

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO – FAGED
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM SAÚDE
EDUCASAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

SHEILA PETRY ROCKENBACH

**NASF: RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE EM UM NOVO CENÁRIO DE
PRÁTICA**

PORTO ALEGRE
2013

SHEILA PETRY ROCKENBACH

**NASF: RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE EM UM NOVO CENÁRIO DE
PRÁTICA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-graduação da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
requisito parcial para obtenção do título de Especialista
em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Carin Klein

PORTO ALEGRE

2013

RESUMO

Esta investigação discute a inserção da Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública de Porto Alegre (ESP/RS) no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Esteio. A realização desta pesquisa ocorreu a partir da minha inserção enquanto membro da equipe do e como um dos membros responsáveis pela implantação e implementação do NASF do município de Esteio, assim como enquanto preceptora de campo e de núcleo da fonoaudiologia da RIS/ESP, que inaugura seu campo de formação em serviço nesse município, juntamente com a implantação do NASF no ano de 2012. Considerando a curta história do NASF em todo o Brasil, bem como a recente inserção da RIS nesse novo cenário de prática e as discussões pautadas sobre esse contexto, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de reflexão sobre a inserção da RIS nesse âmbito. O objetivo central deste trabalho foi analisar as ações desenvolvidas pelos residentes de fonoaudiologia e psicologia da ESP no campo do NASF do município de Esteio e se tais ações contemplam o que está previsto no Projeto Político-Pedagógico (PPP) da ESP/RS para a formação dos residentes do primeiro ano. Este estudo foi realizado a partir de uma abordagem qualitativa, baseada na busca de informações através da pesquisa documental, disponibilizadas pelas instituições nas quais são desenvolvidos os programas: PPP da ESP; os documentos que descrevem as diretrizes do NASF, como o Caderno de Atenção Básica, nº 27, do Ministério da Saúde (2008); os documentos produzidos no âmbito da implementação do NASF, no município de Esteio, como atas de reuniões do NASF, atas de reuniões entre NASF e Estratégia da Saúde da Família e atas de reuniões de tutoria entre ESP e NASF de Esteio, no período entre março e dezembro de 2012. Durante o processo de estudo para a efetivação deste trabalho, foi possível perceber que as residentes do NASF praticam as ações elencadas na proposta pedagógica da RIS/ESP. Assim como que o PPP em foco traz em formato de citação a maior parte das temáticas abordadas nas políticas públicas que contemplam a atenção básica, mais especificamente a da ESF. Contudo ficam lacunas com relação às ferramentas que deveriam ser utilizadas para dar conta dessas políticas, principalmente ao que concerne ao NASF, destacando-se o matriciamento, interconsultas, compartilhamento de ações e seus dispositivos para o alcance da interdisciplinaridade as quais não estão contempladas no PPP da ESP. É possível perceber que a percepção das residentes demonstram que o processo de formação em um campo novo e em um serviço em processo de implantação tem suas dificuldades, na medida em que tudo parece estar em construção. Ainda não temos modelos de atuação do NASF consolidados e acrescento, nem mesmo da ESF. Significa dizer que ambos, serviço e ensino, estão diante do desafio de mudança de paradigma, de trabalho interdisciplinar, da construção do valor da equipe, da promoção, prevenção, humanização, acolhimento. Levando-nos a avaliar as ações já desenvolvidas pelo NASF em Esteio, a fim de repensarmos o trabalho. Também não se observam diretrizes da ESP quanto a realização da residência em NASF. Por fim independente do campo de atuação, para todos os atores que vivenciam a formação em serviço o maior desafio consiste em criar a possibilidade de atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação do usuário se configurando em uma nova concepção de saúde.

Palavras-chave: Residência Integrada em Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Formação em Serviço

LISTA DE SIGLAS

ASF - Agentes de Saúde da Família

APS - Atenção Primária à Saúde

CAISM- Centro de Atenção Integrado à Saúde Mental

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CPS II - Centro de Atenção Psicossocial Adulto

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

ESP- Escola de Saúde Pública

ESF- Estratégia da Saúde da Família

SGTES - Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PPP - Projeto Político Pedagógico

RAPS - Residência em Área Profissional da Saúde

RIS - Residência Integrada em Saúde

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

SF - Saúde da Família

SES - Secretária Estadual da Saúde

SIACA - Serviço Integrado de Atenção a Criança e ao Adolescente

SUS - Sistema Único de Saúde

VD - Visita Domiciliar

UBS - Unidades Básicas de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	5
2 LINHA HISTÓRICA DA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.....	8
3 PLANO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE COLETIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE - ESP	12
3.1 COMPETÊNCIAS DE CAMPO E NÚCLEO	15
3.2 NASF COMO POLÍTICA FEDERAL.....	16
3.3 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO NASF DE ESTEIO	19
3.4 PROCESSO DE INSERÇÃO DOS RESIDENTES DA ESP NO NASF DE ESTEIO	21
3.5 CONHECENDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ESTEIO.....	22
3.6 ENTENDENDO O NASF ESTEIO	23
4 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS RESIDENTES NESTE NOVO CENÁRIO DE PRÁTICA	30
4.1 TERRITORIALIZAÇÃO	30
4.2 REUNIÕES DE NASF E ESF.....	31
4.3 INTERSETORIALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	33
4.4 VISITAS DOMICILIARES	34
4.5 AÇÕES EDUCATIVAS	35
4.6 DISCUSSÕES DE CASOS, ACOMPANHAMENTOS, INTERCONSULTA.....	38
4.7 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	40
4.8 INTERVENÇÕES NA ESCOLA.....	41
4.9 PARTICIPAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL	42
4.10 PARTICIPAÇÃO EM CAMPANHAS DE VACINAÇÃO.....	43
4.11 ACOLHIMENTO	43
5 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS.....	47

1 APRESENTAÇÃO

Produzir este texto que fala sobre a inserção da Residência Integrada em Saúde (RIS) no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um desafio no qual me proponho enquanto membro da equipe do NASF e preceptora de campo e de núcleo da fonoaudiologia, além de fazer parte do processo de implantação, tanto do NASF, quanto da Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), município de Esteio RS, cujo processo de implantação iniciou no ano de 2012.

Torna-se relevante considerar que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem trabalhando na intenção de aproximar ensino-serviço, a fim de oportunizar o aprendizado em meio ao cenário de práticas descrito pelas políticas públicas. São diversos programas e propostas que se efetivam, entre eles: a RIS com ênfase na atenção básica, tema que coloco como foco deste estudo e que deve estar orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, congregando as profissões da área da saúde (CECCIM, 2003).

No Brasil, o SUS tem como um de seus objetivos principais a reorganização do modelo assistencial para a mudança do padrão de vida e saúde da população. Tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como base estruturante e a Saúde da Família (SF), criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, como estratégia prioritária. Nesse contexto, em 2000 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) amplia a forma de atuação, promovendo a integração entre a população e as equipes de saúde; altera a organização geral dos serviços, integrando os diversos níveis de atenção; prioriza as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, independente de faixa etária, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Nesse contexto, estruturam-se as Unidades de Saúde da Família (USF) com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população (BRASIL, 2000).

No ano de 2008, ocorre a criação dos NASF que se constitui como um passo importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho¹. Nele, as diretrizes da integralidade, universalidade, equidade

¹ Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008.

e participação social devem ser concretizadas em ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde, capazes de produzir saúde para além da assistência fragmentada e neste inserem-se profissionais de várias áreas da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Baseado no exposto acima e no sentido de que atualmente grande parte dos profissionais de saúde, considerados especialistas, como: Psicólogos, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Farmacêuticos, Assistentes Sociais dentre outros, não estão previstos pelas políticas públicas nas equipes de ESF é que, no ano de 2011, houve uma grande reflexão por parte dos residentes e gestão da ESP/RS em relação à inserção direta dos residentes desses núcleos de formação no campo dos NASFs, em municípios que já vinham trabalhando nessa lógica. Culminando na decisão de que, no ano de 2012, a residência adentraria neste novo cenário de prática.

O final do primeiro ano da residência da ESP em 2012, no campo do NASF, trouxe várias questões que foram debatidas em diversos fóruns (Comissão de Residência Multiprofissional Especializada, reuniões de tutoria, reuniões dos serviços, entre outros) , como por exemplo: se o NASF daria conta da formação dos residentes; se a forma em que está pautada a atuação do NASF permitiria ao residente responsabilizar-se pelo usuário.

Pode-se perceber uma divisão de opiniões, sendo que alguns acreditavam na potencialidade do NASF enquanto espaço de formação, já, outros, de que este campo teria muitas limitações, sendo necessária, primeiramente, a inserção desses profissionais na ESF.

Considerando a curta história dos NASF, bem como a recente inserção da RIS neste novo cenário de prática e as discussões pautadas sobre este contexto, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de reflexão sobre a inserção da RIS neste âmbito. O objetivo central deste trabalho foi analisar as ações desenvolvidas pelos residentes de fonoaudiologia e psicologia da ESP no campo do NASF do município de Esteio e se tais ações contemplam o que está previsto no Projeto Político-Pedagógico (PPP) da ESP/RS para a formação dos residentes do primeiro ano. Este estudo foi realizado a partir de uma abordagem qualitativa, baseada na busca de informações através da pesquisa documental, disponibilizadas pelas instituições nas quais são desenvolvidos os programas: PPP da ESP; os documentos que descrevem as diretrizes do NASF, como o Caderno de Atenção

Básica, nº 27, do Ministério da Saúde (2008); os documentos produzidos no âmbito da implementação do NASF no município de Esteio, como atas de reuniões do NASF, atas de reuniões entre NASF e Estratégia da Saúde da Família e atas de reuniões de tutoria entre ESP e NASF de Esteio, no período entre março e dezembro de 2012. Para a realização das análises, explora-se o texto do PPP/ESP, principalmente, no que se refere às ações que os residentes devem desenvolver no seu primeiro ano de residência, como: territorialização, acolhimento dos usuários, trabalhos com grupos, participação nas ações em escolas e creches, visitas e consultas domiciliares, planejamentos e acompanhamentos de programas e ações de vigilância, consultas agendadas e de pronto-atendimento, participação em reuniões de equipe, comunidade e conselho local de saúde, capacitação de profissionais, técnicos e estudantes de graduação e pós-graduação, a fim de refletir sobre como ocorreram as ações desempenhadas pelos residentes, conforme registradas em atas. Torna-se importante indicar que a realização das análises também traz elementos e percepções da vivência da pesquisadora por acompanhar e refletir cotidianamente as ações desenvolvidas pelas residentes no âmbito do NASF. Para tanto, será necessário conhecer e compreender o PPP da ESP/RS, principalmente no que se refere às ações propostas para o primeiro ano de residência, a proposta do NASF, enquanto política pública, os relatos de experiências nos NASFs publicados, bem como compreender as ações desempenhadas pelas residentes que compõem o NASF de Esteio, a partir da atuação descrita nas atas de reuniões de NASF e entre NASF e equipes de ESF, no período entre março e dezembro de 2012.

2 LINHA HISTÓRICA DA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

A primeira Residência Comunitária do Brasil foi criada na cidade de Porto Alegre no ano de 1976, Residência em Medicina Comunitária implantada na Unidade de Saúde São José do Murialdo – Centro de Saúde Escola Murialdo. Iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde (SES) - ESP/RS, que tinha como principal propósito formar profissionais médicos com capacidades mais críticas e humanistas, que pudessem desenvolver competências profissionais dentro de uma visão mais integral sobre os problemas de saúde da comunidade, desenvolver um olhar que integrasse a saúde clínica, a saúde mental e a saúde pública e assim se alcançasse uma maior resolutividade na atenção à saúde da população referida. A Residência do Murialdo, como é conhecida, passou a ser multiprofissional dois anos depois de sua implantação (MARTINS, et al., 2010).

