



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**NÁTALI CARINA DOLVITSCH PFLUCK**

**NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA  
E O CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA:  
A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA GESTÃO MATRICIAL**

**Porto Alegre**

**2017**

**NÁTALI CARINA DOLVITSCH PFLUCK**

**NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA  
E O CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA:  
A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA GESTÃO MATRICIAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde: Mestrado Profissional.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristine Maria Warmling

Porto Alegre

2017

### CIP - Catalogação na Publicação

PFLUCK, NÁTALI CARINA DOLVITSCH

Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado da  
pessoa com deficiência: a educação permanente em  
saúde na gestão matricial / NÁTALI CARINA DOLVITSCH  
PFLUCK. -- 2017.

79 f.

Orientadora: Cristine Maria Warmling.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre,  
BR- RS, 2017.

1. Pessoas com Deficiência. 2. Sistema Único de  
Saúde (SUS). 3. Equipe de Assistência ao Paciente.  
4. Política de Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I.  
Warmling, Cristine Maria, orient. II. Título.

## ATA AUTENTICADA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional  
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Nátali Carina Dolvitsch Pfluck, com ingresso em 24/04/2015

**Título:** Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o Cuidado da Pessoa com Deficiência: a educação permanente em saúde na gestão matricial

Data: 08/04/2017

Horário: 10:30

Local: Auditório Mário Rigatto / FAMED

Banca Examinadora	Avaliação	Origem
Maria Éliida Machado	Aprovado	ESP/SES/RS
Nicole Ruas Guarany	Aprovado	UFPEL
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aprovado	UFRGS

Avaliação Geral da Banca: Aprovado

Data da homologação:

Porto Alegre, 10 de abril de 2017

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599  
Porto Alegre / RS -

Documento gerado sob autenticação nº WWX.459.588.RHU  
Pode ser autenticado, na Internet, pela URL <http://www.ufrgs.br/autenticacao>,  
tendo validade sem carimbo e assinatura.

*Estamos aqui, neste instante que esperou por sua vez  
desde o início dos tempos.  
Estamos aqui, o caminho também é um lugar.  
Quando chegares, não te esqueças de onde partiste.*

*José Luís Peixoto*

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de dois anos de dedicação a uma rotina desafiadora: o estudo acadêmico, com intenso aprofundamento teórico, conciliado com as tarefas diárias da profissão. Tive a oportunidade de realizar uma pesquisa voltada à área que atuo, o cuidado das pessoas com deficiência. Concluí-lo é sinônimo de um misto de sentimentos alegria, satisfação, saudade, orgulho, enfim... nunca esquecerei desta peregrinação! Sim, uma peregrinação!

Juntei o *desejo* de continuar estudando e a *coragem* para enfrentar mais um processo seletivo numa universidade pública. Coloquei na mochila tudo o que vivi e aprendi até aquele momento e parti para a *aventura*. Tive companheiros de viagem que se tornaram amigos, passei por momentos de cansaço, dúvidas, indignações e por momentos de troca de conhecimentos intensos, conversas riquíssimas de teoria e de prática. Aprendi com excelentes *professores* que acolheram nossas questões, angústias e sucessos, que nos deram orientações para onde seguir com mais segurança.

Por falar em *orientação*... agradeço à Professora Cristine Warmling que me acompanhou com paciência e *persistência* nessa caminhada. É impossível seguir um caminho sem ter alguém que possa nos orientar mesmo que, às vezes, não entendamos bem aonde querem nos levar!

Ainda bem que durante toda jornada pude contar com *amigos*! Com eles, as dores de um caminho por vezes pedregoso, as montanhas de informação, as descidas íngremes da frustração foram suportáveis. Contemplar a paisagem da *superação* é muito mais feliz com vocês! Então... muito obrigada, Raquel, Milton, Denise, Camilla, Janaine, Tiago, Márcia, Juliana, Vinícius, Aline e Aline, Larissa, Iuday, Luciane, Simone, Carla, Jéssica, Mariana e Daniele.

Aos amigos de outras jornadas e minha família, agradeço o *incentivo* contínuo e a *compreensão* nos clássicos (e polêmicos) momentos: "Não posso, tenho que estudar! "

E essa jornada não teria ocorrido sem o *apoio* institucional. Agradeço aos colegas de trabalho e coordenadores da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde, em nome da Secretaria Estadual da Saúde; às equipes de NASF que se abriram para que pudéssemos produzir o conteúdo desse estudo e à UFRGS, que proporciona um curso gratuito e de qualidade que atende aos *princípios* que tanto prezamos no SUS.

Enfim... essa caminhada foi longa mas chegou ao fim! Cheguei onde não imaginava ser capaz. Agora não vem o descanso, mas a *responsabilidade* de compartilhar o que vivi e aprendi! Que o bom Deus continue me *abençoando*!

## RESUMO

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência estabelece, desde 2013, diretrizes para os níveis de atenção em saúde. A Atenção Básica deve desenvolver do diagnóstico a educação em saúde, passando pela criação de protocolos clínicos e de reabilitação. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são estratégicos nas ações interdisciplinares e articuladores do cuidado qualificado da pessoa com deficiência na atenção primária à saúde. O objetivo deste estudo é analisar o processo de trabalho e sua relação com a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência nos NASF. Trata-se de um estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e abordagem qualitativa. Os dados do estudo foram produzidos por meio da realização de grupos focais com equipes de NASF Tipo I de uma regional de saúde do Rio Grande do Sul. O diálogo em profundidade e as trocas entre os participantes no grupo focal duraram em torno de uma hora e foram conduzidas por um coordenador. A análise dos dados baseou-se nos fundamentos epistemológicos da Análise do Discurso. O software QSR NVivo apoiou a organização e análise dos dados. Verificou-se que as equipes do NASF utilizam o matriciamento como estratégia de gestão dos casos que prestam cuidado e reconhecem a potencialidade do trabalho interdisciplinar e da ação colaborativa para o apoio qualificado às equipes de Saúde da Família. Identificam ações voltadas para o cuidado da pessoa com deficiência. A maior demanda ao NASF encontra-se direcionada para a assistência especializada do usuário. As equipes não se utilizam suficientemente de ações de educação em saúde, embora reconheçam sua relevância para o trabalho do apoio matricial. Conclui-se que há necessidade de ampliação de ações colaborativas e de cuidado compartilhado entre as equipes dos NASF e as Equipes de Saúde da Família. Estratégias de gestão e de educação permanente em saúde devem ser criadas para consolidar a gestão do apoio matricial ao cuidado da pessoa com deficiência.

**Palavras-chave:** Pessoas com Deficiência, Sistema Único de Saúde, Equipe de Assistência ao Paciente, Política de Saúde, Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Since 2013, the Health Care Network for the Disabled has established guidelines for levels of care. The Basic Attention must develop a diagnosis in health, through the creation of clinical protocols and rehabilitation. The Family Health Support Centers (NASF) are strategic in the interdisciplinary actions and articulators of the qualified care of the disabled person in primary health care. The objective of the study is to analyze the work process and its relation with the care of the disabled person in NASF. It is a single, integrated case study with multiple units of analysis and a qualitative approach. The data are produced by conducting focus groups with NASF Type I equipment from a regional health service in Rio Grande do Sul. The in-depth dialogue and how exchanges between the participants do not focus group around an hour and is driven by a coordinator. Data analysis was based on the epistemological foundations of Discourse Analysis. QSR NVivo software supported data organization and analysis. It was found that NASF teams use matrixity as a case management strategy and recognize the potential of interdisciplinary work and collaborative action for qualified support. Identify actions aimed at the care of the disabled person. The greatest demand for NASF is directed towards the Six International Enterprises. As teams that do not use health education actions acknowledge their relevance to the work of matrix support. It is concluded that it needs to expand collaborative actions and shared care among NASF teams and Family Health teams linked. Management strategies and permanent education in health, to consolidate a management of the matrix support for the care of the disabled person.

**Keywords:** Disabled Persons, Unified Health System, Patient Care Team, Public Policy, Primary Health Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS

- APS – Atenção Primária em Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CEO – Centro Especializado em Odontologia
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CER – Centro Especializado em Reabilitação
- CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
- CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social
- CRS – Coordenadoria Regional da Saúde
- eAB – Equipe de Atenção Básica
- eCR – Equipe de Consultório na Rua
- ESF – Equipe da Saúde da Família
- eSFF – equipe da Saúde da Família Fluvial
- eSFR – equipe da Saúde da Família Ribeirinha
- LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEDLINE - (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NURESPD – Núcleo Regional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência
- OPM – Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção
- PcD – Pessoa com Deficiência
- PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- PNH – Política Nacional de Humanização
- PST – Projeto de Saúde no Território
- PTS – Plano Terapêutico Singular
- RAS – Rede de Atenção à Saúde
- SCIELO – *Scientific Electronic Library Online*
- SF – Saúde da Família
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 OBJETIVOS .....	12
1.1.1 OBJETIVO GERAL .....	12
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>13</b>
2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: REFLETINDO E PROBLEMATIZANDO... ..	13
2.2 AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: ARTICULAÇÃO ENTRE NASF E ESF.....	15
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E REDE DE CUIDADO.....	18
2.4 NASF E O CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: O PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR BASEADO NO APOIO MATRICIAL .....	22
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>26</b>
3.1 PRODUTO 1: ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA.....	26
3.2 PRODUTO 2: RECURSO DE APOIO À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	52
3.2.1 APRESENTAÇÃO .....	52
3.2.2 OBJETIVOS .....	53
3.2.3 CONTEÚDO .....	54
3.2.4 PÚBLICO-ALVO .....	54
3.2.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	54
3.2.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	55
3.2.7 REFERÊNCIAS .....	55
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>59</b>
<b>APÊNDICE A – MAPA CONCEITUAL TEÓRICO</b> .....	<b>68</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>69</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS</b> .....	<b>72</b>
<b>APÊNDICE D – ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL</b> .....	<b>75</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.</b> ..	<b>76</b>

## INTRODUÇÃO

Estima-se que aproximadamente 15% da população mundial possui algum tipo de deficiência, segundo o Relatório Mundial sobre Deficiência (OMS, 2012). No Brasil, o último Censo Demográfico identificou aproximadamente 45 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência (motora, auditiva, visual ou intelectual) isto é, cerca de 23,91% da população (IBGE, 2016). Esse índice elevado, muito superior ao mundial, destaca a pertinência da construção de políticas públicas eficientes para inclusão social, promoção e cuidado em saúde das pessoas com deficiência.

As políticas públicas brasileiras direcionadas às pessoas com deficiência surgiram inicialmente na década de 1990 com o Decreto nº 3.298/99 que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, embora já houvesse desde a década de 1980 instrumentos legais que amparassem esse segmento da população desde a formulação da Constituição Nacional (BRASIL, 2010b).

A partir da Convenção Mundial dos Direitos da Pessoa com Deficiência, ocorrida em 2007 em Nova York, houve mudanças significativas coordenadas intersetorialmente no país. Mas ainda antes da Convenção o Brasil já havia aprovado portarias e decretos referentes a questões de saúde das pessoas com deficiência no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), amparado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, em 2002, que foi revisada e modificada ao longo do tempo. Em 2011, foi instituído o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite e, em 2015, criado o Estatuto da Pessoa com Deficiência, leis balizadoras das políticas públicas atuais.

No campo da saúde, as políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência devem contemplar a complexidade e especificidade desse cuidado e considerar o aumento do número de pessoas com deficiência (PcD), tendo em vista transformações demográficas e epidemiológicas da população. Ações de saúde fundamentadas no trabalho interdisciplinar constituem-se em pontos chave para um cuidado integral, humanizado e resolutivo. As possibilidades de intervenção e apoio das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) podem ser um recurso precioso (SOUZA; PIMENTEL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família destaca-se como plano para a atenção primária, visando ampliação e organização do acesso ao SUS, com o propósito de

readequação do modelo de atenção (BRASIL, 2012a; LAVRAS, 2011). Para expandir a abrangência e a resolutividade das ações da atenção básica, com o apoio às Equipes da Saúde da Família (ESF), em 2008 foram criados os NASF, hoje regidos pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2008, 2012b). São estratégias que representam avanços no âmbito político e demandam geração de conhecimento para a implementação. Importa conhecer o processo de trabalho dessas equipes. Como elas se relacionam com a Política da Pessoa com Deficiência? Como o trabalho em equipe interfere no cuidado dessa população?

Quando relacionada à temática da pessoa com deficiência, a carência de informações sobre o cuidado dessas pessoas no SUS é ainda grande. Não há um volume significativo de publicações científicas que tratem do tema da Saúde da Pessoa com Deficiência relacionado a políticas públicas de saúde se comparado a outros temas ou políticas. Questões sobre a acessibilidade e barreiras arquitetônicas, sobre a resolutividade da rede de atenção, sobre o perfil dos usuários com deficiência no território ou mesmo sobre a competência das equipes em acolher e atender a demanda de saúde são importantes e precisam ser estudadas para ampliação dos recursos teóricos e técnicos.

Considerando-se o que foi exposto até o momento, e com o objetivo de contribuir com o campo científico, o presente trabalho pretende colocar em análise o processo de trabalho das equipes de NASF e sua relação com a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Justifica-se tendo em vista a inserção da pesquisadora principal, que se encontra vinculada ao Núcleo Regional da Saúde da Pessoa com Deficiência (NURESPD) da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Participa da equipe responsável pelo apoio aos municípios da regional na implementação e gestão da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. O estudo desenvolveu-se no território de trabalho pois espera-se trazer mais elementos para a discussão e contribuir na elaboração de propostas de educação permanente em saúde sobre o processo de trabalho e o cuidado voltado às pessoas com deficiência.

## 1.1. OBJETIVOS

### 1.1.1. Objetivo Geral

Analisar o processo de trabalho e sua relação com a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência dos Núcleos de Apoio à Saúde Família Tipo 1 dos municípios que compõem a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul.

### 1.1.2. Objetivos Específicos

Descrever características profissionais das equipes de NASF tipo 1 da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Descrever concepções sobre o processo de trabalho em equipe dos trabalhadores do NASF tipo 1 da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Identificar estratégias de trabalho adotadas pelas equipes dos NASF tipo 1 da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde para enfrentamento das situações de apoio e das dificuldades.

Identificar as principais ações das equipes de NASF no apoio às ESF, em situações envolvendo cuidado em saúde de pessoas com deficiência.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: REFLETINDO E PROBLEMATIZANDO

O trabalho é considerado uma atividade humana intrinsecamente relacionada aos percursos de desenvolvimento pessoal (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011), Absorve tempo, pensamento e energia. É multifacetado: complexo sistema de relações subjetivas, interpessoais, sociais, políticas, econômicas, históricas. Tal complexidade deveria conduzir ao ato de *refletir sobre* (e cabe aqui lembrar seus diferentes sinônimos: *pensar, ponderar, raciocinar, devanear, contemplar*), mas não parece ser um exercício tão compreendido nos espaços de trabalho. Na área da saúde, é possível encontrar as mais variadas formas de pensar e não pensar o processo de trabalho, tanto que houve necessidade de se criar políticas públicas com diretrizes e dispositivos para orientar problematizações sobre os processos de trabalho, destacando-se a política de educação permanente em saúde.

Parte-se para a reflexão considerando o processo de trabalho em saúde enquanto “a prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p.199). O processo de trabalho em saúde mobiliza conhecimentos, saberes, tecnologias (leve, leve-duras, duras) e interações para manter-se vivo em ato (MERHY, 2004; MERHY, ONOCKO, 1997).

