



FACULDADE VALE DO SALGADO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM LICENCIATURA EDUCAÇÃO FÍSICA

JOÃO FILHO SOBREIRA LEMOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INVESTIGANDO AS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS  
PELO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE  
ICÓ/CE**

ICÓ - CEARÁ  
2018

JOÃO FILHO SOBREIRA LEMOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INVESTIGANDO AS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS  
PELO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE  
ICÓ/CE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Licenciatura em Educação Física da Faculdade Vale  
do Salgado, como requisito para a obtenção do grau  
de Licenciado em Educação Física.

Orientador: Prof. Msc. Evandro Nogueira de  
Oliveira.

ICÓ - CEARÁ  
2018

JOÃO FILHO SOBREIRA LEMOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INVESTIGANDO AS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS  
PELO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE  
ICÓ/CE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Licenciatura em Educação Física da Faculdade Vale  
do Salgado, como requisito para a obtenção do grau  
de Licenciado em Educação Física.

Orientador: Prof. Msc. Evandro Nogueira de  
Oliveira.

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Msc. Evandro Nogueira de Oliveira  
Orientador

---

Prof. Esp. Erika Suyanne Sousa Silva  
Examinador 1

---

Prof. Esp. Allan Barros Gonçalves  
Examinador 2

ICÓ - CEARÁ  
2018

*Como é feliz o homem que acha a sabedoria, o  
homem que obtém entendimento. (Provérbios  
3:13).*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS pelo dom da vida e por ter me proporcionado chegar até aqui. A toda minha família, e em especial minha mãe Marluce e minhas irmãs: Patrícia e Poliana, meus sobrinhos João Carlos, Sibely e Isabely, por toda a dedicação e paciência contribuindo diretamente para que eu pudesse ter um caminho fácil e prazeroso durante esses anos. Aos meus tios e tias, em especial Tia Rosa e seus filhos Rosângela, Ricardo e Roseane. Tio Baia e sua família.

Agradeço a minha esposa Micaelle, por esta sempre me apoiando, e foi uma das que mais me deu incentivo para iniciar a graduação, pela paciência e amor transmitido diariamente, nesta fase da minha graduação. A seus pais e familiares que também me deram total apoio quando resolvi iniciar a graduação.

Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado, em especial meu professor orientador Evandro, que mesmo tão novo, já é um grande sábio.

Agradeço aos meus colegas de classe, em especial Danny (M<sup>a</sup> das chagas), Thayanne e Bruno, pela amizade, companheirismo e cooperação, onde sempre procuramos nos ajudar, mesmo algumas vezes acontecendo desentendimentos. Mas estamos aqui firmes e fortes no nosso vínculo de amizade.

Agradeço as meninas da biblioteca, Thainá, Thamiris e Edilânia, por terem me ajudado, enquanto quebrava a cabeça para terminar a monografia.

Enfim agradeço a todos que participaram direto ou indiretamente nesta etapa da minha vida.

## RESUMO

O tema saúde é amplamente abordado e discutido em diversos eventos e congressos, tendo, por exemplo, o de Alma-Ata, a Carta de Ottawa, dentre outros, aonde a uma grande ênfase a saúde individual e coletiva. É com base neste contexto que o Brasil implanta em 1980 o Sistema Único de Saúde (SUS), que veio a trazer uma nova perspectiva para a população no que diz respeito à área da saúde. Os baixos índices de atividade física da população vêm causando uma preocupação no mundo inteiro. Estudos vêm a revelar que a prática regular de atividade física, é um mecanismo importante no enfrentamento e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, que são doenças sem envolvimento de agente infeccioso para sua ocorrência. Pensando nisto que o Ministério da Saúde cria em 2008 o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Foi nesta perspectiva que se procurou desenvolver este estudo, ao qual tem como objetivo central compreender as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF, no município de Icó-CE. Este estudo possui análise quantitativa dos dados, que foram obtidos através da aplicação de um questionário auto-avaliativo em escala Likert. Os dados foram analisados no programa Microsoft Excel 2016, tabelados e descritos em sessões, sendo feito ao final o cruzamento de sessões. Os resultados demonstram índices satisfatórios quanto às propostas de Educação em Saúde, onde os três tópicos abordados no questionário alcançaram níveis de satisfação elevados acima dos 60%. Foram apresentados itens com taxas muito altas de insatisfação, destacando-se os itens: Quanto aos processos de formação continuada. (83%); Quanto à construção de grupos e grupos Terapêuticos Singulares. (41%) e Quanto às propostas de Educação Permanente, referente ao seu cargo no NASF. (66,7%). Conclui-se que mesmo tendo bons níveis de satisfação, os NASF do Icó-CE, ainda demonstram fragilidades de algumas atividades desenvolvidas, as quais devem ser melhor estudadas para se achar uma solução viável, para que possam de forma harmoniosa atuar para um melhor atendimento da população.

**Palavras chave:** NASF. Educação em Saúde. Saúde Coletiva. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

The theme of health is widely discussed and discussed in various events and congresses, for example Alma-Ata, the Ottawa Charter, among others, with a great emphasis on individual and collective health. It is based on this context that Brazil implanted in 1980 the Unified Health System (SUS), which came to bring a new perspective to the population in the area of health. The population's low physical activity rates have been causing concern worldwide. Studies have revealed that the regular practice of physical activity is an important mechanism in coping with and preventing chronic noncommunicable diseases, which are diseases without involvement of infectious agents for their occurrence. With this in mind, the Ministry of Health created in 2008 the Family Health Support Center (NASF). It was in this perspective that this study aimed to develop the study, whose main objective is to understand the Health Education practices developed by the Expanded Nucleus of Family Health - NASF, in the municipality of Icó-CE. This study has a quantitative analysis of the data, which were obtained through the application of a self-evaluative questionnaire on a Likert scale. The data were analyzed in the program Microsoft Excel 2016, tabulated and described in sessions, being done at the end the intersection of sessions. The results show satisfactory indexes for Health Education proposals, where the three topics covered in the questionnaire reached high satisfaction levels above 60%. Items with very high rates of dissatisfaction were presented, highlighting the following items: Regarding the processes of continuous training. (83%); Concerning the construction of Singular Therapeutic Groups and Groups. (41%) and Regarding Permanent Education proposals, referring to his position in the NASF. (66.7%). It is concluded that even though they have good levels of satisfaction, the IHO-CE NASF still demonstrate weaknesses in some of the developed activities, which should be better studied in order to find a viable solution, so that they can harmoniously act for a better service of the population.

**Key words:** NASF. Health Education. Collective Health. Health promotion.

## **LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB: Atenção Básica

ESF: Estratégia Saúde da Família

FVS: Faculdade Vale do Salgado

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PEF: Profissional de Educação Física

SF: Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	13
2.2 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
2.3 EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE COLETIVA .....	18
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>21</b>
3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL .....	21
3.2. LÓCUS DA PESQUISA, POULAÇÃO E AMOSTRA .....	22
3.3. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA. ....	22
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>23</b>
4.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	23
4.2 O NASF E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO BÁSICA.....	28
4.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO NASF .....	33
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país em desenvolvimento que ao longo dos anos tem tentado organizar seus sistemas: econômico, de educação e de saúde. Sua extensão e características territoriais, são singulares no que se refere aos enfrentamentos dos desafios de estruturação, bem como nas formas de utilização dos recursos. Pensar essa sistemática de utilização, pode gerar qualidade de vida para a população e obter o status de país desenvolvido. (OHARA, SAITO, 2014).

Quando falamos em qualidade de vida pensamos logo no fator saúde, que é uma das principais condições para a qualidade de vida. Pensando nisso, no ano de 1949, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como sendo um estado de bem-estar físico, mental e social, avançando assim na compreensão de saúde para além da ausência de doença.

No ano de 1986 na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada no Canadá, surge a Carta de Ottawa, que dá ênfase sobre a importância e os impactos que as dimensões políticas, socioeconômicas e culturais têm sobre a saúde. Segundo este documento, a promoção da saúde é o processo pelo qual se oportuniza as pessoas a terem capacidades maiores para aumentar seu controle sobre os fatores determinante de saúde, no que diz respeito em melhorá-la. Tendo esses fatores três direcionamentos: Educação em Saúde; Prevenção da Doença e Proteção da Saúde. (COSTA, *et al.*, 2009).

Pensamos na Atenção Básica à Saúde como um mecanismo de relevância na escala de organização do SUS. Seus fundamentos e propósitos são voltados para desenvolver a capacidade de atender e solucionar os problemas da população da qual lhe cabe, levando em consideração os impasses e exigências predominantes dela (BRASIL, 2004).

Segundo Ohara e Saito (2014), o Sistema Único de Saúde (SUS) tem seus princípios de doutrina iguais em todo o território brasileiro, unindo os serviços de saúde em uma só rede. Regido pelos princípios: da Universalidade; Equidade e Integralidade, e tem como base para sua organização a Regionalização, Hierarquização, Resolutividade, Descentralização, Participação dos Cidadãos e Complementaridade dos setores privados.

