



**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA-FESF-SUS /
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ/BA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SILVANA SANTANA SANTOS

**DESAFIOS E POTENCIALIDADES ENCONTRADOS NO PROCESSO DE
IMPLANTAÇÃO DO TRABALHO DO NASF 2: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

CAMAÇARI

2017

SILVANA SANTANA SANTOS

**DESAFIOS E POTENCIALIDADES ENCONTRADOS NO PROCESSO DE
IMPLANTAÇÃO DO TRABALHO DO NASF 2: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família- FESF-SUS/ Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ/BA para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Esp.Mariana Borges.

Coorientadora: Esp. Aline Gomes.

CAMAÇARI

2017

SILVANA SANTANA SANTOS

**DESAFIOS E POTENCIALIDADES ENCONTRADOS NO PROCESSO DE
IMPLANTAÇÃO DO TRABALHO DO NASF 2: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família FESF-SUS/FIOCRUZ-Ba para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora. Esp. Mariana Borges

Fundação Estatal Saúde da Família-FESF-SUS

Parecerista. Esp. Aline Gomes

Fundação Estatal Saúde da Família-FESF-SUS

Parecerista Ms. Mariângela Costa Vieira

Fundação Estatal Saúde da Família-FESF-SUS

SANTOS, Silvana Santana. **Desafios e Potencialidades Encontrados no Processo de Implantação do Trabalho do NASF 2**: um relato de experiência. 2017. Trabalho de Conclusão (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/Ba), Camaçari, 2017.

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência do NASF 2, identificando as dificuldades e as potencialidades encontradas durante o processo de implantação do trabalho em duas Unidades de Saúde da Família no município de Camaçari-Ba. **Método:** estudo descritivo de natureza qualitativa, tipo relato de experiência, realizado junto a profissionais da Equipe de Saúde da Família e NASF, onde foram realizadas reuniões para reflexão acerca dos processos de trabalho do NASF 2, no que se refere a atuação enquanto núcleo de saber profissional e enquanto equipe de apoio matricial e a identificação coletiva das dificuldades e facilidades no tocante ao apoio às equipes, a comunidade, as famílias e aos indivíduos. **Resultados:** No que se refere às principais dificuldades encontradas no processo de implantação do NASF 2 foi possível localizá-las no contexto sócio-político do município de atuação da residência, nos conflitos de modelos de assistência a saúde coexistentes no território e na influência do modelo biomédico na formação dos profissionais de saúde, no entanto no que diz respeito as potencialidades destaca-se: os equipamentos sociais presentes no território, o fortalecimento do trabalho em equipe, oportunidade de realizar um planejamento conjunto e mais adequado as necessidades das equipes e do território e o encontro com trabalhadores com ideias de defesa do SUS. **Conclusão:** O processo de implantação do NASF 2 na região 4 no município de Camaçari se deu de forma enriquecedora, o que gerou mobilização para melhoria da qualidade dos serviços ofertados pelas EqSF. **Palavras-chave:** NASF, Processo de trabalho, Modelo assistencial em saúde.

ABSTRACT

Objective: To report on the NASF 2 experience, identifying the difficulties and potentialities encountered during the process of implementation of the work in two Family Health Units in the city of Camaçari-Ba. **Method:** a descriptive study of a qualitative nature, a type of experience report, performed with professionals from the Family Health Team and NASF, where meetings were held to reflect on the work processes of the NASF 2 in relation to acting as a core of knowledge Professional and as a matrix support team and the collective identification of difficulties and facilities in terms of support for teams, the community, families and individuals. **Results:** With regard to the main difficulties encountered in the NASF 2 implantation process, it was possible to locate them in the socio-political context of the municipality where the residence is located, in the conflicts of healthcare models coexisting in the territory and in the influence of the model Biomedical training of health professionals; however, in terms of potentialities, it is worth highlighting: the social facilities present in the territory, the strengthening of teamwork, and the opportunity to carry out a joint planning and more adequate the needs of the teams and the territory and the encounter with workers with SUS advocacy ideas. **Conclusion:** The process of implementation of NASF 2 in region 4 in the city of Camaçari was enriching, which led to mobilization to improve the quality of the services offered by the EqSF. **Keywords:** NASF, Work process, Health care model.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. OBJETIVO GERAL.....	07
2.1.OBJETIVO ESPECIFICO.....	07
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	08
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	10
5. CONCLUSÃO.....	15
6. REFERÊNCIAS.....	16