O processo de trabalho em saúde tem sido objeto de estudo de pesquisadores (BARBOSA et al., 2013). Estes estudos têm observado aspectos que contribuem ou dificultam a reflexão do processo, outros apontam para a necessidade de revisão e transformação de práticas (FIGUEIREDO et al., 2010; FACCIN, SEBOLD, CARCERERI, 2010), a valorização e subjetivação do trabalhador em seu processo de trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), as dificuldades do trabalho colaborativo e integrador (SOUZA, SABRINA SILVA DE *et al.*, 2010), a mudança do modelo assistencial (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009; SHIMIZU, 2012), a gestão coletiva do trabalho e a humanização das práticas de saúde (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Um ponto em comum encontrado nas produções científicas a respeito do processo de trabalho em saúde é o destaque do potencial de transformação que processos de educação permanente possuem (SANTOS-FILHO, 2007). Questionam, problematizam o paradigma do trabalho em saúde e chamam os profissionais-trabalhadores à participação ativa e cooperativa, para corresponsabilização e cogestão da condução do trabalho.

No entanto, os mesmos estudos assinalam ainda a existência de equipes e profissionais de saúde que não conseguem superar as dificuldades cotidianas e acabam por reproduzir (e sustentar) práticas fragmentadas, condutas limitadas, gestão verticalizada. Também indicam que os principais fatores que dificultam a reflexão e mudança do processo de trabalho são: vínculos frágeis de trabalho, governabilidade da equipe sobre as metas e indicadores, mecanismos de avaliação insuficientes ou inadequados, infraestrutura deficiente, entre outros aspectos (SHIMIZU, 2012; SOUZA et al., 2010).

O trabalho em saúde evoca questionamentos e aviva a necessidade da problematização das equipes sobre as competências desenvolvidas para a prática profissional (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). As competências profissionais na ótica da ergologia desenvolvida por Schwartz (1998) podem ser compreendidas, mas dificilmente definidas pela complexidade e mutabilidade que se constituem as situações de trabalho. Competências compreendem a capacidade humana para agir nas situações vividas de trabalho. São inseparáveis do complexo e singular conjunto dos valores que os trabalhadores colocam em ação quando trabalham. Estabelecem-se em situações e contextos dinâmicos, “não dependem apenas do objetivo, do mensurável, do armazenado, mas da evolução desse complexo de valores na nova situação” (SCHWARTZ, 1998, p.34).

Na linha ergológica, o trabalho é compreendido como atividade humana perpassada pela historicidade, produzida politicamente no uso de si por si ou pelos os outros (HOLZ; BIANCO, 2014; SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009; SCHWARTZ, 2011).

A partir dos apontamentos sobre o que está envolvido no processo de trabalho em saúde e nas demandas resultantes do *pensar sobre* que os estudos apresentam, infere-se que o ato de pensar é inerente às práticas educativas dos profissionais e trabalhadores de saúde. A necessidade da reflexão permanente sobre o processo de

trabalho pelos próprios profissionais da saúde é a síntese do que se propõe como educação permanente em saúde.

Mas se as alternativas e deliberações para um processo de trabalho em saúde dinâmico, participativo e reflexivo devem surgir dos próprios participantes do processo, em especial os profissionais da equipe, seria possível normatizar as práticas de saúde?

## 2.2. AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: ARTICULAÇÃO ENTRE NASF E ESF

Entende-se por política pública o conjunto de orientações, ações, diretrizes e normas de interesse público promovidas pelo Estado para suas atividades governamentais e que demonstram sua direção política. As políticas públicas de saúde são consideradas parte da ação social do Estado e tratam das normativas direcionadas às melhorias das condições de saúde da população e devem “[...] organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade” (LUCCHESI et al., 2004, p.3).

O SUS é a política pública de saúde vigente no Brasil desde 1988, seu processo de implementação tem ampliado o acesso a serviços de saúde no Brasil, especialmente através da qualificação da Atenção Primária e do desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde e dos serviços de emergência.

No entanto, esse complexo e dinâmico sistema de saúde encontra desafios para a consolidação de práticas de qualidade, da universalização e integralização do cuidado. Entre os muitos desafios, destacam-se as questões de financiamento, o redimensionamento da relação público e privado no setor da saúde e a adequação do modelo de atenção (PAIM et al., 2011). O perfil de morbimortalidade no Brasil, por exemplo, tem sofrido mudanças nas últimas décadas em consequência do envelhecimento da população e da tripla carga de doenças, o que também exige novos propósitos das políticas públicas, dos gestores e profissionais da saúde (MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016; MENDES, 2010).

O SUS tem implementado sucessivas mudanças para superar entraves e dificuldades. Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família para ampliar as ações de descentralização dos serviços de saúde no SUS e buscar uma reorganização do

sistema. Em 2006, tornou-se o enfoque prioritário da Política de Atenção Básica, integrando o Pacto pela Saúde, consolidando a Estratégia da Saúde da Família “[...] como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006). Em 2011, houve nova atualização com a portaria MS/GM nº 2.488, com o intuito de revisar e adequar as diretrizes e normas da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

No ano de 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade” (BRASIL, 2008, p. 2). Os NASFs se apoiam-se nas diretrizes da Atenção Primária em Saúde (APS) e seu processo de trabalho é norteado por ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde, territorialidade, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010). Em 2012, os parâmetros de vinculação dos NASF às equipes básicas foram redefinidos pela Portaria GM/MS nº 3.124 de dezembro de 2012, como demonstrados no Quadro 1.

**Quadro 1** Modalidades de NASF

<b>Modalidades</b>	<b>Nº de equipes vinculadas</b>	<b>Somatória das Cargas Horárias Profissionais*</b>
<b>NASF 1</b>	<b>5 a 9</b> equipe de Saúde da Família (eSF) e/ou equipe de Atenção Básica (eAB) para populações específicas como as equipes de Comunidades Rurais (eCR), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSR) e equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF) (eSFF)	<b>Mínimo 200</b> horas semanais; cada ocupação deve ter no <b>mínimo 20h e no máximo 80h</b> de carga horária semanal;
<b>NASF 2</b>	<b>3 a 4</b> eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	<b>Mínimo 120</b> horas semanais; cada ocupação deve ter no <b>mínimo 20h e no máximo 40h</b> de carga horária semanal;
<b>NASF 3</b>	<b>1 a 2</b> eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	<b>Mínimo 80</b> horas semanais; cada ocupação deve ter no <b>mínimo 20h e no máximo 40h</b> de carga horária semanal;
*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial		

Fonte: Portal da Saúde ([http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php))

As diretrizes indicam quais profissionais compõem as equipes do NASF; a definição parte da gestão municipal que deve respeitar as prioridades e demandas de saúde da população local, seguindo critérios epidemiológicos. Devem ser levadas em consideração as necessidades das ESF que serão apoiadas pelo NASF. Entre as categorias profissionais do NASF estão: médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011).

As equipes de NASF correspondem atribuições específicas que possuem relação intrínseca com a comunidade e a ESF do território de referência. São funções primárias do processo de trabalho conhecer e articular os serviços e possibilidades de cuidado no território de forma a atender a demanda de saúde da comunidade. O reconhecimento da realidade das famílias e usuários no território de referenciado, dos aspectos econômico, cultural e social aos demográficos e epidemiológicos, permite experimentar junto às ESF referenciadas a clínica ampliada e a interdisciplinaridade (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2008; LANCMAN; BARROS, 2011).

As diretrizes do NASF indicam as áreas temáticas prioritárias para o trabalho das equipes: saúde da criança/do adolescente e do jovem, saúde mental, reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da mulher, assistência farmacêutica, atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares. As ações dos NASF traduzem-se em discussão de casos, construção do Plano Terapêutico Singular (PTS), interconsulta, ações coletivas, discussão de fluxos e protocolos de trabalho, resolução de conflitos, ações de educação permanente em saúde, entre outros (BRASIL, 2010a, 2011).

Observa-se nas práticas dos NASF o exercício da transversalidade das Políticas de Humanização (BRASIL, 2013) e de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009). Não devem ser compreendidos apenas como mais um serviço na rede de saúde, tampouco a “porta de entrada” (acesso inicial) no sistema de saúde, mas seus objetivos buscam qualificar a atenção em saúde prestada na rede (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A Política Nacional de Humanização (PNH) reorganiza a produção em saúde por meio da centralidade das relações de cuidado no usuário. Fundamenta-se na troca de saberes e na corresponsabilização dos envolvidos. Quando a PNH apresenta os conceitos, dispositivos e recursos para o cuidado humanizado, tais como clínica ampliada, acolhimento, plano terapêutico singular, ambiência, apoio matricial, desafia os profissionais para inovar nos processos de trabalho (BRASIL, 2008; JUNGES; BARBIANI, 2012). Os desafios diários do campo de trabalho na saúde remetem ao processo de trabalho e ao comprometimento profissional para a produção de uma práxis transformadora. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) articulada aos processos de gestão permite espaços de debates e contribui para o cuidado eficaz e humanizado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

### 2.3. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E REDE DE CUIDADO

No que tange à legislação referente à proteção e garantia dos direitos da Pessoa com Deficiência no Brasil, a história é recente e um dos marcos é o movimento gerado pela Convenção Mundial de 2007, como é ilustrado pela Figura 2, a seguir.

Figura 1 **Legislação sobre PcD na última década**



Fonte: linha do tempo criada pela autora

A Convenção Mundial de 2007 foi um marco importante que influenciou no direcionamento das políticas voltadas às pessoas com deficiência, no Brasil e no mundo. Atualmente, mais de 160 países são signatários da Convenção e seu Protocolo Facultativo (ONU, 2017). Mas somente em 2015 o país promulgou a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Um marco na garantia da cidadania e da inclusão social das pessoas com deficiência (BRASIL, 2015). O Grupo de Trabalho para análise e redação do estatuto contou com a participação de membros do poder legislativo brasileiro, representantes da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), entre outros. O Estatuto da Pessoa com Deficiência é também um instrumento base para formulação de políticas públicas.

O Brasil conta com legislações específicas sobre a saúde da PcD, anteriores à Convenção. Desde 2002, está em vigor pela Portaria MS/GM nº 1.060 a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. A partir desta política, as ações de saúde precisaram adequar-se, tornando-se necessárias mudanças físicas-estruturais, institucionais e assistenciais. Entre os objetivos estão:

[A] reabilitação da pessoa portadora de deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade (BRASIL, 2010b, p.1).

O Brasil tornou-se signatário da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo em 2009, porém somente em 2011 instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite – que incorporou diversos conceitos, diretrizes e metas da Convenção (BRASIL, 2010b). O plano dispõe sobre ações articuladas em quatro eixos (acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social, acessibilidade). Estão envolvidos 15 Ministérios com metas para os anos de 2011 a 2014. No entanto, a adesão estadual e municipal ao Viver sem Limite é voluntária e ocorre através de termo de adesão. Somente 21 estados brasileiros aderiram, entre eles o Rio Grande do Sul (BRASIL, 2011; SDH, 2017).

Entre as metas de saúde estipuladas pelo Viver sem Limites estão: identificação e intervenção precoce de deficiências, diretrizes terapêuticas, centros

especializados de habilitação e reabilitação, transporte para acesso à saúde, oficinas ortopédicas e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) e atenção odontológica às pessoas com deficiência (SDH/PR; SNPD, 2013).

Em 2012, a partir do Plano Viver sem Limite, foi instituída a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. O Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde da PcD. A rede deve se organizar através da Atenção Básica, da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2012).

A Atenção Básica, constituída pelos pontos de Unidades Básicas de Saúde, NASF (quando houver) e pela atenção odontológica, deve priorizar ações para detecção precoce de deficiências, acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até 2 anos, projetos de educação em saúde para prevenção de deficiências, criação de protocolos clínicos e de apoio aos profissionais, articulação com recursos da comunidade para inclusão social, atenção domiciliar de PcD, entre outros (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2012).

A Atenção Especializada em Reabilitação conta com estabelecimentos de saúde habilitados, Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Oficina Ortopédica. Os pontos devem articular-se em rede com a AB, com acesso regulado, fornecendo apoio matricial, e também com outros setores como Assistência Social e Educação. Devem garantir o cuidado integral através de linhas de cuidado, enfocando a funcionalidade do usuário e o uso de dispositivos assistidos, quando necessário. Nesse nível, destaca-se o papel do CER “que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território” (BRASIL, 2012c, Art.19). O Brasil possui 136 CER habilitados entre 2013 e 2016 e 78 novos centros estão em construção (SDH, 2017).

A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência deverá, por sua vez, compor equipes de reabilitação para prevenção de deficiências e assistência especializada para os leitos de reabilitação (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2012).

Na esfera estadual, o Rio Grande do Sul aderiu ao Plano Viver sem Limite em 2012, quando também instituiu o Plano Estadual dos Direitos da Pessoa com

Deficiência – Plano RS Sem Limite –, por meio do Decreto nº 48.964. Em 2013, o estado aprovou o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Uma das ações a serem implementadas pelo Plano Estadual está diretamente relacionada aos NASF:

Promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, visual, ostomizadas e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção, através da implementação de políticas do NASF – Núcleos de Atenção à Saúde da Família (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p.24).

Compondo a Rede Estadual na Atenção Especializada atualmente o estado possui 83 serviços de referência em Reabilitação, sendo 78 habilitados pelo Ministério da Saúde como modalidade única, ou seja, realizam atendimento especializado em uma área da reabilitação. Entre os serviços, o estado conta com cinco referências para reabilitação visual, 11 para reabilitação auditiva, 11 para reabilitação física, 62 para reabilitação intelectual e três Oficinas Ortopédicas fixas. O estado possui cinco CER e mais cinco novos centros estão em construção e/ou fase de habilitação ministerial (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE, 2016).

Nas regiões de saúde 6, 7 e 8, que compreendem a 1ªCRS, estão localizados seis serviços referência em reabilitação, sendo um em auditiva, um em física e quatro em intelectual, um CER IV (que compreende as reabilitações física, intelectual, visual e auditiva) que está em construção. Os serviços ainda não são suficientes para as demandas de reabilitação da regional. Como não possui serviço de referência em reabilitação visual no território, os usuários da 1ªCRS são encaminhados para municípios distantes que possuem serviço de referência. O mesmo ocorre com reabilitação física e auditiva que, pela alta demanda, parte dos municípios da regional possuem como referência serviços fora do território da 1ª CRS. Embora possua quatro serviços de reabilitação intelectual como referência no território, o volume de usuários dos municípios sede ocupam a maior parte (e em alguns casos a totalidade) das vagas pactuadas com o estado (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A escassez de serviços e a alta demanda de usuários justifica o uso de estratégias diferenciadas para suprir as necessidades de saúde da população, tanto no que compreende a reabilitação quanto no acesso aos cuidados gerais de saúde. Pode-se pensar na importância das articulações das redes de saúde e esferas de governo e dos diversos pontos que compõem a rede. Mas as redes de saúde diante

da complexidade inerente da intersetorialidade e interdisciplinaridade, conseqüentemente, não podem reduzir-se a um fluxo de procedimentos entre os pontos de referências, também devem possibilitar a integralidade das ações e do cuidado. Nesse sentido, como relacionar as ações da Atenção Básica com a política de atenção à PcD?