Desta forma, a Saúde da Família se torna um meio estratégico utilizado pelo governo para reorientar a assistência do SUS, através da Atenção Básica. Essa estratégia teve início em 1991, por meio da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e mais tarde, no ano de 1994 se formam as primeiras equipes completas, onde são encaixados os procedimentos realizados por estes, chegando a atender aproximadamente 575 pessoas. (SOUZA, HORTA, 2012).

Com isto, o Ministério da Saúde, mostra que a Unidade de Saúde da Família (USF), através da realização da atenção à saúde de forma contínua, por meio das especialidades básicas e com equipes multiprofissionais desenvolvendo atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, já são capazes, de atender e resolver aproximadamente 85% dos casos de saúde em suas comunidades, evitando assim internações desnecessárias e ampliando a qualidade de vida dos cidadãos. (COSTA, *et al.*, 2009).

Visando reorganizar o modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde, e seguindo as diretrizes do SUS, tem início em 1994 a Estratégia Saúde da Família (ESF), indo de encontro à fragmentação dos sistemas e a cultura da superespecialização, que era pregado nestes. Este modelo possui como característica principal, ser o primeiro serviço ao qual a população disponibiliza como também tem a tarefa de dar continuidade aos cuidados com o paciente no transcorrer do tratamento, a completude da atenção e coordenar os meios a ser utilizados dentro deste sistema. Isso tudo com a família como centro das suas intervenções. (SOUZA, HORTA, 2012).

À Estratégia Saúde da Família surge para ampliar e dar uma maior assistência. Tratando-se de um programa de ações do governo brasileiro, que se tem a família no centro das atenções das práticas de saúde, se norteando pelos princípios da Responsabilidade Social, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade e também a Vigilância da Saúde. Desta forma, a ideia da Atenção Básica é a de se aproximar da comunidade, cumprindo com requisitos propostos e estabelecidos pela agenda 21, que foi um documento assinado em 1992 na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, por 179 países. Este documento estabeleceu a relevância de cada país em se comprometer para refletir, global e localmente, sobre a forma pela qual governos, empresas, organizações não-governamentais e todos os setores da sociedade poderiam cooperar no estudo de soluções para os problemas socioambientais. (GONÇALVES, 2013).

Partindo deste novo prisma na saúde, emerge-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), lançando-se como um programa que exige o trabalho multiprofissional, tendo a intenção de apoiar, aperfeiçoar, ampliar a atenção e gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. O NASF está engajado e comprometido em mudar as atitudes e formas de atuação das equipes da Saúde da Família, como também nas suas, parte do princípio das práticas interdisciplinares e nos diversos setores, objetivando a promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, como também organização nos setores da saúde, a integralidade, etc. (BRASIL, 2010).

Conforme a Portaria nº 154 do Ministério da Saúde de 24 de Janeiro de 2008, a composição do NASF é responsabilidade da administração municipal, devendo estar vinculados a no mínimo 8 (oito) e no Máximo 15 (quinze) Equipe de Saúde da Família, e seus critérios variam de acordo com os dados epidemiológicos e também com a necessidade das equipes e do local onde esta apoiando e atuando. Sendo definido nesta portaria que os profissionais que poderão compor o NASF são: Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Profissional de Educação Física, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Médico Acupunturista, Médico Pediatra e Médico Psiquiatra. (BRASIL, 2008).

Com o intuito de melhor entender a organização e sistematização do NASF, no município de Icó-CE, esse estudo tem como objetivo principal, **compreender as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF, no município de Icó-CE.** Para isso trazemos como objetivos específicos: Compreender o Funcionamento da Atenção Básica e do NASF; Analisar as atividades realizadas pela equipe do NASF; Compreender de que modo estas atividades estão inter-relacionadas.

A problemática central desta pesquisa está focada na investigação da atuação do NASF, especialmente nas atividades que se referem ao processo de Educação em Saúde. A partir desse eixo norteador fazemos a seguinte indagação: **Como estão sendo trabalhadas as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF ?**

Para isso, é necessário compreender o cenário de implantação e inserção de políticas públicas voltadas para o trabalho multiprofissional e atenção primária, com foco nos processos de educação em saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é entendida como uma interação entre sujeitos, no qual se objetiva juntar forças e incentivos para transformações, seja para se adequar a uma nova realidade, ações e/ou costumes. É também uma área de atuação de diversos profissionais de saúde, mas, trata-se de um campo de conhecimento em que poucos têm o domínio necessário para sua realização de forma significativa, pois muitos são os estudos que revelam que sua oferta é feita como uma simples transmissão de conhecimentos, esquecendo-se do sujeito, da história, cultura e valores dos mesmos. (SOUZA, HORTA, 2012).

E foi pensando em educação em saúde, que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil em 1986, veio a propor uma definição de saúde, na qual esta é tida como consequência do estilo e condição de vida do sujeito e/ou grupo social, se estabelecendo, que a saúde esta associada à alimentação, educação, rendimentos, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso aos sistemas de saúde, dentre outras coisas. (OHARA, SAITO, 2014).

A 8ª Conferência nacional de Saúde foi um dos reflexos da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu em Alma-Ata, no ano de 1977, nesta conferência o tema saúde ganhou grande destaque, tido como elemento indispensável no desenvolvimento humano. Nesta foi discutido também a respeito do Movimento da Promoção a Saúde, onde se ratifica que esta veio para que a população adquira habilidades, desta forma possam atuar na busca para melhorar sua qualidade de vida e saúde, tendo uma melhor avaliação neste processo. (OHARA, SAITO, 2014).

A Carta de Ottawa, que é um documento da I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, que ocorreu no Canadá, na cidade de Ottawa, em 1986, veio ratificar sobre a relevância de promover a saúde dos cidadãos, tornando a comunidade cada vez mais capacitada para que possam ter uma maior presença neste trabalho, de busca e otimização da qualidade de vida e da saúde. E para que isto possa ocorrer é necessário que se ofereça circunstâncias para transformar os cidadãos em sujeitos autônomos, e por meio disto consigam adotar atitudes no que diz respeito aos aspectos que podem afetar sua vida e se capacitem para conquistar o controle sobre sua saúde. (SOUZA, HORTA, 2012).

Nesta carta a saúde é idealizada como a oportunidade do cidadão usufruir a vida positivamente, em que poderá usar os meios próprios e sociais, além da capacidade física,

para sua obtenção, mais isto não quer dizer que seu objetivo principal seja essa busca, mais um meio de oferta da melhora da vida no seu dia-a-dia. (SOUZA *et al.*, 2005).

E foi pensando em tornar o cidadão autônomo, que Souza e Horta (2012), sugerem uma discussão a respeito dos determinantes sobre a realização de práticas educativas, deve-se determinar as concepções desta prática, onde de imediato temos o conceito o qual tem bases na ação de implicar o movimento, ou a ação de fazer, acarretando em uma prática pensada com intenção de dar condições para o sujeito alcançar a mudança almejada em relação à saúde, se transformando em atividades dinâmicas ao qual o cidadão, grupo e/ou a comunidade irão, conforme o problema de saúde, acolher ou recusar as informações. (SOUZA, HORTA, 2012).

Com isto, Pereira (2003), mostra que as práticas educativas realizadas com o propósito na educação em saúde, serão vistas como instrumento das ações em saúde, onde as quais se referenciam nos entendimentos de saúde e de educação, com relações para desenvolver as capacidades humanas e de transformação da realidade, sendo tudo isto um direito imprescindível do cidadão.

Para Souza e Horta (2012), a educação em saúde, é apenas uma parte das diversas atividades técnicas desta área, onde seu foco são as competências para de forma coerente se organizar o desenvolvimento dos programas educativos, que aconteceram em quatro locais diferentes, sendo eles: na escola, no trabalho, no ambiente clínico e nos seus vários níveis de atuação e na comunidade sendo entendida como o grupo de cidadãos com suas diferentes necessidades de saúde, e tendo como instrumento os meios sociais disponíveis.

Assim, surgem debates sobre a exigência de uma nova definição sobre o que é saúde e proposta de reformulação da perspectiva para a saúde pública, conclamando por um entendimento, em que a saúde é tida em seu sentido positivo, e acrescentada a esta uma concepção, que foi a importante vinculação entre os vários aspectos socioambientais, que consistem no que dizem os estilos de vida, saudável e não saudáveis; concordando com o pensador francês *Dejours*, que relatou, que saúde é a possibilidade de adultos e/ou crianças guiar seus rumos pessoais ao bem-estar físico, social e psíquico. (SOUZA, *et al.*, 2005).

A Educação em Saúde, sendo vista como uma situação que transpassa o entendimento da ausência de doenças, acaba por gerar discussões de qual métodos se utilizar para a educação de sujeitos e grupos, para que este cheguem a uma condição almejada de saúde, ocasionou sugestões para alterar os meios tradicionais de educação em saúde. Foi com base neste pensamento que Coutinho (2011), nos fala que existe um grande trabalho para se extinguir as doenças crônicas, porém é necessário que haja intervenções para que a população

se conscientize, para obter comportamentos saudáveis, ter percepção e liberdade para atentar a sua saúde, não apenas quando sentir uma dor ou sob a possibilidade de adoecer, mas, para que tenham uma visão otimista de saúde, com sendo um bem, uma riqueza e principalmente um direito próprio.