1. INTRODUÇÃO

O SUS foi constituído por meio de embates de forças, enfrentando avanços e recuos até se instituir na forma atual e mantém-se em constante variação, principalmente no cotidiano dos serviços, haja vista a tensão advinda de interesses conflitantes e a influência de forças políticas, subjetivas, econômicas e sociais (FARIA e ARAUJO, 2010).

No que se refere à organização dos serviços e aos modos de intervenção nos problemas e necessidades de saúde identificou-se distintas formas de atuar sobre a realidade de saúde: as campanhas sanitárias; o modelo médico-assistencial privatista; os programas especiais, os modelos de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária (TEIXEIRA, 1998).

Segundo Fertonani *et al* (2015) o modelo médico-assistencial privatista designado “modelo biomédico” sustenta-se no paradigma cartesiano, o qual assume destaque e firma-se no campo da saúde. No entanto seus limites vêm sendo reconhecidos, destacando-se: o foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material. Pode-se mencionar, ainda, a pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano.

Em uma perspectiva ampliada do conceito de saúde, entende-se que o cuidado envolve muito mais do que a realização de procedimentos e que apesar da realização de procedimentos técnicos pautados no saber científico, no cotidiano do trabalho em saúde podem ocorrer situações consideradas “não cuidadoras” (FERTONANI *et al*, 2015).

Diante disso Paim (1999) traz que alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos no país, tais como: oferta organizada ou programada, vigilância da saúde, ações programáticas de saúde, saúde da família e outros.

Após a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde nº 8080 e nº 8142, de 1990, que instituíram o SUS e o controle social, os princípios do SUS passaram a ser um eixo de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de

saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular (FERTONANI *et al.*, 2015).

A partir de 1994, surge a formulação do Programa Saúde da Família, depois denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, o qual se constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS. A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na Atenção Primária à Saúde, configurando-se como um “novo” modelo assistencial, no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades sócio-culturais e contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS) (FEUERWERKER, 2005).

Dessa forma, com base na PNAB (BRASIL, 2012) e na Portaria nº 154 (BRASIL, 2008) surge os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF) com o objetivo de fortalecer a Estratégia de Saúde da Família, aumentando sua resolubilidade na Atenção Básica, com a intencionalidade de se alcançar a integralidade do cuidado e a interdisciplinaridade das ações em saúde, de maneira a apoiar e complementar o trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e como dispositivo para auxiliar nas mudanças de práticas. No entanto o campo da saúde pública apresenta potencialidades e desafios para que o NASF atue conforme proposto nos documentos normativos.

No ano de 2015, a Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari-BA assumiu o compromisso com a construção de novos modos de produção de cuidado em saúde com a implantação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência de Medicina de Família e Comunidade pela Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz Bahia - FIOCRUZ-BA em uma região de saúde da área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família com vistas à promoção da qualificação e articulação entre os serviços de saúde e a qualificação dos residentes e demais trabalhadores envolvidos neste ambiente de formação e reflexão das práticas cotidianas do serviço. Para isso foram selecionados profissionais para comporem as Equipes de Saúde da Família (enfermeiros, odontólogos e médicos) e as equipes de NASF (nutricionistas, professores de educação física e fisioterapeutas). As EqSFs foram divididas em cinco Unidades de Saúde da Família (USFs) e as equipes de NASF, foram identificadas em NASF 1, NASF 2 e NASF 3 para

apoiar as equipes das USFs de referência. Este trabalho apresenta a experiência vivenciada pela nutricionista do NASF 2.

