e do café.

O governo não estava interessado no bem-estar ou nos benefícios para àqueles viajantes. O acesso à saúde era precário, limitado àqueles que possuíam em suas terras e nela cultivavam ervas medicinais. Com o tempo, houve a necessidade de uma mínima organização social, que iniciou no âmbito sanitário, até mesmo para satisfazer as necessidades da própria realeza.

O governo de Portugal até os anos de 1850, realizou algumas atividades com relação à saúde pública do Brasil. Conforme Polignano (2001) foram atribuídas atividades sanitárias às juntas municipais e um maior controle nos portos, ou seja, fiscalização dos navios; esse controle mínimo, imposto pelo governo de Portugal, perdurou por quase um século.

No ano de 1889 ocorreu, em nosso país, a Proclamação da República, que colocou por terra a monarquia existente e introduziu no governo um modelo presidencialista. Instalou-se também um caos sanitário em nossas terras, pois o governo ainda mantinha o modelo precário de saneamento antes instaurado e as atividades não eram suficientes para sanarem as epidemias que se alastravam no meio da população.

No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio

exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade. Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, (...). (POLIGNANO, 2001, p. 04).

A inserção de Oswaldo Cruz no âmbito sanitário do país obteve algumas conquistas nos controles epidemiológicos, no entanto, o mesmo era repudiado pelo povo, como cita Polignano (2001), pois inseriu um modelo intervencionista que ficou conhecido como campanhista, ou seja, um modelo baseado em uma visão militar, abusando da força e autoridade na implantação de medidas sanitárias, como por exemplo, a inserção da Lei n.º 1261, de 31 de outubro de 1904, que torna obrigatória a vacina anti-varíola em todo país, trazendo pânico e revolta da população com tal gestão e gerando a conhecida “Revolta da Vacina”. A partir disso, prosseguiram os avanços durante a gestão dos sucessores de Oswaldo Cruz, havendo reestruturação nos departamentos de Saúde do país e a inserção da educação sanitária no dia a dia dos cidadãos.

Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras o modelo campanhista deslocou a sua ação para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, dado ser a agricultura a atividade hegemônica da economia da época. Este modelo de atuação foi amplamente utilizado pela Sucam no combate a diversas endemias, (...). (POLIGNANO, 2001, p. 06).

Segundo o autor, tais investimentos realizados na saúde nessa época, por Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, tinham também interesses econômicos, pois as mercadorias não poderiam circular e nem sequer serem exportadas se não houvesse esse controle de doenças. Até então, a economia brasileira era baseada apenas em atividades realizadas no campo, tudo girava em torno dos grandes fazendeiros.

Porém, a cidade começou a crescer, pois imigrantes chegavam constantemente nos portos, maioria vindos da Europa, expandindo o processo de industrialização e gerando assim uma crescente mudança da população rural para o meio urbano. Essa crescente urbanização e inserção de operários nas indústrias acarretou também problemas em relação aos direitos dos trabalhadores, visto que os mesmos estavam expostos a precárias situações de trabalho e moradia, não

tinham jornada de trabalho definida e muito menos garantia de direitos enquanto desfavorecidos de capacidade laborativa.

Nesse sentido, aprovada no ano de 1923 pelo Congresso Nacional, a Lei Eloy Chaves trava um grande avanço na garantia de direitos dos trabalhadores, introduzindo no país a Previdência Social, através das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP"s), que funcionavam praticamente como um acordo entre empregado, empregador e União, considerando-se um sistema "protetor dos direitos" dos trabalhadores¹ (POLIGNANO, 2001).

No que se refere à Previdência Social, que teve seu debate iniciado por volta dos anos 20, notou-se a necessidade de criar um fundo mais estruturado e organizado, portanto, as CAP"s foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) no ano de 1933. Em relação à saúde, até o final dos anos 60, não houve avanços consideráveis nesse âmbito, porém, no ano de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que, como relata Polignano (2001), não significava que o governo estava realmente preocupado com os problemas da saúde pública, pois ainda usufruía dos antigos (e precarizados) serviços.

Na década de 60, a unificação das IAP"s resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que traz o setor assistencial no âmbito hospitalar privado. Uma década depois, criou-se um sistema de aperfeiçoamento do INPS, chamado de Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), inserindo uma categoria mais voltada à saúde, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), "que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica (...)." (REIS, ARAÚJO, CECÍLIO, 2010, p. 32).

Durante o regime militar, ou ditadura militar como é mais conhecida, já vigente desde a década de 60, destacamos como modificação no âmbito da saúde no país a instituição do Sistema Nacional de Saúde em 1975, que veio regulamentar as ações do Ministério da Saúde. Porém, não houve capacitação profissional nem investimentos para realizar essas ações, ou seja, "(...) podemos afirmar que o Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde." (POLIGNANO, 2001, p. 16).

¹ Inicialmente, as CAP"s foram aplicadas a classe Ferroviária, que naquela época, desempenhava importante papel na economia do país (POLIGNANO, 2001).

O ano de 1985 ficou marcado em nosso país devido a um grande e importante movimento, as Diretas Já, que estabeleceu o fim do regime militar no Brasil e gerou fortes mobilizações na área da saúde, pois, três anos após tal movimento, foi instituída a Constituição Federal de 1988 (CF/88), a qual trouxe novos patamares ao país e veio instituir as leis que regem a saúde no país como a Lei 8.080, Lei Orgânica de Saúde (LOS), de 19 de setembro de 1990: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1988). A CF/88 também veio determinar as ações e serviços de saúde em todo território nacional e organizar o funcionamento dos mesmos, surgindo a partir daí o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, regido pela citada lei, e que tem como objetivo o bem estar da população, visando suas necessidades e consolidando a cidadania.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 1988, online).

O SUS pode ser considerado um sistema que abarca as ações e serviços de saúde prestados em todo âmbito nacional e que é mantido pelo poder público, mais especificamente pelo orçamento da Seguridade Social, a qual é definida na Constituição Federal de 1988 como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Os princípios, atribuições e diretrizes do SUS estão regularizados na LOS, os quais são: a universalidade, equidade e integralidade. Quando se fala em universalidade como princípio da saúde, podemos considerar que o acesso aos serviços de saúde estão disponíveis a todo e qualquer nível de assistência, assim como a equidade significa que tais serviços serão prestados de forma justa e igualitária, ou seja, independentes de preconceitos ou restrição de usuários. Na integralidade podemos observar que há uma articulação de tais serviços de forma curativa, preventiva, individual e coletiva, realizando ações de diversos níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1988).

Porém, o contexto neoliberal, vigente no país desde os anos 70, causa forte impacto na efetivação do SUS, e conseqüentemente, atinge os usuários. Como relata Bravo (2013), essa precarização é consequência da desresponsabilização do Estado para com seus deveres, reforçando o setor privado de saúde, buscando interesses econômicos (através da redução do orçamento), sanitistas (redução da prevenção de doenças) e socioculturais (atribuindo responsabilidade ao usuário de adoecimento).

Em síntese, na década de 1980 foram negligenciados os dois reais objetos da disputa: no plano econômico, a eficácia da despesa com a melhoria de vida e, no plano ético-social, o valor da saúde considerado prioritário para os indivíduos, mas ocupando uma posição bastante inferior nas prioridades do Estado. Esta situação ocorre até os dias de hoje (BRAVO, 2013, p. 89).

Segundo Nogueira e Miotto (2009), a baixa resolução do sistema se dá pelo fato de que a saúde anda em círculos, ou seja, os meios precarizados estão sempre se sobrepondo, através da desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços da saúde em decorrência do mau financiamento. Dessa forma, a atenção básica acaba adquirindo um acúmulo de demandas, que faz com que a resolubilidade dos serviços torne-se deficiente.

Nogueira e Miotto (2009) também relatam que o governo não se preocupa muito com uma democratização das ações estatais, e isso incide em todos os âmbitos de direito da população. “[...] A falta de compromisso político dos gestores, a ausência de uma cultura de controle social, a desarticulação institucional dos Conselhos, as deficiências na representação e a dificuldade em manejar as informações em saúde” (NOGUEIRA, MIOTTO, 2009, p. 237), são citados como uma forma de descontrole do governo para com seus deveres.

Outra medida tomada pelo governo que enfraquece a concretização do sistema SUS foi a Proposta de Emenda à Constituição 241/2016 (PEC 241), que se diz rever a constituição para melhor garantir o direito à saúde e a cidadania, porém, mostrou-se o contrário, causando danos ao sistema do país. Como cita a Fiocruz (2016), a proposta da PEC 241 parte da ideia de que são os gastos públicos com a sociedade que estão causando problemas econômicos no país, com isso, vê-se claramente que o governo já tinha a intenção de restringir os programas sociais.

O envio ao Congresso Nacional da PEC 241/2016, instituindo o chamado Novo Regime Fiscal, representa e consolida a tese de que a forma exclusiva de enfrentar a crise fiscal é o corte de gastos sociais e, portanto, a restrição de direitos, mantendo ao mesmo tempo intocado o questionamento sobre a dívida pública e seu regime de juros que representam, estes sim, a razão maior do comprometimento do orçamento da União (FIOCRUZ, 2016, online).