Ohara e Saito (2014), revelam que segundo a OMS (1991), que a educação em saúde deve ocorrer como método de ação social e de conhecimentos adquiridos, para que assim os cidadãos possam desenvolver suas capacidades, na aquisição de controle relativo aos determinantes da saúde, práticas em saúde e as circunstâncias sociais que alteram o seu nível de saúde e dos outros.

A educação em saúde foi dividida em duas vertentes, conforme relatam, Ohara e Saito (2014), que são a educação sanitarista, que esteve presente nos programas até fins dos anos 70, sendo realizada através de campanhas de divulgação com características técnico-normativas, onde seu foco eram a higiene corporal e prescrições para mudar os comportamentos, e assim a saúde era compreendida nesta como a ausência de doenças e com doutrina da educação tradicional. Já a educação em saúde pública que teve sua aparição por volta do ano de 1980, onde se empenhou para colocar em prática atividades mais dinâmicas e conversas, nesta a saúde era efeito de várias causas de aspectos que influenciam o processo saúde-doença e norteando-se na educação crítica, que é onde o sujeito ou grupo são incitados a cuidar da própria saúde, mais conforme o meio ao qual estão, e desenvolvido de forma dividida a formulação do conhecimento, competências e atribuição de novos princípios.

Segundo Costa *et al.* (2009), a educação em saúde não pode se limitar a realização de atividades isoladas como palestras, campanha para propor a realização de boas práticas higiênicas, distribuir cartilhas e etc. Sabe-se que estas são atividades boas e ótimas para se tratar da educação em saúde, mas sendo realizadas fora do contexto elas perdem sua essência, para se trabalhar na orientação da população na busca por melhores situações de vida.

Souza e Horta (2012) chegaram à conclusão que a educação em saúde deve-se desenvolver a autonomia, a auto-estima, a liberdade, o fortalecimento como também ampliar o poder do indivíduo; sendo assim essencial na capacitação do sujeito e grupos sociais, para buscarem resoluções para os impasses de saúde e melhora da sua qualidade de vida.

Para um bom desenvolvimento da educação em saúde, que englobe a dimensão cognitiva, afetiva e psicomotora da educação, deve-se escolher a melhor estratégia educativa, onde se leva em consideração a análise das particularidades da localidade e dos cidadãos, como também ter metas previamente escolhidas e saber quais recursos que tem a sua disposição, para que assim chegue a resultar na maior segurança e carisma entre participantes

do grupo, contribuição nas experiências de aprendizagem, diminuindo o estresse e cansaço do processo de ensino-aprendizagem. (HARADA, PEDREIRA, VIANA, 2012).

## 2.2 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

O SUS no transcorrer dos tempos, teve relevantes mudanças, para que pudesse aumentar à possibilidade de atendimento à população nos sistemas de saúde. E foi por isto que o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família, no ano de 1994, e mais tarde, em 1997 este que foi formulado como programa, passa a ser agora identificado como Estratégia de Saúde da Família, que enfrentou de início a tarefa de desenvolver e reorganizar a execução das ações de saúde, para que pudesse acontecer de forma absoluta e sem interrupção, chegando cada vez mais próximo da família, e assim beneficiando e melhorando a qualidade de vida da população. (CONFEEF, 2010).

Esta é uma das causas, onde a Estratégia de Saúde da Família é tida como uma das vertentes da Atenção Primária à saúde, é vista como porta de entrada do nosso sistema de saúde, onde a população vai encontrar um contato imediato aos serviços necessários à saúde, se fundamentando no direito a saúde e na equidade do cuidado, ocorrendo de modo organizado e localizado, com base no funcionamento do SUS. E acaba por provocar no país uma relevante mudança na estrutura da Atenção Primária. (BRASIL, 2010).

Com isto, Souza e Horta (2014), nos afirmam que desde o início quando se iniciou a construção do SUS, a ESF foi a que mais trouxe resultados positivos, não podendo negar os progressos do país na área da saúde, existindo uma boa harmonia entre, as necessidades de saúde apresentada pela população, e o padrão epidemiológico. Demonstrando melhoras nos parâmetros de saúde dos sujeitos.

Para que houvesse uma melhor incorporação da ESF na rede de serviços, o Ministério da Saúde, em 2008 publicou a Portaria GM nº 154/2008, que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, para que não só aconteça o aumento na atuação da Atenção Primária a Saúde no país, mais também ocorresse uma maior cobertura, resolução dos problemas de forma ágil e simplificado, a territorialização, a regionalização da Estratégia Saúde da Família. (ANJOS, 2012).

A Portaria 154/2008, veio definir também, quais os profissionais que podem fazer parte na estruturação do NASF sendo eles: Médico, Acupunturista, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra



e Terapeuta Ocupacional. Para que com a equipe formada por alguns destes profissionais, possa se reforçar a relevância que se tem num trabalho que acontece de forma multiprofissional, para o desempenho das intervenções e planejamentos relativos à saúde. (CONFEEF, 2010).

Dessa maneira, o modelo de constituição do NASF, acaba por ser um aperfeiçoamento da formação da equipe saúde da família, a qual tinha que ter pelo menos um médico clínico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários. Já a criação do NASF ocorre o acréscimo de mais profissionais que podem trabalhar com a promoção da saúde, para que assim amplie a cobertura e propósitos das atuações da atenção básica. (BRASIL, 2010).

Conforme informações contidas no Caderno de Atenção Básica nº 27, que vem dizer que no NASF as equipes são compostas de profissionais com formação nas mais diversas áreas de conhecimento, como também devem trabalhar de forma conjunta com os funcionários da Saúde da Família, sempre se ajudando e dividindo suas responsabilidades nas práticas em saúde, nas localidades de abrangência da Saúde da Família.

A formação das equipes do NASF é estabelecida pelo governo municipal e os gestores da Saúde da Família, os critérios utilizados, são as prioridades encontradas nas áreas de coberturas da SF, como também da disposição de profissionais das diferentes áreas de formação. Mesmo com essa formação o NASF não pode ser estabelecido como a porta de entrada para os serviços de saúde, e sim como uma equipe de apoio a Saúde da Família. (BRASIL, 2010).

A atuação realizada por equipes do NASF ocorrem de forma planejada e com a participação de outros serviços da atenção a saúde, como também dependendo da necessidade, com outras instituições como: a igreja, a escola, as academias, a comunidades, dentre outras, para que possa ser garantida a plenitude do cuidado. (OHARA, SAITO, 2014).

Logo no início de sua fundação o NASF era dividido em duas modalidades para a formação das equipes, sendo NASF 1 e NASF 2, em que o NASF 2 só podia ser implantado em municípios com menos de 10 hab./km<sup>2</sup>. E o NASF 1 deveria estar vinculado a no mínimo 08 equipes e máximo 15 da ESF. Já o NASF 2 deveria vincular-se a no mínimo 03 e no máximo 7 equipe da ESF. (idem, 2014).

Já na portaria Nº 3.124/2012, além de acrescentar mais uma modalidade, o NASF 3, que irá vincula-se a 1 (uma) equipe no mínimo e no máximo 3 (três) equipes da ESF ou Atenção Básica. Veio também dar novos padrões aos NASF 1 e 2, ficam assim definido, o

NASF 1 estará associada entre 5 e 9 equipes da ESF e/ou da Atenção Básica, e o NASF 2 entre 3 e 4 equipes da saúde da Família e/ou Atenção Básica. (idem, 2014).

Deste modo, o NASF é constituído como um plano inovador, que tem como princípio norteador: dar suporte, amplificar, aprimorar a atenção e o gerenciamento da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Suas exigências vão desde a compreensão técnica, o comprometimento com as equipes de Saúde da Família e potencializar as competências no que tange aos padrões de Saúde da Família. Sem esquecer que ele deve comprometer-se em promover modificações nas atitudes e nas formas dos profissionais tanto da sua equipe como a da Saúde da Família atuarem, para que os procedimentos ocorram de forma intersetorial e interdisciplinar, isso proporcionando a promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, havendo a socialização nos sistemas, ensino frequente, desenvolvimento da integralidade e sistematização por território dos serviços de saúde. (BRASIL, 2010).

### 2.3 EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE COLETIVA

O movimento é algo fundamental para a vida de qualquer indivíduo, pois através dele ocorre à interação com o meio, a manifestação em que o sujeito satisfaz as necessidades e se aperfeiçoa. Mas, devido os avanços tecnológicos que advieram ao longo dos anos, causaram mudanças expressivas, no que diz respeito ao sujeito se movimentar, pois, atualmente o cidadão gasta menos tempo com suas ocupações diárias, ocasionando também com que ele se movimente menos, alterando assim seu estilo de vida. (HARADA, PEDREIRA, VIANA, 2012).