A Residência Médica, criada em 1977 pelo Decreto nº 80.281, na modalidade de pós-graduação lato sensu, tinha como principal característica a formação em serviço, sendo considerada o “padrão ouro” das especializações médicas. O mesmo Decreto também instituiu, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) que passou a definir os princípios e normas dos programas dessas residências (BRASIL 2006).

Na mesma década, nos anos 70, surge o Movimento de Reforma Sanitária que se propunha um movimento de resistência ao modelo hegemônico médico-industrial da época. O Movimento Sanitário se propunha, também, de resistência ao próprio modelo de formação, até então centrado na fragmentação do conhecimento e na especialização, com visão puramente biológica dos processos de adoecimento. (BRASIL, 2006).

No início da década de 90, passando o Brasil por grande turbulência política e crise econômica, a Residência Multiprofissional da ESP/RS é extinta, passando a ser a Residência do Murialdo, novamente composta somente por profissionais médicos. Entretanto, com todo o acúmulo de experiências na formação de profissionais de saúde ao longo de tantos anos, a ESP/RS implantou o Programa de Aperfeiçoamento Especializado - origem da primeira Residência Integrada em

Saúde (RIS) no país - aprovado pela Portaria nº 16 de agosto de 1999 da SES/RS, resgatando o caráter multiprofissional (BRASIL2006).

No ano de 1994, é criado o Programa de Saúde da Família, passando a demandar, principalmente aos gestores, profissionais para a execução desses Programas. Com o ingresso desses trabalhadores nas unidades de saúde, ficaram ainda mais evidentes as contradições entre o SUS, com suas complexas necessidades, e a formação dos profissionais de saúde, o que, por sua vez, contribuiu para fomentar o debate sobre a criação de novas residências em saúde da família, com proposta, desde seu início, em ser uma formação multiprofissional para a Saúde no SUS (BRASIL2006).

Em 2002, com apoio do Ministério da Saúde (MS), são criadas, em todo o país, 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família. No ano seguinte, o MS cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), este com finalidade de dar as diretrizes e o ordenamento à formação na área da Saúde. O Deges então propõe, como um projeto nacional, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), enfrentando resistências de toda ordem o que não permitiu, naquele momento, a concretização do projeto, ainda assim, contribuindo, especialmente, para a elaboração, pelo MS, de uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, problematizando a formação e o exercício profissional no que se refere à alienação do debate a cerca da criação, implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como da estruturação do cuidado em saúde do Sistema. A lógica proposta era a de contraposição às práticas reducionistas médico-centradas e de procedimentos (BRASIL2006).

No ano de 2005, foi aprovada a Lei nº 11.129, instituindo a Residência em Área Profissional da Saúde (RAPS), também na modalidade de pós-graduação lato sensu e que se destina aos demais profissionais da saúde, com exceção dos médicos, formalizando, em seu texto, artigo 14, a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), envolvendo a responsabilidade de sua organização e funcionamento aos Ministérios da Saúde e da Educação. Em novembro desse ano, é publicada a Portaria Interministerial de nº 2.117 que institui a RMS (RERREIRA e OLSCHOWSKY,2010).

Depois de algum tempo, em meio a muitos debates e negociações, fica definido, pela Portaria Interministerial nº 45, de janeiro de 2007, que as RMS e as

RAPS serão orientadas pelos princípios do Sistema de Saúde vigente, uma importante definição considerando a necessidade de formação de trabalhadores da saúde que possam se desenvolver profissionalmente orientados por uma visão mais ampliada, integral e humanizada dos problemas de saúde da população, e que estes “novos atores” exerçam suas práticas em saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, operando transformações nos sujeitos e na busca de perfis de trabalhadores mais comprometidos com as Políticas Públicas de Saúde (RERREIRA e OLSCHOWSKY,2010).

A RMS é uma metodologia de formação em serviço que visa à qualificação das práticas em Saúde, destinada aos profissionais das diferentes categorias envolvidas e que são hoje integrantes do SUS. Essa modalidade de ensino em serviço, focada nas práticas de ensino-aprendizagem no cotidiano do trabalho em saúde, preconiza a lógica da multidisciplinaridade das equipes e interdisciplinaridade dos processos de trabalho, visando à formação coletiva, à qualificação e à integralidade do cuidado oferecido à comunidade. Em última análise, as RMS, integrantes da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento do SUS, são estratégicas para a qualificação e fortalecimento do Sistema. A organização das RMS apostam, desde seu início, na construção de espaços de diálogo e de compromisso de todos os atores envolvidos – gestores, formadores, trabalhadores e usuários - promovendo e favorecendo parcerias de integração ensino-serviço-comunidade, problematizando e promovendo, no cotidiano da Saúde, as reflexões, individuais e coletivas, que a complexidade das demandas em saúde da população exigem. (MARTINS, et al, 2010).

No cenário atual das RMS no Brasil, observa-se que os programas de RMS existentes apresentam alguns princípios em comum. Entretanto, é possível observar que cada um desses programas apresenta metodologias e cenários de práticas diversificados, que podem ser públicos, privados ou filantrópicos. Encontra-se, também diferença quanto à qualificação da preceptoria, a avaliação, o financiamento, a relação com os serviços de saúde, a carga horária, a inserção dos núcleos, entre outros. Para os autores, esta diferença, mais do que um problema, permitirá identificar marcas importantes para a constituição da identidade de cada uma das Residências (MARTINS, et al.,2010).

De acordo com o PPP da ESP (RIO GRANDE DO SUL, 2008) O programa de RMS busca formar profissionais para o planejamento, gestão, e a clínica da atenção

básica em equipe multiprofissional, orientados para a integralidade da atenção em saúde.

A proposta das Residências em Saúde como multiprofissional e como integradas ao SUS apresenta-se como uma perspectiva teórico-pedagógica visando consonância com os princípios e diretrizes da integralidade da atenção preconizada pelo sistema de saúde do Brasil (CECCIM,2010).

Para Martins et al., (2010) a RMS deve desenvolver sua formação, com o objetivo de buscar a integralidade, através de uma possibilidade diferenciada de qualificação de profissionais capazes de promover um olhar e escuta ampliada, quanto ao processo de cuidado e de saúde /doença. Entretanto, esta lógica contrapõe-se ao presente cotidiano dos serviços de saúde, espaço de formação dos residentes, onde, frequentemente, há confronto entre os profissionais que atuam ou que deveriam atuar com o mesmo objetivo, ou seja, o bem-estar do usuário e o desenvolvimento de ações curativas ou preventivas no processo de saúde/doença, resistência no trabalho integrado e interdisciplinar. Além disso, torna-se relevante explicitar que muitos serviços, tais como as UBS, ESF que prestam a formação no serviço, encontram-se fragilizados por inúmeros motivos sendo alguns deles: a falta de recursos humanos; estrutura de trabalho; articulação da rede de serviços, desmotivação, desconsideração das potencialidades do trabalho interdisciplinar e a capacitação dos profissionais que compõem a rede de serviços de saúde.

3 PLANO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE COLETIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE - ESP

A Residência Integrada em Saúde (RIS), de caráter interdisciplinar, de responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), atualmente possui como seu diretor Márcio Mariath Belloc e como Coordenador Geral da Residência Nilson Maestri Carvalho. Com base no Projeto Político Pedagógico atualizado a partir do Documento de Cadastramento no MEC, em outubro de 2008/Fevereiro de 2010, descreverei alguns aspectos que considero importantes da abordagem pedagógica da RIS da ESP, relacionadas à formação em serviço.

Preparar os profissionais graduados para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) está posto como um desafio para as instituições que realizam formação em saúde. A fim de dar conta do papel de gestor estadual no ordenamento da formação de profissionais para o SUS a SES/RS criou o Programa de Aperfeiçoamento Especializado e o integrou aos Programas de Residência Médica existentes na SES/RS, instituindo a RIS, coordenada pela ESP/RS e mantida pela SES/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2008). Como resultado do processo de legitimação da RIS, a Lei Estadual nº 11.789/2002 (RIO GRANDE DO SUL, 2002a) criou o Programa de Bolsas de Estudo para os residentes e a Portaria nº 71/2002 regulamentou a organização e o funcionamento do Programa (RIO GRANDE DO SUL, 2002b).

Atualmente, são quatro as ênfases da RIS: Atenção Básica em Saúde Coletiva, foco deste estudo, Saúde Mental Coletiva, Dermatologia Sanitária e Pneumologia Sanitária, no Hospital Sanatório Partenon.

No primeiro ano de residência na ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva, os residentes devem desenvolver, principalmente, atividades como membros da equipe de uma das unidades de saúde (UBS/USF) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob supervisão. No que concerne aos campos de formação expostos, podemos dizer, com base no último edital para seleção de residentes (Edital nº 02/2012) que este PPP já não contempla mais o atual cenário de formação da RIS ênfase Atenção Básica na Saúde Coletiva da ESP, considerando que, para além das UBS e Unidades de ESF de Porto Alegre, a residência da ESP já ampliou

seus espaços de formação para o NASF e, principalmente, realizou a descentralização com vista a oferecer campos, na atenção básica, para além do município de Porto Alegre, inserindo também os municípios de Esteio, Sapucaia do Sul e Venâncio Aires como campos de formação entre os anos de 2010 e 2013.

Nas UBSs, deverão ser realizadas as seguintes atividades: territorialização, acolhimento dos usuários, trabalho com grupos, escolas e creches, visita e consulta domiciliar, planejamento e acompanhamento de programas e ações de vigilância, consultas agendadas e de Pronto-atendimento, participação em reuniões de equipe, comunidade e conselho local de saúde, capacitação de profissionais, técnicos e estudantes de graduação e pós-graduação e atividades de pesquisa. São desenvolvidas atividades de assistência, em Urgência e Emergência e em outros serviços da rede municipal de saúde, respeitando a especificidade de cada núcleo e as características de cada município que compõem os campos de formação (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

No primeiro ano, além da formação na equipe de uma UBS/USF e atualmente podendo ser no NASF, é desenvolvida uma carga horária teórico-prática de 192 horas que envolvem três eixos de atuação:

- Prevenção: epidemiologia aplicada à gestão - em que o residente participará de módulos de aprendizagem de planejamento, elaboração, execução e avaliação de projetos de ação, em especial as campanhas de vacinação.
- Participação popular e práticas de controle social – em que o residente participará de instâncias de participação popular, de conselhos e conferências de saúde e produzirá relatórios de reflexão destas atividades.
- Promoção de Saúde – o residente deverá se engajar em movimentos e atividades comunitárias que visem fortalecer a autonomia e a sustentabilidade do usuário mediante programação aprovada pela Comissão Local de Ensino e Pesquisa.

No segundo ano de residência, os residentes realizam, além disso, estágios de assistência, vigilância e gestão na rede municipal e estadual de saúde. Os estágios de gerenciamento de uma UBS, de vigilância, na Coordenação da Vigilância da Saúde (estadual e/ou municipal), de gestão na Coordenação Estadual da Estratégia de Saúde da Família são comuns a todas as profissões. É

possibilitado ao residente realizar dois meses de estágio(s) opcional(is) mediante apresentação de projeto de formação, aceite do local e aprovação da Comissão Local de Ensino e Pesquisa, conforme critérios definidos por esta comissão. Alguns estágios do segundo ano são definidos de acordo com a área de formação profissional, privilegiando sempre a inserção no SUS.