As primeiras dificuldades que o país pode enfrentar, citadas pela Fiocruz (2016), com toda certeza, é a redução da cidadania e da qualidade de vida da população, pois a PEC 241 vêm diretamente oposta ao princípio de universalidade, integralidade e promoção à cidadania do SUS. Estima-se que, por volta do ano de 2035, haverá uma população próxima aos 35 milhões de idosos, e com isso, haverá o surgimento de novas demandas e novos perfis epidemiológicos, e para isso, será necessária uma elevação dos custos dos serviços prestados, porém, a proposta da PEC 241 irá reduzir esse orçamento, causando dessa forma, um caos na saúde, não só para os idosos, mas também para com diversos outros serviços da saúde, como por exemplo, “o controle da AIDS; os transplantes; o acesso a medicamentos gratuitos e/ou fortemente subsidiados; a atenção materna; as clínicas de família; o acesso a exames e serviços hospitalares [...]” (FIOCRUZ, 2016, online), etc.

Diante das proposições contidas na PEC 241, a Fiocruz, com sua centenária experiência em pesquisas e serviços para a melhoria da saúde pública no país, pode assegurar que os riscos e danos à saúde e à condição de vida das pessoas, são inevitáveis (FIOCRUZ, 2016, online).

Dessa forma, podemos notar claramente que, até os dias atuais, o SUS encontra desafios para sua implantação íntegra e justa, em decorrência da ofensiva neoliberal que precariza cada vez mais os serviços prestados e retira do governo as suas obrigações.

Como antes citado, a LOS também vem organizar o SUS, abarcando o âmbito da descentralização político-administrativa, ou seja, a inserção de uma hierarquização dentro do sistema e a criação dos Conselhos Municipais de Saúde, que trazem o povo “mais pra perto” nas decisões dos processos. O SUS possui ainda diversos ramos para atender a população, desde situações emergenciais á atividades rotineiras de saúde. Para isso, precisamos entender a Atenção Básica, que é a porta de entrada desse sistema (BRASIL, 2012).

2.2 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Incessantemente, o governo federal Brasileiro tem feito diversas tentativas de inserir a Atenção Básica (AB) no SUS com o intuito de reorganizar e agregar as ações da vigilância em saúde. Antes de chegar a sua forma final, a PNAB foi construída através de acordos entre esferas municipais, estaduais e federais, com o intuito de integrar um novo sistema à saúde do Brasil, de forma que as pessoas tivessem seus direitos garantidos universal e igualmente, o que aos poucos foi se fortalecendo e mostrando sua importância na inserção dos usuários dentro do SUS.

Aprovada pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a PNAB é desenvolvida com o intuito de estar o mais próximo possível dos usuários e ser o contato preferencial dos mesmos com os serviços de saúde, ou seja, a porta de entrada do SUS (BRASIL, 2012). É a política que vem regularizar a Atenção Básica (AB) no Brasil, mostrando seus princípios e diretrizes.

A Atenção Básica caracteriza-se por 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, 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, 2012, p. 19).

Para que as ações de saúde estejam diretamente ligadas às pessoas, a PNAB trouxe a ideia da inserção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas dentro das comunidades, que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) tem o intuito de atender as demandas o mais rápido possível e acolher os usuários de forma ágil e responsável. As UBS devem possuir uma estrutura física adequada às normas sanitárias², contendo salas de acolhimento, de espera, consultório médico e de enfermagem, salas para atividades multiprofissionais, sala de gerência, sala de atividade coletiva, sala de vacinação, sala de coleta e curativos, copa, banheiros exclusivos para funcionários e outros para os usuários, etc.

² As normas sanitárias estão contidas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, desenvolvido pelo Ministério da Saúde no ano de 2008 e disponível no *link*: (http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf).

Já em seu corpo profissional, as UBS devem ser compostas pelas equipes de Saúde da Família que foram planejadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual será apresentada no próximo tópico. É importante ressaltar que tais equipes devem ser compostas por profissionais capacitados de acordo com as necessidades da realidade em que estão inseridos. A PNAB também reforça o aprimoramento profissional das equipes, pois “a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante „estratégia de gestão“, (...) e como um processo que se dá „no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”” (BRASIL, 2012, p. 38 e 39).

A AB pode ser considerada como um máster para o SUS, pois ela é a base para o funcionamento do sistema, ou seja, através da mesma se conhece as reais necessidades dos usuários, conduzindo os mesmos ao acesso integral e responsável de seus direitos contidos no SUS. Além disso, segundo Oliveira e Pereira (2013), a AB também veio para regularizar e organizar o sistema de saúde, mudando a práxis clínico-assistencial dos profissionais de saúde, através do programa ESF.

A designação Atenção Básica, tomada pelo governo brasileiro, objetiva, portanto contrapor-se a proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres, e busca resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, que engloba diferentes setores, públicos e privados, com e sem fins lucrativos, o Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013, p. 159).

Ainda mantendo o objetivo de aproximar os serviços de saúde aos usuários, a PNAB veio regularizar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído no ano de 1991, o qual é composto pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se dividem em micro áreas dentro da comunidade para buscar, de forma mais específica, as necessidades reais de cada usuário daquele local, levando os dados coletados até a UBS daquela comunidade para que as equipes se articulem e atendam as necessidades do mesmo (BRASIL, 2012).

Logo, os ACS podem ser considerados como pontes, que ligam os usuários ao restante da equipe de saúde. Além disso, segundo a própria resolução que aprova a PNAB, os ACS devem também:

Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS (...); Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (...); Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde (...) (BRASIL, 2012, p. 49 e 50).

A PNAB também trouxe outros avanços para o SUS em conjunto com a AB. Em 2011 lançou um programa chamado Consultório na Rua, que tem por intuito atender os moradores de rua que estavam em total vulnerabilidade, tanto no âmbito da saúde, quanto no meio social e familiar. As equipes que atuam em tal programa são chamadas de Equipes Consultório de Rua (ECR) compostas por multiprofissionais capacitados para atenderem às necessidades dos usuários de forma volante e atuar de forma integrada com as equipes da UBS mais próxima (BRASIL, 2012).

A PNAB reforça e amplia o Programa Saúde na Escola³, expandindo o mesmo às creches, atuando de forma integral e responsável, realizando atividades de avaliação, orientação e promoção da saúde, vinculando-se à educação de crianças, adolescentes e jovens, promovendo a cidadania e conceituando a saúde pública.

A partir da verificação da ausência de um foco mais voltado para os usuários em sua particularidade e também no ambiente em que vive, ou seja, a saúde da família como um todo, foi criado pelo governo o Programa Saúde da Família, programa fundamental para a concretização da Estratégia de Saúde da Família, que tem como principal objetivo a organização do sistema de saúde e que será abordada no próximo tópico.

2.3 A Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O nível de maior atenção do SUS é a Saúde da Família (SF), a qual é considerada como um dos pilares de sustentação do sistema, um primórdio para fortalecer e organizar a atenção básica. A ESF foi criada com o intuito de (re)organizar o sistema de Saúde no país, principalmente nas práticas assistenciais realizadas pelos profissionais que atuam nas equipes de SF. Segundo Oliveira e

³O Programa Saúde na Escola foi instituído em 2007 através de uma articulação entre a saúde e a educação, porém, só ganhou forças após a aprovação da PNAB, que veio regularizar e organizar o programa.

Pereira (2013), o foco da estratégia consiste nas famílias que residem na área abrangente das UBS, impulsionando as equipes de SF a realizarem um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, objetivando um melhor entendimento das necessidades sócio familiares e de saúde daquela comunidade.

O Programa de Saúde da Família (PSF) funciona como um apoio máster para a ESF, pois foi a partir dele que as UBS começaram a se organizar melhor e trabalhar de forma humanizada, fazendo assim com que a ESF realmente pudesse dar suporte a toda população. O PSF foi instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, baseado em experiências vividas por ACS, onde os mesmos viram a necessidade de oferecer mais atenção àqueles que estavam em risco. Os ACS começaram a pressionar as UBS que estavam trabalhando de forma desorganizada e sucateada.

A entrada do PSF para as UBS trouxe inúmeros benefícios, como por exemplo, fornecimento de medicamentos e equipamentos para as unidades, porém, essa implantação foi rodeada de dificuldades, pois exigia bastante verba orçamental, vontade política, apoio dos profissionais e da população. O PSF foi considerado como uma saída para a resolução de diversos problemas de endemias das comunidades, melhor resolubilidade na prevenção e cura, e não menos importante, na redução das desigualdades existentes no país, reforçando cada vez mais o que foi instituído na CF/88 e na legislação do SUS, reconhecendo a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado (MAGALHÃES, 2011).

O interesse pela Saúde da Família não foi algo repentino, diversos fatores contribuíram para que o governo enxergasse a necessidade de trabalhar não apenas o individual de cada cidadão, mas também na totalidade em que o mesmo está inserido. Dentre tais fatores, podemos citar o aumento da exclusão social, o crescimento do trabalho infantil e das práticas criminosas cometidas pelos mesmos, falta de atenção nas intervenções de saúde no âmbito preventivo e de promoção impostos no antigo modelo de saúde brasileiro, entre outros. Atentando para isso, o governo brasileiro passou a ver a Saúde da Família como algo necessário a ser investigado e resolvido, contribuindo assim com os planos previstos na AB, explorando o âmbito familiar e fortalecendo os serviços de promoção e prevenção da saúde (BARROS, 2014).