Ao experienciar este desafio de produzir novos modos de cuidado em saúde enquanto profissional integrante do NASF 2, observei que a forma que organizamos o nosso processo de trabalho para realizar o apoio não dialogavam e não atendiam as expectativas das Equipes de Saúde da Família (EqSF) de referência, esse impasse também afetou a nós profissionais da equipe NASF 2, pois nos sentíamos constantemente desmotivados diante dos inúmeros obstáculos encontrados para atuar na perspectiva do trabalho em equipe e no apoio as EqSF.

Com isso, no decorrer do trabalho questionei-me: Quais foram as dificuldades e potencialidades encontradas pela equipe NASF 2 para atuar no campo da atenção básica de forma a contribuir para mudanças dos modos de produção de cuidado no nosso território de atuação? Partindo dessa indagação busquei refletir sobre quais seriam os possíveis fatores contribuintes para a instalação de um ambiente de trabalho produtor de insatisfação e desmotivação e quais outros fatores poderiam favorecer a construção de um trabalho mais resolutivo, eficiente e verdadeiramente transformador.

No entanto entendi que essa tarefa não seria possível sem a aproximação, a escuta e o diálogo com as EqSF apoiadas por este NASF diante disso como forma de identificar os entraves e as potencialidades nas relações de trabalho e no território, foi desencadeado um movimento de reorganização do trabalho do NASF 2, iniciando um processo de discussão nas Unidades de Saúde da Família, para se pensar coletivamente uma nova maneira de produzir o cuidado em saúde, a partir de ferramentas que pudessem qualificar o modo de atuação dos trabalhadores. No âmbito das USFs foram criados espaços de escuta e reflexão sobre o processo de trabalho, instituídos a partir da análise da atuação do NASF 2 e por meio de reuniões, buscando a construção de estratégias de enfrentamento dos principais problemas identificados.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Relatar a experiência do NASF 2 na implantação do processo de trabalho em duas Unidades de Saúde da Família no município de Camaçari-Ba.

2.2 Objetivo Específico

Identificar as dificuldades e as potencialidades encontradas durante o processo de implantação do trabalho do NASF 2.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de um relato de experiência, a partir da vivência do NASF 2 em duas Unidades de Saúde da Família. O caráter descritivo se configura neste relato, tendo em vista que esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987 apud GERHARDT & SILVEIRA, 2009).

Para a seleção dos referenciais teóricos utilizados neste relato foi realizado pesquisa na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) cuja palavras-chaves foram: NASF, Trabalho Cooperativo, Processo de trabalho e Modelo assistencial em saúde. O período da coleta ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2016 e os critérios de inclusão e exclusão foram publicações entre os anos de 2011 e 2016 e os artigos e documentos com reconhecida relevância para o tema estudado.

A atuação dos residentes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF 2), se deu pela inserção dos profissionais por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz Bahia - FIOCRUZ-BA, no município de Camaçari-BA, o qual está dividido em regiões de saúde, estando o programa de residência inserido na região 4 com início da primeira turma de residentes no ano de 2015 e da segunda turma em 2016. O referido programa contempla a Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Camaçari-BA, as quais possuem equipes de referência formadas por: enfermeiros, odontólogos, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

O NASF 2, é composto por residentes da primeira turma ingressos em 2015 (R2) e da segunda turma ingressos em 2016 (R1) conforme entrada no Programa de Residência por meio de processo seletivo anual. A primeira turma de residentes do núcleo de apoio contou com dois profissionais fisioterapeutas, uma nutricionista, três professores de educação física e uma preceptora de campo e a da segunda turma com três fisioterapeutas, três nutricionistas, quatro professores de educação física e uma preceptora de campo, apoiando cinco equipes de referência lotadas em duas Unidades de Saúde da Família da rede de atenção básica do município de Camaçari- Ba.

Durante o período de implantação do NASF2 no município percebeu-se que diversas situações atuaram como elementos dificultadores para a concretização do NASF como estratégia de fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família no território de atuação, constituindo-se como entraves ao avanço do trabalho com as EqSF.