Os baixos índices de prática de atividades físicas pela população vêm despertando em todo o mundo, uma preocupação em desenvolver programas e estratégias que estimulem os sujeitos a incluírem na sua rotina diárias alguma prática de atividade física, tornando-se assim um sujeito ativo. Estudos vêm a revelar que a prática regular de atividade física, é um mecanismo importante no enfrentamento e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, que são doenças sem envolvimento de agente infeccioso para sua ocorrência. (NETTO, 2014).

Ao observar esta realidade, os profissionais da saúde chegaram a concordar que existe uma ligação entre os hábitos ativos de vida, excelente vitalidade e boa qualidade de vida; pois as chances de surgirem doenças crônico-degenerativas por falta da prática de atividade física, é muito sabida, e para isto é relevante a propagação de realizar-se habitualmente atividade física sob a orientação de um profissional de educação física, o que

trará benefícios para a saúde pública, reduzindo despesas com intervenções e internações hospitalares. (CONFEEF, 2010).

Seguindo este pensamento, Gomes (2012), diz que no Brasil vem se dando uma grande ênfase na criação de programas para promoção da saúde, aos quais devem se utilizar da atividade física como um meio de intermediar os sujeitos na realização dessas, nos diferentes ambientes, em especial na Atenção Básica de Saúde. Pois a oferta da atividade física neste ambiente, são formas estratégicas, devidos este serem a porta de entrada da área da saúde, em que foi criado para oferecer meios de prevenção e promoção da saúde aos cidadãos, com vista a focar em grupos mais vulneráveis, por serem inativos fisicamente. Existem algumas barreiras a serem enfrentadas, para que realmente isso ocorra, como a falta de segurança nos bairros, que os profissionais da unidade se envolvam mais com a causa, usuários tenham e procurem mais informações a respeito, local adequado e condições para se realizar as atividades neste ambiente.

Luz (2007), nos relata que cresce a cada dia a convicção da população brasileira sobre a relevância da prática de atividade física, não se referindo à cultura do corpo e/ou forma física, mas o conhecimento social de que muitas das doenças e mortes podem ser diminuídas, só necessitando que o sujeito realize algumas atividades regulares, como também a situação agradável de prazer, alegria, etc., que a realização dessas atividades em grupo proporciona aos praticantes, trazendo uma melhor expansão da qualidade de vida.

Já Netto (2014), nos mostra que desde tempos atrás que o ministério da saúde já vem se preocupando com a falta da prática de atividade física pela população, e como forma de combater isso vem promovendo discussões e planos de ação, afim de inserir a atividade física no Sistema Único de Saúde, pois podemos ver através de várias iniciativas, como a Política Nacional de Promoção a Saúde em 2006 e em 2008 a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, onde as possibilidades de intervenções por meio da temática Práticas Corporais/atividade Física.

As práticas corporais/atividades físicas são descritas pela Política Nacional de Promoção a Saúde, como manifestação individual ou do grupo, em relação ao movimento do corpo, que surgiram do conhecimento e da experiência em jogos, dança, esporte, lutas e da ginástica, como possibilidades do cidadão sistematizar suas escolhas nos meios de relacionar-se com o corpo e movimento, e assim sejam entendidas com benéficas à saúde individual e coletiva, como podem também ser incluídas as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas e as caminhadas. (BRASIL, 2006).

O Confef (2010), nos diz que as atividades ou exercícios físicos e as práticas corporais, devem enfatizar em atividades que incluam toda a comunidade, não apenas a considerada saudável, também os sujeitos que possuem algum problema de saúde ou uma grande exposição para adquirir alguma doença. E assim os profissionais de Educação Física em conjunto com a população e os profissionais da ESF, reconheçam as atividades, métodos e aplicação a serem utilizadas para cada área abrangida pelo programa de saúde.

Silva (2016) nos mostra que desde o século XIX, a educação física já tinha ligação com a saúde aqui no Brasil, isso quando ela, a educação física, ainda não era entendida como uma disciplina escolar ou área de conhecimento, mais já se via como forma de cuidados da higiene, à puericultura e mais geral como um meio de condicionamento físico, neste período na capital do Brasil, que era o Rio de Janeiro, estava ocorrendo várias epidemias de doenças, ocasionando preocupações com a saúde, e assim começam o estímulo para o aperfeiçoamento dos médicos, para isto era necessário que eles obtivessem o título de doutor, através da apresentação de tese na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, algumas dessa teses tiveram a Educação Física como objeto de estudo, o que acabou por tornar os médicos os detentores do conhecimento científico que comprovam a atividade física como promotora de saúde e processo de desenvolvimento favorável para os cidadãos e militares. (SILVA, MELO, 2011).

Nos últimos anos percebeu-se que os exercícios físicos estão se tornando uma das táticas que mais cresceu nas Unidades de Saúde sob a orientação do Profissional de Educação Física, isto está relacionado às políticas públicas que beneficiam as ações para mudar o estilo de vida, por ser considerado uma das razões para melhorar a qualidade de vida. (GONÇALVES, 2013).

E foi sobre o posicionamento, ao qual o profissional de educação física pode atuar em diversas áreas da saúde, não só no NASF, mais também no Centro de Referências Especializado de Assistência Social e no Centro de Atenção Psicossocial, dentre outros locais, que a partir de 2011 por meio da portaria Nº 719, ampliou-se os locais de atuação com a criação do Programa Academia da Saúde, que veio objetivando executar em locais públicos com infraestruturas e profissionais para realizar orientações para a população de atividades físicas e um estilo de vida saudável, sendo estas ações coordenadas por equipes do NASF. (SILVA, 2016).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL

Esta pesquisa caracteriza-se por ser um estudo de campo de caráter quantitativo, descritivo (PRODANOV, 2013). As pesquisas de campo são caracterizadas pela observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que presumimos relevantes, para analisá-los. (PRODANOV, 2013).

Nosso estudo concentra-se na análise das atividades relacionadas às estratégias utilizadas para a promoção da saúde pelo núcleo ampliado de saúde da família do município de Icó-CE. Para isso, produzimos um questionário em escala tipo *Likert*, inspirado nos estudos de (PÍCOLI, et al. (2017); VIEIRA, DALMORO (2008); KLEIN, et al., (2017). A escala Likert ou escala de Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação. Esta escala tem seu nome devido à publicação de um relatório explicando seu uso por Rensis Likert. O questionário contém 40 questões que versam sobre três temáticas principais, sendo: 13 de Atenção Básica; 16 sobre Atividades do NASF, 11 sobre a Educação em Saúde.

Os questionários estão numa escala de 01 à 04, sendo que quanto maior o resultado atribuído, mais eficazes são as ações trabalhadas pelo NASF.

Avaliamos a consistência interna das sessões da escala, através do Coeficiente de Alfa de Cronbach. Esta é uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário. Ele mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente  $\alpha$  (alpha) é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição.

Deste modo, realizamos logo após a análise descritiva de cada sessão, realizado ao final intercruzamento de sessões, na intenção de compreender o todo. A tabulação dos resultados foi feita através do programa *microsoft excel 2016*.

Os riscos que os participantes desta pesquisa se configuram decorrer desta pesquisa em: cansaço, em função do tempo em responder o questionário; entretanto, tais riscos serão amenizados com pausas, retomadas em outro horário/dia, caso deseje o participante.

Os participantes desta pesquisa serão beneficiados, via reflexão crítica da sua ação no NASF, isto é, mesmo sem ter como pretensão a formação direta dos profissionais, esta pesquisa oportuniza pensar e refletir, identificando possíveis fragilidades e potencializando as práticas desenvolvidas pelos profissionais.

### 3.2. LÓCUS DA PESQUISA, POULAÇÃO E AMOSTRA

Nossa pesquisa foi realizada no Núcleo de Ampliado de Saúde da Família do município de Icó-CE, o NASF I está localizado na Rua São José, nº 2015, centro do Icó/CE, e o NASF II na Rua São José, nº 115, centro do Icó/CE. O NASF em Icó foi credenciado pela PORTARIA Nº 1.616, DE 6 DE AGOSTO DE 2008, desde a sua implantação houve alterações em sua equipe, bem como na sua estrutura e funcionamento.

Atualmente o NASF, conta com duas equipes, que atendem à todas as unidades básicas de saúde, distribuídas pela zona urbana e rural. Ao todo são 12 profissionais divididos em duas equipes, assim denominadas: NASF I, formada por: Terapeuta ocupacional, Fisioterapeuta, Professor de Educação Física, Assistente Social, Nutricionista e Psicólogo. Já o NASF II é formado por: Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Professor de Educação Física, Assistente Social, Nutricionista e Psicólogo.

Vale ressaltar que todos os profissionais mencionados responderam nossos questionário.

### 3.3. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.

Será garantido o esclarecimento, a livre participação e o direito do participante de se retirar da pesquisa em qualquer momento. Para isso, o participante deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Estes por sua vez serão submetidos riscos mínimos, como constrangimento e desconforto durante o processo de intervenção, para isso o processo poderá ser pausado, cancelado e retomado quantas vezes forem necessárias.