Conforme já citado anteriormente, a porta de entrada do SUS é a AB, a qual atua de forma receptiva e acolhedora aos usuários e “para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos (...)” (FIGUEIREDO, 2015, p. 03). Ou seja, os profissionais que atuam nas equipes de SF devem se organizar de forma articulada, unindo a sabedoria de cada profissão para complementar e impulsionar o atendimento aos usuários e a resolubilidade das demandas.

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica. (FIGUEIREDO, 2015, p. 03).

Sabemos que trabalhar de forma multidisciplinar apresenta dificuldades, pois muitos profissionais ainda trazem consigo um perfil ultrapassado de saberes individualistas, sendo necessário que o profissional analise sua atuação tanto individual, quanto junto aos demais profissionais da equipe, e busque sempre manter seus saberes atualizados.

Para isso, a ESF também trouxe um programa que auxilia nessa análise multiprofissional, chamado de Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), objetivando a ampliação e qualificação das ações de saúde, e consiste em quatro fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização. (FIGUEIREDO, 2015). De forma geral, o PMAQ analisa as equipes de SF em sua individualidade e em sua multidisciplinaridade, que, no final das contas, oferece uma taxa a mais nas verbas destinadas aos profissionais das equipes.

Como Barros (2014) nos alerta, a equipe de SF não deve ser considerada apenas como meros profissionais realizando suas funções, mas sim como profissionais que objetivam a resolução dos problemas de saúde de forma conjunta com os demais. Para isso, a ESF criou um modelo de equipe de SF, inserida nas UBS e distribuída de acordo com a abrangência e número de famílias, organizando-se basicamente, da seguinte forma: médico clínico geral; enfermeiro; auxiliar/técnico de enfermagem; ACS; cirurgião dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal.

Para integrar-se às equipes de SF, o Ministério da Saúde cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família⁴ (NASF) no ano de 2008, devendo atuar em conjunto com os profissionais e técnicos das UBS, ou seja, a equipe de SF, a fim de apoiar e compartilhar as práticas de saúde no território de abrangência de cada UBS e, conseqüentemente, promovendo a Saúde da Família.

Perceba que todos esses profissionais devem ter o compromisso com o acesso, o vínculo entre usuários e profissionais e a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, trabalho árduo que só possível com muito diálogo (FIGUEIREDO, 2015, p. 09).

De forma geral, o NASF é responsável pela saúde da criança e do adolescente, da mulher, do idoso, da gestante, do usuário com doença mental, etc. Vale salientar que o NASF não é porta de entrada da saúde básica, mas sim, um apoio à promoção da mesma, assunto melhor discutido no próximo capítulo.

⁴ Será discutida sua integralidade e legalidade no próximo capítulo.

3. A CONCRETIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DAS ARTICULAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM REDE: NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

A fim de entender como os serviços de saúde no Brasil estão configurados, e como a Atenção Básica junto à ESF os promove, é preciso conhecer mais a fundo a respeito da instituição NASF e sobre as equipes de Saúde da Família.

Ambas possuem o objetivo de garantir os direitos dos usuários do SUS como consta na CF/88, e foram instituídas com o propósito de trabalharem conjuntamente para uma melhor e mais qualificada resolubilidade das demandas. Busca-se também trazer uma reflexão a cerca do que se define como interdisciplinaridade, e de que forma ela vincula-se na prática profissional e na funcionalidade institucional das equipes.

3.1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família: historização, conceitos e finalidades.

O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008, através da portaria nº 154, de 4 de março de 2008, com o intuito de maximizar os serviços da Atenção Básica, assim como ampliar seu alcance a toda rede de serviços e apoiar as equipes de SF. Atualmente é regulamentado pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011⁵ (BRASIL, 2012). O NASF é composto por uma equipe de profissionais capacitados, graduados e aptos a conduzir casos de âmbitos individuais, familiares e coletivos, visando dessa forma uma aproximação do usuário tanto com os serviços oferecidos pela AB quanto com os próprios profissionais.

Como nos relata Anjos (2013), o funcionamento do NASF é baseado em um apoio matricial, ou seja, com dimensões de suporte assistencial e suporte jurídico-pedagógico. O suporte assistencial refere-se à parte clínica dos profissionais, ou seja, o contato direto com a demanda do usuário. Já o suporte jurídico-pedagógico constitui-se como o apoio educacional e preventivo por e junto às equipes de SF. “Fica claro, portanto, que o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente” (BRASIL, 2010, p. 12). Tais dimensões

⁵ Veio também instituir a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil.

precisam estar associadas uma a outra em todo momento, pois o apoio matricial possui uma base altruísta, ou seja, porta-se de uma responsabilidade entre duas ou mais entidades, abarcando não só a equipe de SF, mas também outras instituições, superando uma lógica fragmentada sobre os serviços de saúde e atuando de forma interdisciplinar e intersetorial.

O processo de trabalho no apoio matricial se dá através das equipes de referência, ou seja, conforme consta nas Diretrizes do NASF, tais equipes devem ser formadas por profissionais que ficam responsáveis por um determinado número de usuários, exatamente como se configura a equipe de SF, que se responsabiliza por uma quantidade de usuários dentro de uma determinada localidade. Porém, essa equipe de referência não se dá apenas por essa responsabilização, mas também pela forma de organização e coordenação das equipes.

É importante ressaltar que tais profissionais não possuem uma ligação direta com os usuários, exercendo um papel de apoio e suporte à outra equipe. No caso do NASF, apoio às equipes de SF, as quais devem ser o contato direto com o usuário. Em virtude disso, a equipe de referência é de extrema importância na resolução das demandas, pois assim há uma mobilização de uma rede de serviços necessários para cada caso e há uma melhor organização e definição das atividades a serem exercidas, buscando sempre a flexibilidade entre as equipes. Vale salientar que o NASF é uma instituição pertencente à Atenção Básica e não a ESF (BRASIL, 2010).

Em decorrência disso, a ideia de que o NASF nasceu para ser apoio à promoção dos serviços da AB é cada vez mais reforçada, nos lembrando de que não é porta de entrada dos serviços do SUS e da AB, mas um grande suporte para com sua promoção e alcance. Os NASF não possuem uma unidade física para atuar, eles estão sempre em movimento, integrados a outros serviços da rede da AB, atuando, por exemplo, nas UBS.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2012, p. 70).

Em 2008, o NASF era composto apenas por duas categorias: NASF 1 e NASF 2; que eram classificadas a partir do número de equipes de SF que poderiam

abranger. A categoria NASF 1 pode abranger um número entre 5 a 9 equipes, onde cada profissional tem sua carga horária específica de trabalho⁶, enquanto que a categoria NASF 2 pode abranger de 3 a 4 equipes. Porém, notou-se que municípios com um contingente populacional menor estava deficiente de cobertura e não podiam sediar nenhuma das duas categorias já presentes.

Assim, era necessária a criação de uma nova categoria que abrangesse tais localidades. E através da portaria de nº. 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde implanta uma terceira categoria: o NASF 3, que abrange de 1 a 2 equipes de SF, tendo assim, uma maior cobertura dos serviços da AB e auxiliando melhor as equipes. A escolha da categoria NASF que irá sediar cada localidade é realizada pelo gestor municipal, e segue as prioridades e necessidades da região.

A composição profissional do NASF é definida pelo Código Brasileiro de Ocupações (CBO), porém, se constituem nas equipes apenas os profissionais que são de necessidade da demanda de cada localidade. Segundo cita o site do Ministério da Saúde, poderão compor as equipes NASF, segundo a CBO: “Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas⁷”.

O NASF pode ser considerado uma instituição que reúne uma equipe de profissionais de diversas áreas que possuem o mesmo alvo: atuar em conjunto com a própria equipe e com as equipes de SF, focando nas demandas postas no determinado território em que estão inseridos. Segundo o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2012), o NASF é uma instituição que possui um cunho totalmente estratégico, com o propósito de apoiar, promover e aperfeiçoar os serviços da AB, como também de ajudar os profissionais das equipes de SF, apoiando-as em todos os eventos de prevenção e promoção da saúde realizados em cada região sediada.

⁶ As informações sobre Carga Horária dos profissionais de cada categoria do NASF estão disponíveis no site do Ministério da Saúde, no link: (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php).

⁷ Informação fornecida pelo site do Ministério da Saúde no link: (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php), acesso em: 12 fev. 2018.

Dessa forma, podemos notar que os profissionais do NASF devem estar habilitados profissionalmente, como também, socialmente, pois irão atuar de forma interdisciplinar⁸ com os demais profissionais de sua própria equipe e das equipes de SF. Não podemos esquecer que o NASF também tem o propósito de aperfeiçoar o conhecimento das equipes de SF, através da educação permanente, ou seja, identificar alguma dificuldade em certo campo que um dos profissionais esteja passando e, com isso, compartilhar seus conhecimentos específicos com os demais profissionais das equipes, para que haja uma análise aperfeiçoada de cada demanda.

Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2012, p. 10 e 11).

Como toda instituição, o NASF possui princípios e diretrizes que regem a atuação das equipes. Conforme consta nas diretrizes do SUS, a integralidade é a principal diretriz a ser seguida pelo NASF, pois através dela viabiliza-se uma organização e ampliação dos serviços de saúde, com o objetivo de tornar o local um ambiente mais agradável de trabalhar tanto na questão física quanto na questão moral, ou seja, promovendo uma humanização dos profissionais no tocante às necessidades do usuário, do local onde está inserido e da realidade vivida (BRASIL, 2010). A integralidade traz também ao NASF a importância de estar o mais próximo possível dos usuários, através de programas de prevenção e promoção da saúde junto às equipes de SF, buscando assim compreender a realidade vivenciada pelos mesmos.

Além da integralidade, há outros princípios e diretrizes a serem seguidos pela instituição: território, onde a equipe precisa compreender a fundo a realidade do território o qual estão inseridos; educação popular em saúde, onde se vê a necessidade de conhecer as particularidades de cada usuário; interdisciplinaridade, onde as equipes precisam aprender a trabalharem juntas, a unir seus saberes para uma melhor compreensão das demandas; participação social, ou seja, promover a cidadania e fortalecer os laços sociais dos usuários; intersetorialidade, devendo

⁸Trabalharemos melhor sua definição no próximo tópico.

haver uma articulação entre diversos setores da saúde, buscando um trabalho em conjunto com outras instituições; educação permanente em saúde, possibilitando a equipe NASF realizar ações de promoção dos saberes das equipes de SF buscando uma qualificação dos serviços prestados; humanização, onde os usuários precisam ser entendidos como cidadãos de direito em todas as dimensões e potencializando a qualidade de vida dos mesmos; e a promoção da saúde, que consiste em inicialmente, compreender o usuário a partir das suas condições financeiras, de moradia, do meio social inserido, dos problemas familiares, etc., mantendo sempre o ideal de promoção à saúde e a cidadania (BRASIL, 2012).

A equipe NASF pode exercer diversas atividades junto à própria equipe interna e junto às equipes de SF, de forma coletiva ou particular da área de cada profissional. Dentre tais atividades podemos citar o apoio às atividades coletivas realizadas pelas equipes de SF, como por exemplo, auxiliar as equipes de SF no Programa Saúde na Escola (PSE), realizar visitas domiciliares a fim de absorver melhor a realidade vivida de cada usuário, participar de reuniões de avaliação dos serviços das equipes e cooperar para melhor qualificar, acompanhar os casos dos usuários e sempre mantê-los informados de seus direitos, acolhendo-os de forma humanizada.

Para isso, precisamos entender melhor como se dá a atuação da equipe de SF junto ao NASF e entender sobre o termo „interdisciplinaridade“, que serão expostos no próximo tópico.

3.2 Equipes de Saúde da Família e atuação interdisciplinar junto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Integradas às UBS, as equipes de SF exercem um papel altamente importante para a própria instituição e para com os usuários, pois é tal equipe que compõe todo o quadro profissional das unidades, e cada área que atua, desde o zelador ao médico, a qual é necessária para manter o funcionamento e organização das unidades. A quantidade de equipes de SF que compõem uma determinada localidade é instituída através do contingente populacional, porém, cada equipe pode ficar responsável por, no máximo, quatro mil usuários de uma determinada

área, de acordo com seu perfil epidemiológico e demográfico, intervindo nos fatores de riscos daquela região e buscando a atenção integral, permanente e qualificada para com os usuários. “O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade” (BRASIL, 2012, p. 10).

É a equipe de SF que fica responsável pela recepção e acolhimento dos usuários nas UBS. Como já é de conhecimento, a equipe de SF é composta por profissionais que possuem diploma em sua área e qualificados para exercerem as funções a que lhe são postas. Cada profissional da equipe é de extrema importância na formação de uma rede interna de serviços dentro das UBS, buscando cada vez mais se aperfeiçoarem, analisando os serviços prestados, montando agendas mensais e informando a população sobre toda programação da UBS.

Para que haja essa rede interna de serviços de forma qualificada, as equipes de SF contam com o apoio do NASF, trabalhando de forma articulada e interdisciplinar com o objetivo de melhor analisar e intervir em cada caso e para melhor garantir os direitos dos usuários. Com isso, precisamos entender melhor o conceito do termo „interdisciplinaridade“.

De fato, já sabemos que o homem está cada dia mais evoluindo suas práticas, a forma de intervenção com a natureza e o desenvolvimento de seus saberes, os quais já surgem de imediato com o brotar da vida. Com o desenvolvimento do mundo ao seu redor, com as relações sociais e com a própria evolução do Saber, o homem começou a descobrir novos caminhos, esses advindos de outros homens e seus saberes cada vez mais avançados (SEVERINO, 2010).

Com toda essa progressão, o homem começou a observar que o real não se dava apenas pelo saber de uma única e específica ciência, e sim pela junção de outras ciências para a busca de uma realidade absoluta. Podemos notar que isso já nos é posto como uma introdução do que é a Interdisciplinaridade e sua relevância dentro dos Saberes.

Assim, já que se esclarece um pouco mais o que vem a ser a unidade no interdisciplinar: o que se busca é a substituição de uma Ciência fragmentada por uma Ciência unificada, ou melhor, pleiteia-se por uma concepção unitária contra uma concepção fragmentária do Saber científico (...) (SEVERINO, 2010, p. 14 e 15).

Com isso, Antônio Joaquim Severino nos mostra que o homem passa a assumir cada vez mais a interdisciplinaridade não só em suas teorias, como também em suas práticas de intervenção, trazendo a tona elementos que construirão uma verdade totalitária através da união de diversos Saberes (2010).

Podemos conceituar Interdisciplinaridade, de forma geral, como uma ação que é desenvolvida através de diversos profissionais de diferentes áreas com o intuito de unir os saberes em busca de compreender uma determinada realidade. Segundo Sampaio (2010), a interdisciplinaridade se molda baseada nos termos pluri, multi e transdisciplinaridade, onde há uma união de diferentes disciplinas, ou seja, há uma integração de saberes, conteúdos e teorias em um só ideal.

Além disso, há também uma relação de mutualidade entre os diferentes saberes, os profissionais precisam atuar em conjunto de forma recíproca, respeitando os limites éticos, morais e metodológicos de cada teoria, mas também reconhecendo que o seu próprio saber necessita de uma integração com os demais, e isso só é necessário através de diálogo. “A interdisciplinaridade é uma questão de atitude e o que se pretende não é anular a contribuição de cada Ciência em particular, mas uma atitude que impeça o estabelecimento da supremacia de certa Ciência, em detrimento de outra (SAMPAIO, 2010, p. 83).”

Verifica-se ainda que a interdisciplinaridade veio também para fortalecer a relação entre os profissionais em sua *práxis*⁹, onde muitas vezes alguns deles possuem uma formação fragmentada, e como relata Sampaio (2010), é através do diálogo com os demais e da relação mútua entre as ciências, que os saberes fragmentados se unem a outros saberes e juntos, moldam uma teoria que representa a realidade concreta, reafirmando que “(...) a verdade completa não ocorre numa Ciência isolada, mas ela só se constitui num processo de concorrência solidária de várias disciplinas” (SEVERINO, 2010, p. 20). Por isso, a importância dos profissionais trabalharem de forma interdisciplinar e articulada.

Porém, Santos e Cutolo (2003) nos traz um debate acerca da existência (ou não) dessa articulação interdisciplinar entre os profissionais. Sabendo sobre o conceito de interdisciplinaridade, exige-se um trabalho que tenha um objetivo em comum e que seja coordenado e organizado, o que nos remete rapidamente à forma

⁹ Termo utilizado para fazer referência à prática concreta de uma teoria.

de atuação entre as equipes de saúde. Os autores relatam que é notória a dificuldade de interação entre o médico, enfermeiro, odontólogo e os demais técnicos da equipe.

Essa falta de integração e comunicação entre os profissionais tem certamente a sua origem na graduação, pois cada profissional se forma sem interagir com outros profissionais da saúde, sem um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum (SANTOS, CUTOLO, 2003, p. 71).

Santos e Cutolo (2003) ainda citam que a formação profissional também possui influência na não efetivação do trabalho interdisciplinar, relatando que na academia, o profissional não possui um contato com outras áreas, e dessa forma, há uma redução na aprendizagem, transformando o profissional apenas em técnico, e o paciente, seu objeto de estudo. Porém, com as novas tendências de formação acadêmica, os profissionais passam por um aperfeiçoamento de aprendizado, e dessa forma, nota-se que os mesmos podem aprender a atuar em conjunto com outros saberes. Essa nova tendência se dá em decorrência da inserção de novas Diretrizes Curriculares nas academias pelo Conselho Nacional de Educação no ano de 2001¹⁰.