No segundo ano de residência, são mantidas as atividades teóricas dos dois eixos temáticos ministrados na ESP/RS, dos núcleos profissionais e dos Estudos de Caso, incluindo-se a execução do projeto de pesquisa e a elaboração e apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso.

A avaliação da formação nas unidades de saúde é realizada trimestralmente e nos demais campos de formação ao final dos mesmos. A nota mínima de aprovação em todas as atividades é 7,00 e a frequência mínima nas atividades de formação em serviço é 100% e nas atividades de reflexão teórica é de 75%.

Os Programas de Residência Médica e Integrada em Saúde estão sob a gestão comum da Escola de Saúde Pública, tendo, ainda, o Colegiado Gestor como fórum de discussão e decisão das principais diretrizes dos programas. Esse fórum e os espaços comuns de aprendizagem possibilitam a qualificação dos programas, posto que as experiências portadoras de cenários futuros colocadas à disposição de todos os atores dos Programas de Residência enriquecem as atividades práticas, os estágios da formação em serviço, as atividades de reflexão, a pesquisa, os eventos e os processos de gestão dos serviços de saúde.

O programa de Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva articula-se com os demais programas da RIS (Saúde Mental Coletiva, Pneumologia Sanitária e Dermatologia Sanitária) através das atividades de reflexão teórica do campo da saúde coletiva, nos campos de estágio da formação em serviço e nos projetos de pesquisa e eventos que são formulados conjuntamente. Desta maneira, cada local credenciado de profissionalização da RIS pode constituir-se em espaço de formação para os residentes de todas as ênfases mediante planejamento prévio e aprovação das instâncias pedagógicas do programa de residência.

A abordagem pedagógica orienta-se pelo trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), centrando-se na concepção do trabalho em equipe e na exigência ética de acolhimento aos usuários das ações de saúde. O processo de implementação das atividades educativas é realizado por meio do planejamento participativo, envolvendo o conjunto dos atores da Residência.

O ambiente de ensino-serviço oferece condições para o desenvolvimento de projeto de pesquisa durante o primeiro ano de residência e sua execução no segundo ano com orientação do corpo técnico-docente. O resultado deste processo é a produção do trabalho de conclusão de curso. A realização de pesquisa pelos residentes e corpo técnico-docente possibilita a documentação científica em publicações próprias da ESP/RS com o objetivo de disseminar conhecimentos e provocar novos estudos para evolução do aprendizado (RIO GRANDE DO SUL, 2002 b).

A RIS promove a integração entre trabalho e educação (trabalho educativo); a integração de diferentes profissões da saúde como Equipe de Saúde (campo e núcleo de saberes e práticas em articulação permanente) e a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS, funcionando de maneira articulada com as estratégias de educação permanente nos ambientes de ensino em serviço.

Procura-se formar profissionais com vivências nos diversos níveis de atenção, na gestão do sistema de saúde e nas instâncias de controle social, capacitando-os para uma intervenção interdisciplinar, analítica, crítica, investigativa, resolutiva e propositiva no âmbito técnico, administrativo e político do SUS, para que possam desenvolver o planejamento, a gestão e a clínica da atenção básica em saúde.

As diretrizes pedagógicas são discutidas nos fóruns de caráter deliberativo e pedagógico (Colegiado Gestor e Conselho de Ensino e Pesquisa da RIS) e nos fóruns dos locais de profissionalização (Comissão Local de Ensino e Pesquisa e a Comissão de Residência Multiprofissional Especializada).

3.1 COMPETÊNCIAS DE CAMPO E NÚCLEO

Os residentes terão formação para as seguintes competências no campo da saúde: trabalhar em equipe com uma prática humanizada e competência técnica, sincronizando os conhecimentos populares e científicos; compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde; propor ações apropriadas à realidade local articulando a rede institucional e os recursos sociais; gerenciar planos, programas e atividades na equipe; coordenar, participar e ou nuclear grupos de educação em saúde; identificar e programar ações para grupos de risco; realizar educação permanente da equipe; apoiar os movimentos e as lideranças comunitárias para fortalecer as iniciativas populares; realizar trabalho

educativo em escolas e creches; fazer busca ativa de usuários e atender pessoas com dificuldades de deslocamento em visita e ou consulta domiciliar; utilizar indicadores epidemiológicos e sociais para acompanhar as condições de saúde locais.

Considerando que o foco deste estudo contempla, apenas, os residentes de Psicologia e Fonoaudiologia que estão no NASF de Esteio, descrevemos somente o que se pretende como formação para estes profissionais, os quais devem adquirir, aplicar e avaliar conhecimentos e informações, desenvolver habilidades e atitudes nas práticas de saúde através das competências de seu núcleo profissional. Sendo que os residentes de Psicologia deverão ser capazes de: conhecer as políticas de Saúde Mental e identificar os fluxos de referência e contrarreferência; identificar recursos da comunidade para a atenção aos portadores de sofrimento psíquico; identificar e atender as situações de sofrimento psíquico; aplicar intervenções terapêuticas de emergência e atendimento a crises em saúde mental; auxiliar a equipe no atendimento às demandas da clientela. Com relação ao residente de fonoaudiologia, ainda não existe publicado pela ESP o que se pretende para a sua formação.

3.2 NASF COMO POLÍTICA FEDERAL

No Brasil, o SUS tem como um de seus focos principais a reorganização do modelo assistencial para a mudança do padrão de vida e saúde da população brasileira. Tendo a atenção básica como base estruturante e a Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária. No modelo em implantação da ESF, as práticas e ações dos profissionais de saúde precisam alcançar princípios fundamentais, dentre eles, a garantia da integralidade na produção do cuidado, um trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2006).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) congrega a perspectiva da APS e a dimensão integral, reconhecendo e atuando sobre as condições de risco presentes na comunidade e buscando recursos coerentes com o contexto social, econômico e cultural em que esta comunidade se insere (BRASIL, 2006). Nesta estratégia, a equipe de saúde, multiprofissional e interdisciplinar, é considerada um importante dispositivo para a reorganização do processo de trabalho, visando um cuidado mais integral e resolutivo, resultante de práticas profissionais com diferentes recortes

epistêmicos e efetuações clínicas, ante o desafio de responder as necessidades concretas de saúde dos usuários (CECCIM,2004).

Essa forma de organizar o trabalho em saúde, objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários e depende da construção compartilhada entre os componentes de uma equipe de referência e os apoiadores matriciais, alocados nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade dos diferentes integrantes de ambas as equipes de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A criação dos NASF, em janeiro de 2008, se constitui como um passo importante para a consolidação da ESF e especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional. O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. (BRASIL, 2009). Na constituição do NASF devem existir profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família nas quais está o NASF .

Os NASFs visam fortalecer nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização, atuando em oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O projeto é ambicioso e pode parecer utópico quando avaliamos que o perfil formativo da maior parte dos profissionais de saúde ainda está muito distante desse horizonte e que muitos obstáculos serão encontrados no percurso.

Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASFs, terá como foco o território sob sua responsabilidade, devendo ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos

e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto, dentre outras ferramentas que favoreçam a clínica ampliada. (BRASIL, 2008).

A atribuição dos profissionais de saúde para que ocorra uma mudança na esfera política da saúde da família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Essa perspectiva vai ao encontro da formação continuada dos profissionais de saúde visto que uma profunda renovação dos processos de trabalho em saúde não se faz sem uma política de educação para o setor (CECCIM, 2007).

Em 21 de outubro de 2011, foi publicada a Portaria nº 2488 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), com a instituição de nova edição da Política Nacional de Atenção Básica, na qual se insere oficialmente os NASFs junto à Atenção Primária à Saúde (APS), com fundamental papel frente às redes de atenção e os níveis progressivos de complexidade.

A referida Portaria reafirma a APS como principal nível de coordenação da integralidade nas ações de saúde, tanto no âmbito da promoção, como na prevenção de agravos, vigilância à saúde e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão. Ressalta a importância do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe.

No tocante à equipe, a política do NASF defende que, apesar das diferentes formações profissionais, é necessário alto grau de articulação e compartilhamento de ações no âmbito da unidade de saúde, mas, principalmente, a interdisciplinaridade no processo de trabalho e na capacidade de cuidado de toda a equipe, tanto em termos dos profissionais da ESF como os do NASF (ANDRADE, et al., 2012).

Os NASFs podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. Os NASF 1 e 2 poderão ter em sua composição profissionais 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 sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A portaria nº 2488/2011 refere que o NASF 1 deverá ser constituído de, no mínimo, cinco profissionais de nível superior que se vincula entre oito a 20 equipes de ESF e o NASF 2, constituídos por três profissionais de nível superior que se vincula a, no mínimo, três equipes de ESF.

3.3 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO NASF DE ESTEIO

A Secretaria Municipal de Saúde de Esteio planeja e coordena a rede de saúde no âmbito da atenção básica e, atualmente, possui dez unidades de saúde e três equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), além dos serviços de Vigilância Sanitária e controle de zoonoses (pertencentes ao Centro de Vigilância em Saúde), Farmácia Municipal e Popular, Centro de Atenção Psicossocial adulto CAPS II, Centro de Atenção Integrado à Saúde Mental (CAISM) e Serviço Integrado de Atenção à Criança e ao Adolescente (SIACA) e Fundação de Saúde Pública São Camilo (Hospital Municipal). Com base na atual configuração do município de Esteio o NASF foi projetado para a modalidade II.

O NASF de Esteio apresentou à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) da 1ª Coordenadoria Regional do RS o seu projeto que foi aprovado em dezembro de 2011, passou pela tramitação legal da CIB estadual e está aguardando a aprovação do Ministério da Saúde.

No município de Esteio, RS, o NASF foi planejado a partir da formação de um coletivo de trabalhadores vinculados à Secretaria Municipal de Saúde formado por uma fonoaudióloga, uma psicóloga, um médico veterinário e uma farmacêutica que atuavam em diferentes áreas: sendo Serviço de Fonoaudiologia, Saúde Mental, Vigilância em Saúde e Farmácia Municipal, que identificaram demandas e dificuldades nos serviços prestados pela atenção básica no município. Contudo procedeu-se na elaboração de uma proposta e de um projeto para a criação de um NASF (modalidade II), considerando a existência de apenas três ESF, o qual foi aprovado pela gestão do município e Conselho Municipal de Saúde.

O objetivo norteador dessa política é dar suporte e desenvolver ações compartilhadas com as Equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), para fortalecimento das áreas de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, programas de alimentação, serviço social, vigilância em saúde e processos de reabilitação das condições de saúde. Tendo como objetivos específicos:

- Instituir a integralidade do cuidado físico, mental e ambiental dos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes da Saúde da Família;
- Auxiliar na estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça linhas de cuidados Integrados no atendimento à saúde;
- Diminuir comportamentos desfavoráveis da população que podem induzir doença entre a comunidade;
- Identificar precocemente os casos que necessitam de intervenção em serviços especializados;
- Identificar e intervir precocemente em fatores que causam doenças;
- Desenvolver capacitações para as equipes de ESF e, especificamente, com os agentes comunitários de saúde;
- Desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde para os usuários pertencentes aos territórios delimitados;
- Propiciar a participação social;
- Formação em Saúde (Residência Multiprofissional - Escola de Saúde Pública de Porto Alegre).