Não há custos por parte dos participantes e qualquer gasto ou dano deverá ser indenizado pelos pesquisadores, caso comprovado em esfera judicial. Os participantes se beneficiarão com os processos de formação continuada e conseqüentemente na melhoria da sua atividade. Todas as informações obtidas serão publicadas em livros, artigos, exposições, entre outros e armazenadas por 5 anos em arquivos, mídias digitais e computador com acessos restrito aos pesquisadores.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

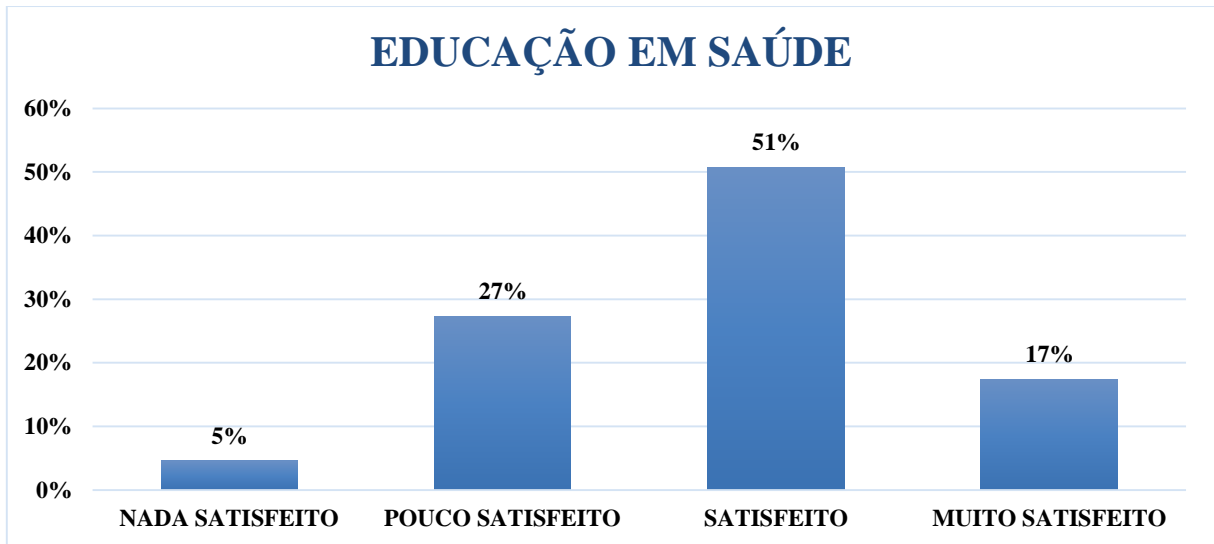
A educação em saúde é entendida como uma interação entre sujeitos, no qual se objetiva juntar forças e incentivos para transformações, seja para se adequar a uma nova realidade, ações e/ou costumes. A educação em saúde também é uma área de atuação de diversos profissionais de saúde, mas trata-se de um campo de conhecimento em que poucos têm o domínio necessário para sua realização de forma significativa, pois muitos são os estudos que revelam que sua oferta é feita como uma simples transmissão de conhecimentos, esquecendo-se do sujeito, da história, cultura e valores dos mesmos. (SOUZA, HORTA, 2012).

O gráfico 01 abrange a síntese dos resultados obtidos no tópico que trata sobre as propostas em Educação em Saúde dentro do NASF e com os profissionais da Atenção Básica, este analisou seus níveis de satisfação e insatisfação quanto a estas propostas e desenvolvimento.

Já neste tópico do questionário, a nossa finalidade era reconhecer os quão satisfeitos estes profissionais estão no que diz respeito às propostas em Educação em Saúde dentro do NASF como também o desenvolvimento desta em conjunto com os demais profissionais da área da saúde na Atenção Básica. Para chegamos aos achados, realizou-se 11 perguntas, das quais indagou-se sobre seus níveis de satisfação/insatisfação no que tange: Quanto ao desenvolvimento de atividades físicas e práticas corporais; Quanto a transmissão de informações no que se refere à prevenção, minimização dos riscos e à proteção a vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado; Quanto à criação de espaços de inclusão social e de educação permanente (grupo de atividade física/práticas corporais, nutrição e saúde, apoio psicológico, dentre outros); Quanto à articulação de ações de forma integrada às ESF's, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública; Quanto à utilização dos espaços públicos como proposta de inclusão social e educação em saúde; Quanto à capacitação (realizada pela equipe do NASF) de profissionais e agentes de comunitários de saúde - ACS, para atuarem como facilitador-monitor nas comunidades; Quanto à promoção de eventos que estimulem a participação da população na construção de um projeto de saúde pública; Quanto ao processo de educação com os sujeitos durante o atendimento individualizado; Quanto à construção de programas em

educação em saúde; Quanto as propostas de Educação Permanente, referente ao seu cargo; Quanto as propostas de Educação Permanente, referente ao cargo dos demais.

### GRÁFICO 01: SATISFAÇÃO QUANTO AOS ASPECTOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE



FONTE: Dados da pesquisa (2018).

Como podemos observar no gráfico 01, que apresenta uma síntese geral sobre propostas em Educação em Saúde dentro do NASF e com as demais áreas da saúde na Atenção Básica, o objetivo aqui no questionário foi avaliar o nível de satisfação quanto a estas propostas e desenvolvimento das mesmas. Assim considerando os dados, constata-se que 68% dos profissionais estão Satisfeito ou Muito Satisfeito, onde 17% das resposta apontam que estes profissionais estão Muito Satisfeito e 51% dizem estarem Satisfeito. O que mostra que as propostas e desenvolvimento estão progredindo de forma minimamente esperada pelos mesmo. Mas em contra partida 32% destes demonstraram Insatisfação quanto a estas propostas e desenvolvimento, encontrando 27% Pouco Satisfeito e 5% Nada Satisfeito. Isto nos diz que ainda existe algumas dificuldades a serem superadas quanto as propostas de Educação em Saúde e seu desenvolvimento.

Através desses dados, procuramos evidenciar as potencialidades quanto às propostas em Educação em Saúde dentro do NASF e com as outras áreas da Atenção Básica, mostrados pelo gráfico acima, destacamos 3 itens que obtiveram boa avaliação pelos profissionais, fixando-se assim como processo que merecem ser explorados na relação de trabalho, assim sendo, definimos os seguintes itens: “Quanto ao desenvolvem de atividades físicas e práticas corporais.”; “Quanto à transmissão de informações no que se refere à prevenção, minimização dos riscos e à proteção a vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado.” e “Quanto ao



processo de educação com os sujeitos durante o atendimento individualizado”. Conforme descrito na tabela 01 abaixo.

A tabela abaixo, contém três perguntas que ao serem investigadas e tabuladas, mostraram um bom índice de Satisfação quanto ao tema. A pergunta que versa sobre o desenvolvimento de atividades físicas e práticas corporais, foi a que teve a melhor aceitação onde 50% das respostas foram Muito Satisfeito, 41,7% Satisfeito e apenas 8,3% relataram Insatisfação quanto a esta proposta, respondendo estar Pouco Satisfeito. Já as perguntas **Quanto à transmissão de informações no que se refere à prevenção, minimização dos riscos e à proteção a vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado** e **Quanto a transmissão de informações no que se refere à prevenção, minimização dos riscos e à proteção a vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado**, obtiveram resultados idênticos, com respostas apenas nos quesitos Satisfeito (83,3%) e Muito Satisfeito (16,7%).

**TABELA 01: ITENS QUE MELHOR SE DESTACARAM QUANTO O NÍVEL DE SATISFAÇÃO.**

<b>PERGUNTAS</b>	<b>NADA SATISFEITO</b>	<b>POUCO SATISFEITO</b>	<b>SATISFEITO</b>	<b>MUITO SATISFEITO</b>
<b>Quanto ao desenvolvem de atividades físicas e práticas corporais.</b>	<b>0,0%</b>	<b>8,3%</b>	<b>41,7%</b>	<b>50,0%</b>
<b>Quanto a transmissão de informações no que se refere à prevenção, minimização dos riscos e à proteção a vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado.</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>83,3%</b>	<b>16,7%</b>
<b>Quanto ao processo de educação com os sujeitos durante o atendimento individualizado.</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>83,3%</b>	<b>16,7%</b>

**FONTE: Dados da pesquisa (2018).**

Assim a pesquisa de Mallmann, et al. (2015), vem a contribuir aos achados. Ele ao realizar um estudo de revisão integrativa que objetivou identificar as evidências científicas sobre as ações educativas em saúde voltadas à promoção da saúde do idoso vem afirmar que a atividade física utilizada nesta proposta, traz resultados positivos, devido a interação entre atividade física, vida social e saúde mental, isto proporciona aos idosos interagir com os demais indivíduos, o encoraja as atividades mentais por meio da participação ativa, e isto ocasiona diversos benefícios, para as suas práticas diárias, bem-estar emocional, impactando na sua percepção da qualidade de vida.