Crendo firmemente na idéia de que uma formação profissional sólida, moderna e aberta ainda na graduação pode ser o fator modificador de todas as práticas em saúde, principalmente em saúde pública, nos propomos a estudar novas propostas e possibilidades para a modificação dos parâmetros de formação dos novos profissionais, sendo estes os únicos capazes de incorporar e trazer o novo ao que já existe, ineficiente e moribundo, arejando as idéias e as práticas, a fim de criar um novo modelo de atenção à saúde em nosso país (SANTOS, CUTOLO, 2003, p. 73).

Assim sendo, a proposta interdisciplinar entre NASF e equipes de SF é justamente essa busca pela união dos saberes para uma qualificação na resolução das demandas que chegam até as UBS. O NASF servirá de auxílio às equipes de SF através do apoio matricial, como já foi citado, exercendo um papel mais estratégico, realizando atividades com os profissionais que não estão no quadro da equipe de SF, mas que estão na equipe NASF, como por exemplo, o educador físico, que pode promover práticas corporais com o grupo de idosos formado pelas

¹⁰ Resolução nº. 04, de 07 de novembro de 2001. Disponível em: (<http://www.redeunida.org.br/diretrizes/medicina.asp>).

equipes de SF; reuniões de promoção à saúde com o profissional de nutrição junto ao grupo de gestantes; etc. Para que isso ocorra, o NASF necessita de um encaminhamento direto das equipes de SF, realizando reuniões de planejamento e agendamento de tais atividades (ANJOS, 2013).

A organização dos processos de trabalho do NASF e da ESF deverá criar espaços de discussão voltados à gestão e à constituição de uma rede de cuidados. As reuniões e os atendimentos precisam constituir um processo de aprendizado coletivo, em uma perspectiva de se produzir saúde e de se ampliar a autonomia das pessoas (ANJOS, 2013, p. 677).

No entanto, diante da grande demanda na rede de saúde para poucos profissionais, surge a necessidade de um suporte auxiliar para as equipes de SF, visto que a Atenção Básica encontrava-se deficiente. Para tanto, o NASF foi construído enquanto uma estratégia para modificar essa realidade, apoiando tais equipes, como também para mostrar que o trabalho interdisciplinar pode trazer inúmeros benefícios não só para os usuários, como também para as próprias equipes, tanto no contexto coletivo quanto no individual, aperfeiçoando os saberes pessoais de cada profissional. “Importa reconhecer que a qualidade em saúde não depende apenas de uma forma ou modelo, mas também do domínio das competências necessárias ao respectivo exercício profissional” (ANJOS, 2013, p. 679).

Portanto, concordamos que o fortalecimento de vínculos de equipe para equipe, e de equipe para com os usuários, é de extrema importância na promoção da saúde, assim como na resolubilidade das demandas que chegam até as unidades, e esse deve ser o foco da união das equipes de SF juntas à equipe NASF.

4. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM PROL DA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARIZÓPOLIS-PB.

No presente capítulo, abordar-se-á inicialmente a respeito da metodologia aplicada para chegar-se aos resultados da pesquisa em foco, como também as teorias utilizadas para analisar os dados coletados. Aprofunda-se a respeito da equipe NASF e equipe de SF específicas do município de Marizópolis, seu funcionamento, categorização e composição, como também, o cerne da pesquisa, a exposição dos dados coletados e consecutivamente a análise da realidade vivida.

4.1 Reflexão Metodológica.

O objetivo desta pesquisa é analisar e identificar a importância da rede de serviços multiprofissionais entre NASF e equipes de SF na efetivação dos direitos dos usuários acobertados pela UBS II em Marizópolis-PB, e entender melhor a respeito da importância da interdisciplinaridade junto aos serviços de saúde prestados aos usuários da Atenção Básica.

Na presente pesquisa, buscou-se refletir sobre a estruturação e o desempenho da equipe de SF articulada com a equipe NASF, de forma a desenvolver atividades conjuntas para melhor atender as demandas que chegam à UBS II, na cidade de Marizópolis-PB. Buscamos também compreender melhor como ocorre o vínculo interdisciplinar entre as equipes, não só no quesito da junção dos saberes para um bem comum, mas também da relação interna de equipe para equipe.

Para isso, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, a qual busca obter os resultados através de uma compreensão da realidade, que busca focar mais na singularidade do objeto de pesquisa, não havendo a necessidade de priorizar números e quantidades.

A pesquisa qualitativa se debruça sobre o conhecimento de um objeto complexo: a subjetividade, cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais mudam em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto (REY, 2002, p. 51).

A pesquisa pretende conhecer afundo a respeito de uma realidade vivenciada, para isso, precisa-se conhecer o conceito de método, como um “[...] conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo, [...] traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 83).

Foi adotado o método crítico-dialético de Marx, onde se busca ter uma visão da essência do sujeito, percebendo as relações como um todo e revogando a imediatividade. Como nos alerta Luis Henrique Zago, “[...] a dialética marxiana pressupõe uma visão totalizante do real, ou seja, por meio dela tenta-se perceber os diferentes elementos sociais como interligados a uma mesma totalidade” (ZAGO, 2013, online).

Para José Paulo Netto (2011, apud GARCIA, 2013), o método em Marx é inerente à teoria, ou seja, para que haja uma total compreensão de uma realidade, é necessária a busca pelo método teórico. “A capacidade intelectual que permite extrair de sua contextualidade determinada (de uma totalidade) um elemento, isolá-lo, examiná-lo; é um procedimento intelectual sem o qual a análise é inviável” (NETTO, 2011, p. 44, apud GARCIA, 2013, online). Através dessa conexão entre teoria e realidade, podemos estabelecer a perspectiva teórico-metodológica de Marx, onde a união dos complexos sociais estabelecidos na sociedade e as transformações existentes na mesma moldam uma totalidade dinâmica.

Para a realização da pesquisa de campo, como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário¹¹ estruturado, de cunho subjetivo, o qual constou com duas questões de caracterização pessoal do sujeito e cinco questões específicas sobre a temática discutida e foi aplicado a dois profissionais que compõem a equipe de SF e dois profissionais que compõem a equipe do NASF, somando um total de quatro respondentes.

A escolha de tais sujeitos para a aplicação do questionário se deu pelo fato de que os mesmos estão inseridos na realidade concreta da UBS II, estando familiarizados com toda a rede multiprofissional e com os serviços prestados, como também, são profissionais aptos a exercerem seus cargos dentro das equipes.

¹¹ Tal questionário está contido no Apêndice I deste trabalho.

A pesquisa das duas equipes foi realizada na Unidade Básica de Saúde II, onde está instalada a equipe de SF, que fica localizada na Rua Argemiro de Figueiredo, Centro, CEP: 58819-000, na cidade de Marizópolis-PB. Foi realizada uma visita à unidade no turno da tarde, a UBS II estava funcionando normalmente, e foi aguardado o momento do término de uma reunião para a aplicação dos questionários.

O município de Marizópolis é considerado um município de pequeno porte, pois segundo dados do IBGE (2017), possui uma população estimada para o ano de 2017 de 6614 pessoas, e possui uma densidade demográfica de 97,04 habitantes por km². Na área da saúde, a taxa de mortalidade infantil está de 10.64 para cada 1000 nascidos vivos no senso de 2014, e possui apenas 4 estabelecimentos de saúde, segundo o senso de 2009.

A aplicação dos questionários foi intermediada através da equipe do NASF de Marizópolis, pelo fato de que a pesquisadora realizou seu estágio curricular em tal instituição por quase um ano. Durante o planejamento da pesquisa, contatou-se o Assistente Social da equipe que ajustou juntamente à coordenação da UBS II uma data para a visita institucional e aplicação do questionário.

A pesquisadora se utilizou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para com os sujeitos, coletando suas assinaturas de autorização e compactuando em participar da pesquisa. O TCLE¹² explicitou que todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em absoluto sigilo, assegurando proteção da imagem, da privacidade e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos do sujeito, a identidade não será divulgada e não se utilizará quaisquer informações que permitam a identificação dos respondentes.

Para a melhor compreensão e organização da análise dos dados coletados, foi utilizada uma análise de conteúdo, na qual foram trabalhados pontos específicos contidos na pesquisa, de forma que foram submetidos a um processo de categorização semântica, ou seja, a divisão dos dados a partir do agrupamento de elementos comuns. “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento

¹² O TCLE está contido no Apêndice II deste trabalho.

segundo género (analogia), com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 2000, p. 117).

Assim, as categorias foram dispostas em: Organização e atuação da equipe de SF junto à UBS II; Organização e atuação da equipe NASF junto à UBS II; Compreensão de interdisciplinaridade; Articulação multiprofissional da equipe de SF e equipe NASF na garantia dos direitos dos usuários.

Seguindo os princípios éticos da pesquisa que foram descritos no TCLE, este trabalho não abordará os nomes dos profissionais respondentes, sendo determinado um nome fantasia para identificar cada sujeito. Assim sendo, serão identificados por: “Profissional 1”, “Profissional 2”, “Profissional 3” e “Profissional 4”.

Para melhor compreensão da pesquisa, é importante um breve relato sobre o funcionamento e atuação do NASF e equipe de SF do município de Marizópolis-PB, exposto a seguir.

4.2 Disposições gerais sobre Núcleo de Apoio a Saúde da Família e equipe de Saúde da Família do município de Marizópolis-PB.