O início das atividades junto às três equipes iniciou em dezembro de 2011 a partir de reuniões junto a duas das três equipes de SF sendo respectivamente descritas como T 13 e T14, equipes 2 e 3. Inicialmente, estas duas equipes locadas em uma UBS de ESF receberam a equipe do NASF onde questionaram a relevância do NASF, naquele momento, tendo em vista a fragilidade da equipe que na atual conjuntura estava com déficit de profissionais da área médica e de enfermagem. A equipe do NASF, por sua vez, fez referência ao entendimento da situação em que as equipes se encontravam, mas colocou que, mesmo uma equipe desestruturada, poderia estar carente do apoio matricial e que a equipe do NASF viria para potencializar o que a equipe já vinha desenvolvendo, ou ainda contribuindo para a ampliação de outros fazeres.

Devido ao período de férias, a equipe do NASF retornou ao território T13 e T14 em março de 2012, juntamente com as residentes do núcleo de fonoaudiologia e psicologia da ESP/RS que estavam inseridas no campo de atuação do NASF.

Neste momento, as equipes já estavam compostas por médicos e enfermeiras e as expectativas apresentavam-se mais otimistas.

O material empírico utilizado para a realização deste estudo demonstra que a primeira atuação da equipe do NASF com as equipes dois e três dos territórios foi de realizar um levantamento do perfil do território e das maiores dificuldades percebidas pelas equipes relacionadas a si mesmas e aos territórios de abrangência. Neste momento, destacou-se como dificuldade das equipes a manutenção de uma equipe mínima de SF e a grande rotatividade dos profissionais, além da insegurança dos profissionais da equipe, principalmente dos agentes de saúde da família (ASF). Quanto aos territórios, destacou-se o grande número de hipertensos e diabéticos, a falta de planejamento familiar, a drogadição, questões de saúde mental e a dificuldade de execução de ações de educação em saúde, bem como da adesão da população com relação aos grupos de promoção e prevenção da saúde.

As equipes de SF T13 e T14 referiram que no momento, não mais desenvolviam grupos de gestantes, apenas de hiperdia e de planejamento familiar, sendo este apenas no que se refere a orientações sobre laqueadura e vasectomia.

Com relação à terceira equipe de ESF (T15) iniciou-se, também o trabalho do NASF, já com a participação do grupo de residentes de psicologia e fonoaudiologia, ambas inseridas no NASF, mas, nesta equipe, contava-se com a residente de enfermagem.

Junto a esta equipe iniciamos a relação a partir de um encontro com o objetivo de esclarecer o papel da residência, bem como o do NASF, também se discutiu sobre a proposta do NASF e levantamos as necessidades da equipe de ESF. Assim, configurou-se o início do NASF concomitante ao início da residência no município de Esteio.

3.4 PROCESSO DE INSERÇÃO DOS RESIDENTES DA ESP NO NASF DE ESTEIO

O ano de 2012 é marcado por muitas novidades no campo da residência da ESP. É o primeiro ano a iniciar a descentralização da residência, para alguns municípios, incluindo o município de Esteio. É marcado também pela abertura de vaga no campo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); assim como por um

ano que a fonoaudiologia inaugura a sua entrada na ESP, na ênfase da Atenção Básica.

Os residentes que compõem o NASF do município de Esteio são formados por duas residentes do sexo feminino, sendo respectivamente uma profissional do núcleo de fonoaudiologia e uma do núcleo de psicologia. Considerando que neste município o NASF estava em plena implementação, estas residentes tiveram a oportunidade de acompanhar a implantação do NASF o que, na opinião delas, se configurou num grande desafio. O NASF é considerado um novo serviço de saúde e tem como objetivo trazer para a atenção básica ferramentas e dispositivos diferentes ao trabalho das equipes, pressupondo na sua estrutura o trabalho interdisciplinar e a ampliação da clínica, podendo potencializar as práticas em saúde.

3.5 CONHECENDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ESTEIO

As atividades da residência iniciaram no dia 26 de março de 2012. No primeiro dia, em Esteio, as residentes de Enfermagem, Fonoaudiologia e psicologia foram recebidas pelo prefeito e por alguns profissionais da área da saúde do município. Inicialmente, assistiu-se uma apresentação com explicações sobre o município e sobre os atendimentos de saúde. Foi, também, um dia voltado para o reconhecimento do município, onde as residentes foram apresentadas para a rede de serviços. Durante alguns dias, as residentes juntamente com suas preceptoras dos núcleos de fonoaudiologia e psicologia, visitaram as unidades básicas de saúde, o hospital municipal (Fundação de Saúde Pública São Camilo), os serviços de saúde mental e a rede de assistência social da cidade.

Ao acompanhar esse processo, observo que dentre os primeiros estranhamentos, por parte das residentes estava a organização dos serviços de atenção básica no município. Ficaram surpresas ao saber que havia apenas três equipes de estratégia de saúde da família.

Neste período de reconhecimento da rede de serviços e ações, as residentes realizaram encontro com a coordenação da atenção básica e constataram o processo de implantação da política de humanização, acolhimento e territorialização em todas as UBS com o auxílio dos apoiadores institucionais. Em discussões já realizadas pela equipe do NASF, em suas reuniões semanais, pôde-se perceber que

este seria um processo que provavelmente facilitaria uma transformação na atenção básica a saúde no município.

Conheceram, também, a rede de saúde mental no município que conta com três serviços especializados, um Centro de Atenção Psicossocial II, Centro de Atenção Integrado à Saúde Mental (CAISM) e Serviço Integrado de Atenção à Criança e ao Adolescente (SIACA), além de nove leitos psiquiátricos no hospital geral. Estes serviços especializados estão no momento organizando seu trabalho e relação através da linha de cuidado em saúde mental, que propõe a organização da rede de serviços de forma articulada. Foi possível perceber que ocorre a relação entre a saúde mental e a atenção básica, porém ainda não há ações planejadas e formalizadas destas práticas, como equipes de matriciamento. O trabalho intersetorial apareceu nos relatos de profissionais da saúde mental, que têm realizado um trabalho próximo dos serviços de assistência social.

Pôde-se constatar que a rede de assistência social do município é composta por dois Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e um Centro de Referência Especializado em Assistência Social. Apesar de ser uma política pública recente, os serviços do município estão organizados e têm sido responsáveis por chamar as reuniões da rede assistencial de cada território, contribuindo para a articulação entre as políticas públicas. No território em que atuamos, o CRAS Território de Paz é o serviço de referência, que prontamente convidou-nos para participarmos da reunião de rede que ocorre quinzenalmente no território.

Estes foram os primeiros encontros com o município, onde houve estranhamentos e (re)conhecimentos dos espaços e práticas que foram apresentados. Este processo se intensificou com a participação das residentes no trabalho do NASF e no processo de territorialização que realizaram na equipe de ESF Votorantim (T13) e nas duas equipes de ESF CAIC (T14e T15).

3.6 ENTENDENDO O NASF ESTEIO

Nos primeiros meses de residência dos núcleos de fonoaudiologia e psicologia as atividades estiveram basicamente ligadas às ações de trabalho no NASF, juntamente com o grupo de profissionais (fonoaudiólogo, psicólogo, farmacêutico e médico veterinário) que iniciou o trabalho no mesmo período em que as residentes no município. Iniciamos a implantação do NASF juntos.

Dentro da política de atenção básica, o NASF é uma estratégia que tem por objetivo apoiar, ampliar, qualificar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Além do conhecimento técnico, a equipe do NASF tem o compromisso do desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da SF. Também desenvolve 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, 2008).

A residência também faz parte do desenvolvimento do NASF compondo a área de educação e formação em saúde. Quando as residentes iniciaram este processo, o grupo de trabalhadores do NASF havia realizado o trabalho de escrita do projeto e um primeiro contato com as equipes de ESF, além da viabilização de questões institucionais para o início do trabalho. As residentes participaram da retomada dos contatos com as equipes de ESF, assim como dos levantamentos de demandas das equipes de ESF em relação às suas dificuldades cotidianas, para as quais acreditavam que o NASF poderia auxiliá-las. Durante os encontros de apresentação da proposta de trabalho houve diferentes movimentos das equipes de ESF.

Como já mencionado anteriormente, as equipes do território 13 e 14 questionaram a implantação de tal serviço, visto que a própria equipe não estava completa - assim questionavam: como uma equipe de apoio irá dar apoio para outra equipe que não está funcionando como deveria? A mesma equipe também questionou o fato de não ter sido consultada sobre a composição dos profissionais do NASF, visto que esta decisão foi tomada pela gestão municipal. Segundo o Caderno de Atenção Básica 27, que contém as Diretrizes do NASF, a equipe de profissionais que irá compor o NASF deve ser definida pelos gestores municipais, em conjunto com as equipes de ESF, através de prioridades, demandas e necessidades identificadas no território de responsabilidade dessas equipes.

Em outra equipe, as primeiras reuniões foram tranquilas, mas logo após foi possível perceber que a equipe não conseguia compreender a proposta de trabalho do NASF. De modo geral, havia um pedido mais direto para o atendimento dos usuários, e poucos espaços se abriram para a discussão de casos conjuntos; e mesmo para a discussão das diferenças de concepções de trabalho que emergiam

timidamente nos encontros entre as equipes. As equipes de ESF apontavam suas dificuldades, mas também não conseguiam visualizar ações conjuntas que pudessem ser construídas no cotidiano do trabalho das unidades de saúde, ressaltando a grande demanda de atendimentos.

Após vários meses de trabalho entre NASF e equipes de ESF, foi possível verificar que a lógica de encaminhamentos ainda prevalece, mas não pautada na revisão da prática de encaminhamentos dos usuários, conforme está previsto na portaria nº 154/08(Brasil, 2008). O NASF ainda não está conseguindo ampliar o escopo da atenção básica com responsabilidade compartilhada, pois é notório a tendência das equipes em querer passar a responsabilidade dos casos para o NASF. Fica claro que em muitos momentos os casos não foram foco de reflexão, nem por parte da própria equipe de ESF e já são encaminhados diretamente ao profissional do NASF.

Participando destes momentos, foi possível tanto por parte dos residentes quanto pelos profissionais do NASF, neste momento fonoaudiólogo, psicólogo e médico veterinário, perceber as diferentes compreensões e modelos de atenção à saúde que estão em jogo. A gestão demanda números e a população demanda consultas, a lógica da quantidade de atendimentos individuais impera no cotidiano de trabalho. As equipes têm dificuldade de avaliar seus processos de trabalho de forma mais ampla, gerando transformações no mesmo, a lógica de trabalho permanece ainda focada no modelo ambulatorial. A chegada do NASF propõe momentos de parada e avaliação, o que gera de um lado resistências,mas de outro, crescimentos; que faz parte deste processo.

Questionamentos surgiam ao longo deste percurso e os residentes deparavam-se com um novo cenário de processo de trabalho para além do que já haviam vivenciado em suas experiências acadêmicas e profissionais. Considerando que também vinham de uma visão clínica pautada da graduação, do trabalho pessoal, sem terem tido experiência nos processos de discussão entre trabalhadores e equipes sobre a lógica de atuação e mais especificamente a construção de um processo de atuação que visa á integralidade e à interdisciplinaridade à promoção e prevenção. Não foram poucas as vezes que a equipe do NASF se perguntou como seria possível trabalhar na perspectiva da atenção integral e do território, realizando atividades de promoção e prevenção de saúde, enquanto as equipes de ESF operavam em uma lógica ambulatorial. Estas

percepções vão ao encontro de um trabalho realizado em Guanhães – MG, onde, também, foi possível perceber o quão difícil é para as ESF alcançarem os objetivos e diretrizes da ESF, como o trabalho integrado e interdisciplinar, o desenvolvimento de ações educativas, devido a uma grande demanda espontânea que normalmente toma conta da agenda dos profissionais destas equipes (ALMEIDA,2009).