A legislação aponta para o papel do NASF na inter-relação da Atenção Básica com a política de atenção à PcD e, conseqüentemente, no cuidado da pessoa com deficiência (BRASIL, 2010b; RIO GRANDE DO SUL, 2013). As próprias diretrizes da AB têm como um dos eixos temáticos a reabilitação e sugere que seja realizada no território do usuário, próximo a sua moradia, facilitando o acesso e a integração com a comunidade. Os serviços de APS e ESF precisam ser fortalecidos e apoiados para o cuidado das pessoas com deficiência e refere que

a atuação multiprofissional pode propiciar a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inclusão social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde. (BRASIL, 2010a, p.47)

As considerações até o momento apresentadas produzem reflexões sobre o processo de trabalho das equipes de NASF e, como indicam Kell e Shimizu (2010), faz-se necessário que as equipes invistam na criatividade em seu trabalho para qualificação do cuidado em saúde. A participação do NASF na comunicação entre os pontos da Rede de Atenção à PcD é quesito chave para a integração da rede de assistência (BRASIL, 2010b).

O estudo pretende contribuir na redução da lacuna científica sobre o tema a partir da compreensão da experiência e percepção dos profissionais NASF que fazem parte do processo.

#### 2.4. NASF E O CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: O PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR BASEADO NO APOIO MATRICIAL

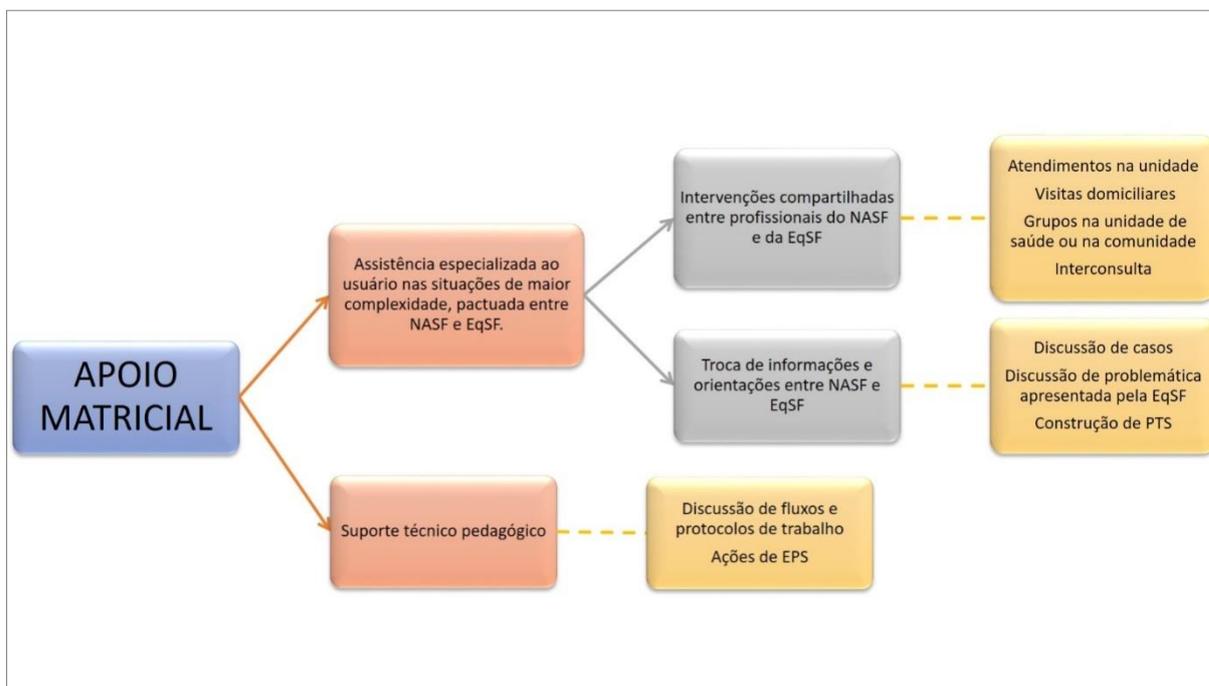
Equipes multiprofissionais qualificam a assistência quando norteiam ações para atender as necessidades de saúde de forma integrada, humana e em uma relação corresponsável entre os profissionais e usuários (RIBEIRO et al., 2014).

Nesse sentido o princípio da interdisciplinaridade é essencial para o trabalho das equipes de NASF. Interdisciplinaridade compreendida como ação integrada entre profissionais de diversas disciplinas que, com suas habilidades e competências individuais, interagem entre si em prol de um objetivo em comum – o cuidado em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007; REIS et al., 2016). O conceito dá suporte para o desenvolvimento de uma ferramenta inerente ao processo de trabalho nos NASF: apoio matricial.

O apoio matricial permite ao NASF trabalhar com as funcionalidades de equipe de referência e clínica ampliada. O rearranjo organizacional pela sistemática de equipe de referência auxilia no processo de corresponsabilização dos casos acompanhados de forma longitudinal e permite assim a prática da clínica ampliada. A função do apoiador é agregar saberes e contribuir com novas formas de cuidado através de profissionais com núcleos de conhecimentos diferenciados em relação à equipe de referência primária. No entanto, esta prática demanda amadurecimento das equipes envolvidas, confiança e disponibilidade para a interdisciplinaridade e comprometimento ético com o cuidado e com processo de trabalho, pontos que podem ser muito desafiadores e, até, complicadores do processo de trabalho (CAMPOS; DOMITTI, 2007; LANCMAN; BARROS, 2011; REIS et al., 2016).

Enquanto ferramenta de trabalho, o apoio matricial pode ocorrer de formas diferentes, mas com o objetivo de garantir o suporte especializado pela diversidade de núcleos profissionais distintos que o compõe. Campos e Domitti (2007), referem-se ao apoio matricial como “uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde” (p.399) que, conforme Lancman e Barros (2011) pode ocorrer sob duas formas básicas: retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico. Segue um esquema que pretende ilustrar os recursos do apoio matricial segundo os estudos desses autores:

**Figura 2** Esquema ilustrativo sobre Apoio Matricial



Fonte: Criado pela autora, 2017. Baseado em Campos e Domitti (2007) e Lancman e Barros (2011)

Apesar de toda a potencialidade das equipes, o NASF também encontra desafios e problemas. O número insuficiente de equipes para uma cobertura adequada do território de saúde, dificuldades na formação de vínculo com as ESF referenciadas, a alta demanda por especialistas e a escassez de serviços especializados que levam a um uso inconveniente desse recurso são citados como os problemas mais comuns (CUNHA; CAMPOS, 2011; RIBEIRO et al., 2014). Por sua estratégia diferenciada e papel importante na Atenção Básica, esses desafios convocam a uma transformação organizacional intensa, para mudanças nas relações de poder, “busca da democracia organizacional e a valorização dos trabalhadores de forma equilibrada com a eficácia clínica” (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 969).

Nesse contexto, ações de educação permanente em saúde são estratégia essencial para a transformação do paradigma do cuidado. Investir em ações de educação em saúde permanente amplia o escopo de estratégias para superar as dificuldades, auxilia na articulação dos agentes transformadores e reforça a autonomia dos profissionais e equipes envolvidos no processo de cuidado. O apoio matricial em sua vertente de educação permanente em saúde é ferramenta básica para o trabalho das equipes de NASF (BRASIL, 2014; LIMA et al., 2010; MERHY; GOMES, 2016).

Surgem daí questionamentos sobre o modo como esses profissionais, de fato, atuam como equipe. Estão preparados para o desafio do trabalho em saúde, em rede? E quando direcionamos os questionamentos a uma das áreas estratégicas do NASF, como a Reabilitação, como as equipes se organizam para atender esse campo?

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1. PRODUTO 1: ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA**

##### **Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado da pessoa com deficiência: a educação permanente em saúde na gestão matricial<sup>1</sup>**

##### **Family Health Support Centers and the care of the people with disability: the permanent education in health in the matrix management**

##### **Núcleos de Apoio a la Salud de la Familia y el cuidado de las personas con discapacidad: la educación sanitaria permanente en la gestión de matrices**

Nátali Pfluck<sup>2</sup>

Cristine Maria Warmling<sup>3</sup>

#### **Resumo**

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência estabelece, desde 2013, diretrizes para os níveis de atenção em saúde. A Atenção Básica deve desenvolver do diagnóstico a educação em saúde, passando pela criação de protocolos clínicos e de reabilitação. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são estratégicos nas ações interdisciplinares e articuladores do cuidado qualificado da pessoa com deficiência na atenção primária à saúde. O objetivo deste estudo é analisar o processo de trabalho e sua relação com a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência nos NASF. Trata-se de um estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e abordagem qualitativa. Os dados do estudo foram

---

<sup>1</sup> Artigo produzido a partir da dissertação de mestrado profissional “Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado da pessoa com deficiência: a educação permanente em saúde na gestão matricial” do PPG Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Segue as normas do manual de orientação para submissão de manuscritos da Revista INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação.

<sup>2</sup> Núcleo Regional da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, 1ª Coordenadoria Regional da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde. Borges de Medeiros, 536, Centro Histórico. Porto Alegre, RS, Brasil. natalipfluck@gmail.com

<sup>3</sup> Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2492. Porto Alegre, RS. 90035-003. crismwarm@gmail.com

produzidos por meio da realização de grupos focais com equipes de NASF Tipo I de uma regional de saúde do Rio Grande do Sul. O diálogo em profundidade e as trocas entre os participantes no grupo focal duraram em torno de uma hora e foram conduzidas por um coordenador. A análise dos dados baseou-se nos fundamentos epistemológicos da Análise do Discurso. O software QSR NVivo apoiou a organização e análise dos dados. Verificou-se que as equipes do NASF utilizam o matriciamento como estratégia de gestão dos casos que prestam cuidado e reconhecem a potencialidade do trabalho interdisciplinar e da ação colaborativa para o apoio qualificado às equipes de Saúde da Família. Identificam ações voltadas para o cuidado da pessoa com deficiência. A maior demanda ao NASF encontra-se direcionada para a assistência especializada do usuário. As equipes não se utilizam suficientemente de ações de educação em saúde, embora reconheçam sua relevância para o trabalho do apoio matricial. Conclui-se que há necessidade de ampliação de ações colaborativas e de cuidado compartilhado entre as equipes dos NASF e as Equipes de Saúde da Família. Estratégias de gestão e de educação permanente em saúde devem ser criadas para consolidar a gestão do apoio matricial ao cuidado da pessoa com deficiência.

**Palavras-chave:** Pessoas Com Deficiência, Sistema Único De Saúde (Sus), Equipe de Assistência ao Paciente, Política de Saúde, Atenção Primária à Saúde

### **Abstract**

The Family Health Support Centers (NASF) are strategic in the interdisciplinary actions and potent articulators of the qualified care of the person with disability in primary health care. The objective of this study was to analyze the work process and its relation with the care of the disabled person in NASF. It is a case study of the unique, integrated type and qualitative approach. The data were produced through the realization of focus groups with NASF Type I teams from a health region of Rio Grande do Sul. Data analysis was based on the epistemological foundations of Discourse Analysis. QSR NVivo software supported the organization and analysis of the data. It has been found that NASF teams use matrixity as a case management strategy and recognize the potential of interdisciplinary work and collaborative action as essential for qualified support. They identify actions aimed at the care of the disabled person, being the greater demand directed to the specialized assistance of the user. It is

concluded that there is a need for the expansion of collaborative actions and shared care between the NASF and Family Health Team (FHT) teams and that management and permanent health education strategies should be created to consolidate effective articulation in the care of the disabled person.

**Keywords:** Disabled Persons, Unified Health System, Patient Care Team, Health Policy, Primary Health Care

## Resumen

Los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) son estratégicos en acciones interdisciplinarias y potentes articuladores de la atención cualificada de las personas con discapacidad en la atención primaria de salud. El objetivo de este estudio fue analizar el proceso de trabajo y su relación con el cuidado de las personas con discapacidad en NASF. Este es un estudio de caso de un tipo, enfoque integrado y cualitativa. Los datos fueron obtenidos mediante la realización de grupos focales con los equipos de NASF tipo I de un regional de salud de Rio Grande do Sul. El análisis de datos se basa en los fundamentos epistemológicos del análisis del discurso. El software de QSR NVivo apoyó la organización y el análisis de datos. Se encontró que NASF los equipos utilizan el matricial como estrategia de manejo de casos y reconocen el potencial del trabajo interdisciplinario y la colaboración son esenciales para el apoyo cualificado. Identificar acciones para la atención de las personas con discapacidad, con la mayor demanda de la asistencia de expertos de usuarios de destino. Se concluye que existe la necesidad de ampliar las actividades de colaboración y atención compartida entre los equipos de NASF y los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y que las estrategias de gestión y de educación profesional de la salud deben estar destinados a fortalecer la coordinación efectiva en la atención de las personas con discapacidad.

**Palabras clave:** Personas con Discapacida, Sistema Único de Salud, Grupo de Atención al Paciente, Política de Salud, Atención Primaria de Salud

## Introdução

Estima-se que aproximadamente 15% da população mundial possua algum tipo de deficiência motora, auditiva, visual ou intelectual<sup>1</sup>. No Brasil, o último Censo Demográfico identificou em torno de 45 milhões de pessoas com deficiência, 23,91% da população<sup>2</sup>. O índice elevado, muito superior ao mundial, já destacaria a pertinência da construção de políticas públicas eficientes para inclusão social, promoção e cuidado em saúde das pessoas com deficiência. O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, instituído no Brasil em 2011, dispõe sobre ações articuladas em quatro eixos: acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social, acessibilidade<sup>3,4</sup>. Assumindo a estrutura do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) e sua estratégia de regionalização baseada em Redes de Atenção à Saúde, no ano de 2012, foi instituída a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Esta política visa estabelecer diretrizes para criação, ampliação e articulação nos diversos níveis e pontos de atenção à saúde da pessoa com deficiência<sup>4,5</sup>.

No nível da Atenção Primária à Saúde (APS) da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência devem ser priorizados a detecção precoce de deficiências, o acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até 2 anos, projetos de educação em saúde para prevenção de deficiências, criação de protocolos clínicos e de apoio aos profissionais, articulação de recursos da comunidade e organização da atenção domiciliar de pessoas com deficiência, dentre outras ações<sup>3,5</sup>.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por equipes multiprofissionais com formação em saúde de núcleos de conhecimentos diferenciados em relação aos dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), constitui-se em estratégia, criada no ano de 2008, com o objetivo de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade”<sup>6</sup>. Apoiando-se nas diretrizes da APS o processo de trabalho do NASF é desenvolvido por meio da discussão de casos, fluxos e protocolos de trabalho, da construção do Plano Terapêutico Singular (PTS), da interconsulta, de ações coletivas e de educação permanente<sup>7,8</sup>. Atuam em relação intrínseca com a ESF articulando serviços e possibilidades de cuidado em saúde no território de referência, com a demanda de saúde da comunidade. Esta aproximação com a realidade de trabalho, das famílias e usuários, desde os aspectos econômico, cultural e social, até os

demográficos e epidemiológicos, permite experimentar junto às ESF referenciadas a clínica ampliada e a interdisciplinaridade<sup>6,8,9</sup>.

O NASF apoiando a ESF no cuidado da pessoa com deficiência amplia a atuação multiprofissional na saúde das pessoas com deficiência, pode favorecer a qualidade de vida e propiciar inclusão social, combater a discriminação e ampliar o acesso ao sistema de saúde. Entre as áreas prioritárias para ação do NASF, destaca-se a Reabilitação, entendida como atenção integral ao sujeito na superação da deficiência. Devem ser contempladas as diversidades de demandas encontradas no cotidiano das ESF tais como, "dor crônica, fraturas, alterações de linguagem oral e escrita, voz, na motricidade orofacial, entre outras"<sup>7</sup>.