Janini, Bessler, Vargas, (2015), realizou um estudo sobre a Educação em Saúde na promoção de saúde para idosos, que foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro, e teve como amostra 83 idosos atendidos na instituição. Nos seus achados eles afirmam que a oferta de atividades físicas na UBS, demonstra uma tentativa efetiva para garantir a promoção da saúde aos idosos atendidos, e é visto como um excelente método, pois observou-se um grande aderência dos usuários. E ainda confirmam que esta proposta não tem impedimento financeiro, pois independente de idade e de condição socioeconômica, esta pratica é acessível a eles e ainda avança a socialização e integração social.

Andrade, et al. (2013), ao realizar sua pesquisa numa cidade do Extremo Sul de Santa Catarina, sobre como são planejadas as ações de Educação em Saúde pela a equipe multiprofissional dentro da ESF, comprova que a Educação em Saúde vem a propiciar uma renovação da realidade, conscientizando o sujeito de forma crítica, entendendo-o como um processo contínuo de interação, na qual a conduta de ouvir e estar aberto para o saber do outro, traz a garantia de construir o conhecimento de forma compartilhada e também diferentes métodos de cuidado à partir desta construção.

Salci et al. (2013), em sua investigação sobre Educação em Saúde, cita como uma estratégia a ser usada para o desenvolvimento da mesma, “O Círculo de Cultura” de Paulo Freire. Onde as atividades se desenvolvem com a reunião dos sujeitos, para debater temas sobre os problemas relacionados à saúde, encarados nos seus cotidianos. Círculo de Cultura se trata de um termo utilizado para retratar um ambiente dinâmico para se aprender e trocar conhecimentos. Este método é visto como uma tática forte de comunicação horizontal, posto que o compartilhamento dos conhecimentos e experiências em uma linguagem acessível a todos, irá trazer contribuições para uma melhor escolha em para qual método se utilizar para intervir eficaz e efetivamente no problema abordado nas reuniões.

Inteirado das perguntas que manifestaram entre os profissionais dos NASF, com bons índices de satisfação, também se faz necessário debater alguns itens que conforme as tabulações dos dados demonstraram um grau de Insatisfação elevado. Destacamos três perguntas, das quais podemos verificar as principais dificuldades encontradas pelos profissionais, situando-se nos principais itens: “Quanto à capacitação (realizada pela equipe do NASF) de profissionais e agentes de comunitários de saúde - ACS, para atuarem como facilitador-monitor nas comunidades”; “Quanto às propostas de Educação Permanente, referente ao seu cargo” e “Quanto às propostas de Educação Permanente, referente ao cargo dos demais.”. Assim na tabela 02, iremos investigar os seus resultados.

Ao analisar os dados abaixo vemos que o item **“Quanto à capacitação (realizada pela equipe do NASF) de profissionais e agentes de comunitários de saúde - ACS, para atuarem como facilitador-monitor nas comunidades”** obteve 41,7% das respostas dos entrevistados como Insatisfeito quanto ao desenvolvimento da capacitação dos Agentes Comunitários e de outros profissionais para serem facilitadores nas comunidades, sendo 33,3% Pouco Satisfeito e 8,4% Nada Satisfeito. Os itens que abordaram sobre as propostas de Educação Permanente tanto referente ao seu cargo como aos demais cargos dos profissionais do NASF coincidentemente também estão entre os itens com baixos índices de satisfação, onde o item **“Quanto às propostas de Educação Permanente, referente ao seu cargo”** descreve 66,7% destes profissionais dizem estarem Insatisfeitos referente a esta proposta ao seu cargo, em que 50% disseram que estão Pouco Satisfeito e 16,7% Nada Satisfeito, só 33,3% demonstraram satisfação. Já o item **“Quanto às propostas de Educação Permanente, referente ao cargo dos demais”** evidencia que 41,7% das respostas dadas, mostraram satisfação, e 58,3% dos entrevistados declaram Insatisfação quanto as Propostas de Educação Permanente referente ao cargo dos outros profissionais.

**TABELA 02: ITENS COM ÍNDICE DE INSATISFAÇÃO ELEVADO, QUANTO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.**

<b>PERGUNTAS</b>	<b>NADA SATISFEITO</b>	<b>POUCO SATISFEITO</b>	<b>SATISFEITO</b>	<b>MUITO SATISFEITO</b>
<b>Quanto à capacitação (realizada pela equipe do NASF) de profissionais e agentes de comunitários de saúde - ACS, para atuarem como facilitador-monitor nas comunidades.</b>	<b>8,4%</b>	<b>33,3%</b>	<b>50,0%</b>	<b>8,3%</b>
<b>Quanto as propostas de Educação Permanente, referente ao seu cargo.</b>	<b>16,7%</b>	<b>50,0%</b>	<b>33,3%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Quanto as propostas de Educação Permanente, referente ao cargo dos demais.</b>	<b>16,6%</b>	<b>41,7%</b>	<b>41,7%</b>	<b>0,0%</b>

FONTE: Dados da pesquisa (2018).

Júnior e Moreira (2017), em um estudo com a finalidade de compreender e analisar, como os processos de educação permanente são vivenciados pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das Equipes de Saúde da Família, buscou também compreender como o apoio matricial, como estratégia de educação permanente, estava incorporado ao trabalho desses profissionais. Afirmam que a Educação Permanente é

caracterizada pelo método de ensino e aprendizagem, onde se aprende durante o processo de ensino, tornando-os indissociáveis, devem ser incorporados no dia-a-dia e na interação dos profissionais da saúde, pois estas ações dentro do contexto da Atenção Básica são essenciais e devem estar embasadas num processo educativo, que proporcione maior capacidade para análise, intervenção e autonomia. E dentro desta concepção o Apoio Matricial se apresenta como um mecanismo privilegiado em Educação Permanente e importante recurso, este está pautado nas ações interprofissionais, trabalho em redes, atuação em território definido, etc., e além de tudo isto ainda demonstra componente educador e formativo, criando espaços para discussões, reflexões e troca de saberes.

Nesta mesma pesquisa os autores constataram algumas fragilidades na dimensão pedagógica do trabalho do NASF, onde destacou-se a pouca atuação destes em atividades de educação permanente em saúde com os demais profissionais das equipes de Saúde da Família, sendo esta situação relatada, por alguns profissionais tanto do NASF como da Atenção Básica. Em outra entrevista, o participante, revela que o motivos desta fragilidade para a atuação pedagógica dos Profissionais do NASF é a formação ineficiente, em que muitas das vezes falta domínio sobre determinado aspecto de seu trabalho, ocasionando insegurança para promover essas ações educativas. (idem, 2017).

Andrade, et al. (2013), num estudo sobre Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, onde objetivou identificar como essas ações são planejadas por esta equipe. Ele diz que são evidenciados muitos desafios no cotidiano de trabalho no PSF, dentre eles, a realização de capacitações dos profissionais da saúde, despertando uma atenção especial, em virtude de que o conhecimento, as habilidades e atitudes vinculados à realização de uma prática comprometida de forma ética e social, é a base para o desenvolvimento da qualidade do serviço ofertado a população.

#### 4.2 O NASF E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO BÁSICA

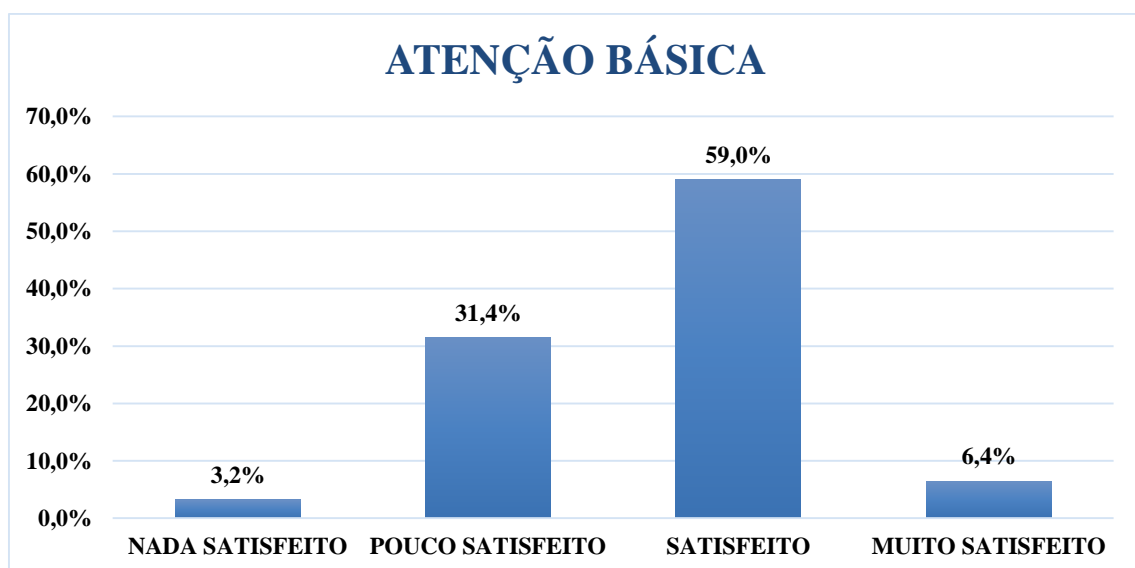
Na década de 1970, ampliou-se discussão no Brasil sobre as políticas públicas de saúde e recursos humanos, para que observasse o delineamento da necessidade de serviços de saúde dos sujeitos. Neste cenário destacou-se um grande número de funcionários com nível superior de ensino na área da saúde, em especial os médicos. Concomitante a este cenário surge diversas críticas ao modelo adotado, que tinha predominância de técnicas curativas, pautadas no conceito de saúde que tinha como foco a relação saúde-doença, entretanto, neste

mesmo período e com isto teve início o estímulo para a atuação multiprofissional nos serviços de saúde. (ANJOS FILHO, SOUSA, 2017).