Para identificar estes entraves, inicialmente foram realizadas reuniões com os profissionais do NASF 2 para refletirmos sobre o nosso processo de trabalho, avaliando a nossa atuação enquanto núcleo de saber e enquanto equipe de apoio matricial. Posteriormente foram realizadas reuniões com as EqSF como forma de oportunizar um espaço de discussão sobre do processo de trabalho do NASF 2, identificando coletivamente as dificuldades e facilidades no tocante ao apoio às equipes, a comunidade, as famílias e aos indivíduos.

As reuniões foram realizadas no *locus* das unidades com agendamento prévio com as equipes, sendo realizada com as 5 equipes das duas Unidades de Saúde da Família no período de fevereiro a agosto de 2016. Participaram da atividade os enfermeiros, odontólogos e os médicos das equipes.

Após as reuniões com as EqSF, a equipe de apoio matricial reuniu-se para discutir acerca das considerações feitas pelas equipes e também tornando o espaço uma estratégia pedagógica de contextualização dos desafios e potencialidades do trabalho do NASF 2 naquele território, uma vez que, parte da equipe era composta por profissionais residentes recém chegados, em seu primeiro ano de atuação (R1) os quais encontravam-se em fase de conhecimento e adaptação ao trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apesar do NASF constituir-se como um dispositivo para contribuir com a mudança do modelo “biomédico” de assistência a saúde para um modelo mais participativo, colaborativo e pautado na integralidade, o campo apresenta diversas dificuldades para o exercício do trabalho do NASF na perspectiva do apoio matricial.

O conceito de modelo de cuidado em saúde compreendido pelo NASF 2 é o denominado por Merhy como modelo tecnoassistencial, sendo definido como tecnologias do trabalho em saúde e a assistência vista como uma tecnologia do cuidado operada por três tipos de arranjos tecnológicos: tecnologias leves, leve-duras e duras, o qual para se operacionalizar na prática de forma a produzir mudança do modelo assistencial hegemônico é necessário impactar o núcleo do cuidado, do trabalho vivo sobre o trabalho morto, investindo nas “tecnologias leves (relacionais), em detrimento das tecnologias duras ou leve-duras traduzido nas normas, equipamentos e materiais” (MERHY, 2002 apud FERTONANI *et al*, 2015).

A primeira dificuldade encontrada pelo NASF 2 foi o processo de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família na área de atuação da residência, uma vez que o município estava passando por um difícil contexto político, onde cotidianamente as Unidades de Saúde da Família apresentavam problemas estruturais e falta de recursos humanos e materiais, o que culminou na deflagração de greve por parte dos servidores municipais incluindo os do setor saúde, além disso no município existia apenas uma equipe NASF em uma região de saúde. Com o início das atividades dos profissionais/residentes do NASF 2 criou-se uma expectativa de atendimento individualizado de nutrição, fisioterapia para a população e para os professores de educação física a expectativa era de atuação com coletivos. Compartilhavam desse entendimento as equipes as EqSFs, o NASF 2, e a comunidade.

Tanto os profissionais das Equipes de Saúde da Família quanto os profissionais do NASF 2 compartilhavam do mesmo modelo “biologicista” de formação acadêmica o que justificava o pouco conhecimento acerca da lógica de trabalho nos moldes do apoio matricial. Segundo Campos *et al* (2014), apoio matricial “sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde.”

A dificuldade em se compreender a lógica do funcionamento do NASF pautado no apoio matricial gerou conflitos de expectativas e tensionamentos no dia-dia do serviço, o que levou a um distanciamento entre as equipes, impactando diretamente nas relações de trabalho. No entanto essa dificuldade inicial já era prevista como corrobora Fertonani *et al*, (2015) uma vez que o designado “modelo biomédico” tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde.