O princípio da interdisciplinaridade do trabalho das equipes de NASF, compreendido como ação integrada entre profissionais de diferentes formações que ativam habilidades e competências individuais para interagir em prol de um objetivo em comum: o cuidado em saúde<sup>10,11</sup>. O conceito da interdisciplinaridade dá suporte para o desenvolvimento da principal ferramenta tecnológica do processo de trabalho no NASF, o apoio matricial<sup>12-14</sup>. O apoio matricial permite ao NASF trabalhar como equipe de referência e atuar no processo de responsabilização dos casos acompanhando-os de forma longitudinal e incentivando a ampliação da clínica. A função apoiadora do NASF exige que se agregue saberes e práticas para contribuir nos processos de produção do cuidado. Uma prática que demanda confiança e disponibilidade das equipes envolvidas. Comprometimento ético com o cuidado e com o processo de trabalho que pode ser desafiador e, até, complicador do processo de trabalho<sup>9-11</sup>. Como indicam Kell e Shimizu<sup>15</sup> se faz necessário para qualificação do cuidado em saúde que as equipes invistam na criatividade em seu trabalho.

As novas tecnologias de gestão do cuidado (apoio matricial, projetos terapêuticos singulares, clínica ampliada, etc.) que são colocadas à disposição para a integração dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais do NASF e das ESF, atuam como disparadoras de ações para atender as necessidades de saúde de forma integrada, humana e em uma relação de corresponsabilidade entre os profissionais e usuários<sup>16</sup>. Sabe-se que o processo de trabalho em saúde, enquanto "prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde"<sup>17</sup>, precisa mobilizar conhecimentos, saberes, tecnologias (leve, leve-duras, duras) e interações<sup>18,19</sup>. Tem sido objeto constante de estudo de pesquisadores<sup>20</sup> que apontam para a necessidade de revisão e

transformação das práticas de saúde<sup>21,22</sup>, a valorização da subjetividade do trabalhador em seu processo de trabalho<sup>23</sup>, as dificuldades do trabalho colaborativo e integrador<sup>24</sup>, a mudança do modelo assistencial<sup>25,26</sup>, a gestão coletiva do trabalho e a humanização das práticas de saúde<sup>27</sup>.

As considerações apresentadas fazem emergir problematizações sobre como ocorre o processo de trabalho das equipes de NASF e especialmente no sentido de compreender as relações que tecem com a política de atenção à saúde da pessoa com deficiência: Como os profissionais das equipes de NASF organizam-se e atuam como equipe diante do desafio do trabalho em saúde, em rede e colaborativo? E, especialmente, como atuam no cuidado das pessoas com deficiência?

Neste contexto, insere-se o objetivo do estudo da pesquisa norteadora desse artigo que é analisar o processo de trabalho das equipes de Núcleos de Apoio à Saúde Família e a relação com a atenção a pessoa com deficiência em municípios de uma regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e abordagem qualitativa<sup>28</sup>.

Os cenários da pesquisa pertencem a três municípios de porte médio em uma regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Foram selecionadas todas as equipes de NASF Tipo I habilitadas pelo Ministério da Saúde nesta regional. O critério de escolha por NASF da categoria Tipo I ocorreu para oportunizar a participação de um maior número e variedade de profissionais por equipe. Pelas diretrizes nacionais, as equipes de NASF Tipo I devem possuir, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de categorias ocupacionais diferentes, dentre eles: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, educador físico, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional<sup>29</sup>.

Participaram da pesquisa um total de 17 profissionais de saúde (quatro assistentes sociais, três fisioterapeutas, três psicólogos, três nutricionistas, dois educadores físicos, um fonoaudiólogo e um terapeuta ocupacional) que estavam atuando nas equipes de NASF selecionadas no momento da produção dos dados.

Participaram dos grupos focais: 5 profissionais na equipe A, 5 na equipe B e 7 na equipe C. Foram excluídos do estudo, os profissionais que estavam afastados, em gozo de férias ou licenciados por algum motivo e profissionais que não faziam parte do quadro efetivo por exemplo residentes que acompanham as equipes.

Os dados foram produzidos por meio da realização de grupos focais com as equipes dos três NASF de Tipo I da regional. Os grupos ocorreram nos respectivos locais de trabalho das equipes, com data e horário pré-agendados. Foram conduzidos por um coordenador através de um roteiro pré-estabelecido (Apêndice A). Tiveram duração de aproximadamente 1 hora, foram filmados e posteriormente transcritos. Cada grupo focal foi realizado com cinco profissionais (média de participantes dos grupos) de especialidades profissionais diferentes entre si.

Como estratégia para fomentar o debate e produzir a verbalização de situações vivenciadas na própria realidade da equipe, facilitando a compreensão do trabalho adotado na atenção a pessoa com deficiência, instigou-se as equipes para que apresentassem um caso em que prestaram apoio à uma ESF relacionado ao cuidado de uma pessoa com deficiência.

A escolha do grupo focal como metodologia possuiu o objetivo de produzir a discussão em profundidade sobre os próprios processos de trabalho em equipe. Os participantes discutiam sobre os temas de forma livre, com pouca ou nenhuma intervenção da pesquisadora. A técnica do grupo focal propiciou a análise qualificada do processo de trabalho, pois permitiu a produção de um dado coletivo e não individualizado e possibilitou a compreensão do entendimento da equipe sobre as questões apresentadas. Gravar e filmar os grupos permitiu à pesquisadora retornar ao discurso do grupo de forma mais precisa quando necessário, durante o processo de análise dos dados<sup>30</sup>, favorecendo também a condução e escuta atenciosa ao momento da discussão.

Durante o período de produção de dados o diário de campo foi utilizado como recurso para registro de impressões e observações, complementando e enriquecendo a análise dos dados <sup>31</sup>.

Os profissionais participantes também responderam a um questionário estruturado (Apêndice B) autoaplicado com o objetivo de levantar informações sobre percursos formativos e profissionais.

Os dados qualitativos oriundos dos grupos focais foram analisados a partir dos fundamentos da Análise do Discurso, pois se entende que a linguagem dos

participantes está intrinsecamente ligada à realidade social<sup>32</sup>. O objetivo principal foi trabalhar o sentido produzido pelos discursos em seus contextos sociais e não manter-se apenas no conteúdo linguístico<sup>33</sup>.<sup>1</sup> As falas dos participantes são compreendidas enquanto práticas discursivas. O discurso apresenta em si as relações históricas e políticas às quais os sujeitos estão assujeitados. O discurso produz ações, “a linguagem é constituída de práticas” (p.197)<sup>34</sup>. O software QSR NVivo apoiou a organização e análise dos dados, principalmente na constituição das categorias de análise.

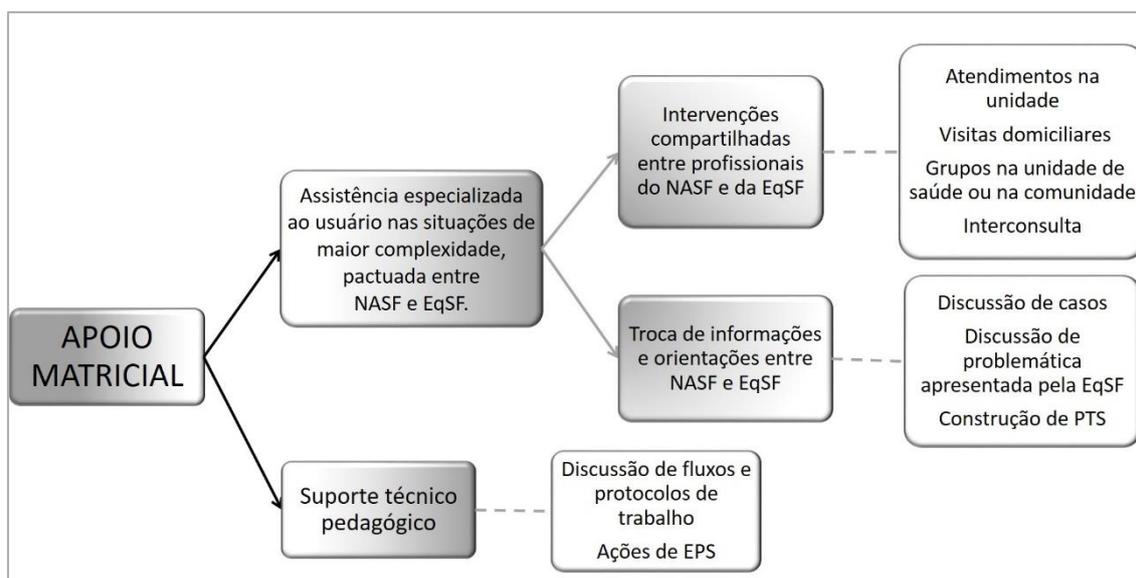
A pesquisa obedece às exigências bioéticas e foi submetido à análise ética através da Plataforma Brasil, tendo recebido parecer substanciado aprovado (Anexo A) com o número CAAE 53935016.4.0000.5347. Todos os participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C)

## **Resultados e Discussão**

### **Apoio Matricial como tecnologia do Processo de Trabalho do NASF**

Como instrumento de trabalho o apoio matricial pode ocorrer de diferentes formas no NASF, mas sempre com o objetivo de garantir o suporte técnico especializado ofertado através da diversidade de núcleos profissionais que o compõe. Campos e Domitti<sup>10</sup> referem-se ao apoio matricial como “uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde” (p.965). Para Lancman e Barros<sup>9</sup> possui dois objetivos principais : retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico. A Figura 1 apresenta um esquema que pretende ilustrar os recursos do apoio matricial para o processo de trabalho do NASF.

**Figura 3** Esquema ilustrativo sobre Apoio Matricial criado pela autora baseado em Campos e Domitti (2007) e Lancman e Barros (2011)



Os profissionais das equipes de NASF participantes do estudo apresentam características, percurso formativo e de trabalho que se aproximam. Os participantes possuem experiência prévia em serviços de saúde, incluindo CAPS, clínicas privadas, hospitais e também de trabalho autônomo. A média de tempo de vinculação aos NASF Tipo I estudados é de 3 anos e 4 meses (variou entre 1 mês a 7 anos). Somente um participante informou já ter trabalhado em outro NASF anteriormente. Identificou-se que os participantes possuem um percurso formativo voltado para a saúde coletiva e com alto nível de qualificação. Dos 17 profissionais participantes, 16 possuem algum tipo de pós-graduação. Entre cursos de aperfeiçoamento, quatro participantes informaram ter realizado curso direcionado ao trabalho em NASF. Conforme descrito no Quadro 1.

**Quadro 1** – Perfil dos participantes da pesquisa

<b>Composição das equipes</b>	<p><b>Equipe A</b> – 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social e 1 educador físico</p> <p><b>Equipe B</b> – 2 psicólogos, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista e 1 assistente social</p> <p><b>Equipe C</b> – 2 assistentes sociais, 2 nutricionistas, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudiólogo e 1 educador físico</p>
<b>Sexo dos profissionais</b>	88,2% feminino (n=15)
<b>Faixa etária</b>	58,8% (n=10) na faixa etária entre 31 e 40 anos Média de 39,2 anos (amplitude dos 26 aos 57 anos)
<b>Região de origem do profissional</b>	58,8% (n=10) oriundos da Capital e Região Metropolitana 29,4% (n=5) do Interior do Rio Grande do Sul 11,8% (n=2) oriundos de outros estados do Brasil
<b>Especialização (<i>latu sensu</i>)</b>	76,5% (n=13), sendo 7 com especialização em cursos ligados às áreas de Saúde Pública e Saúde Coletiva.
<b>Residência Integrada em Saúde</b>	41,2% (n=7), sendo 4 com ênfase em Saúde Mental Coletiva, 2 em Saúde da Família e Comunidade e 1 em Pneumologia Sanitária
<b>Mestrado</b>	41,2% (n=7), sendo 2 em Programas de Pós-Graduação da área de Saúde Coletiva.
<b>Doutorado</b>	Um participante informou ter concluído o Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

O processo de trabalho das equipes de NASF estudadas está centrado no apoio matricial. As três equipes de NASF realizam apoio às demandas de nove equipes de ESF cada uma, o número máximo preconizado nas diretrizes<sup>29</sup>. Nas práticas discursivas analisadas a diversidade dos territórios em que as equipes dos NASF estão inseridas, assim como das próprias ESF em que atuam de forma integrada, geram demandas muito diferentes entre si. Enquanto em algumas equipes os profissionais do NASF são demandados aos estudos de casos, construção de planos terapêuticos individuais, interconsultas, visitas domiciliares em outras há necessidade de intervir em fluxos e organização de trabalho interno e até mesmo, apoio em dificuldades interpessoais da equipe básica. Corroborando com o que demonstra a literatura sobre as diferentes possibilidades de ação em apoio matricial: da assistência especializada ao suporte técnico pedagógico.

O processo de implementação dos NASF é desafiador e impacta na dinâmica de funcionamento das equipes referências. Exige postura colaborativa dos envolvidos e reorganização das relações de trabalho e de gestão.

A predominância de demandas de Reabilitação por parte das ESF para o NASF verificadas no estudo caracteriza-se inicialmente pela solicitação de atendimento clínico especializado. É a lógica do cuidado centrado na doença do modelo biomédico tradicional. Em consonância com as diretrizes do SUS para mudar o paradigma reabilitador, recomenda-se às equipes de NASF orientar a regulação de acesso à linha de cuidado, agenciar processos de educação permanente e produzir gestão do cuidado, <sup>8,12,35</sup>.

As práticas discursivas <sup>das</sup> equipes do NASF relacionam desconforto perante as expectativas das ESF em relação ao processo de trabalho do NASF, comumente direcionadas ao atendimento especializado. Compreendem como desconhecimento ou expectativa equivocada das funções do NASF. Essa perspectiva fortalece com mais intensidade processos de trabalho de encaminhamentos ou referenciamentos e menos de ações compartilhadas e de corresponsabilidade do cuidado.

[...] mas existe uma demanda muito grande nesta questão do atendimento individual. (P2B)

Só que o que tem acontecido muito com algumas equipes, não são todas, é uma lógica de encaminhamento: a gente passa o caso para vocês e vocês que resolvam. (P4C)

[...] a gente tenta proporcionar que o cuidado seja compartilhado, que não vire um centro de especialidade. (P3A)

[...] a gente teve que realmente conquistar o espaço, não foi uma coisa que veio assim 'ah, que bom que o NASF veio'. Não, muito pelo contrário. O NASF veio, a gente não entende para quê que ele está aqui [...] (P2C)

As equipes de NASF pesquisadas, tal como diretrizes e evidências<sup>12,36,37</sup>, defendem práticas discursivas em que seu trabalho priorize a contraposição ao modelo biomédico tradicional ou centrado no especialista, desejam focar-se com mais intensidade em práticas educativas ou preventivas.