No contexto desta investigação, tais reflexões permitiam então indagar: Como lidar com este problema? Como tensionar para a efetivação de um trabalho conjunto frente às diferenças que se apresentavam nas propostas de trabalho? Como acolher as dificuldades das equipes sem perder o foco do trabalho proposto pelo NASF? Essas eram questões amplas que não possuíam respostas simples e objetivas, mas que traziam à tona alguns entraves e complexidades do social, diretamente relacionadas aos processos de trabalho.

A abordagem pedagógica da ESP (RIO GRANDE DO SUL, 2008) faz referência a sua centralidade na concepção do trabalho em equipe, mas parece não demonstrar novas ferramentas para a construção desta lógica. MÂNGIA e LANCMAN, 2008 referem que para todos os profissionais destes novos cenários o maior desafio consiste em criar a possibilidade da atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação dos usuários e traduza a nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS. Ocorre que esse trabalho em equipe, para a maior parte dos profissionais, não é focado na graduação e deverá ser aprendido no cotidiano da produção das ações de saúde e na imersão no trabalho coletivo e no território onde a vida acontece (SILVA, et al.,2012). Os mesmos autores descrevem que, atualmente, dentre as dificuldades reconhecidas nos processos de trabalho do NASF, está a formação dos profissionais, que não é compatível com as necessidades do SUS. As propostas pedagógicas são construídas distanciadas dos serviços e não contemplam pontos chaves como o trabalho em equipe, o vínculo, o acolhimento, imprescindíveis para o NASF.

Por outro lado, a inserção das residentes de fonoaudiologia e psicologia nas equipes de ESF por meio do NASF fez perceber que a inserção de outra equipe de profissionais nestes territórios poderia ser muito potente. O trabalho das equipes de ESF e NASF que era produzido nos encontros fazia refletir sobre o modelo de atenção centrado na consulta médica, vinha oferecer o que as equipes diziam não ser sua maior necessidade. O NASF oferecia outras coisas: interconsulta, acompanhamento dos grupos em atividades de promoção e educação em saúde,

consulta e visita domiciliar conjunta, construção de projetos terapêuticos singulares, educação permanente entre outras. A partir da análise das atas de reuniões entre ESF e NASF, percebe-se que as equipes chegaram a mencionar que elas não sabiam se tinham o desejo do vínculo entre NASF e ESF, pois não gostariam de ficar rediscutindo casos sem resolutividade que imperavam naquele território por mais de dez anos, diziam ainda que não tinham mais fôlego para atender pessoas que não se ajudavam, precisavam atender os que queriam ajuda. Neste momento, o trabalho desenvolvido por meio do NASF fazia residentes e preceptores refletirem sobre alguns sentidos em torno do que é preconizado em suas diretrizes, dentre eles de que o NASF veio para dar fôlego a quem não inspira mais possibilidades de intervenção.

O trabalho no NASF, de modo geral, neste primeiro ano, foi demandado através das especificidades de cada profissão, deste modo a psicologia foi demanda em casos específicos de saúde mental e também na condução de grupos realizados pelas ESF. Da mesma forma o núcleo de fonoaudiologia foi solicitado para discussão de casos relacionados aos distúrbios da comunicação, mais especificamente os de fala. Este ponto tem sido debatido pela equipe do NASF, e estratégias como a educação permanente e discussão de casos entre os profissionais do NASF tem sido pensadas. Não diferente no estudo realizado em Minas Gerais (MG) também observou-se uma demanda direcionada para os núcleos profissionais, sendo que a profissional de psicologia que compõe o NASF de MG atende praticamente de forma individual e em consultório. Neste local parece que esta forma de atuação é tensionada pela própria equipe do NASF, onde realizam grupos e atendimentos individuais sem compartilharem com a equipe da ESF (ALMEIDA, 2009). Já outro estudo (SILVA, et al.,2012) demonstra a preocupação por parte dos profissionais tanto da ESF quanto do NASF, de que o NASF não assuma o papel dos outros níveis de atenção, apesar da demanda para atendimento em serviços de atenção secundária. Nesse sentido, afirmam que a falta de serviços de saúde especializados pode conduzir a um funcionamento equivocado do NASF. Cabe ressaltar que no município de Esteio existem fragilidades na estrutura do serviço de saúde mental, tendo em vista a escassez de recursos humanos e a estrutura inadequada e insuficiente para dar conta da demanda. Já o serviço de fonoaudiologia apresenta-se bem estruturado o que lhe possibilita o acolhimento de sua demanda.

É possível visualizar, por outro lado, que muitos momentos foram marcados pelas visitas domiciliares, principalmente de pacientes com dificuldades de deslocamento por estarem acamados e/ou por questões psíquicas; pelas interconsultas realizadas com os médicos da ESF, pediatra, psicólogos, assistentes sociais de outros serviços da rede como hospital, CREAS, CRAS, discussões de casos, planejamento terapêutico singular e coletivo, já aqui momentos que possibilitaram a clínica ampliada, a ação interdisciplinar a partir da construção do olhar de vários núcleos profissionais.

Com base no referido acima e ao analisar o PPP da ESP pôde-se perceber que todas as propostas alcançadas neste novo cenário de prática, que é o NASF, iam muito além do que estava prescrito como quesitos para a formação do residente. Neste campo, parece que há uma maior reflexão e tensionamento para a atuação interdisciplinar, para que se execute o planejamento terapêutico singular e coletivo, assim como a interconsulta, nomenclaturas estas sequer mencionadas na proposta pedagógica da Escola.

Mais uma vez percebe-se o quanto o residente tem sido desafiado a lidar com estas novas propostas de trabalho, estes questionamentos, tensionamentos, fragilidades no cotidiano de trabalho. Tendo a oportunidade de vivenciar e refletir sobre como articular-se para evidenciar na prática de trabalho o que está prescrito nas políticas do NASF e da própria ESF. Pergunto-me se a parte teórico/prática de responsabilidade da ESP tem conseguido dar conta destas questões no momento em que todos, de uma forma ou de outra, inauguram este novo cenário de prática.

A partir das atas de reunião do NASF, percebe-se o quanto as ações do NASF no município de Esteio têm instigado tanto as residentes quanto os profissionais que compõem este serviço, a reflexão da psicologia e da fonoaudiologia na atenção básica, os objetivos e diretrizes do NASF. No momento em que um profissional, seja ele fonoaudiólogo, psicólogo ou qualquer outro que responde as demandas da atenção básica a partir no NASF, não deverá mais responder e se responsabilizar isoladamente sobre o acompanhamento de um caso, mas ele deverá junto à equipe ou profissional da ESF elaborar um plano de intervenção, através de outras ferramentas e dispositivos da clínica como o matriciamento, a discussão de caso, a interconsulta etc. Neste ponto do trabalho percebo mais uma vez que a nomenclatura matriciamento também não é descrito nas políticas pedagógicas da ESP.

A Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, (republicada em 04 de março de 2008) define que o NASF deverá desenvolver ações junto às equipes de Saúde da Família de forma a apoiá-las em seu fazer cotidiano. Tais ações deverão ser planejadas e definidas em conjunto com as equipes e de acordo com as necessidades e realidade local.

O trabalho desenvolvido pelo NASF em Esteio foi, em alguns momentos, relatado nas reuniões pelos residentes e até mesmo pelos profissionais que o compõem, como frustrante. MÂNGIA e LANCMAN, 2008 apontam que o projeto do NASF é ambicioso e pode parecer utópico quando avaliamos que o perfil formativo da maior parte dos profissionais de saúde ainda está muito distante desse horizonte e que muitos obstáculos serão encontrados no percurso dos processos de trabalho entre NASF e ESF. Para todas as profissões, o maior desafio consiste em criar a possibilidade da atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação dos usuários e traduza a nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS.

Este campo de prática se coloca para os profissionais do NASF e residentes como um novo tempo e espaço, que é desafiado pela constante relação entre equipes e profissionais. Temos que acompanhar a necessidade do usuário, mas, principalmente, o tempo das equipes de ESF. Um trabalho que exige uma delicadeza e sensibilidade, pois se coloca sempre em múltiplas relações. No NASF temos que estar atentos à saúde, à autonomia e ao cuidado também das equipes de ESF. Na relação de trabalho as equipes de ESF ocupam, em determinados momentos, o lugar do usuário, pois são elas que acessam e demandam do NASF.

Neste processo de tecer relações, encontra-se o maior desafio para os novos profissionais da saúde que buscam constituir na prática do NASF pressupostos já conhecidos e muito preconizados pelo Ministério da Saúde no âmbito de outras políticas: interdisciplinaridade, trabalho em equipe, clínica ampliada, quem já não ouviu falar? e que, inclusive, são elencados na formação teórica dos residentes e por que não dizer na própria graduação. Eis então o grande desafio: colocar em prática o que tão pouco se viu, mas tanto se ouviu.

4 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS RESIDENTES NESTE NOVO CENÁRIO DE PRÁTICA

O objetivo central deste trabalho foi analisar as ações desenvolvidas pelos residentes de fonoaudiologia e psicologia da ESP no campo do NASF do município de Esteio e se tais ações contemplam o que está previsto no Projeto Político-Pedagógico (PPP) da ESP/RS para a formação dos residentes do primeiro ano. Desta forma, a seguir, apresento a análise realizada entre as ações desenvolvidas pelos residentes do primeiro ano da ESP e ações previstas no PPP/ESP.

4.1 TERRITORIALIZAÇÃO

O processo de territorialização já estava previsto na agenda de ações do NASF com todos os profissionais do serviço, assim como pelo PPP da ESP. Foram realizadas visitas domiciliares de rotina juntamente com os agentes comunitários de saúde, participou-se dos grupos de artesanato da associação de moradores, visitou-se as escolas municipais do território, entrevistou-se representantes da associação de moradores e os agentes comunitários de saúde, além de realizar a leitura e uma análise simples dos dados que estão no Sistema de Informação da Atenção Básica referentes às condições de saúde desta população, utilizando indicadores epidemiológicos e sociais para acompanhar as condições de saúde locais, conforme consta no PPP da ESP/RS.

De acordo com Pereira e Barcellos (2006), a territorialização é um processo básico do trabalho da ESF, adquirindo três sentidos diferentes e complementares, entre eles a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, reconhecimento do 'ambiente', da população e da dinâmica social existentes nessas áreas e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços da rede local, como centros de referência. Deste modo, entende-se que o processo de reconhecimento do território é essencial para que as intervenções em saúde sejam contextualizadas, levando em consideração não apenas a área territorial de abrangência da ESF, mas as características sociais, políticas, culturais, subjetivas, éticas e estéticas do território. O reconhecimento do modo de vida da comunidade e os recursos disponíveis facilitam ações de saúde articuladas e integrais, objetivando não apenas a saúde dos indivíduos, mas também a saúde do território.

As atividades que envolveram a territorialização foram importantes para iniciar uma relação com o território destas equipes de ESF, seus hábitos, seus moradores, suas instituições e suas histórias. A territorialização também foi um dispositivo de aproximação entre as residentes, os profissionais do NASF e possibilitou propor ações apropriadas à realidade local articulando a rede institucional e os recursos sociais, bem como possibilitou o trabalho conjunto principalmente com os Agentes Comunitários de Saúde das três equipes.