Somando-se a isso, eu enquanto nutricionista integrante do NASF 2, me vi inserida em mais um contexto de conflitos, os dos modelos de assistência a saúde coexistentes no município, por um lado a proposta municipal para a atuação dos nutricionistas no formato de ambulatório de especialidades na atenção básica e por outro lado a proposta da residência com base na integralidade do trabalho em equipe multiprofissional para atuar de forma estratégica contribuindo para ampliação da clínica e na perspectiva do matriciamento.

Em diversas situações fui colocada a prova em relação as minhas expectativas de atuação produzidas pela minha formação universitária e pela nova concepção de cuidado ao qual estava sendo exposta devido ao processo pedagógico da residência. A primeira crise aconteceu quando foi colocada a proposta da área técnica de nutrição do município em priorizar os atendimentos individuais, uma vez que com a inserção da residência nesta região de saúde, o profissional nutricionista que atendia ambulatorialmente a população na Unidade Básica de Saúde- UBS foi realocado para outra região de saúde devido à incompatibilidade dos modelos de atenção nutricional. Diante disso surgiu à necessidade de responsabilizar as nutricionistas do NASF (NASF 1, NASF 2 e NASF 3) pelo acompanhamento dos usuários inscritos nos programas de fórmulas e suplementos nutricionais e de cesta básica, o que impulsionou a abertura de agenda de atendimento individual de nutrição nas unidades, sem que houvesse a oportunidade de amadurecimento com a equipe NASF e com as EqSF, por conta da urgência e da forma como foi colocada a demanda.

Com a abertura da agenda para atendimentos individuais de nutrição e com o conhecimento da existência de outros profissionais “especialistas” nas unidades, passou a haver tensionamentos para o atendimento individualizado, contrariando o pressuposto da clínica ampliada e compartilhada.

A importância do trabalho em equipe na ESF é ressaltada pelo aspecto da integralidade do cuidado em saúde, uma vez que há o empenho em compreender as

necessidades de saúde de coletivos e indivíduos, extrapolando os limites do papel de cada profissional, contribuindo para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde, no qual os profissionais atuam compartilhando e potencializando o conhecimento e as ações, com trocas e organização do cuidado em cooperação, articulação, conexão e rede (CECÍLIO, 2001 & FLORINDO, 2009 apud SANTANA *et al*, 2015).

Em meios desse modo de produzir cuidado em saúde, o arranjo do apoio matricial apresenta-se como dispositivo de mudança quando seu uso possui objetivo estratégico, ocorrendo em espaços institucionalizados, como nos momentos de reuniões com as EqSF, tornando os espaços mais democráticos e participativos com avaliações das práticas cotidianas (VOLPONI, 2015). Dessa forma, o NASF 2 alicerçado nesse modelo buscou identificar as dificuldades encontradas pela equipe que se constituíam em entraves na implantação do trabalho no território, assim como os potencializadores do processo, por meio da construção de espaços coletivos com vistas ao diálogo.

Durante as reuniões de equipe NASF 2, refletimos sobre a nossa atuação e observei que a nossa dificuldade estava em produzir consensos, uma vez que cada profissional do NASF 2 apresentava pontos de vista divergentes sobre cada aspecto da nossa atuação no território, e no entendimento da forma como se opera na prática o apoio matricial. Outra dificuldade percebida foi em relação à organização dos espaços formais de encontro entre os profissionais do NASF 2, que apesar de ser reconhecida como espaço potencializador para a formulação de novas metodologias de planejamento e avaliação do processo de trabalho, apresentava-se desorganizado, com excessivas pautas e pouco resolutiva.

As nossas reuniões aconteciam semanalmente no início da semana e tinha por objetivo realizar os repasses das atividades realizadas na semana anterior, informes importantes, planejamento de atividades para a semana seguinte, construção da agenda coletiva dos profissionais, discussão de estratégias para mediação de conflitos e forma de qualificação de diversos espaços junto as Equipes de Saúde da Família-EqSF, além de momento de educação permanente. Diante disso houve a necessidade de reorganização das reuniões de equipe NASF 2 com priorização das pautas, tempo médio para cada tema, deslocamento de temas complexos, que demandavam maior tempo e esforço, para um turno específico a cada 15 dias e a construção da agenda passou a ocorrer de forma online. Com isso o espaço de reunião passou a ser melhor aproveitado.