Então o trabalho contra correnteza, que é de não entrar nesse modelo que não funciona o tradicional da nutrição clínica propriamente dito, e fazer com que as pessoas entendam que educação em saúde funciona, e funciona bastante para essas doenças crônicas não transmissíveis, para adesão do tratamento em função de formar um vínculo. (P1B)

Diretrizes da política de matriciamento orientam que o NASF busque o fortalecimento do vínculo do usuário à sua ESF de referência na atenção primária, inclusive nos momentos em que realizam intervenções específicas de reabilitação ou visitas domiciliares<sup>8,35</sup>. O NASF deve, sempre que possível, manter seu papel de apoiador da equipe básica, no entanto constitui-se um grande desafio segundo as práticas discursivas analisadas. Verifica-se, especialmente na discussão do caso de atenção a uma pessoa com deficiência escolhido pelas equipes, que as práticas discursivas das equipes procuram resgatar, manter e aperfeiçoar o vínculo do usuário com a ESF de referência, até mesmo quando absorvem a demanda pelo atendimento especializado e passam a ser a referência (temporária) do cuidado do usuário. O acompanhamento do NASF não exclui os demais atendimentos realizados pela ESF, mesmo quando o usuário é encaminhado para o cuidado especializado em serviços de média e alta complexidade, como ocorre com usuários com deficiência em tratamentos de reabilitação. Neste caso, pode-se dizer que o NASF atua matriciando a coordenação do cuidado da ESF, aperfeiçoando a comunicação entre os serviços da rede e diminuindo a própria fragmentação do cuidado.

Contrapondo-se a lógica predominante de encaminhamentos fundamentados exclusivamente em procedimentos de referência e contrarreferência, o NASF compõe as Redes de Atenção promovendo o cuidado integral, ampliado e continuado<sup>8,12,14</sup>. A complexidade do cuidado em determinados casos relatados pelas equipes, pressupõe a interligação da rede em seus diversos pontos de atenção, sem perder a coordenação da referência de responsabilidade da ESF na atenção primária. O conhecimento das demandas de saúde dos usuários no território de referência possibilita ao NASF matriciar a coordenação do cuidado da ESF no trajeto do usuário nas redes de saúde e evitar que, por algum motivo, este fique desassistido ou perdido nos na busca dos serviços de saúde da rede.

[...] [o usuário] que é desligado enfim, de qualquer sistema de reabilitação, e a gente não fica sabendo, porque ele está sem atendimento, sem suporte nenhum. " (P5B

O apoio matricial exige que grande parte do processo de trabalho das equipes do NASF constitua-se em planejar como irá realizar o apoio da ESF na gestão da produção do cuidado. As reuniões de equipe são meios usualmente utilizados para isso. Em local e horário reservados, os profissionais discutem casos, realizam análises

e pesquisas e planejam ações, das questões administrativas e de educação permanente<sup>35</sup>. Segundo Dalla Vecchia, a potencialidade das reuniões de equipe está

[...] (a) na criação e desenvolvimento de uma cultura comum; (b) no planejamento e organização das atividades dos programas e do serviço; (c) no conhecimento e acompanhamento dos outros programas e atividades; (d) na obtenção de acordos sobre a organização institucional e o projeto assistencial (p. 119)<sup>38</sup>.

Garantir o espaço da reunião em equipe significa aos profissionais exercer também o papel de gestor da saúde, compreendido para além da função de coordenação e de planejamento de ações, como referem Cunha e Campos<sup>39</sup>, mas “uma ciência e uma arte da formação de compromisso e de contrato entre sujeitos com interesse, desejos e valores diferentes” (p.966). Enquanto perspectiva de trabalho, a gestão deve permitir um posicionamento autônomo dos envolvidos para problematizações sobre o fazer coletivo, colaborando para o trabalho em equipe de modo a possibilitar um cuidado da saúde que atenda às demandas dos usuários<sup>40,41</sup>.

As práticas discursivas das equipes participantes do estudo demonstram um perfil autogestor do processo de trabalho: dedicam tempo para planejar ações de forma sistemática (semanalmente), escolhem em equipe os casos para matriciamento conforme as possibilidades técnicas dos profissionais e a demanda das ESF, compartilham responsabilidades nas decisões e apoiam-se mutuamente. No entanto, ainda não conseguem ampliar as ações de educação permanente voltadas para as ESF a fim de estimular a autonomia nos casos.

Foi uma escolha desde sempre, a gente sempre escolheu trabalhar com as demandas. (P2A)

Segunda feira a gente inicia a nossa semana com reunião do NASF, acho que é o nosso, momento de se ver, acho que a gente consegue se organizar, de ver o que que a gente está fazendo, de ver o nosso trabalho né, de rever o nosso cotidiano, é nosso momento de encontro. (P1B)

### **Trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e a formação profissional**

O trabalho em equipe para além do agrupamento de pessoas que trabalham no mesmo espaço ou realizam atividades em conjunto. É entendido como trabalho coletivo estabelecido das interrelações dos sujeitos e das práticas profissionais envolvidas.<sup>42</sup>

Ainda é muito presente no trabalho em equipe e nas relações multiprofissionais no SUS as fragmentações históricas e políticas inerentes aos processos de formação dos trabalhadores da saúde estruturados nos núcleos técnicos profissionais e com escassas experiências em atividades interprofissionais. Superar o desafio da prática interdisciplinar para efetivar o cuidado integral é o preconizado pelo SUS<sup>38,43-45</sup>.

O cotidiano das práticas discursivas apresentado pelas equipes do estudo apresenta o desafio do trabalho interdisciplinar, enfatizado pelas dificuldades que a formação profissional com ênfase no núcleo técnico impõe. Mas, trata-se de um desafio enriquecedor dos processos de trabalho e que oportuniza crescimento pessoal e profissional.

[...] e a nossa formação que é muito voltada para o núcleo, a gente não é formado para trabalhar, para compartilhar cuidado, então é um exercício que a gente está o tempo todo fazendo. [...] Mas eu acho que tem toda uma questão histórica, eu penso assim, se a gente quer o cuidado integral ele não pode ficar sendo por núcleo de profissional, se não a gente não vai conseguir. (P3A)

[...] a gente sempre pensou em trabalhar de uma forma integrada. Claro que não é simples, a gente sabe que tem as agendas, que tem várias questões. [...] e o mais bacana disso é o quanto a gente aprende com o outro. (P1C)

Eu acho que o NASF, ele, comparando assim, com as equipes de outros setores da saúde, eu acho que ele é um, como diz isso, ele é um setor que facilita o trabalho interdisciplinar. (P4A)

A interdisciplinaridade no processo de trabalho em equipe se constitui com o tempo e contribuem para isso a estabilidade das relações de trabalho, o processo formativo dos sujeitos envolvidos e o modo como relacionam-se entre si. Ações interdisciplinares não se definem por si só e podem não ser tão frequentes, dependem das competências desenvolvidas para o trabalho dos profissionais e se constituem conforme as necessidades e condições do contexto em que são demandadas<sup>43,45</sup>. Entende-se que a interdisciplinaridade está “contida na práxis”<sup>46</sup>.

Acho que isso facilita ao longo do tempo o teu trabalho no NASF, e aí tu sais daquela coisa, eu sou fisioterapeuta, eu só sei da fisioterapia, tu fazes algo com alguém, e aí tu escutas qual é o tipo de trabalho, qual é o tipo de prevenção, claro, não vai fazer intervenção pelo colega, mas tu consegues dá um suporte a partir do que tu vives com o teu colega também. (P3A)

Compreendendo a complexidade das dinâmicas que constituem relações entre saberes e práticas profissionais, uma equipe multiprofissional pode ou não transigir da estrutura multidisciplinar básica para a interdisciplinar. Os núcleos profissionais contribuem para o processo de cuidado na saúde com a especificidade técnica da própria formação ou com o “novo” saber construído a partir das relações interpessoais e interprofissionais do trabalho coletivo<sup>47</sup>. A preservação e compartilhamento de saberes nucleares estão presentes nas práticas discursivas das equipes do estudo, mas também demonstram esclarecimento quanto ao papel de conhecimentos e processos interdisciplinares de trabalho. Há um posicionamento político em prol das novas dinâmicas interdisciplinares de trabalho, como demonstrado no diálogo a seguir:

[...] e a gente troca esses saberes e as sensações e as percepções. A gente compartilha e aprende muito uma com as outras. Eu acho isso, a gente é flexível, a gente é aberto a aprender umas com as outras. Isso eu vejo como uma grande força da nossa equipe. Certo, eu estou disposta, eu não quero ser só nutricionista, eu quero entender o que a psicologia faz com aquela pessoa e o que elas podem me ensinar para eu também ajudar aquela pessoa enquanto nutricionista, no meu núcleo, não fugindo do meu núcleo. Mas dentro do meu núcleo, o que eu posso acrescentar da psicologia, da fisioterapia, da assistência social, para eu poder né, melhorar o meu trabalho com aquele determinado usuário. [...] (P1B)

... A gente já foge um pouco do nosso quadrado, a gente já consegue avaliar um pouco do quadrado do outro, a gente vai se qualificando nesse sentido. A gente já tem esse feeling já de não é só aqui... (P3B)

... de apreender, a gente tem isso, a humildade de estar sempre aprendendo, [...]. (P1B)

Entre as diretrizes dos NASF encontra-se o incentivo às ações de educação permanente em saúde para a produção de práticas de cuidado a partir da lógica da integralidade e da clínica ampliada, envolvendo o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade<sup>8,29,35,48</sup>. O próprio processo de transformação vivenciado pelas equipes de NASF será considerado como modelo e meio de promoção da prática interdisciplinar nas ESF. O cuidado em saúde fundamentado em relações interdisciplinares das ESF impacta na resolução de problemas nos casos de pessoas com deficiência.

Eu acho que é isso que a gente precisa investir cada vez mais, que a gente já faz, que é poder mostrar para as equipes que, sim, a gente pode aprender com o outro e isso não quer dizer que a gente vá invadir o espaço da outra

área profissional. Acho que isso é um grande desafio e que a gente tenta fazer isso em equipe, poder estar atento para poder aprender com o outro, e nem sempre vai estar todos nós juntos, e nem sempre precisa estar todos juntos. (P1C)

[...] e aí a gente sempre retoma com eles e explica: olha, um transtorno de fala às vezes é só um sintoma. A gente tem que ver o que eles trazem junto desse sintoma. E aí às vezes a gente tem que discutir com o serviço social, e às vezes tem que discutir com a nutrição, às vezes discutir com educador. Sim, é preciso discutir esse caso. Que não é uma coisa pontual. (P3C)

As práticas de educação permanente na saúde são reconhecidas como problematizadoras do processo de trabalho o que possibilita transformações dos processos de trabalho<sup>49,50</sup>. No entanto, entre as práticas discursivas das equipes no estudo, as possibilidades de desenvolver ações de educação permanente em saúde são raras. As equipes encontram dificuldades em incorporar educação permanente em saúde nos processos de trabalho e matriciamento junto às ESF, embora reconheçam a importância e necessidade.

Hoje a gente está com mais dificuldade de fazer a educação permanente, que é uma coisa que a gente está tentando retomar [...]. (P3A)

[...]a gente tem que investir mais na educação permanente, que é uma coisa que a gente, por demanda, foi deixando um pouquinho de lado. Mas que a gente percebe que, assim, hoje vem um caso, amanhã vem um caso muito semelhante e que as pessoas continuam com as mesmas dúvidas. Então trabalhar em cima dessa autonomia. (P2C)

[...] Então é o trabalho contra correnteza, que é de não entrar nesse modelo que não funciona o tradicional da nutrição clínica propriamente dito, e fazer com que as pessoas entendam que educação em saúde funciona. (P1B)

## **NASF e a gestão do cuidado da pessoa com deficiência**

O cuidado em saúde não se resume em produzir ações em saúde através de procedimentos e técnicas. O cuidado em saúde implica em compreender e atuar sobre a complexidade da demanda do usuário a fim de impactar na funcionalidade da vida<sup>36,51</sup>. O NASF tem como missão realizar a gestão do cuidado de forma compartilhada com a ESF, tornando-se responsável por articular os diversos pontos e sujeitos nas redes de atenção num processo de produção do cuidado integral e humanizado da saúde<sup>8,12,18,35</sup>.

Através das práticas discursivas estudadas foi possível perceber que as equipes de NASF possuem a compreensão do cuidado ampliado à saúde e buscam exercer a gestão de forma a contemplar a integralidade dos casos apoiados. Nos casos das pessoas com deficiência o cuidado não pode se restringir ao especialista em reabilitação.

Então assim, é muito mais do que a reabilitação. A gente entende que é ela [a pessoa com deficiência] participar da sociedade. (P3B)

Entende-se que as ações de Reabilitação estão voltadas para redução da incapacidade e da deficiência e melhora do desempenho funcional para a inclusão social da pessoa com deficiência<sup>52</sup>. A demanda de reabilitação das pessoas com deficiências é direcionada aos especialistas frequentemente como tentativa de agilizar a resolução da deficiência e isso se constitui também a relação entre ESF e NASF<sup>53</sup>. Pode-se compreender a demanda por especialidade direcionada ao NASF diante da escassez de serviços especializados para reabilitação e dificuldades burocráticas dos encaminhamentos para a rede disponível<sup>13</sup>.

No entanto, compreende-se que também é possível ampliar o acesso ao processo de reabilitação das pessoas com deficiência através de ações na atenção primária em saúde<sup>36,52</sup>. Entre as temáticas sobre reabilitação na atenção primária que devem ser priorizadas nas orientações do NASF para as ESF cuidadores e pessoas com deficiência, destacam-se: atividades da vida diária; adaptações ou posicionamentos para o desempenho funcional do usuário; manuseio dos equipamentos utilizados pelas pessoas com deficiência; encaminhamentos para os procedimentos de solicitação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; ações intersetoriais para a inclusão no meio escolar, laboral ou social; Plano Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST)<sup>8</sup>.

Na discussão dos casos de pessoa com deficiência apresentados nos grupos focais, as práticas discursivas apontaram práticas de reabilitação: reuniões intersetoriais, visitas e atendimentos domiciliares dos usuários com deficiência, orientação aos cuidadores e encaminhamentos para aquisição de órteses e meios auxiliares de locomoção. Embora ainda centradas no atendimento individualizado as práticas discursivas demonstram preocupação das equipes em reorientar o cuidado das pessoas com deficiência para às ESF e que as ações de educação permanente podem auxiliar no processo de centralização do cuidado pela ESF.

As práticas discursivas do estudo demonstram que as equipes do NASF identificam as demandas de usuários com deficiência do território, embora nenhuma tenha realizado um diagnóstico territorial específico para definir o perfil da população. A maior demanda é de usuários crônicos com sequelas físicas e neurológicas de AVC, diabetes e acidentes que necessitam de reabilitação física e também de equipamentos de locomoção, órteses e próteses. A deficiência intelectual também está entre as principais demandas, e dentre elas destacam-se o autismo e déficits cognitivos de diversas origens. Demandas de linguagem foram mencionadas como casos frequentes de encaminhamentos para acompanhamento do NASF.

Especialmente nos casos infantis as práticas discursivas apontam para a dificuldade de identificação precoce da deficiência e que isso interfere no planejamento do acompanhamento adequado. Muitas vezes, a busca por reabilitação só é feita no período escolar da criança ao apresentar dificuldades no aprendizado. O papel do NASF, nesses casos, é auxiliar na definição do diagnóstico e planejamento de intervenção terapêutica precoce, além de ações de educação permanente para ESF e comunidade<sup>8,12,35</sup>.

[...] a gente não consegue acompanhar e a gente recebe quando essas crianças entram em idade escolar. (P1B)

O uso da ferramenta tecnológica do PST para a análise das demandas e reconhecimento dos recursos disponíveis permitiria ao NASF uma visão ampliada das possibilidades de cuidado às pessoas com deficiência<sup>8,12</sup>. Independente do PST não ser realizado formalmente as práticas discursivas das equipes de NASF demonstram o conhecimento dos pontos de assistência especializada disponíveis. As Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES) são usadas como referência para a reabilitação intelectual (e também física em alguns casos), mencionam alguns hospitais que atuam como referência para a reabilitação auditiva e visual e também o serviço que é referência para a reabilitação física.