4.2 REUNIÕES DE NASF E ESF

Participar de reuniões de equipe, previsto no PPP da ESP, é algo que faz parte do dia a dia no NASF. Atualmente, a rotina de reuniões é formada por reuniões de equipe semanais do NASF e reuniões quinzenais com cada Unidade de Saúde de ESF. As reuniões de equipe do NASF têm sido um espaço de muitas discussões e reflexões sobre este processo de implantação do serviço. Neste espaço, avaliamos as atividades realizadas em cada equipe, organizamos as agendas de atendimentos e atividades nas ESF, discute-se casos, reflete-se sobre estratégias e ferramentas que possam dar conta dos conflitos referentes aos processos de trabalho encontrado, como por exemplo de que forma agir frente ao desânimo das equipes com relação a proposta de ações de educação em saúde, além de prepararmos as pautas das reuniões com as equipes de ESF. As reuniões entre NASF e as equipes de ESF propiciaram às residentes trabalharem em equipe com uma prática humanizada e competência técnica, sincronizando os conhecimentos populares e científicos em consonância às diretrizes pedagógicas da ESP (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Nos encontros entre as equipes de ESF e o NASF são abordadas as demandas das equipes de ESF e os encaminhamentos conjuntos com o NASF. Alguns encontros acontecem de forma tranquila e é possível realizar encaminhamentos e propor estratégias de trabalho entre as equipes. Contudo, existe de forma clara a dificuldade das equipes de ESF em legitimar o espaço das reuniões como espaço de trabalho e comprometimento com o mesmo. Algumas vezes, as equipes demoram a se reunir na sala para dar início às reuniões, em outros momentos muitos profissionais da ESF não conseguem sair das queixas sobre as condições de trabalho não percebendo suas potencialidades como coletivo

trabalhador. Ocorre que esse trabalho em equipe terá que ser permeado pela inovação e plasticidade, pré-requisitos para tornar efetivos esses espaços (SILVA, et al.,2012).

De acordo com o caderno da atenção básica sobre o NASF (Brasil, 2010), a maior parte dos profissionais de saúde não tem formação que valorize o trabalho em equipe, o que o torna um desafio para os coletivos de trabalhadores. Neste contexto, as diretrizes de implantação do NASF indicam que os encontros das equipes – reuniões – devem ser guiados por contratos de funcionamento, que devem considerar o sigilo relativo às reuniões de equipe; a disposição para crítica com maturidade, em dupla via: fazer crítica e receber crítica de forma adequada; o reconhecimento dos conflitos de forma positiva, considerando que grupalidade idealizada e sem conflitos não existe e impede a riqueza da explicitação das diferenças e empobrece o espaço coletivo; o reconhecimento de que o amadurecimento do grupo depende da capacidade de tomar as diferenças e conflitos na sua dimensão positiva e produtora; a valorização do espaço coletivo para as tomadas de decisão e a aprendizagem. Além disto, deve-se evitar que nestes espaços uma discussão termine sem as decisões possíveis, e se faz necessário zelar pelo cumprimento do que for decidido, podendo reavaliar constantemente o que foi pactuado.

Estes encontros são, sem dúvida, momentos de aprendizado importantes no processo da residência, propicia a educação permanente, requisito importante do PPP da ESP, pois desafiam os processos de trabalho da Equipe de ESF, a posicionar os profissionais frente às políticas públicas, eticamente, adotando uma postura de respeito e de valorização do trabalho de cada um e das equipes como um todo. Para tanto, estas ações só foram efetivadas pelos residentes em conjunto dos preceptores. Em muitos momentos, quando diferenças de concepções são colocadas, ou críticas são realizadas, é fácil nos deixarmos levar pela desvalorização dos profissionais e agirmos de forma a desqualificar o trabalho das equipes. Nos primeiros momentos de reunião com as equipes de ESF, pôde-se perceber a insegurança, por parte dos residentes, de fazerem intervenções, à medida que foram compreendendo os processos e conhecendo as equipes, passaram a se posicionar melhor. Neste momento, foi destacada a importância da preceptoria de campo ou núcleo nestes encontros e principalmente na reflexão após os mesmos, o que configura o processo de formação no serviço.

4.3 INTERSETORIALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica à Saúde desempenha ações complexas que demandam intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade do território. Assim, torna-se necessária a utilização de saberes de variadas origens tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte e lazer, compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade (BRASIL, 2010).

O PPP da ESP prevê como competências de campo e núcleo a proposição de ações apropriadas à realidade local, à rede institucional e aos recursos sociais (RIO GRANDE DO SUL, 2008). No território de atuação do NASF de Esteio, existe uma reunião de rede que promove o encontro de representantes de várias políticas públicas de instituições governamentais e não governamentais que se propõem a pensar estratégias de cidadania para esta região da cidade. Desde o início da inserção da residência, as residentes vêm participando deste espaço quinzenalmente. Até o momento, este grupo que inclui representantes das políticas de assistência social, direitos humanos e justiça, saúde e educação vêm pensando em projetos conjuntos. Foram dois os projetos trabalhados por este coletivo: a construção de um jornal comunitário que se propõe a divulgar boas notícias e também um plano de ação voltado aos animais que habitam o local e ao meio ambiente.

O NASF tem participado mais ativamente deste último projeto, no qual foram propostas atividades de educação em saúde e de intervenção direta com os animais que serão realizados em parceria com o departamento de zoonoses do município. Dentre as iniciativas estão sendo realizados encontros educativos nos grupos do CRAS e dos projetos do Centro de Convivência do Território de Paz.

Com base no relato das residentes, em reuniões do NASF, está sendo interessante participar do processo do trabalho da rede, que tem conseguido encaminhar questões coletivas do território, não se focando apenas na discussão de casos pontuais. Ainda que nem todos os atores do território estejam presentes, este grupo tem conseguido propor ações pertinentes relativas à população que habita este espaço. A equipe percebe que um dos objetivos do NASF estar presente nestas reuniões, é também participar da inclusão das equipes de ESF neste universo

intersetorial, fazendo o movimento de avaliação das reuniões e dos encaminhamentos junto com as equipes e com o representante de cada ESF.

Cabe destacar que a partir de avaliação das ações desenvolvidas pelas residentes membros da ESP entenderão esta ação dos residentes como ações específicas de gestão que deveriam ocorrer, apenas no segundo ano de residência, divergindo desta ideia, as preceptores acreditam que as relações estabelecidas com as instituições do território da ESF a fim de articular proposição de ações apropriadas à realidade local são de extrema valia para a resolutividade das necessidades da comunidade, além de estarem de acordo com o PPP deste programa de residência.

4.4 VISITAS DOMICILIARES

Segundo Albuquerque e Bosi, 2009, as visitas domiciliares (VD) são fundamentais para conhecer a realidade vivida pelas famílias assistidas e favorece o desenvolvimento de vínculo entre a população e os trabalhadores da saúde. Compreender o contexto de vida dos usuários das Unidades de Saúde e suas relações familiares ajuda a fonoaudiologia a pensar os modos de atuação e de planejamento, levando em consideração as condições de vida das pessoas e os recursos que elas dispõem.

A VD é uma prática e ferramenta de intervenção que faz parte do cotidiano das equipes de ESF. Do mesmo modo, o NASF tem acompanhado muitos casos através desta prática. Foram realizadas várias visitas domiciliares durante o primeiro ano de residência, geralmente em companhia de enfermeiros, médicos, mais de um dos profissionais do NASF, conforme a necessidade do caso, mas, principalmente, com os agentes comunitários de saúde. Como exemplo cito: um idoso, que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC), e um rapaz, vítima de um acidente de moto, crianças com atraso de linguagem, com distúrbio de fala, de voz, com disfagia, pessoas que não recebiam a equipe de saúde por questões de saúde mental, dentre outros.

Pode-se perceber que as visitas tendem, na sua maioria, a favorecer o estabelecimento de vínculo entre as equipes e as famílias. As VDs também foram uma ferramenta muito presente no processo de territorialização e no conhecimento do cotidiano de trabalho das equipes de ESF.

Esta prática, que também está prevista no PPP da ESP, tem estado muito presente no trabalho do residente, pois os agentes comunitários de saúde têm demandado o apoio do NASF de forma expressiva, e, na maioria dos casos, foram acompanhados nas visitas domiciliares.

Nos fóruns de discussão sobre as ações dos residentes no campo de formação, pôde-se verificar que, embora a equipe do NASF tenha realizado vários atendimentos domiciliares/acompanhamentos de pacientes na própria Unidade de referência, os quais somente findaram quando o paciente recebeu a alta do profissional do NASF, membros da ESP não compreendem os profissionais do NASF como responsáveis pelos pacientes, sendo esse tema, muitas vezes o foco de discussão de o NASF ser ou não um campo adequado para a formação dos residentes na atenção básica. É importante considerar que o NASF é uma política posta pelo SUS pela qual todas as residências devem orientar o seu projeto pedagógico. Por outro lado, fica claro o tensionamento que o NASF de Esteio faz para que não se abra uma agenda para os residentes do NASF, considerando o fato de as equipes possuírem muita dificuldade na corresponsabilização dos mesmos. Em estudo realizado em São Paulo (SILVA, et al.,2012), houve consenso quanto à corresponsabilização do cuidado entre equipe do NASF e ESF. Já outro estudo (ANDRADE, 2012) aponta que a falta de compartilhamento entre as equipes, das práticas de saúde, esteve presente no registro dos profissionais dos NASF dificultando o trabalho interdisciplinar.

No intuito de efetivar o que está posto pelas políticas públicas, projetos pedagógicos da graduação, pós-graduação foi que os preceptores deste campo não pautaram as atribuições dos residentes a partir de uma agenda aberta que viabiliza o atendimento individualizado a luz de se caracterizar como ambulatórios especializados, equipes de referência para encaminhamento ou mesmo centros de especialistas. Pois, prioritariamente, objetivam a qualificação da atenção básica e a promoção da autonomia, o que requer criatividade e compartilhamento.

4.5 AÇÕES EDUCATIVAS

A experiência com grupos na atenção à saúde, os chamados grupos de promoção à saúde deveriam configurar-se como práticas frequentes, tendo como

objetivo potencializar as capacidades dos sujeitos, e mudanças de comportamentos e atitudes direcionados ao desenvolvimento da autonomia (SANTOS, et al., 2006).

O processo de implantação das atividades educativas, com base no PPP da ESP é realizado por meio do planejamento participativo envolvendo o conjunto de atores da residência (RIO GRANDE DO SUL).

Nas equipes de ESF do município de Esteio, assim como de tantos outros, os grupos ainda têm dificuldade de tomar corpo junto aos processos de trabalho das equipes. Uma das demandas apontadas para o NASF, no início dos trabalhos, foi o apoio aos grupos de educação em saúde.