O NASF do município de Marizópolis é considerado dentro da modalidade “NASF 2”, que, segundo o Portal da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), abrange de 3 a 4 equipes de SF. Não foi possível, no decorrer da pesquisa, adquirir informações a cerca do ano de implementação do NASF no município, bem como outros dados a respeito do histórico da instituição naquela localidade, diante da ausência de documentação e/ou do desconhecimento dos profissionais da equipe.

De modo geral, o NASF atua em parceria com diversas outras instituições que dão apoio e suporte aos serviços que são executados, entre essas, podemos citar: escolas, creches, UBS, CRAS, CREAS, instituições religiosas, associações comunitárias, secretaria de saúde, etc. Em relação à equipe, os profissionais do NASF são definidos pelo gestor do município de acordo com os critérios e propriedades locais, respeitando os contidos nas Diretrizes do NASF.

O Nasf 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo,

profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes de SF. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 20).

Portanto, o NASF do município de Marizópolis está vinculado a três equipes de SF, obedecendo às Diretrizes, e possui em sua equipe um total de 5 (cinco) profissionais, que são: Assistente Social, Psicólogo, Nutricionista, Educador Físico e Fisioterapeuta, a equipe também conta com uma coordenadora que fica responsável por toda documentação e agenda da equipe e pelo cronograma de atividades que é estabelecido junto à equipe de SF em reuniões. Tais informações foram coletadas através de observações, conversas informais junto à equipe e pela experiência de estágio curricular da pesquisadora, o qual foi realizado com o NASF.

Dentre as três equipes as quais o NASF de Marizópolis abrange, explorar-se-á a atuação (junto ao NASF) da equipe de SF II, que está estabelecida na UBS II. Através da vivência de estágio curricular, a pesquisadora pôde notar que a unidade possui boas instalações, que obedecem as normas sanitárias e aos critérios de funcionamento estabelecidos pelo PMAQ¹³. Também seguindo tais critérios de funcionamento, a equipe de SF instalada na UBS II possui em seu quadro profissional: Médico Clínico Geral, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Cirurgião Dentista, Técnico em Saúde Bucal, quatro Agentes Comunitários de Saúde, e abrange cerca de 1800 usuários. A UBS possui uma coordenação, que é responsável pelo funcionamento em geral da unidade e pelo vínculo com as instituições superiores.

A atuação interdisciplinar e multiprofissional entre equipe NASF e equipe de SF se dá através de diversas atividades exercidas não só dentro da UBS II, mas também em outras instituições. A equipe NASF está sempre a apoiar os „HiperDias“¹⁴ que acontecem na unidade, onde as equipes preparam atividades que fogem do cotidiano da UBS, como por exemplo, atividade física junto ao Educador Físico do NASF, círculos de conversa proporcionados pelo técnico de enfermagem junto ao nutricionista, etc., sempre buscando promoção à saúde e aproximando cada vez mais os usuários dos serviços.

¹³ Tais critérios estão contidos no Manual Instrutivo do PMAQ elaborado pelo Ministério da Saúde no ano de 2012, disponível no link: (http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf).

¹⁴ Os HiperDias são planejados pela equipe de SF com o intuito de realizar um acompanhamento com os usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes durante todo um expediente de funcionamento da UBS, se utilizando de atividades diferentes das que costumam ser executadas rotineiramente nas unidades. Pode-se ter acesso a mais informações no link: (http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf).

Juntos, também exercem um papel fundamental na execução do PSE no município, atuando de forma conjunta nas escolas, observando todos os aspectos físicos, mentais e sociais das crianças e adolescentes. A equipe de SF também organiza grupos específicos de usuários que possuem uma demanda em comum, como por exemplo, na UBS II, vemos grupos de gestantes, idosos, fumantes, hipertensos, dependentes de álcool, diabéticos, usuários que possuem doença mental e obesos, de forma que a equipe NASF está sempre a apoiar tais grupos, proporcionando palestras, debates e um acompanhamento assíduo, íntegro e individual de cada usuário.

Também realizam visitas domiciliares aos usuários que estão acamados, ou que realmente necessitem de um acompanhamento mais intenso, como por exemplo, em casos de violência doméstica, onde o/a usuário/a vítima se recusa a sair de casa por questões de trauma; ou uma família que está passando por dificuldades de convivência em decorrência de um dos membros possuírem alguma doença mental; etc.

Através da vivência do estágio curricular, a pesquisadora também tomou conhecimento a respeito da forma de organização das equipes, onde as mesmas se reúnem uma vez ao mês para elaborarem um cronograma das próximas atividades a serem executadas, os temas, os grupos trabalhados, os horários, os profissionais responsáveis por cada atividade, etc. Tais reuniões também são de grande importância para uma autoanálise, tanto individual de cada profissional, quanto das equipes como um todo, para com as atividades exercidas e acolhimento dos usuários, discussões de casos, compartilhamento de saberes para melhor solucionar as demandas, etc.

Tomando conhecimento dos tipos de atividades exercidas pelas equipes de SF juntamente ao NASF e a sua organização, analisaremos a perspectiva dos profissionais que compõem tais equipes em relação à atuação interdisciplinar.

4.3 Pesquisa e análise de dados: perspectiva dos profissionais das equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e equipe de Saúde da Família em Marizópolis-PB.

Neste tópico, foi abordada a visão dos próprios profissionais que compõem a equipe de SF e a equipe NASF, baseando-se nas respostas fornecidas pelos mesmos através do questionário subjetivo¹⁵, as quais foram submetidas a uma análise de conteúdo semântica.

Para melhor conceber as investigações da pesquisa, foi relatado o nível de escolaridade de cada profissional respondente, informação fornecida pelos próprios através do questionário:

- Profissional 1: dispõe de Ensino Superior e faz parte da equipe NASF;
- Profissional 2: dispõe de Ensino Superior e faz parte da equipe NASF;
- Profissional 3: dispõe de Ensino Médio e faz parte da equipe de SF;
- Profissional 4: dispõe de Ensino Superior e faz parte da equipe de SF.

Os conteúdos coletados através dos questionários passaram por um processo de categorização de cunho puramente didático e tem o objetivo de clarificar ao leitor a organização dos dados, seguindo os critérios de análise de conteúdo semântica, conforme nos traz Bardin (2000). Logo, as categorias estabelecidas foram:

- Organização e atuação da equipe de SF junto à UBS II: aqui, iremos analisar como os profissionais da equipe de SF e equipe NASF enxergam os serviços prestados pela equipe de SF e sua atuação dentro da UBS II, de forma a garantir os direitos dos usuários abarcados pela unidade.

- Organização e atuação da equipe NASF junto à UBS II: funciona de forma semelhante à categoria anterior, porém, sobre como visionam a atuação e desempenho da equipe do NASF.

- Compreensão de interdisciplinaridade: nesta categoria visa-se compreender o que os profissionais entendem por interdisciplinaridade, sua relevância, e de que forma ela coopera na garantia de direitos dos usuários.

- Articulação multiprofissional da equipe de SF e equipe NASF na garantia dos direitos dos usuários: nesta última categoria, temos por intenção buscar entender como se dá o desempenho e funcionamento multiprofissional entre a

¹⁵ O Questionário Subjetivo está contido no Apêndice I deste trabalho.

equipe de SF e equipe NASF dentro da UBS II, ou seja, como se dá a articulação interdisciplinar e de que forma ela funciona dentro da rede de serviços da unidade.

Organização e atuação da equipe de SF junto à UBS II.

Para melhor entender como se dá a articulação entre as equipes de SF e equipe NASF, precisamos entender em sua realidade, como se dá a atuação isolada de cada equipe. Todos os profissionais se disponibilizaram a responder o questionário por completo, e assim podemos analisar as falas:

“O serviço é realizado de forma integrada e satisfatória, onde todos os profissionais se preocupam com o atendimento humanizado de forma que venha satisfazer a necessidade de cada usuário, sempre mantendo-os informados das ações a serem realizadas” (Profissional 1).

“A atuação da equipe de SF busca auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a construir um sistema familiar mais harmônico e funcional, cuidando da saúde da população, com ações de atenção a saúde buscando a integralidade, acolhimento e escuta qualificada, busca ativa, cuidado familiar dirigido a coletividade e grupos sociais” (Profissional 2).

A partir do relato dos profissionais 1 e 2, podemos notar que a equipe de SF exerce um bom papel dentro da unidade, de forma satisfatória, organizada, humanizada, e preocupando-se sempre com o conforto e bem-estar não apenas da individualidade do usuário, mas também do meio social onde ele está inserido, da situação familiar e das condições de vida do mesmo.

“A equipe de saúde da família na UBS tem o papel fundamental de orientar seus usuários na prevenção de doenças e ajudá-los em sua reabilitação” (Profissional 3).

“A equipe de saúde da família encontra-se inserida na UBS II como única unidade atuante neste setor, sendo, portanto, responsável por todas as atividades” (Profissional 4).