A gestão do cuidado em saúde também se dá através da intersectorialidade. É um entendimento que propicia às equipes de saúde ampliarem suas estratégias de atuação através de parcerias para solução dos casos<sup>43,53,54</sup> A pessoa com deficiência também circula pelos diversos espaços da sociedade: é usuário dos serviços de saúde, dos programas de assistência social, interage nos espaços de lazer, nos

ambientes escolares, entre outros. As equipes reconhecem que devido à complexidade do cuidado da pessoa com deficiência a interface das políticas de educação e de assistência social se apresentam e exigem posição mais aberta e conhecimento específico para a condução dos casos. Nas práticas discursivas apresentadas foi possível identificar ligações de maior relação com escolas, CRAS, CREAS, CAPS e Ministério Público.

As práticas discursivas no estudo expõem fragilidades na gestão municipal da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência pela ausência de ações voltadas ao cuidado e a articulação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Reforçam a necessidade de apoio dos gestores municipais para que possam desenvolver ações com mais efetividade. Mas, as fragilidades e limitações não impedem que, as equipes dos NASF ofereçam suporte às ESF para os cuidados da pessoa com deficiência.

Sempre que tem uma situação que exija cuidado [da pessoa com deficiência], a gente de alguma maneira conseguiu disponibilizar o cuidado [...]. O que precisa, não tem o fluxo para isso, [...] cada vez que aparece se constrói esse caminho. Essas pessoas, quando chegam, não ficam desassistidas. Acho que isso é o mais importante. (P2A)

## **Considerações Finais**

O estudo contribuiu na compreensão do processo de trabalho das equipes de NASF com relação ao cuidado das pessoas com deficiência, oferecendo perspectivas para gestão do cuidado.

A análises realizadas permitem concluir que as equipes de NASF estudadas possuem qualificação profissional e mobilizam processos de trabalho para uma prática em direção ao cumprimento das diretrizes e normativas preconizadas pelo SUS. No entanto, no cotidiano de trabalho, enfrentam desafios de um sistema de saúde que ainda precisa aprender e praticar a produção do cuidado de forma integral e humanizada, a partir de uma gestão compartilhada.

A gestão municipal através da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência valoriza o trabalho das equipes de NASF ao reconhecer as competências que possui de articulador e ordenador do cuidado nas redes de saúde. Portanto,

garantir a efetividade das ações da política permite uma articulação dos sujeitos interessados no cuidado da saúde da pessoa com deficiência.

A proximidade do NASF com o território dos usuários de saúde e com a ESF de referência pode ser o diferencial para o cuidado das pessoas com deficiência, seja através do apoio matricial para ESF, seja pela intervenção pontual na reabilitação ou até pela qualificação dos encaminhamentos necessários.

O apoio matricial, embora uma ferramenta tecnológica de cuidado presente no processo de trabalho das equipes de NASF, ainda precisa contemplar toda sua potencialidade, em especial com relação às práticas de educação permanente em saúde. O NASF exerce a gestão de apoio às ESF através de práticas de educação permanente em saúde, que devem contemplar o cuidado da pessoa com deficiência.

O trabalho em equipe no NASF, pela essência interdisciplinar, permite transcender o paradigma do modelo biomédico e gerar novas possibilidades de cuidado que atendam as demandas de saúde das pessoas com deficiência também na atenção primária. A dinâmica interdisciplinar no NASF favorece o cuidado integral das pessoas com deficiência visando a superação da deficiência e a emancipação dos sujeitos.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 16]. 1-360 p. Available from: [http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO\\_MUNDIAL\\_COMPLETO.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf)
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA [Internet]. 2010. 2016 [cited 2016 Dec 27]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/home/abate/brasil>
3. BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010 [cited 2016 Feb 29]. 24 p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf)
4. SDH/PR. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, SNP. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Viver sem limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2015 Oct 15]. 92 p. Available from: [http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_id\\_generico\\_imagens-filefield-description%5D\\_0.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_id_generico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. [Internet]. Brasil; 2012 p. 1–7. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)
6. Brasil MDS. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet]. Brasil; 2008. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)
7. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. [Internet]. Brasil; 2011. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/30/Rename-2014-v2.pdf>
8. Brasil. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. [Internet]. Caderno de. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2016 Mar 22]. 152 p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf)
9. Lancman S, Barros JO. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces [Internet]. Vol. 22, Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2011 [cited 2015 Jun 18]. p. 263–9. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46444>
10. Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 [cited 2016 Oct 24];23(2):399–407. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>

11. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, Caixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). *Texto e Context Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 27];25(1):1–9. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt\\_0104-0707-tce-25-01-2810014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-2810014.pdf)
12. Santos ML de M dos, Kodjaoglanian VL, Ferrari FP. O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes [Internet]. Santos ML de M dos, Kodjaoglanian VL, Ferrari FP, editors. Porto Alegre: Rede Unida; 2016 [cited 2016 Jun 30]. 178 p. Available from: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-cadernos-de-saude-coletiva/o-nasf-em-cena-tecnologias-e-ferramentas-de-trabalho-no-cotidiano-das-equipes-edicao-tematica-nasf-pdf/view>
13. Gonçalves RM de A, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros J de O. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Introdução. *Rev bras Saúde ocup* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 8];40(131):59–74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>
14. Lancman S, Gonçalves RMDA, Cordone NG, Barros JDO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 23];47(5):968–75. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000500968&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500968&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
15. Kell M do CG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família ? *Cien Saude Colet*. 2010;15(supl.1):1533–41.
16. Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, Branco CEC, Neto JDA, Moreira AKF, et al. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à família. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2014 Nov 11 [cited 2015 Jul 28];27(2):224–31. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2426>
17. Peduzzi M, Schraiber LB. Dicionário da Educação Profissional em Saúde: Processo de Trabalho em Saúde [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz. 2009 [cited 2015 Sep 9]. p. 308. Available from: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html#topo>
18. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: *Ver-SUS Brasil: caderno de textos* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2016 Jul 17]. p. 110–38. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER\\_SUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf)
19. Merhy EE, Onocko R. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: *Agir em saúde: um desafio para o público* [Internet]. São Paulo: Hucitec; 1997 [cited 2016 May 12]. p. 1–78. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Agir+em+sa+de#4%5Cnhttp://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=208591&indexSearch=ID>

20. Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM, Moreno V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 15];66(1):123–7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100019&lng=en&nrm=iso)
21. Figueiredo PP de, Cezar-Vaz MR, Soares JF de S, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da estratégia saúde da família: A concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 14];20(1):235–59. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100013)
22. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2016 May 27];15(1):1643–52. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700076&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700076&script=sci_abstract&tlng=pt)
23. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004 [cited 2016 Mar 12];20(2):438–46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>
24. Souza SS de, Costa R, Shiroma LMB, Maliska ICA, Amadigi FR, Pires DEP de, et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 18];12(3):449–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>.
25. Faria HP de, Werneck MAF, Santos MA dos. Processo de trabalho em saúde [Internet]. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed; 2009 [cited 2016 Nov 25]. 68 p. Available from: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/95>
26. Shimizu HE. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2016 May 29];17(9):2405–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>
27. Santos Filho SB, Barros MEB de, Gomes R da S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [cited 2015 Jul 6];13:603–13. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
28. Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 3rd ed. Porto Alegre: Bookman; 2010. 212 p.
29. Brasil. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet]. 2008. Available from:

- [http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)
30. Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009. 216 p.
  31. Minayo MCDS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.
  32. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Porto Alegre: Penso; 2016. 313 p.
  33. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2016 Oct 8];15(4):679–84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>
  34. Fischer RMB. Foucault e a análise do discurso em educação. *Cad Pesqui* [Internet]. 2001 [cited 2017 Mar 11];114:197–223. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/n114/a09n114.pdf>
  35. Brasil. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet]. *Cadernos da Atenção Básica*. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2016 Jul 15]. 116 p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)
  36. Souza AM, Pimentel F dos R. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. *Cad Ter Ocup UFSCar* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jul 27];20(2):229–37. Available from: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.024>
  37. Nascimento D Do, Oliveira MADC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo [Internet]. 2010;34(1):92–6. Available from: [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf)
  38. Dalla Vecchia M. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos [Internet]. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2012 [cited 2016 Mar 6]. 133 p. Available from: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/109238/ISBN9788579833571.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  39. Cunha GT, Campos GWDS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saude e Soc* [Internet]. 2011 [cited 2016 May 1];20(4):961–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>
  40. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc saúde coletiva*. 1999;4(2):305–14.
  41. Souza WF De, Athayde M. Com quantos gestos se faz uma gestão em saúde ? *Tempus - Actas Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 25];5(1):135–57. Available from: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/923/933>

42. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia \* Multiprofessional healthcare team: concept and typology. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2001 [cited 2017 Mar 7];35(1):103–9. Available from: [http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos\\_4p/trabalho\\_em\\_equipe/Peduzzi\\_2001.pdf](http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_4p/trabalho_em_equipe/Peduzzi_2001.pdf)
43. Almeida MCP De, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2001 [cited 2016 Nov 25];5(9):150–3. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>
44. Nascimento DDG do, Oliveira MADC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde, São Paulo* [Internet]. 2010 [cited 2016 Sep 8];34(1):92–6. Available from: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf)
45. Scherer MD dos A, Pires DEP de, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, [Internet]. 2013 [cited 2016 Sep 15];18(11):3203–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>.
46. Scherer MD dos A, Pires D. Interdisciplinaridade : processo de conhecimento e ação. *Rev Tempus Actas Saúde Col* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jul 12];5(1):69–84. Available from: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/919>
47. Souza AIS de, Oliveira LML de, Castro MM de C e. O trabalho coletivo e as profissões de saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Col* [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 3];5(1):105–21. Available from: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/921>
48. Nascimento D Do, Oliveira MADC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde, São Paulo* [Internet]. 2010;34(1):92–6. Available from: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf)
49. Lima JVC de, Turini B, Carvalho BG, Nunes E de FPA, Lepre R de L, Mainardes P, et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. *Trab educ saúde* [Internet]. 2010 [cited 2016 Feb 8];8(2):207–27. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000200003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000200003&script=sci_abstract)
50. Miccas FL, Batista SHS da S. Educação permanente em saúde: metassíntese Permanent education in health: a review. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 1];48(1):170–85. Available from: [www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)
51. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Cien Saude Colet* [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 18];4(2):305–14. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006)

52. Rocha EF, Souza CCBX de. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2011 [cited 2017 Mar 13];5360–160. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14118/15936>
53. Matuda CG, Pinto NR da S, Martins CL, Frazao P. Colaboracao interprofissional na Estrategia Saude da Familia: implicacoes para a producao do cuidado e a gestao do trabalho. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 Jan 28 [cited 2016 May 14];20(8):2511–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>
54. Ayres JRDCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Soc* [Internet]. 2004 [cited 2016 Apr 8];13(3):16–29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>

## 3.2. PRODUTO 2: RECURSO DE APOIO À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

### **INTEGRAREDE: APOIO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SOBRE CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.**

#### **3.2.1 Apresentação**

No estudo da dissertação de mestrado “Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado da pessoa com deficiência: a educação permanente em saúde na gestão matricial”, verificou-se o papel que desenvolvem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a estruturação e integração dos sistemas de saúde aos territórios vividos das pessoas que precisam de cuidado. As redes constituem inovações na gestão e eficácia da produção de saúde de forma regional, consolidando a integralidade do cuidado preconizada pelo SUS (BRASIL, 2010c).

Entre as redes prioritárias para implementação está a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012), objeto em estudo, evidenciando a necessidade de processos que permitam a comunicação e integração da rede.

Por outro lado, também foi possível verificar através da pesquisa realizada para o estudo a complexidade envolvida no processo de trabalho em saúde das equipes do NASF quando realizam o apoio matricial das ESF para o cuidado da pessoa com deficiência. Atuam integrando diretrizes da Política da Pessoa com Deficiência com a Política de Atenção Básica. A inovação do processo em si traz demandas de educação permanente em saúde que emergem no sentido de pensar sobre os processos envolvidos no cuidar da pessoa com deficiência integrando redes.

Recursos de apoio a processos de trabalho devem estar alinhados aos princípios das políticas públicas transversais, como a Política de Educação Permanente (BRASIL, 2009) e de Humanização (BRASIL, 2004), que destinam ações para a prática cotidiana dos sujeitos envolvidos. É preciso envolver os profissionais de saúde em um processo de trabalho problematizador e com ampliação do potencial de mudança.

Pensando nas potencialidades suscitadas pelo trabalho e considerando os objetivos do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, criou-se um produto na forma de site para desenvolver apoio às equipes de NASF como recurso para articulação

com a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. O site IntegraRede está disponível na internet pelo endereço: <https://natalipfluck.wixsite.com/integrarede>.

Ao reforçar a importância do comprometimento dos profissionais com seu processo de trabalho na saúde, fica explícito que as ações de educação permanente em saúde possibilitam a qualificação do cuidado na saúde. O site foi elaborado de forma a permitir o acesso fácil e rápido a um compilado de informações, políticas, evidências e protocolos para os profissionais, em especial das equipes de NASF.

A intenção é oferecer às pessoas interessadas na temática do cuidado da pessoa com deficiência informações relevantes e relacionadas ao tema por meio da internet, que é uma das ferramentas tecnológicas mais acessadas na busca de informações em saúde (MORETTI; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

### **3.2.2 Objetivos**

#### **a. Geral**

Disponibilizar informações técnicas e científicas a respeito do cuidado da Pessoa com Deficiência na atenção primária, com ênfase na atuação do NASF através de um site.

#### **b. Específicos**

Criar um site para divulgar os principais estudos científicos, legislação específica, materiais de apoio de educação em saúde sobre a Políticas de Saúde da Pessoa com Deficiência e o NASF.

Disponibilizar as informações reunidas na dissertação mestrado “Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado da pessoa com deficiência: a educação permanente em saúde na gestão matricial”, do qual este produto também é resultado.

Possibilitar o acesso livre e direto a esses materiais aos profissionais de saúde e demais interessados no tema.

Incentivar o uso da tecnologia da informação nas ações de educação em saúde.

### **3.2.3 Conteúdo**

Serão disponibilizados os principais referenciais teóricos utilizados no estudo desta dissertação de mestrado. São apresentados seguindo os eixos do Mapa Conceitual Teórico (Apêndice A):

- a. Política da Pessoa com Deficiência: compreendido em diretrizes e legislação específica e artigos científicos sobre deficiência, inclusão social, reabilitação, etc.;
- b. Interdisciplinaridade: artigos e materiais sobre conceituação teórica e práticas interdisciplinares;
- c. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: composto de legislação específica, diretrizes e protocolos de trabalho, artigos científicos sobre a atuação do NASF;
- d. Processo de trabalho: disponibilização de material científico sobre o conceito teórico e relacionados à prática do cuidado em saúde.

Também há acesso a materiais de apoio para ações de educação em saúde relacionados à temática do site como: vídeos, músicas, manuais, entre outros.

### **3.2.4 Público-alvo**

O público-alvo inicialmente são as equipes de NASF da 1ªCRS, que serão apresentadas ao site por meio de ações organizadas pelo Núcleo de Regional da Saúde da Pessoa com Deficiência (NURESP), do qual a pesquisadora faz parte. Porém, por ser de livre acesso, o site poderá alcançar outros profissionais e pessoas interessadas nesta temática.