Já nos espaços de reunião com as EqSF analisei que as dificuldades identificadas, na ótica da equipe de referência, estavam relacionadas com a forma de

organização trabalho da equipe NASF 2, indicando como fragilidade a organização da agenda dos profissionais, com impacto importante na continuidade do cuidado, principalmente no que se refere ao acompanhamento de casos, ao apoio na formação de grupos e das atividades coletivas e a participação nas reuniões de equipe.

Esse achado corrobora com o encontrado por Silva *et al* (2012) em seu estudo, no qual apresenta os desafios a serem enfrentados pelo NASF na visão dos profissionais da Atenção Primária como: a corresponsabilidade pelo cuidado, a interdisciplinaridade sem descaracterizar as especificidades, a garantia de espaços nas agendas das equipes de saúde da família e do NASF para discussão de casos, a elaboração do plano de cuidados e ações compartilhadas e o papel do NASF como formador de recursos humanos.

Os momentos de reuniões com as equipes puderam contribuir para reflexão da nossa contribuição para mudanças de práticas de cuidado em saúde, uma vez que o dispositivo do apoio matricial promove a horizontalidade das relações e potencializa a comunicação entre os diferentes atores em busca da definição de objetivos comuns.

Campos & Domitti (2007), sugerem que para superação dos desafios encontrados pelo NASF, além do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, faz-se necessário uma cogestão para que os empecilhos sejam conhecidos, analisados e que haja esforço para a resolução dos mesmos.

Durante a minha vivência também pude identificar que esse movimento gerou fortalecimento do trabalho em equipe, maior entrosamento entre as equipes NASF 2 e EqSF, humanização das relações no serviço e oportunidade de realizar um planejamento conjunto e mais adequado as necessidades das equipes e do território. Outras potencialidades percebidas na minha experiência foram: o encontro com trabalhadores com ideologia de defesa do SUS e com vontade de direcionar a sua força de trabalho para a qualificação das práticas de saúde e na mudança do paradigma biomédico, para isso demonstraram disponibilidade em aprender novas práticas de cuidado em saúde.

O território de atuação do NASF 2 apresentou diversos equipamentos sociais que contribuíram sobremaneira para o desenvolvimento do trabalho, como as igrejas, associações de moradores, instituições sociais, quadra esportiva, com destaque especial para as escolas próximas as unidades de saúde, as quais abriram suas portas para realização de reuniões de planejamento, educação permanente com as EqSF, reunião de unidade, reunião de comunidade, atividades educativas com os alunos, prática corporal, acolhimento, gincana, oficina e outros o que permitiu o estabelecimento de vínculo forte com as escolas sob nossa responsabilidade sanitária, de forma que as unidades

escolares enxergaram a USFs e o NASF 2 como parceiros para o cuidado de maneira ampla dos moradores dessa região.

De acordo com Sá *et al* (2013) “para haver mudanças, é necessária a percepção de problemas ou desconfortos do cotidiano e para isso, é preciso diálogo, problematização, novos pactos de convivência que poderão ser estratégias para a promoção da saúde coletiva”.

A partir desse diálogo, estratégias e encaminhamentos foram traçados na tentativa de contribuir para a reorganização do processo de trabalho do NASF 2, como: rever modelo de agenda dos profissionais do NASF de modo a garantir a participação dos espaços de discussão de casos para que haja continuidade do cuidado; potencializar a articulação da rede; fortalecer as interconsultas; investimento nas relações de trabalho e na comunicação verbal e não verbal e o fortalecimento do vínculo com a comunidade.

5. CONCLUSÃO

O presente relato buscou identificar através da minha vivência, nutricionista do NASF 2 e trabalhadora do SUS, as dificuldades e as potencialidades para a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família enquanto dispositivo de mudança das práticas de cuidado em saúde na Atenção Básica.