Na US Votorantin (T15), a residente de psicologia tem acompanhado a tentativa de iniciar um novo grupo de tabagismo. Nos primeiros encontros de planejamento, a equipe apontou para a dificuldade de manter o grupo motivado, após os quatro encontros que fazem parte do protocolo do Instituto Nacional do Câncer. Houve um primeiro encontro do grupo de tabagismo com a participação de nove usuários, todavia eles não haviam compreendido que o grupo se daria durante um período maior e que seria necessário participar de mais encontros. Embora alguns tenham confirmado a participação, nenhum usuário compareceu nos encontros seguintes. A permanência do grupo está em processo de avaliação, na tentativa de adequar a oferta aos usuários, para, novamente, iniciar os encontros. Mas é possível perceber que a equipe não tem dado prioridade para esta demanda de constituição deste grupo. Cabe pensar aqui se estão motivados para tal e qual o papel do NASF nesse processo. Por outro lado, o grupo de gestante, no qual a residente de fonoaudiologia participa com a enfermeira da unidade, tem tido uma boa participação das gestantes, mas, com frequência, tem-se discutido sua formatação e o alinhamento dos decursos dos profissionais que nem sempre estão em consonância. Percebe-se de um lado a resistência por parte de alguns profissionais da ESF em agregar novos saberes e por outro que discutir esses processos de trabalho tem sido um grande desafio na formação dos residentes. Não foram poucas às vezes em que os preceptores aparecem nas atas das reuniões de NASF chamando a atenção das residentes sobre o cuidado que devem ter em não demonstrar momentos de raiva, contrariedade para com o profissional da ESF o qual está tentando construir processos de trabalho, ou seja, compartilhar trabalho. Em muitos momentos aparecem os preceptores retomando o cuidado que as residentes devem ter com suas expressões faciais frente aos processos de discussão e

reflexão junto às equipes. Desta forma, percebe-se o porquê de alguns profissionais mais experientes alertarem de que algumas performances só adquirimos no campo da experiência, ou seja, no trabalho.

Na unidade de saúde CAIC (T13 e T14) a partir de pacto realizado entre equipe do NASF e do ESF, tem-se acompanhado os dois grupo de gestantes, referente à cada equipe de saúde, que ocorrem semanalmente. A princípio os grupos foram pensados como um espaço livre de conversa e troca de experiência entre as participantes, com acompanhamento da médica e de um agente comunitária de saúde. Os primeiros encontros ocorreram de forma tranquila, porém foi possível perceber que a equipe, em alguns momentos, não se mostrava motivada a continuar. Nas avaliações do trabalho, eles apontam que as gestantes não comparecem ao grupo. Todavia foi possível pensar em conjunto que as gestantes têm, sim, vindo ao grupo, porém muitas têm faltado às consultas e, conseqüentemente, não têm participado do grupo. Em reavaliação com a equipe, e com a entrada de uma nova enfermeira, foi reformulada a proposta e preparadas algumas atividades dirigidas, bem como elaborados materiais de educação em saúde da gestante e do bebê. Após algum tempo ainda este era um espaço complicado, pois a profissional de referência da equipe para esta atividade, um AGS, não parecia estar realizando a atividade por desejo de qualificar o trabalho, mas o via como uma obrigação a cumprir. E isso fez com que, em alguns momentos, não houvesse a reunião do grupo e em outros momentos, que a profissional não coordena o grupo e fica em silêncio. Ainda assim, a equipe permaneceu realizando o grupo, contando com a participação da nova enfermeira, de uma agente comunitária de saúde e da R1 psicóloga. Já o outro grupo de gestante composto pela R1 de fonoaudiologia, o médico da saúde da família e uma agente comunitária, mostrava-se potente, pois possibilitou abrir questionamentos sobre a vigilância em saúde da gestante e a função deste espaço coletivo na atenção à saúde desta população. Inclusive, em consequência às intervenções do NASF e do controle do grupo é que a equipe passou a realizar algumas buscas ativas de gestantes, em conjunto com o NASF. Por outro lado, pôde-se perceber, também, que todas as gestantes passaram a participar efetivamente dos grupos, assim como os responsáveis designados pelas equipes de saúde.

Tanto no CAIC quanto no Votorantim, os grupos de gestantes vêm se mostrando uma importante ferramenta de trabalho interdisciplinar. Trata-se de uma

maneira de trocar ideias e experiências entre os diferentes profissionais, contribuindo para uma residência em saúde efetivamente integrada.

Cabe ressaltar que as ações de busca ativa estão previstas nas ações pedagógicas da ESP e que os grupos acabaram impulsionando os residentes e NASF a realizarem o controle deste grupo assim como a sua vigilância.

4.6 DISCUSSÕES DE CASOS, ACOMPANHAMENTOS, INTERCONSULTA

De acordo com as políticas públicas que regulamentam a atenção básica, a prioridade destes serviços é a realização de ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde, o trabalho de vínculo com os usuários e o comprometimento com práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, através do trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, considerando a dinamicidade existente em cada território (BRASIL,2008). Desta maneira, o trabalho clínico ampliado passa a ser uma tecnologia fundamental para a construção, junto aos usuários, de modos de cuidado em saúde.

Para tanto, é necessário a compreensão complexa do sujeito e sua vida, considerando suas singularidades, permitindo que a clínica se construa nos encontros. O clínico não possui um saber a priori, propõe a construção de algo que deve se constituir no encontro, considerando o saber técnico diante das potencialidades e possibilidades de cada usuário. Nas diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, os objetivos principais são o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso, além da corresponsabilidade entre os profissionais da saúde e a população. Busca-se, deste modo, romper com a perspectiva tecnicista em saúde e fortalecer o envolvimento dos atores sociais no processo saúde-doença-cuidado (Ciampone e Peduzzi, 2000). Considero que os dispositivos que permitem a multiplicidade de olhares e saberes sobre uma dada situação são pertinentes para a criação do trabalho interdisciplinar e da ampliação da clínica.

A discussão de caso tem sido uma das formas de acompanhamento que os residentes têm realizado por intermédio do NASF, assim como nas aulas desenvolvidas pela ESP contidas no plano pedagógico da ênfase atenção básica (RIO GRANDE DO SUL,2008).

Observa-se, durante estes momentos, que as equipes têm dificuldade de acolher e realizar os encaminhamentos das discussões, pois não estão familiarizadas com estes processos de trabalho. Nas combinações e encaminhamentos tendemos a dividir as atividades e direcioná-las segundo o núcleo profissional. Deste modo, temos acompanhado os casos presencialmente, priorizando as intervenções conjuntas como as visitas domiciliares e as consultas conjuntas, que são precedidas das discussões de caso. Depois das intervenções entre equipes, temos retomado os casos em momentos de reunião.

Embora este processo tenha seus entraves, percebe-se, pela equipe do NASF, que este é um exercício importante da prática desses profissionais na atenção básica. De acordo com o projeto do NASF de Esteio, o profissional psicólogo na equipe tem como objetivos principais trabalhar com as equipes de ESF para qualificar os processos de escuta dos aspectos subjetivos do processo de saúde-adoecimento, identificar possíveis situações de vulnerabilidades e riscos para sofrimento psíquico, bem como construir ações de redução de danos com usuários de drogas.

A residente de psicologia entende que tem colaborado para auxiliar as equipes na compreensão de questões subjetivas que fazem parte da vida, e também do processo de adoecimento. Acredita que em alguns acompanhamentos, principalmente os casos crônicos em que a equipe já vem investindo há algum tempo, tem-se possibilitado novos olhares e também motivado a equipe a não desistir. Neste trabalho, também tem sido possível avaliar os encaminhamentos para outros serviços e políticas públicas. No caso da assistência social, tem-se discutido muito as diferenças entre os serviços da política de assistência e o departamento do serviço social na secretaria de saúde. Percebo que o NASF tem realizado muito a função de intermediar os encaminhamentos entre as ESF e o CRAS, por exemplo.

Compor novos saberes e integrar o usuário neste processo ainda se configura como um desafio no trabalho. As equipes não tinham o costume de discutir seus casos, deste modo em alguns momentos tomam os encaminhamentos do NASF como uma ordem, ou como um indicativo de que a equipe não está dando conta do caso de modo adequado. Mais uma vez aparece a delicadeza das relações. Percebe-se que se fazer entender é fundamental e o exercício de comunicação é parte deste trabalho.

O Caderno de Atenção Básica 27 preza que o atendimento compartilhado tenha enfoque numa intervenção interdisciplinar. Através dessa, cria-se as condições para trocas de experiências e saberes, bem como para a capacitação e responsabilização mútua entre os diferentes profissionais.

Um desses casos foi encaminhado para atenção secundária do serviço de fonoaudiologia, pois referia-se a menino que apresentava diversas trocas e omissões na fala e na escrita, necessitando de um atendimento de longo prazo. Os outros dois ainda estão em acompanhamento nas Unidades de Saúde e são casos de linguagem oral e motricidade orofacial. Após os atendimentos, procura-se os profissionais da equipe de ESF para discutir o caso e conversar sobre o atendimento. É assim que, de alguma forma, consegue-se efetivar o compartilhamento com troca de saberes e experiências previstas pelo caderno do NASF.

Quando se analisa o PPP da ESP, a citação dos estudos de casos e a intervenção interdisciplinar são anotados, mas não se visualiza o acompanhamento e principalmente a interconsulta, ferramenta que garante condições para trocas de experiências e saberes, bem como a responsabilização mútua.

4.7 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Perante a análise das atas de reuniões, leem-se, expressões da residente de psicologia e sua preceptora de núcleo de que não há dúvidas de que a saúde mental faz parte das ações em saúde na atenção básica. Em Esteio, as equipes de ESF ainda não pautam esta temática de forma permanente e existem poucas estratégias de trabalho consolidadas para além da manutenção de medicações. Como citado anteriormente o profissional psicólogo no NASF tem por objetivo trabalhar com as equipes para qualificar os processos de escuta dos aspectos subjetivos do processo de saúde-adoecimento. No momento atual, no campo da saúde mental, identifica-se uma grande demanda de pessoas em uso contínuo de medicação psicotrópica, conseqüentemente uma grande demanda de pessoas encaminhadas para serviços de especialidades. O NASF tem como objetivo trabalhar com as demandas trazidas pelas equipes relacionadas ao universo da saúde mental em ações de promoção, prevenção e reabilitação, potencializando as intervenções realizadas na atenção básica, com o intuito de melhorar a qualidade e resolutividade.

Na unidade de saúde CAIC, foi iniciado um grupo de trabalho juntamente com uma enfermeira e um médico que possuem uma agenda de saúde mental, com o objetivo principal de acompanhar os usuários que fazem uso de medicação. Compõe este grupo ainda uma agente comunitária de saúde e uma técnica de enfermagem. Iniciamos o grupo tentando compreender o trabalho que a unidade de saúde vinha desenvolvendo. De acordo com a equipe, a pauta da saúde mental ainda permanece localizada nos profissionais que se responsabilizam por esses atendimentos e ainda não está transversalizadas nas práticas cotidianas de trabalho.

A residente de psicologia participa deste grupo de trabalho quinzenalmente, juntamente com a preceptora de psicologia. Foram apontadas duas estratégias de ação, nas quais haverá participação do NASF, dentro do projeto de saúde mental da unidade de saúde: a viabilização de um espaço de escuta e acolhimento dos profissionais, principalmente os agentes de saúde, oportunizando um encontro para pensar nas questões de saúde mental e o apoio para o acompanhamento dos usuários que acessam a unidade através da agenda de saúde mental realizada pela enfermeira e pelo médico.

Da mesma forma a fonoaudiologia faz parte das ações em saúde na atenção básica. Entretanto é perceptível que os profissionais das equipes de ESF não pautam a comunicação humana de forma permanente no acompanhamento da comunidade, tão pouco há trabalhos de educação em saúde que aborde esse tema. O fonoaudiólogo inserido no NASF pode encontrar obstáculos para o trabalho em equipe e intersetorialmente, mas esse é mais um paradigma a ser rompido pela fonoaudiologia. Sua atuação deve priorizar o coletivo, contribuindo assim para o resgate da cidadania, o fortalecimento do apoio social e integração da comunidade (FERNANDES,2012).

4.8 INTERVENÇÕES NA ESCOLA

O projeto pedagógico da ESP cita o trabalho educativo em escolas e creches, assim como, também pode-se visualizar estas ações nas políticas da atenção básica (BRASIL,2008). Entretanto estas relações somente se deram no território da unidade Votorantin, a partir da necessidade levantada pela escola deste território a qual se deu no processo de territorialização realizado pelas residentes, bem como pela necessidade da vivência dos residentes neste campo de formação.