### **3.2.5 Aspectos éticos e legais**

O conteúdo que já é oferecido na internet com acesso livre, como legislação e artigos científicos, será referenciado e disponibilizado através de links que redirecionarão o acesso para a fonte original, não havendo, portanto, violação de direitos autorais. Os demais conteúdos elaborados pela pesquisadora terão a

informação de autoria própria. Conteúdos pertinentes ao tema, elaborados por outras pessoas que tenham interesse em disponibilizar e divulgar gratuitamente através do IntegraRede, terão a autoria referida.

Como o site está hospedado em uma plataforma gratuita de desenvolvimento web baseada em nuvem, este produto não possui custos para a pesquisadora. Caso a política de oferta gratuita desse serviço pela plataforma Wix© seja alterada, exigindo custeio, o site IntegraRede será excluído da internet, sem prejuízo aos usuários.

### 3.2.6 Considerações finais

Ações de educação para facilitar a articulação entre redes é fundamental, pois favorecem a proximidade com os serviços e profissionais diretamente ligados à assistência. A criação de um site vem ao encontro do uso da tecnologia da informação como meio propulsor de práticas educativas nos dias atuais (CAVALCANTE; VASCONCELLOS, 2007).

Espera-se, com este site, que os profissionais dos NASF e de quaisquer outros serviços possam acessar conteúdos relevantes à sua prática profissional e, assim, qualifiquem o cuidado das pessoas com deficiência.

### 3.2.7 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde*. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 30 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS*. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 30 dez. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanent\\_e\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanent_e_saude.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BRASIL, Ministério Da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 60 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\\_doc\\_base.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2015.

CAVALCANTE, Maria Tereza Leal; VASCONCELLOS, Miguel Murat. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 12, p. 611–622 , 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n3/11.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

MORETTI, Felipe Azevedo; OLIVEIRA, Vanessa Elias de; SILVA, Edina Mariko Koga da. Access to health information on the internet: a public health issue? *Rev Assoc Med Bras*, v. 58, n. 6, p. 650–58 , 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302012000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600008)>. Acesso em: 14 mar. 2017.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo cumpriu com os objetivos propostos inicialmente e, dentro das suas limitações visto as poucas equipes de NASF tipo I no território do estudo, permitiu uma nova perspectiva na compreensão do cuidado da pessoa com deficiência na Atenção Primária a partir do trabalho em equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Foi possível perceber que o cuidado da pessoa com deficiência ainda é compreendido pela maioria dos profissionais de saúde como de alta complexidade, que necessita de acompanhamento de profissionais especializados em serviços que possuam tecnologia de ponta. No entanto, assim como os demais usuários de saúde do SUS, as pessoas com deficiência também precisam ser assistidas e ter acesso à rede básica de saúde. Para isso, fazem-se necessárias ações compartilhadas e colaborativas entre as políticas públicas e redes de saúde, com destaque à Política de Atenção Básica e a Política da Pessoa com Deficiência, e suas respectivas redes de cuidado. O apoio do NASF é imprescindível nesse relacionamento intersetorial.

Através deste estudo, pode-se evidenciar que existem ações de reabilitação possíveis de serem realizadas na Atenção Primária e um dos agentes responsável por elas é o NASF. O estudo demonstrou que as equipes de NASF possuem qualificação técnica, buscam a integralidade do cuidado das pessoas com deficiência, baseando suas ações na interdisciplinaridade para o Apoio Matricial. Embora atuem prioritariamente sob a demanda espontânea das ESF, que inicialmente solicitam acompanhamento clínico especializado, reconhecem o importante papel das ações de educação permanente em saúde para modificar o modelo de cuidado biomédico.

Entende-se que a prática de educação em saúde possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano, sobre o processo de trabalho e sobre a produção do cuidado em saúde. Assim, as ações de educação permanente em saúde permitem ao NASF reiterar junto às ESF a mudança para o modelo humanista do cuidado, auxiliar nos processos de inclusão social das pessoas com deficiência no território e, assim, garantir o acesso ao cuidado de saúde que atenda as demandas dessa população.

Nesse sentido, este estudo realizado para integrar a formação da pesquisadora no curso de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde da UFRGS abre espaço para divulgação científica desta pesquisa e oportuniza a aproximação do meio acadêmico com as questões de saúde vivenciadas no cotidiano de trabalho dos

profissionais de saúde do SUS. A inserção neste programa de pós-graduação favoreceu a expansão do conhecimento individual e coletivo e possibilitará a difusão de novas iniciativas de educação em saúde.

Estendendo as possibilidades de educação para além da construção de um artigo científico disponibilizado à sociedade para aprofundamento teórico, espera-se que este estudo possa repercutir em ações direcionadas às equipes de NASF pertencentes aos municípios que compõe a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde. A atuação da pesquisadora no setor responsável pela Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência da 1ª CRS desdobra possibilidades de ações de educação em saúde tanto para as equipes de NASF participantes da pesquisa, como para as ESF, os serviços de reabilitação, as outras equipes de NASF, profissionais e serviços de saúde interessados nessa temática.

Ainda permanecerão os desafios relacionados à qualificação das ações de saúde, à ampliação de acesso e da inclusão social no cotidiano das pessoas com deficiência, mas também persistem profissionais com competência e criatividade implicados no cuidado da saúde para superação da deficiência e garantia da emancipação desses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel De; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 5, n. 9, p. 150–153, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

AYRES, José Ricardo De Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16–29, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BARBOSA, Guilherme Correa *et al.* Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*, v. 66, n. 1, p. 123–127, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BARBOUR, Rosaline. *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Caderno de ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 152 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2016.

BRASIL. Presidência da República. *Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. Brasília, 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)>. Acesso em: 15 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Cadernos d ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. 1 v. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 20 set.2016.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf)>. Acesso em: 29 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>.

Acesso em: 4 mar. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/30/Rename-2014-v2.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/30/Rename-2014-v2.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 30 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 30 dez. 2016

BRASIL. Presidência da República. *Decreto Nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite*. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm)>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: PNH*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_fol\\_heto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2016.

BRASIL, Ministério Da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BRASIL, Ministério Da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\\_doc\\_base.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>. Acesso em: 4 mar. 2016.

BRASIL, Ministério Da Saúde. *Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o*

*Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. , 2006. Acesso em: 11 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. . Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência : uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>. Acesso em: 24 out. 2016.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 679–84, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso em: 8 out. 2016.

CAVALCANTE, Maria Tereza Leal; VASCONCELLOS, Miguel Murat. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 611–622, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n3/11.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner De Sousa. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saude e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 961–970, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>>. Acesso em: 1 maio 2016.

DALLA VECCHIA, Marcelo. *Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/109238/ISBN9788579833571.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 6 mar. 2016.

FACCIN, Deniz; SEBOLD, Rafael; CARCERERI, Daniela Lemos. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1643–1652, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700076&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700076&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 27 maio 2016.

FARIA, Horácio Pereira De; WERNECK, Marcos A. Furquim; SANTOS, Max André Dos. *Processo de trabalho em saúde*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/95>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

FIGUEIREDO, Paula Pereira De *et al.* Processo de trabalho da estratégia saúde da família: A concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis*, v. 20, n. 1, p. 235–259, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100013)>. Acesso em: 14 jun. 2016.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, v. 114, p. 197–223, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/n114/a09n114.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

GLANZNER, Cecília Helena; OLSCHOWSKY, Agnes; KANTORSKI, Luciane Prado. O trabalho como fonte de prazer: Avaliação da equipe de um centro de atenção psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem* v. 45, n. 3, p. 716–721, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a24.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

GONÇALVES, Rita Maria de Abreu *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Introdução. *Rev. bras. Saúde ocup.*, v. 40, n. 131, p. 59–74, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2016.

HOLZ, Edvalter Becker; BIANCO, Mônica De Fátima. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. *Cadernos EBAPE.BR* v. 12, n. spe, p. 494–512, ago. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-39512014000700008&lng=pt&nrm=iso&tng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512014000700008&lng=pt&nrm=iso&tng=en)>. Acesso em: 13 abr. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA*. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/home/abate/brasil>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosângela. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. *Mundo da Saúde* v. 36, n. 3, p. 397–406, 2012. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/repensando\\_humanizacao\\_sus\\_luz\\_redes.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/repensando_humanizacao_sus_luz_redes.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2016.

KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência & saúde coletiva* v. 15, n. supl.1, p. 1533–1541, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=en&nrm=iso)>.. Acesso em: 18 mai. 2016.

LANCMAN, Selma *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 5, p. 968–975, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000500968&lng=pt&nrm=iso&tng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500968&lng=pt&nrm=iso&tng=en)>. Acesso em: 23 jun. 2016.

LANCMAN, Selma; BARROS, Juliana Oliveira. *Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces*. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46444>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de

atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc* v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005)>. Acesso em: 14 ago. 2015.

LIMA, Josiane Vivian Camargo De *et al.* A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. *Trab. educ. saúde*, v. 8, n. 2, p. 207–227, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000200003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000200003&script=sci_abstract)>. Acesso em: 8 fev. 2016.

LUCCHESI, Patrícia T. R. (org) *et al.* *Políticas públicas em Saúde Pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p. Disponível em: <[http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Políticas\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2016

MARINHO, Fatima; PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; FRANÇA, Elisabeth Barboza. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* v. 25, n. 4, p. 713–724, 2016. Disponível em: <[http://www.iec.pa.gov.br/template\\_doi\\_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742016000400713&scielo=S2237-96222016000400713](http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742016000400713&scielo=S2237-96222016000400713)>. Acesso em: 17 out. 2016

MATUDA, Caroline Guinoza *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2511–2521, 28 jan. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>>. Acesso em: 14 maio 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2015.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 110–138. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER\\_SUS.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2016.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 305–314, 1999b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006)>. Acesso em: 18 ago. 2016.

MERHY, Emerson Elias; GOMES, Luciano Bezerra. Colaboração ao debate sobre a revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: *A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. GOMES, Luciano Bezerra, BARBOSA, Mirceli Goulart, FERLA, Alcindo Antônio (org) Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 67–104. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/a-educacao-permanente-em-saude-e-as-redes-colaborativas>>

conexoes-para-a-producao-de-saberes-e-praticas-pdf/view> Acesso em: 10 set. 2016.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 1–78. Disponível em: <<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Agir+em+saude#4%5Cnhttp://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=208591&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 maio 2016.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese Permanent education in health: a review. *Rev Saúde Pública*, v. 48, n. 1, p. 170–185, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)>. Acesso em: 1 jan. 2017.

MINAYO, Maria Cecília De Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORETTI, FELIPE AZEVEDO; OLIVEIRA, VANESSA ELIAS DE; SILVA, EDINA MARIKO KOGA DA. Access to health information on the internet: a public health issue? *Rev Assoc Med Bras*, v. 58, n. 6, p. 650–58, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302012000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600008)>. Acesso em: 14 mar. 2017.

NASCIMENTO, Débora Dupas Golçalves Do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo da Saúde* v. 34, n. 1, p. 92–96, 2010. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2016.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) | United Nations Enable*. Disponível em: <<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>>. Acesso em: 8 jan. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre a deficiência*. [S.l.: s.n.], 2012. Disponível em: <[http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO\\_MUNDIAL\\_COMPLETO.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf)>. Acesso em: 16 out. 2016.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 21 maio 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611600548>>. Acesso em: 9 jul. 2014.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde : conceito e tipologia \* Multiprofessional healthcare team : concept and typology. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103–109, 2001. Disponível em: <[http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos\\_4p/trabalho\\_em\\_equipe/Peduzzi\\_2001.pdf](http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_4p/trabalho_em_equipe/Peduzzi_2001.pdf)>. Acesso em: 7 mar. 2017.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde: Processo de Trabalho em Saúde*. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html#topo>>. Acesso em: 9 set. 2015.

REIS, Mary Lopes *et al.* Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 1, p. 1–9, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt\\_0104-0707-tce-25-01-2810014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-2810014.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2016.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 438–446, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

RIBEIRO, Mara Dayane Alves *et al.* Avaliação da atuação do núcleo de apoio à família. *Rev Bras Promoç Saúde*, v. 27, n. 2, p. 224–231, 11 nov. 2014. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2426>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. *Resolução nº 283/13 - CIB/RS. Aprova o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa em Deficiência*. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1375202666\\_Resolucao\\_e\\_Plano.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1375202666_Resolucao_e_Plano.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2016-2019*. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1487187829\\_PES\\_2016-2019\\_Final.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1487187829_PES_2016-2019_Final.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2016.

ROCHA, Eucenir Fredini; SOUZA, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes De. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, p. 5360–160, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14118/15936>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizadas: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, SERAFIM BARBOSA; BARROS, MARIA ELIZABETH BARROS DE (Org.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 73–96.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros De; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 13, p. 603–613, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 6 jul. 2015.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes Dos; KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia; FERRARI, Fernando Pierette. *O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Disponível em:

<<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-cadernos-de-saude-coletiva/o-nasf-em-cena-tecnologias-e-ferramentas-de-trabalho-no-cotidiano-das-equipes-edicao-tematica-nasf-pdf/view>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise. Interdisciplinaridade : processo de conhecimento e ação. *Rev Tempus Actas Saúde Col*, v. 5, n. 1, p. 69–84, 2011. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/919>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo : um desafio para a gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública* v. 43, n. 4, p. 721–725 , 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 16 jul 2016

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires De; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3203–3212, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>>. Acesso em: 15 set. 2016.

SCHWARTZ, Yves. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Trab. educ. saúde* v. 9, n. supl. 1, p. 19–45 , 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=597149&indexSearch=ID%5Cnpapers2://publication/uid/38FEEC61-72BE-4145-B5FE-559EB4DA0360>>. Acesso em: 11 set 2016

SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, v. 19, n. 65, p. 101–140, dez. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73301998000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 set. 2015.

SDH. SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS. *Observatório do Viver sem Limite*. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-com-deficiencia/observatorio/atencao-a-saude>>. Acesso em: 8 jan. 2017.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA(SDH/PR); Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. *Viver sem limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. Brasília: 2013. 92 p. Disponível em: <[http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_enerico\\_imagens-filefield-description%5D\\_0.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_enerico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2015. .

SHIMIZU, Helena Eri. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 9, p. 2405–2414, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>>. Acesso em: 29 maio 2016.

SOUZA, Adriana Miranda; PIMENTEL, Fernanda dos Reis. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 20, n. 2, p. 229–237, 2012. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.024>>.

Acesso em: 27 jul. 2016.

SOUZA, Auta Iselina Stephan De; OLIVEIRA, Lêda Maria Leal De; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. O trabalho coletivo e as profissões de saúde. *Rev. Tempus Actas Saúde Col.*, v. 5, n. 1, p. 105–121, 2011. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/921>>. Acesso em: 3 out. 2016.