Já os profissionais 3 e 4, fornecem apenas informações „técnicas“ a respeito da equipe de SF, e assim podemos notar que tais profissionais possuem uma visão superficial a respeito dos serviços prestados pela equipe na unidade, principalmente pelo fato de que um desses profissionais não possui uma qualificação acadêmica, portanto, ele não faz jus de uma visão mais aprofundada e crítica a respeito da atuação da equipe de SF.

Organização e atuação da equipe NASF junto à UBS II.

Da mesma forma que se configura a categoria anterior, tomaremos como base os relatos dos profissionais a respeito dos serviços da equipe NASF, em sua individualidade. Os profissionais assim descreveram:

“Busca atender o usuário de forma satisfatória, principalmente nas atividades em grupo, porém, encontrando dificuldade em realizá-los devido às informações não chegarem até o usuário e também pela falta de interesse dos mesmos. Muitas das vezes discutimos a situação problema buscando uma solução viável para cada caso” (Profissional 1).

“A atuação sucede por meio do diálogo e da parceira conjunta, tendo em vista a imprescindibilidade para atuação integral às demandas” (Profissional 2).

“Como são formados por profissionais de diferentes áreas, eles atuam de maneira íntegra, apoiando os profissionais da equipe de Atenção Básica, onde contribui e auxiliam na capacidade de intervir na análise e sobre os problemas dos usuários” (Profissional 3).

“O NASF atua de forma à somatizar, colaborar para efetivação das ações também desempenhadas pela equipe de SF” (Profissional 4).

Notamos que, em sua particularidade, a equipe NASF também desempenha uma ótima e satisfatória atuação dentro da unidade, porém, como relata o profissional 1, a equipe NASF sente um pouco de dificuldade em relação às atividades em grupo, principalmente pela falta de interesse dos próprios usuários em participar das rodas de conversas, palestras, etc. Os demais profissionais fazem relatos mais „técnicos”, mas também nos alertam desde já que as equipes estão atuando de forma conjunta para melhor solucionar os casos que chegam a unidade.

Compreensão de interdisciplinaridade.

Aqui, observaremos como se dá a visão dos profissionais a respeito do conceito de interdisciplinaridade. Ao serem questionados a respeito do que compreendem de tal conceito, os profissionais afirmaram:

“É um processo de integração entre várias áreas de conhecimentos para o mesmo fim; ou seja, a união de vários saberes, onde um auxilia o outro, na realização de um objetivo” (Profissional 1).

“Trata-se de um processo dinâmico que procura solucionar diversos problemas de investigação, evitando desenvolver atividades de forma isolada, tem a proposta de reciprocidade e mutualidade, correspondendo a uma atuação social efetiva numa realidade em mudança” (Profissional 2).

“É algo que estabelece relação entre duas ou mais disciplinas ou áreas do conhecimento para um fim comum” (Profissional 3).

“Diz respeito à interação entre duas ou mais equipe/setores, buscando usar os conhecimentos em uma ação conjunta” (Profissional 4).

Conforme Sampaio (2010) a interdisciplinaridade é a junção de vários saberes de forma recíproca, focado em um só objetivo, em uma só sintonia e para melhor desenvolver ações e serviços que venham amenizar ou solucionar alguns problemas. Assim, percebe-se que os profissionais estão cientes do significado da expressão interdisciplinaridade, supondo então que os mesmos atuam de forma consciente, buscando sempre se articular para melhor solucionar as demandas.

É necessário também entender de que forma a interdisciplinaridade é importante dentro da atuação em equipe e a sua relevância na rede multiprofissional de serviços e na efetivação da Política de Saúde no município. Nesse sentido, os profissionais relataram:

“Contribui para que o usuário, ao buscar a unidade de saúde seja atendido na sua integralidade” (Profissional 1).

“Acontece quando os profissionais conversam entre si e se juntam encaixando-se como peças de um quebra cabeça, tornando cúmplices na construção do conhecimento, onde cada profissional faz com que o usuário só tenha a ganhar” (Profissional 2).

“Na formação/profissionalização dos integrantes da saúde, percebe-se que a interdisciplinaridade pode ser uma possível saída para dar-se conta do objeto de trabalho da saúde, não só por sua inclusão nas ciências sociais, mas pela possibilidade de cuidar dos seres humanos” (Profissional 3).

“Havendo interdisciplinaridade entre os setores, favorece uma otimização na assistência como um todo” (Profissional 4).

Podemos notar que os profissionais expressam a visão de que a interdisciplinaridade é fundamental na garantia de direitos dos usuários e na solução de problemas, e que, através dela, as equipes estarão unidas para um bem comum. Percebe-se ainda que os profissionais apresentam uma visão básica a respeito da interdisciplinaridade, quando na verdade, eles deveriam apresentar uma visão mais aprofundada, para que, o NASF, em sua *práxis*, exerça o papel de apoio matricial e a equipe de SF consiga se situar dentro da rede multiprofissional, e assim, haver não só a qualificação dos serviços prestados, mas também o aperfeiçoamento profissional de cada equipe.

Articulação multiprofissional da equipe de SF e equipe NASF na garantia dos direitos dos usuários.

Nesta categoria mais específica da pesquisa, analisaremos as falas dos profissionais a respeito da relação multiprofissional entre a equipe de SF e equipe NASF, e se realmente a interdisciplinaridade está sendo posta em prática. Para isso, a questão lançada foi: “Como se dá a articulação profissional entre a Equipe de Saúde da Família e NASF, de forma que os direitos dos usuários da Atenção Básica estejam sendo efetivados?”.

“A articulação se dá a partir do estudo de caso, a problemática e a origem dessas dúvidas e incertezas para facilitar o enfrentamento. Cada profissional questiona, opina e discute determinado caso, numa atitude conjunta, visualizando a totalidade da questão em pauta” (Profissional 2).

“Através da inserção do NASF na equipe, onde o mesmo participa das reuniões nos grupos, como por exemplo: obesos, fumantes, gestantes e outros, também nas visitas domiciliares” (Profissional 3).

“Há uma integração entre estas duas equipes, onde ações são efetivadas com mais exatidão, à exemplo das atividades em grupo, Programa Saúde na Escola (PSE), atendimento domiciliar, dentre os mais diversos programas que a ESF dispõe” (Profissional 4).

O profissional 2 nos traz de forma bem sucinta sua visão a respeito da interdisciplinaridade entre as equipes, relatando que há uma relação mútua entre as mesmas, ou seja, todos os profissionais conseguem debater e dividir seu saberes e opiniões a respeito dos casos. Os profissionais 3 e 4 relatam praticamente as mesmas atividades que as equipes realizam de forma conjunta, porém, não descrevem com mais detalhes sobre a relação entre as equipes e nem sobre como a atuação interdisciplinar ocorre.

“São realizados planejamento das ações a serem efetuados junto ao usuário, mas na maioria das vezes não há participação do NASF, onde as ações direcionadas a equipe sobrecarrega os profissionais, sendo algumas de última hora, apenas para atender as necessidades do programa da saúde. Nos eventos que envolve a secretaria, geralmente a programação é comunicada através das redes sociais” (Profissional 1).

De acordo com o relato do profissional 1, a equipe NASF muitas vezes fica ausente de algumas atividades ou sobrecarregada, e, conforme já foi exposto, o NASF é equipe de apoio, e não equipe de frente, cabe a equipe de SF ser não só a porta de entrada dos usuários, mas também exercer corretamente seu papel dentro da unidade. Percebe-se ainda que a equipe NASF realiza atividades de última hora, ou seja, os profissionais acabam desenvolvendo uma ação incompleta, pois é de extrema importância que os mesmos se preparem e planejem a forma como irão debater ou palestrar um certo tema junto aos usuários.

Diante do exposto, podemos concluir que os profissionais da equipe de SF e a equipe NASF estão atuando de forma satisfatória na UBS II, pois estão cientes do

significado e da importância da interdisciplinaridade na resolução dos casos, como também para com a relação entre as equipes, onde os mesmos estão sempre aperfeiçoando seus saberes juntos aos demais profissionais.

Estão sempre buscando uma melhoria nas equipes com relação aos planejamentos e ao cronograma, e a qualificação dos serviços prestados aos usuários. No entanto, ainda encontram dificuldades para executar os serviços junto aos usuários, principalmente a equipe NASF, que acaba realizando ações não muito satisfatórias, em decorrência da falta de planejamento e comunicação das atividades a serem exercidas, sendo apenas concretizadas por mera produção nos serviços de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, considera-se que a saúde no Brasil ainda está se aperfeiçoando, pois a Atenção Básica, regularizada pela Política Nacional de Atenção Básica e considerada porta de entrada dos serviços de saúde, já trouxe inúmeros avanços com a instauração da Estratégia de Saúde da Família, que veio para aproximar cada vez mais os usuários dos serviços, buscando uma qualificação e humanização no acolhimento aos mesmos, através das equipes de Saúde da Família, que se instalam nas Unidades Básicas de Saúde, e, com o apoio da equipe do NASF, tentam solucionar as demandas que chegam até a unidade de forma totalitária.

A partir dessa configuração, a atuação da equipe de SF e equipe NASF se dá através da interdisciplinaridade, onde ambas buscam unir seus saberes em prol não só de qualificar o atendimento ao usuário e solucionar sua causa, como também em aperfeiçoar o seu próprio saber enquanto profissional e humano.