Embora a equipe de ESF da unidade Votorantin (T15) não tenha disponibilidade de tempo para pensar em uma intervenção continuada junto à escola, o NASF, por parte da fonoaudiologia iniciou uma aproximação com o corpo docente para levantar algumas demandas. Em uma reunião pedagógica, foram levantadas demandas relativas à dificuldade de trabalhar a higiene pessoal, sexualidade, violência e agressividade, perspectivas de futuro e mundo profissional. Os professores também relataram que gostariam de orientações para qualificar o trabalho com os alunos que apresentam questões específicas de saúde mental e de dificuldade de fala e aprendizagem. Nas visitas à escola, foram realizadas algumas orientações específicas em relação à situação de alguns estudantes e os residentes tiveram a oportunidade de compartilhar triagens realizadas entre as profissionais da fonoaudiologia e psicologia com alguns estudantes encaminhados pelos professores. Foi realizada a devolutiva, a equipe pedagógica e professores e a fonoaudiologia desenvolveu atividades de promoção e prevenção da saúde da comunicação humana junto aos alunos do infantil.

Até o momento, foi desenvolvido um projeto de intervenção na escola elaborado pelos profissionais do NASF e residentes. As ações iniciaram por uma atividade em grupo entre professores, equipe pedagógica e NASF a partir de um encontro onde foi abordado o tema sexualidade que havia sido elencado na reunião anterior. Além disso, a residente e preceptora da fonoaudiologia realizaram triagens e discussão com a equipe pedagógica e professores sobre os devidos encaminhamentos à rede de serviço de fonoaudiologia do município, bem como desenvolveu estratégias de assessoria e consultoria junto ao professor e ações voltadas aos alunos do infantil. Neste mesmo período, o município iniciou a elaboração de um projeto para o Programa de Saúde na Escola, sendo que os profissionais do NASF estão acompanhando esta construção juntamente com o grupo de apoiadores institucionais da secretaria da saúde.

4.9 PARTICIPAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL

A ESP procura formar profissionais com vivências nas instâncias de controle social (RIO GRANDE DO SUL, 2008), contudo as residentes têm acompanhado as plenárias do Conselho Municipal de Saúde de Esteio desde o primeiro mês da residência. De acordo com as residentes, estes momentos têm sido importantes

para o acompanhamento das estratégias da gestão, assim como a participação da comunidade neste processo. O Conselho ainda tem pouca participação dos usuários, mas o quorum das plenárias é sempre grande com a maior parte dos conselheiros presentes. Apesar de haver questionamentos e muita discussão, dificilmente uma proposta não é aprovada pelos conselheiros. Pode-se observar que na visão dos residentes o município se beneficiaria de Conselhos Locais de Saúde. Com a implantação dos apoiadores institucionais algumas reuniões têm sido realizadas junto às comunidades. Este pode ser o início de uma participação mais ativa da população e da construção destes controles.

4.10 PARTICIPAÇÃO EM CAMPANHAS DE VACINAÇÃO

Ao longo do ano, conforme previsto no PPP da ESP, as residentes de psicologia e fonoaudiologia, participaram de campanhas de vacinação, foram elas: Campanha Nacional de Vacinação Contra Influenza; Campanha Nacional de Vacinação Contra Poliomielite e Campanha Nacional de Multivacinação .

Na primeira campanha, as residentes ficaram juntas no Votorantim e ajudaram a receber as pessoas que chegavam na Unidade e a verificar as carteiras de vacinação. Na segunda campanha, as residentes participaram da campanha no CAIC. No meio da manhã e no meio da tarde, as residentes entraram na comunidade para vacinar as crianças que não iriam até a Unidade de Saúde.

Em todas as campanhas, as residentes fizeram uma atividade de pintura e tatuagens com as crianças.

4.11 ACOLHIMENTO

A abordagem pedagógica da ESP orienta-se na exigência ética de acolhimento aos usuários das ações de saúde (RIO GRANDE DO SUL,2008). Este tema destacou-se como foco de discussão no final do primeiro ano dos residentes nas reuniões de tutoria e do próprio NASF e ESF, considerando que, para muitos atores do processo de formação dos residentes, o acolhimento se dá, apenas, a partir da porta de entrada, já, para outros, o acolhimento poderá ser efetivado a partir de qualquer momento de escuta desde que esse possa ser resolutivo.

Devemos considerar que na atual política do SUS, na qual as RIS referem estar pautadas, tanto o fonoaudiólogo quanto o psicólogo e demais profissionais considerados especialistas estão inseridos na atenção básica exclusivamente pelo NASF, não compondo assim a equipe mínima das ESF. A política do NASF (BRASIL, 2008) não prevê seus profissionais na porta de entrada do serviço.

Com base na Portaria Nacional de Humanização, o Acolhimento utilizado em uma das etapas do processo de saúde, tem por objetivo atender, como porta de entrada, todos os usuários que procuram os serviços de saúde, individualmente ou em grupos, escutando as queixas trazidas, bem como dando respostas adequadas, orientando e encaminhando de acordo com cada demanda, atuando com resolutividade e responsabilidade. De outra forma, o Acolhimento está, ainda, relacionado à conduta de relacionamento estabelecido entre o trabalhador e o usuário, devendo sua realização, em todos os níveis de atenção, ser pautada por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania, permitindo a todos os profissionais sejam eles da ESF ou do NASF aproximarem-se das realidades socioculturais de cada usuário e de seu território, propiciando trocas de saberes pessoais e profissionais. Com base no exposto neste trabalho parece possível pensar que se o acolhimento não é considerado apenas como uma ferramenta a ser utilizada na porta de entrada do usuário no sistema, bem como considerando a vivência dos profissionais do NASF e residentes no contato direto com os usuários e a sua resolutividade não entendemos que o residente não esteja experienciando o acolhimento. Entretanto, os profissionais do NASF, bem como seus residentes não descartam a importância para a formação dos residentes que os mesmos possam compartilhar junto aos profissionais da ESF o acolhimento inicial do usuário.

5 CONCLUSÃO

Preparar os profissionais graduados para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) está posto como um desafio para as instituições tanto de ensino como dos serviços que realizam formação em saúde, visto que na atualidade os serviços públicos de saúde, os quais prestam a formação no serviço, encontram-se fragilizados por inúmeros motivos sendo alguns deles: a falta de recursos humanos, estrutura de trabalho, articulação da rede de serviços, desmotivação, desconsideração das potencialidades do trabalho interdisciplinar e a capacitação dos profissionais que compõem a rede de serviços de saúde.

Durante o processo de estudo para a efetivação deste trabalho, foi possível perceber que as residentes do NASF praticam a proposta pedagógica da RIS/ESP. Assim como que o PPP em foco traz em formato de citação a maior parte das temáticas abordadas nas políticas públicas que contemplam a atenção básica, mais especificamente a da ESF. Contudo ficam lacunas com relação às ferramentas que deveriam ser utilizadas para dar conta dessas políticas, principalmente ao que concerne ao NASF, destacando-se o matriciamento, interconsultas, compartilhamento de ações e seus dispositivos para o alcance da interdisciplinaridade as quais não estão contempladas no PPP da ESP.

A partir das atas de reuniões, é possível perceber que a percepção das residentes demonstra que o processo de formação em um campo novo e em um serviço em processo de implantação tem suas dificuldades, a medida que tudo parece estar em construção. Ainda não temos modelos de atuação do NASF consolidados e acrescento, nem mesmo da ESF. Enquanto NASF, estamos avaliando os primeiros passos e repensando o trabalho. Também não se observa diretrizes da ESP quanto à realização da residência em NASF.

Pode-se dizer que ainda não existem modelos de atuação do NASF consolidados, nem mesmo de muitas equipes de ESF. Isso significa dizer que ambos, serviço e ensino, estão diante do desafio de mudança de paradigma, de trabalho interdisciplinar, da visão integrada, da construção do valor da equipe, da promoção, prevenção, humanização, levando-nos a avaliar as ações já desenvolvidas pelo NASF em Esteio, a fim de repensarmos o trabalho. Também não se observam diretrizes da ESP quanto à realização da residência em NASF. Por fim, independentemente do campo de atuação, para todos os atores que vivenciam a

formação em serviço o maior desafio consiste em criar a possibilidade da atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação dos usuários e traduza a nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família:** percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009.

ALMEIDA, PRISCILA. **Núcleo de apoio às equipes de saúde da família (NASF):** Uma Breve Reflexão, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2261.pdf>> Acesso em: 18 de jan. 2013.

ANDRADE, L.M.B.; et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde Transform. Soc.** Florianópolis, v3, n. 1, jan. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217870852012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2013.

BETINI, G.; SHUQAIR, N.S.M.S.A.Q. Vigilância sanitária e risco: uma abordagem das proposições legislativas apresentadas no congresso nacional em 2007. **Rev. Direito Sanit.**, v.10, n.2, p.145-65, 2009.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. 1ª edição. 1 ed.. n. 27. Ministério da Saúde. Brasília, DF: 2010.

_____.Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção I, p.47-50.

_____.Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008., d Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>> Acesso em: 18 jan. 2013.

_____.Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idxt=2794> Acesso em: 18 jan. 2013.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: 2006.

CECCIM RB, FERLA AA. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, (org.) **Construção da integralidade:** cotidiano saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinarentre disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgorg.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.259-78.

_____. Formação e Desenvolvimento na Área da Saúde: Observação para a política de Recursos Humanos no SUS. In: BRASIL.**Ministério da Saúde**.Observatório em Recursos Humanos no Brasil.Estudos E e Análises.Rio de Janeiro: Fiocruz,2003.PG.373-413.

FERNANDES, T.L; NASCIMENTO, C.M.B.; SOUSA, F.O.S.. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da Região Metropolitana do Recife. **Rev. CEFAC**, São Paulo, 29 mai. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012005000043&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jan. 2013.

FUNDATEC.; **Escola de Saúde Pública – SES/RS**: Processo Seletivo Público - Edital nº 02/2012 Residência Integrada em Saúde 2013 (ESP/RS)

MACHADO, F. et al. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde.In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/Abrasco, 2006.

MÂNGIA, E.F,LANCMAN,S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 2, p. i, maio/ago. 2008.

MARTINS,A.R, ROSA,K.R.K.K, BASSO,K.F, OROFINO,M.M.B, ROCHA,C.M.F. Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto. In: FAJARDO, A.P. ROCHA, C.M., et al.**Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
PEREIRA, M. P.B; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, 2(2):47-55, jun 2006.

PINHEIRO R, MATTOS R.A, (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.

FERREIRA,S.R, OLSCHOWSKY,A. et al. **Residência: Uma modalidade de ensino. In Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**; Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

RIO GRANDE DO SUL.**Secretaria Estadual da Saúde**.Escola de Saúde Pública.Centro de Saúde Escola Murialdo. Planejamento Pedagógico Residência Integrada em Saúde Coletiva. Porto Alegre, 2008.

SANTOS, L.M.; et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 346-352,2006.

SILVA, A.T.C.; et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, nov. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jan. 2013.

TURATO, E .R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico- qualitativa.** Petrópolis RJ.: Editora Vozes, 2003.

ZANELLA PENTEADO, R. ZANELLA PENTEADO, MERLIN SERVILHA, E. Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 16(1): 107-116, abril, 2004. **Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva:** compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistemas Público de Saúde. Santa Maria, 2009.