O gráfico 02 apresentado abaixo traz a síntese dos resultados obtidos no tópico que versava sobre a relação NASF e Atenção Básica (AB), o qual tratou de analisar como se desenvolve as relações de trabalho dos Profissionais do NASF em conjunto com os demais Profissionais da Atenção Básica.

Neste tópico do questionário, foram realizadas 12 perguntas, as quais tinham como intuito verificar o nível de satisfação dos profissionais: Quanto aos recursos/materiais permanentes e de uso disponibilizado pela Atenção Básica; Quanto às atividades de planejamentos com a UBS; Quanto aos processos de formação continuada. (cursos de longa e curta duração, oficinas, palestras, dentre outros); Quanto a Integração NASF - Atenção Básica; Quanto às propostas de Educação Permanente; Quanto ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, no que se refere à integração NASF e profissionais da Atenção Básica; Quanto às instalações para atendimento no NASF; Quanto ao acompanhamento da produtividade/ atividades desenvolvidas pelo NASF; Quanto ao desenvolvimento de ações em rede (saúde mental, assistência social, educação, dentre outros); Quanto à construção de grupos de acolhimento; Quanto a realização de atendimentos compartilhados com outros profissionais da Atenção Básica; Quanto à construção de Projetos Terapêuticos Singulares com outros profissionais da Atenção Básica; Quanto às consultas/atendimento compartilhadas com outros profissionais da ESF.

### GRÁFICO 02: RELAÇÃO NASF E ATENÇÃO BÁSICA



FONTE: Dados da pesquisa (2018).

Como podemos observar, o gráfico 02 revela uma síntese geral que mostra o objetivo nesta parte do questionário de avaliar o nível de satisfação dos profissionais do NASF com os profissionais da Atenção Básica. Ao qual ao analisar os dados pode-se constatar que os 65,4% dos profissionais entrevistados encontram-se com nível de satisfação elevados, pois, 59% dos entrevistados demonstraram satisfação com a relação estabelecidas entre NASF e AB, enquanto 6,4%, apresentaram nível de muita satisfação. Isso indica que os trabalhos realizados pelos setores estão interligados, revelando assim condições mínimas de integração. Entretanto, é necessário dá atenção aos dados que apontam para dificuldades nas relações, isto é, 35% dos profissionais demonstram baixa satisfação com o vínculo estabelecido, sendo que 3% respondem que estão nada satisfeitos e 31% pouco satisfeitos, o que indica a necessidade de processos de continuidade e de uma relação mais processual com os profissionais.

No intuito de focalizar as potencialidades da relação entre AB e NASF, mostrados pelo gráfico acima, destacamos 3 itens que obtiveram melhor avaliação pelos profissionais, fixando-se assim como processo que merecem ser explorados na relação de trabalho, assim sendo, definimos os seguintes itens: Quanto a Integração NASF - Atenção Básica; Quanto ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, no que se refere à integração NASF e profissionais da Atenção Básica; e Quanto às consultas/atendimento compartilhadas com outros profissionais da ESF. Conforme demonstrado na tabela 03.

**TABELA 03. ITENS COM MELHOR AVALIAÇÃO NA RELAÇÃO NASF E AB**

<b>PERGUNTAS</b>	<b>NADA SATISFEITO</b>	<b>POUCO SATISFEITO</b>	<b>SATISFEITO</b>	<b>MUITO SATISFEITO</b>
<b>Quanto a Integração NASF - Atenção Básica.</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>83,3%</b>	<b>16,7%</b>
<b>Quanto ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, no que se refere à integração NASF e profissionais da Atenção Básica.</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>91,7%</b>	<b>8,3%</b>
<b>Quanto às consultas/atendimento compartilhadas com outros profissionais da ESF.</b>	<b>0,0%</b>	<b>8,3%</b>	<b>75%</b>	<b>16,7%</b>

FONTE: Dados da pesquisa (2018).

Analisando de forma sucinta os itens da tabela percebe-se que o item “**Quanto a Integração NASF - Atenção Básica**” demonstrou avaliações apenas nos quesitos Satisfeito

(83,3%) e Muito Satisfeito (16,7%), o item **“Quanto ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, no que se refere à integração NASF e profissionais da Atenção Básica”**, também só houveram avaliações nos quesitos Satisfeito e Muito Satisfeito, e de acordo com os dados expostos houve uma maior prevalência de 91,7% do quesito Satisfeito e 8,3% Muito Satisfeito, já o item **“Quanto às consultas/atendimento compartilhadas com outros profissionais da ESF”** teve quantificação no quesito Pouco Satisfeito (8,3%), Satisfeito (75%) e Muito Satisfeito (16,7%). Ao fim da observação da tabela 03, vemos uma grande prevalência do quesito Satisfeito, em ambos os itens, o que vem nos mostrar que os profissionais do NASF percebem estes quesitos com uma melhor satisfação.

Sobre o trabalho em equipe, Araújo e Rocha (2007), afirmam que este tem como princípio, trazer resultados satisfatórios sobre as diferentes formas que afeta o processos saúde-doença, mostrando que a interdisciplinaridade presume alternativas para a prática do um profissional, no qual os profissionais tem a possibilidade de organizar e reorganizar nas atividades dos outros, onde ambos se transformam para intervirem no meio ao qual estão inseridos, compartilhando conhecimentos e saberes próprios de sua profissão no que se refere à uma projeto de saúde pública e coletiva.

Assim sendo, o trabalho em equipe tem modificado as perspectivas sobre saúde-doença. E a expectativa dos profissionais se aperfeiçoarem com práticas realizadas em equipe, com um efeito mútuo, é uma das hipóteses das práticas interdisciplinares, cuja finalidade e uma efetiva mediação no contexto de atuação. Ou seja, essa prática integrada traz uma soma de visões dos diversos profissionais que compõem o efetivo de funcionários no estabelecimento de saúde. (ANJOS FILHO, SOUSA, 2017).

Pereira (2011), em seu estudo, nos chama a atenção, para observar que na relação entre os profissionais de equipes multiprofissionais, não está livre da ocorrência de desentendimentos e comparações, mas que essas situações não devem ser encaradas como algo ruim, como também eliminada, e sim devem ser vistas e consideradas como uma oportunidade de adquirir conhecimento, de ressignificação e de troca.

Souza, *et al.* (2013), chegou a concluir em seu estudo sobre a percepção que os usuários do sistema de saúde tinha a respeito do trabalho multiprofissional, constatou-se, neste caso, que o trabalho multiprofissional tem um impacto relevante na atenção primária à saúde, sob a ótica dos usuários, isto porque é um método pioneiro que o Sistema Único de Saúde trouxe. Diz também que deve ocorrer o fortalecimento destas praticas, para que haja um melhor atendimento ao indivíduo e o aumento nas ações educativas.

Visto os itens com melhor desempenho, temos ciência que é necessário mostrar as fragilidades que nascem da e na relação NASF e AB, por isso, analisaremos de forma separada alguns itens, que obtiveram baixos índices de satisfação, nos quais podemos verificar as principais dificuldades encontradas pelos profissionais, situando-se nos principais itens: “Quanto aos processos de formação continuada (cursos de longa e curta duração, oficinas, palestras, dentre outros)”;

“Quanto às propostas de Educação Permanente” e “Quanto à construção de grupos de acolhimento”.

**TABELA 04: ITENS COM BAIXA AVALIAÇÃO**

PERGUNTAS	NADA SATISFEITO	POUCO SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
Quanto aos processos de formação continuada (cursos de longa e curta duração, oficinas, palestras, dentre outros).	33,3%	50,0%	16,7%	0,0%
Quanto às propostas de Educação Permanente.	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%
Quanto à construção de grupos de acolhimento.	8,3%	50,0%	41,7%	0,0%

FONTE: Dados da pesquisa (2018).

Conforme as informações expostas na tabela 04 vimos que o item **“Quanto aos processos de formação continuada (cursos de longa e curta duração, oficinas, palestras, dentre outros)”**, apresentou um resultado alto no quesito Pouco Satisfeito (50%), seguido pelo quesito Nada Satisfeito (33,3%) e apenas 16,7% disseram esta satisfeito nesta pergunta. O item **“Quanto às propostas de Educação Permanente”**, mostra uma maior incidência de profissionais que responderam estar Pouco Satisfeito (66,7%) enquanto apenas 33,3% dizem esta satisfeito quanto a estas propostas. Já na pergunta sobre **a construção de grupos de acolhimento**, observa-se que mais de metade dos profissionais estão insatisfeitos, pois 50% deles disseram esta pouco satisfeito e 8,3% nada satisfeito, e apenas 41,7% destes estão satisfeitos quanto a construção destes grupos.