A fim de exemplificar e compreender essa realidade, a pesquisa realizada nesse trabalho teve o intuito de compreender a funcionalidade entre a Equipe de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família na efetivação da Política de Saúde na Unidade Básica de Saúde II do município de Marizópolis-PB e, através das falas dos mesmos, concluiu-se que a prestação de serviços na UBS II em Marizópolis esta sendo executada de forma satisfatória, pois as equipes conseguem, na maioria das vezes, colocar em prática não só o real plano que a interdisciplinaridade propõe, mas também cumprir com as normas e diretrizes impostas para cada equipe, buscando sempre aperfeiçoar os saberes coletivos e individuais de cada profissional, realizando atividades conjuntas dentro da rede de serviços de forma multiprofissional e intersetorial.

Entretanto, verificou-se a partir da pesquisa, que as equipes ainda encontram um bloqueio na execução das atividades junto aos usuários, principalmente a equipe NASF de Marizópolis, que muitas vezes atua de forma deficiente em decorrência da falta de planejamento e organização das atividades junto à equipe de SF. Observa-se também que alguns dos profissionais não buscaram se aprofundar no conceito de interdisciplinaridade, abordando o conceito apenas de forma básica e superficial, supondo-se que, em sua *práxis*, o profissional pode encontrar futuras dificuldades

dentro da rede multiprofissional, e dessa forma, prejudicar o acolhimento aos usuários e na resolubilidade dos casos.

Essa falta de conhecimento mais aprofundado no assunto vai de encontro ainda aos princípios básicos da política, quando esta traz a importância da educação permanente e qualificação dos profissionais, visto que estes deveriam ser capacitados nessa reflexão da interdisciplinaridade, tão necessária à execução do próprio trabalho.

Por conseguinte, pode-se concluir que, inicialmente, é de extrema necessidade que os profissionais inseridos na equipe de SF e equipe NASF estejam totalmente aptos e possuam uma formação acadêmica para atuarem nas instituições, pois serão profissionais críticos, criativos, humanos e competentes, e assim, poderão atuar de forma igualitária, universal e integral, como propõe a LOS para o sistema de saúde no país. Consequentemente, se tais profissionais estão realmente aptos a atuarem, eles se integraram de forma espontânea, e assim, haverá uma troca de conhecimentos mútua e recíproca, onde, além de favorecerem os usuários, estarão aperfeiçoando sua individualidade enquanto profissional, seguindo a real proposta da interdisciplinaridade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, Karla Ferraz dos, et al. Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto às práticas em saúde. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, dez. 2013. Disponível em (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400015&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 01 fev. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, 2000.

BARROS, Idarleide Costa. **A importância da Estratégia de Saúde da Família: contexto histórico**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1 ed. Cortez. São Paulo, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado, Brasília: DF, Brasil, online, 1988. Disponível em: (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) Acesso em: 17 nov. 2017. Disponível em: (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em 17 nov. 2017.

_____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: DF, 2010.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília: DF, 2012.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Especialização em Saúde da Família. Biblioteca Virtual. Unidades de Conteúdo, unidade 05, online. UNIFESP. São Paulo, 2015. Disponível em: (https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf). Acesso em: 21 de nov. 2017.

FIOCRUZ, Conselho Deliberativo da. **PEC 241 e os impactos sobre os direitos sociais, a saúde e a vida**. Revista Fórum, 30 de setembro de 2016. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: (<https://www.revistaforum.com.br/mariafro/2016/10/06/fiocruz-pec-241-e-os-impactos-sobre-os-direitos-sociais-a-saude-e-a-vida/>). Acesso em: 02 de mar. 2018.

GARCIA, Jeferson. **Lições de José Paulo Netto sobre o método em Marx**. Revista Urutágua – acadêmica multidisciplinar – DCS/UEM. Nº 28. Maringá – PR, 2013. Disponível em: (<http://eduem.uem.br/laboratorio/ojs/index.php/Urutagua/article/download/19968/11225>). Acesso em: 28 de fev. 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de Marizópolis-PB**. Portal do IBGE. Brasília-DF, 2017. Disponível em: (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/marizopolis/panorama>). Acesso em: 28 de fev. 2018.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MAGALHÃES, Patrícia Lima. **Programa Saúde na Família: uma estratégia em construção**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, 1 ed. Brasília-DF, 2010.

_____. **Portal da Saúde**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Governo Federal. Brasília-DF, 2012. Disponível em: (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php). Acesso em: 20 mar. 2017.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. In Ana Elizabete Mota [et. al.]; Maria Inês Souza Bravo (org): Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. Cortez. São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. PEREIRA, Iara Cristina. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira de Enfermagem. 66 ed. 158-164. São Paulo, 2013.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001.

REIS, Denizi Oliveira. ARAÚJO, Eliane Cardoso de. CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde**. Módulo Político Gestor. São Paulo, 2010.

REY, Fernando Luis González. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. Thomson Pioneira. São Paulo, 2002.

SAMPAIO, Cláudia Cullen. [et. al.]. **Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de Saúde voltada à Mulher**. In Antônio Joaquim Severino... [et. al.]; Jeanete Liasch Martins de Sá (org): Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Marco Antonio Merechia. CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família**. Arquivos Catarinenses de Medicina. V. 32, nº. 04. Santa Catarina, 2001.

Disponível em: (<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/153.pdf>). Acesso em: 08 de mar. 2018.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade**. In Antônio Joaquim Severino... [et. al.]; Jeanete Liasch Martins de Sá (org): Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ZAGO, Luis Henrique. **O método dialético e a análise do real**. Kriterion: Revista de Filosofia, v. 54, n. 127, p. 109-124. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: (<http://www.scielo.br/pdf/kr/v54n127/n127a06.pdf>). Acesso em: 23 de fev. 2018.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO SUBJETIVO

- **Caracterização do respondente:**

1) Equipe em que está inserido (a):

() Equipe de Saúde da Família () N.A.S.F.

2) Formação:

() Ensino Fundamental () Ensino Médio

() Ensino Técnico () Ensino Superior

- **Perguntas específicas:**

3) Na sua opinião, como ocorre a atuação da Equipe de Saúde da Família junto à UBS II?

4) Na sua opinião, como ocorre a atuação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família junto à UBS II?

5) Em breves palavras, descreva o que você entende por interdisciplinaridade.

6) De que forma a interdisciplinaridade pode contribuir na efetivação da Política de Saúde no município de Marizópolis-PB?

7) Como se dá a articulação profissional entre a Equipe de Saúde da Família e NASF, de forma que os direitos dos usuários da Atenção Básica estejam sendo efetivados?

APÊNDICE II



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM FAVOR DA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS**, que está sendo desenvolvida pela aluna Lorena Gabriela Costa Sousa sob a orientação da professora Ms. Juliana e Silva de Oliveira. Antes de decidir sobre sua participação é importante que entenda o motivo de a mesma estar sendo realizada e como ela se realizará, portanto, leia atentamente as informações que seguem e se tiver alguma dúvida, consulte as pesquisadoras responsáveis.

O objetivo desta pesquisa é analisar e identificar a importância da rede de serviços multiprofissionais entre NASF e equipes de SF na efetivação dos direitos dos usuários acobertados pela UBS II em Marizópolis-PB. Busca-se entender melhor a respeito da importância da interdisciplinaridade junto aos serviços de saúde prestados aos usuários da Atenção Básica.

Este estudo será realizado com profissionais do NASF e da equipe de SF, que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Sua participação neste trabalho é de fundamental importância para a compreensão da temática abordada e consiste em responder a um breve questionário subjetivo.

A equipe da pesquisa encontra-se permanentemente a sua disposição para prestar informações sobre o andamento da pesquisa, resultados, bem como para quaisquer esclarecimentos ou orientações que você julgar necessários em relação ao tema abordado.

Informamos que a sua participação é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com os/as pesquisadores [as], nem tampouco receberá nenhuma remuneração por isso. Você tem o direito de decidir não participar do

estudo, ou de resolver desistir da participação no mesmo a qualquer momento, sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento.

Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em absoluto sigilo, assegurando proteção de sua imagem, sua privacidade e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas (artigos, livros etc.), porém sua identidade não será divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer informações que permitam a sua identificação.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual conteúdo, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas. O(A) senhor(a) receberá uma das vias e a outra ficará arquivada com os responsáveis pela pesquisa.

Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, especialmente aquelas contidas no item IV.3. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Ms. Juliana e Silva de Oliveira.

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM FAVOR DA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS**, e

após ter lido os esclarecimentos prestados anteriormente no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____
_____ estou plenamente de acordo em participar do presente estudo, permitindo que os dados obtidos sejam utilizados para os fins da pesquisa, estando ciente que os resultados serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade será preservada. Estou ciente também que receberei uma via deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

Marizópolis-PB, __/__/__.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Aluno Pesquisador

Contato da pesquisadora responsável:

Profa. Ms. Juliana e Silva de Oliveira

E-mail: jusoliveira@hotmail.com

Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - Sousa - PB

Endereço: Rodovia Antônio Mariz, BR-230, Km 466, Sousa-PB.

Telefone: (83) 3521-3201