As principais dificuldades encontradas no processo de implantação do NASF 2 estavam relacionadas ao contexto sócio-político do município de atuação da residência, aos conflitos de modelos de assistência à saúde coexistentes no território e a influência do modelo biomédico na formação dos profissionais de saúde, o qual não privilegia a formação para o Sistema Único de Saúde- SUS com impactos na gestão do processo de trabalho do NASF.

Na tentativa de superar dos desafios para o avanço da Estratégia de Saúde da Família e com o entendimento de que o NASF, utilizando-se do apoio matricial, configura-se em um dispositivo potencial para realizar o enfrentamento da lógica “biologicista” hegemônica de produção de cuidado, buscamos através das tecnologias leves refletir acerca desses desafios e propor estratégias locais com vista a reorganização do processo de trabalho do NASF 2 e ao fortalecimento do apoio e do vínculo com as EqSF.

Para isso contamos com outros atores com os quais foram somados esforços em promover um SUS mais “humanizado” visando alcançar a integralidade do cuidado.

Portanto, através da minha vivência e das dificuldades e potencialidades identificadas acredito que o processo de implantação do NASF 2 na região 4 no município de Camaçari se deu de forma enriquecedora, o que gerou mobilização para melhoria da qualidade dos serviços ofertados pelas EqSF.

Desta forma, concluo este relato propondo que o trabalho iniciado tenha continuidade na direção da implementação dos encaminhamentos firmados nos espaços de reuniões, os quais poderão servir de subsídios para o planejamento afinado do trabalho do NASF 2 junto as Equipes de Saúde da Família de referência e para a superação dos obstáculos encontrados nesse processo inicial.

E na certeza que outros desafios surgirão deixo o convite para a contínua avaliação dos processos de trabalho, com a criação de metodologias inovadoras e adequadas para a realidade do serviço. Finalizo com a convicção de que criatividade, amor e luta nunca há de faltar para nós que sonhamos com um Sistema Único de Saúde - SUS mais forte, acolhedor, humanizado e produtor de vida e saúde para todos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. M. B.; QUANDT, F. L.; CAMPOS, D. A.; DELZIOVO, C. R.; COELHO, E. B. S.; PIRES, R. O. M. **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina.** *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.

ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O.; VILELA, A. B. A.; BOERY, R. N. S. O.; SENA, E. L. S. **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, out/dez 2013.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde);

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Brasília (DF): MS; 2008.

CAMPOS, G. W. S. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA, J. N.; CASTRO, C. P. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada.** Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:983-95.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. **Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde.** Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, 2012.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(6):1869-1878, 2015.

FEUERWERKER, L. M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

[organizado por] GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa/coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS.** – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

MATUDA, C. G.;PINTO, N. R. S.; MARTINS, C. L.; FRAZÃO, P. **Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(8):2511-2521, 2015.

RIBEIRO, M. D.; BEZERRA, A. E. M.; COSTA, M. S; BRANCO, C. E.C.; NETO, J. D. A.; MOREIRA, A. K. F.; FILGUEIRAS, M. C. **Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 27(2): 224-231, abr./jun., 2014.

SÁ, C. M. C. P.; MOURA, S. G.; BRAGA, L. A. V.; DIAS, M. D.; FILHA, M. O. F. **Experiência da Implantação do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(esp):5029-35, jul., 2013.

SANTANA, J. S.; AZEVEDO. T. L.; REICHERT. A. P. S.; MEDEIROS. A. L.; Soares. M. J. G. O. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família.** - Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online) 2015. abr./jun. 7(2):2362-2371.

SILVA, A. T. C.; AGUIAR, M. E.; WINCK, K.; RODRIGUES.; K. G. W.; SATO, E. M.; GRISI, S. J. F. E.; BRENTANI, A.; RIOS, I. C. **Núcleos de Apoio a Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária do município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

TEIXEIRA, C. F.; JAIRNILSON, S. P.; VILASBÔAS, A. L. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde.** IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998.

VOLPONI, P. R. R.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde.** *Saúde debate* [online]. 2015, vol.39, n.spe, pp.221-231. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005418>.