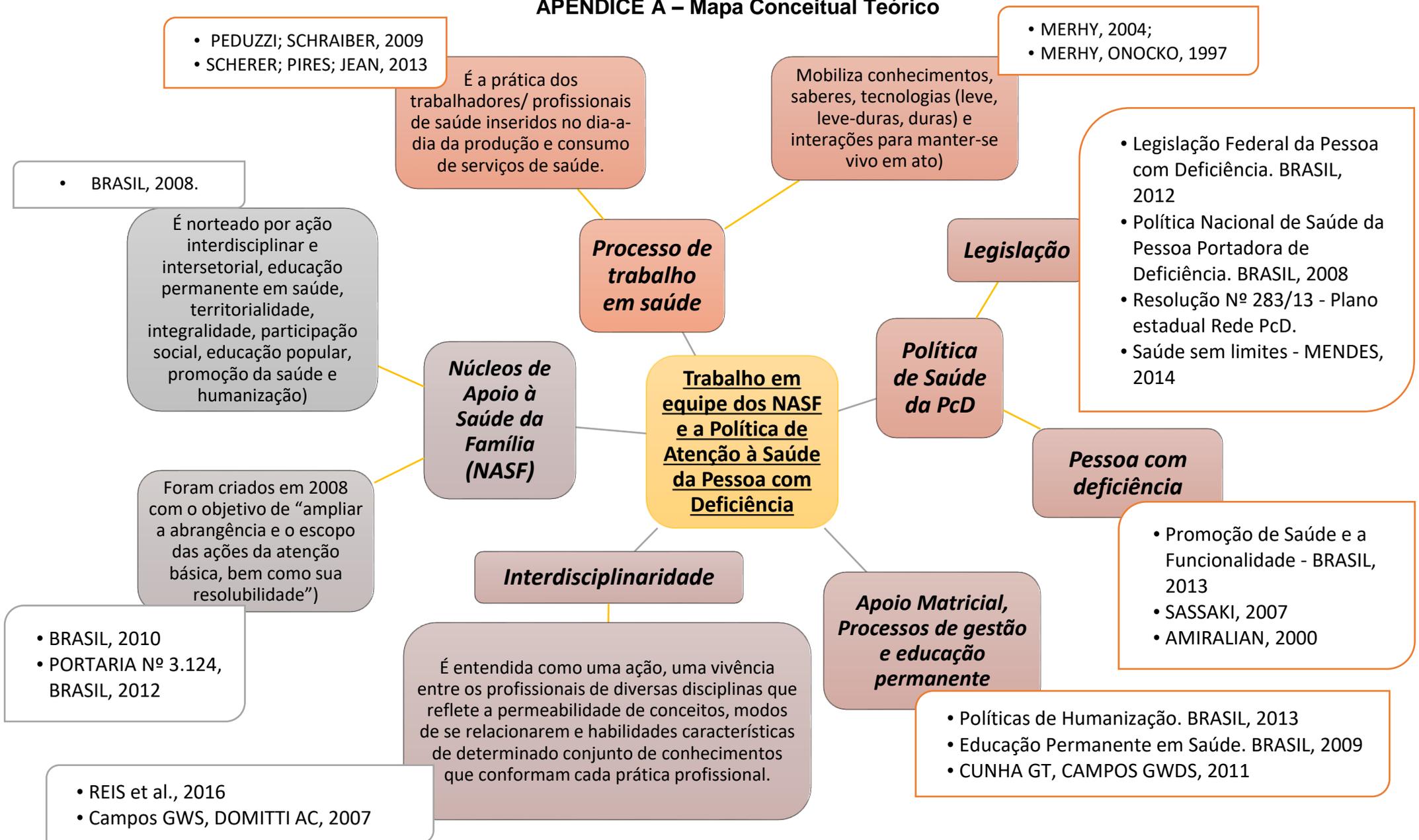
SOUZA, Sabrina Silva De *et al.* Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 449–455, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

SOUZA, Wladimir Ferreira De; ATHAYDE, Milton. Com quantos gestos se faz uma gestão em saúde? *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 135–157, 2011. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/923/933>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

YIN, Robert K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YIN, Robert K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso, 2016.

## APÊNDICE A – Mapa Conceitual Teórico



## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa. Agradecemos pela atenção, compreensão e apoio!

---

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa **“Trabalho em Equipe nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”** e, conforme segue:

1. Fui informado(a), de forma clara e objetiva, que a pesquisa anteriormente citada irá estudar o processo de trabalho da equipe de NASF I da 1ªCRS. E que, para tanto, a equipe de NASF da qual faço parte foi convidada e participará da pesquisa. Estou ciente de que a pesquisa abordará os temas relacionados ao trabalho da equipe como: interdisciplinaridade, organização do trabalho, vivências subjetivas, enfrentamento de dificuldades, entre outros.
2. Sei que a minha participação é voluntária e que a não participação ou desistência não resultará em nenhum prejuízo para mim ou para minha equipe de trabalho.
3. Fui esclarecido de que minha participação na pesquisa é isenta de despesas.

4. Sei que nesta pesquisa serão realizadas entrevistas grupais com a equipe e questionários individuais para coleta de informações. Tenho conhecimento que serão realizadas no próprio ambiente onde trabalho, na presença de meus colegas. Fui informado que as entrevistas serão filmadas e terão duração aproximada de 1 (uma) hora.
5. Fui esclarecido (a) sobre a possibilidade de desconforto psicológico (timidez, ansiedade, entre outros) pela participação na discussão do grupo focal em equipe e, caso julgue necessário, posso me manifestar a respeito a qualquer momento, a fim de ser compensado e até mesmo informar minha desistência.
6. Fui informado(a) que este estudo poderá resultar em benefícios, mesmo que indiretamente a mim, tais como, avanço da compreensão científica do processo de trabalho em equipes de saúde e auxiliar no desenvolvimento de ações para aprimoramento do trabalho em equipe. Sei que os resultados poderão ser divulgados e repassados à sociedade de maneira científica, como artigos publicáveis, capacitações, apresentações em eventos científicos, entre outros, e que minha identidade será mantida em sigilo.
7. Tenho conhecimento que as informações coletadas serão analisadas por meio de programas computadorizados, que as gravações e filmagens das entrevistas serão transcritas para texto e que estes materiais serão estudados por profissionais submetidos à normas de sigilo e ética, não comprometendo minha privacidade e garantindo meu anonimato.
8. Sei que receberei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa provocar a minha vontade de desistir de participar da pesquisa. E que posso, a qualquer momento, solicitar mais informações à pesquisadora pelos telefones (51) 84489007 ou (51) 39011031 e pelo e-mail *natalipfluck@gmail.com*. Caso sinta necessidade, posso também solicitar informações ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone (51)33083629 ou à orientadora da pesquisa pelo telefone (51) 91994058/ (51) 33085015 ou pelo e-mail *crismwarm@gmail.com*.
9. Tenho conhecimento de que esta pesquisa é componente do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde do qual a pesquisadora Nátali Carina Dolvitsch Pfluck faz parte, e está sob a orientação da Professora Cristine Maria Warmling. Esta pesquisa foi

aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, em 02 de junho de 2016 (CAAE: 53935016.4.0000.5347).

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa e, declaro, ainda, que recebi cópia deste Termo de Consentimento, devidamente assinado.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Abaixo assinam:

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

## APÊNDICE C – Questionário para os profissionais



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL Questionário para profissionais do NASF

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

**Pesquisa:** Trabalho Em Equipe nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Orientação:

Este questionário tem por objetivo conhecer o seu percurso formativo e traçar um perfil profissional da equipe de NASF a qual você faz parte. Se você não tem certeza sobre que resposta dar a um item, escolha a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Na dúvida opte pela primeira alternativa que pensou. É garantido o seu anonimato, como explicado anteriormente.

Bloco I	IDENTIFICAÇÃO
<b>1. Sexo:</b>	(1) masculino (2) feminino
<b>2. Mês/Ano de nascimento:</b>	____/_____
<b>4. Cidade de Origem</b>	
<b>5. Estado de Origem</b>	
<b>6. Profissão/Ocupação:</b>	

Bloco II	PERCURSO FORMATIVO
<b>1. Graduação:</b>	Nome do curso:
	Ano de conclusão:
<b>2. Especialização</b>	Nome do curso:
	( ) Concluído ( ) Não concluído. ( ) Em andamento. ( ) Não se aplica.
<b>3. Residência</b>	Nome do curso:
	( ) Concluído. ( ) Não concluído. ( ) Em andamento. ( ) Não se aplica.
<b>4. Mestrado</b>	Nome do curso:
	( ) Concluído. ( ) Não concluído. ( ) Em andamento. ( ) Não se aplica.
<b>5. Doutorado</b>	Nome do curso:
	( ) Concluído. ( ) Não concluído. ( ) Em andamento. ( ) Não se aplica.

<b>6.Outros cursos</b>	Nome do curso:
	( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.
<b>7.Outros cursos</b>	Nome do curso:
	( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.

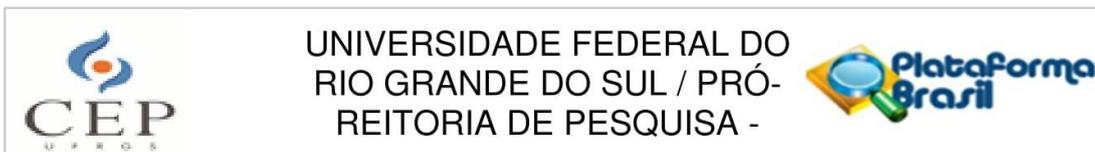
<b>Bloco II</b>	<b>PERCURSO PROFISSIONAL</b>
<b>1.Trabalho atual</b>	
<b>Local de trabalho/Cidade</b>	
<b>Ano de ingresso na instituição</b>	
<b>Forma de ingresso</b>	(1) Concurso público (2) Seleção pública (3) Outra forma: _____
<b>Tipo de vínculo de trabalho</b>	(1) Servidor público estatutário (2) Estagiário ou Residente (3) Empregado - CLT (4) Outro(s):_____
<b>2.Experiências anteriores</b>	
<b>Local de trabalho</b>	
<b>Período do vínculo</b>	_____ meses ou _____ anos
<b>Forma de ingresso</b>	(1) Concurso público (2) Seleção pública (3) Outra forma: _____
<b>Tipo de vínculo</b>	(1) Servidor público estatutário (2) Cargo comissionado (3) Contrato temporário por prestação de serviço (4) Empregado público CLT (5) Outro(s):

<b>3.Experiências anteriores</b>	
<b>Local de trabalho</b>	
<b>Período do vínculo</b>	_____ meses ou _____ anos
<b>Forma de ingresso</b>	(1) Concurso público (2) Seleção pública (3) _____ Outra _____ forma: _____
<b>Tipo de vínculo</b>	(1) Servidor público estatutário (2) Cargo comissionado (3) Contrato temporário por prestação de serviço (4) Empregado público CLT (5) Outro(s):

## APÊNDICE D – ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL

TEMA	QUESTÕES NORTEADORAS
<b>1. Processo de trabalho em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como está organizado o trabalho do NASF, atualmente?</li> <li>• Quais as diretrizes que a equipe segue?</li> </ul>
<b>2. Trabalho em equipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais as características mais marcantes do seu trabalho em equipe?</li> <li>• Quais as dificuldades encontradas no trabalho em equipe?</li> <li>• Como a equipe enfrenta essas dificuldades? Quais as estratégias utilizadas?</li> </ul>
<b>3. Interdisciplinaridade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como é trabalhar em equipe interdisciplinar?</li> <li>• Como acontece a dinâmica Campo – Núcleo no trabalho em equipe interdisciplinar?</li> <li>• O processo formativo de cada profissional preparou para ou auxiliou no trabalho interdisciplinar?</li> </ul>
<b>4. Processos de gestão e educação permanente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há espaço para planejamento, avaliação das ações do NASF?</li> <li>• Como a equipe contempla ações de Educação Permanente?</li> </ul>

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROCESSO DE TRABALHO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Cristine Maria Warmling

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 53935016.4.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.571.115

#### Apresentação do Projeto:

Este projeto se propõe a analisar o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família tipo 1 de municípios que compõem a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul. Será utilizada a estratégia metodológica de Estudo de Caso sob uma abordagem qualitativa. Os dados serão produzidos por meio da realização de grupos focais. Um questionário estruturado, autoaplicado e supervisionado será utilizado para a descrição das características sociodemográficas, de formação e de vínculo de trabalho. A análise dos dados se baseará nos fundamentos epistemológicos da Análise do Discurso. O software QSR NVivo apoiará a organização e análise dos dados.

#### Objetivo da Pesquisa:

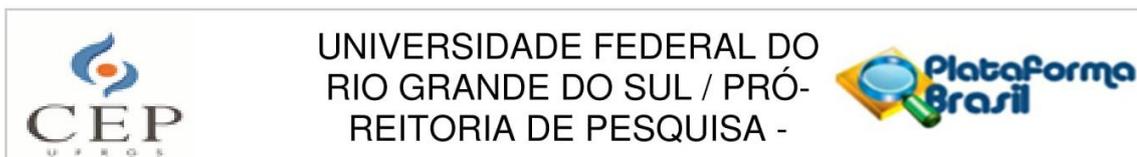
Primário:

Analisar o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde Família (NASF) tipo 1 dos municípios que compõem a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul.

Objetivos Secundários:

1. Descrever características profissionais das equipes de NASF tipo 1 da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde.
2. Descrever concepções sobre o processo de trabalho em equipe dos trabalhadores do NASF tipo

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.571.115

1 da 1a Coordenadoria Regional de Saúde.

3. Identificar estratégias de trabalho adotadas pelas equipes dos NASF tipo 1 da 1a Coordenadoria Regional de Saúde para enfrentamento das situações de apoio e das dificuldades.

4. Compreender características da organização, das condições de trabalho e das vivências subjetivas relacionadas ao trabalho em equipe dos NASF tipo 1 da 1a CRS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios estão corretamente descritos no Projeto de Pesquisa original e na Plataforma Brasil e no TCLE.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem delineada, e todos os contatos prévios às instituições nas quais ocorrerá o trabalho de campo já foram anexados ao projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados.

Atendendo a parecer anterior, o TCLE agora descreve com clareza os procedimentos da pesquisa e os riscos.

**Recomendações:**

O TCLE foi reformulado conforme recomendações anteriores (avaliação de risco, telefone do CEP e procedimentos da pesquisa). Não existem recomendações adicionais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências. Encaminha-se para aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_628667.pdf	01/05/2016 20:59:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigeo.pdf	01/05/2016 20:58:30	Natali Carina Dolvitsch Pfluck	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_atualizado.pdf	01/05/2016 20:57:57	Natali Carina Dolvitsch Pfluck	Aceito

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.571.115

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Processo_de_Trabalho_das_Equipes_d e_NASF__Natali_Pfluck_CORRIGIDO.p df	01/05/2016 20:57:34	Natali Carina Dolvitsch Pfluck	Aceito
Outros	Parecer_consustanciado_COMPESQ_ FAMED.pdf	04/03/2016 08:41:51	Natali Carina Dolvitsch Pfluck	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	12/02/2016 13:34:32	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	questionario.pdf	07/12/2015 21:24:32	Natali Carina Dolvitsch Pfluck	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	07/12/2015 21:23:17	Natali Carina Dolvitsch Pfluck	Aceito
Orçamento	RECURSOS.pdf	07/12/2015 21:22:12	Natali Carina Dolvitsch Pfluck	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento__Sapucaia_do _Sul.pdf	07/12/2015 21:20:05	Natali Carina Dolvitsch Pfluck	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento__Esteio.pdf	07/12/2015 21:19:19	Natali Carina Dolvitsch Pfluck	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento__Canoas.pdf	07/12/2015 21:18:50	Natali Carina Dolvitsch Pfluck	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento__1_CRS.pdf	07/12/2015 21:18:15	Natali Carina Dolvitsch Pfluck	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 02 de Junho de 2016

Assinado por:  
**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br