Rodrigues e Santos (2010), vem a colaborar com os achados, nos mostram em seu estudo, realizado através de uma revisão bibliográfica sobre a Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família, neste estudo ao qual chegaram a concluir, que os enfermeiros possuem uma grande dificuldade no desenvolvimento de atividades em Educação em Saúde, estes demonstram ainda praticas com o enfoque no gerenciamento do método saúde-doença,



que é a passagem de seus discernimentos em saúde para a população. Este método por sua vez apenas trabalha para mudar os hábitos da população, para determinado evento, e não considera a população com o seu contexto social ao qual está inserida. Aqui podemos falar da importância do NASF em somar ao setor da enfermagem trazendo outro enfoque que não o da informação pela informação.

Campos, Sena e Silva, (2017), ao realizarem um estudo de pesquisa bibliográfica sobre Educação Permanente na Área da Saúde, relatam que num estudo realizados com Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, estes destacaram a importância do fortalecimento da educação permanente para os seus processos de trabalho, percebendo a relevância desta na qualidade da assistência, mesmo diante de diversas dificuldades. Demonstaram de igual forma que está foi capaz de proporcionar mudanças nos seus métodos de trabalho, possibilitando a formação crítica e reflexiva destes, encorajando-os para a participação social como também aproximando-os dos assuntos locais de saúde, servindo de certo modos para as práticas avaliativas.

Garuzi, *et al.*,(2014) mostra evidências de que o acolhimento, mesmo trazendo novos métodos tecno-assistenciais e propostas para transpor o modelo hegemônico da saúde, mostra que os profissionais da Estratégia Saúde da Família, tem um formação que sustenta ainda para as ações curativas, fragmentadas, mecanizadas, médico-centradas, o que traz como consequência um trabalho médico assistencial que se caracteriza pela divisão de especialidades e disciplinas.

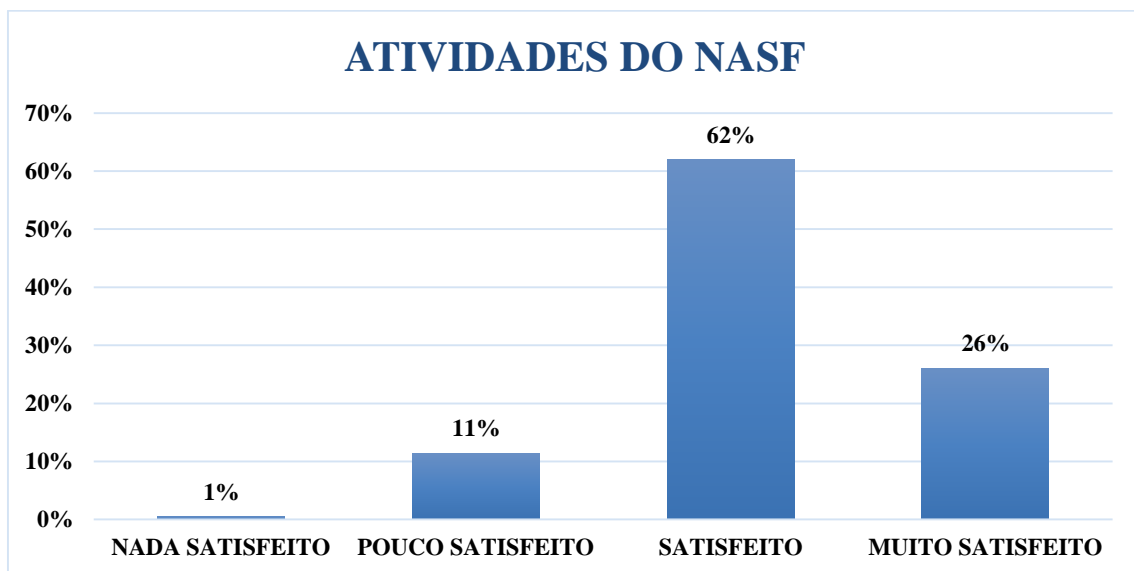
#### 4.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO NASF

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram implantados recentemente no Brasil, tendo como proposta dar suporte as equipes de saúde da família na concretização da rede de serviços e expandir a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica. Sua implantação revela a busca crescente pela integralidade da atenção e pela interdisciplinaridade das ações em saúde, visando à consolidação da Estratégia Saúde da Família. Desta forma, o objetivo do NASF é ampliar a abrangência das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços a partir da Atenção Básica.

O gráfico 03 exibido abaixo traz a síntese dos resultados obtidos no tópico que trata sobre as Atividades dentro do NASF, o qual tratou de analisar como se desenvolve as relações de trabalho em conjunto entre os Profissionais do NASF.

Nesta parte procuramos investigar as relações entre eles e do trabalho em grupos, aos quais os profissionais do NASF desenvolvem. Neste tópico foram realizadas 16 questões, das quais perguntou-se sobre seus níveis de satisfação sobre: Quanto a relações de trabalho com os colegas; Quanto à disposição dos colegas para auxiliar no desenvolvimento das atividades do NASF; Quanto a realização de atendimentos compartilhados com outros profissionais do NASF; Quanto à autonomia no desenvolvimento do trabalho; Quanto a relação com os usuários do sistema de saúde; Quanto a regularidade das ações individuais; Quanto a sua preparação para executar os atendimentos individuais; Quanto ao acompanhamento dos casos clínicos; Quanto ao retorno dos usuários; Quanto à resolutividade nos atendimentos individuais.; Quanto ao planejamento coletivo das ações; Quanto ao desenvolvimento de temáticas sugeridas pelo Ministério da Saúde; Quanto à construção de grupos (gestante, tabagismo, adolescentes, dentre outros); Quanto à continuidade das Ações; Quanto à construção de Projetos Terapêuticos Singulares com a equipe do NASF; Quanto às consultas/atendimento compartilhadas com outros profissionais do NASF.

**GRAFICO 03 – SÍNTESE DA SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO NASF**



**FONTE: Dados da pesquisa (2018).**

Como podemos observar, no gráfico, é retratado uma síntese geral sobre a relação entre os profissionais do NASF, o objetivo nesta parte do questionário foi avaliar o nível de satisfação dos profissionais do NASF na vinculação com os demais profissionais do NASF. Ao qual ao analisar os dados pode-se constatar que os 88% dos profissionais entrevistados encontram-se com nível de satisfação elevado, pois, 62% dos entrevistados relataram estarem

satisfeitos com as relações estabelecidas entre eles do NASF, enquanto 26% apresentaram nível de muita satisfação. Isso indica que os trabalhos realizados pelos profissionais estão interligados, revelando uma condição boa de integração. Entretanto, é necessário dá atenção aos dados que apontam para dificuldades nas relações, isto é, 12% destes profissionais demonstram baixa satisfação com o vínculo estabelecido, sendo que 1% respondeu que está nada satisfeitos e 11% pouco satisfeitos, o que indica a necessidade de processos de continuidade e de uma relação mais processual com os profissionais.

Visto isso, com proposito de evidenciar as potencialidades da relação entre os profissionais do NASF, mostrados pelo gráfico acima, destacamos 3 itens que obtiveram melhor avaliação pelos profissionais, fixando-se assim como processo que merecem ser explorados na relação de trabalho, assim sendo, definimos os seguintes itens: Quanto a relações de trabalho com os colegas; Quanto à disposição dos colegas para auxiliar no desenvolvimento das atividades do NASF e Quanto a realização de atendimentos compartilhados com outros profissionais do NASF.

**TABELA 05: ITENS COM MAIOR ÍNDICES DE SATISFAÇÃO NA RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DO NASF.**

<b>PERGUNTAS</b>	<b>NADA SATISFEITO</b>	<b>POUCO SATISFEITO</b>	<b>SATISFEITO</b>	<b>MUITO SATISFEITO</b>
<b>Quanto a relações de trabalho com os colegas.</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>41,7%</b>	<b>58,3%</b>
<b>Quanto à disposição dos colegas para auxiliar no desenvolvimento das atividades do NASF.</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>33,3%</b>	<b>66,7%</b>
<b>Quanto a realização de atendimentos compartilhados com outros profissionais do NASF.</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>

**FONTE: Dados da pesquisa (2018).**

A tabela 05, expõem informações sobre os itens que de acordo com a análise apresentaram bons índices de Satisfação. Onde percebe-se na pergunta “Quanto a relações de trabalho com os colegas”, revelou um resultado alto no quesito Muito Satisfeito (58,3%) e o quesito Satisfeito (41,7%). O item “Quanto à disposição dos colegas para auxiliar no desenvolvimento das atividades do NASF”, mostra também uma grande incidência de profissionais que responderam estar Muito Satisfeito (66,7%) enquanto apenas 33,3% dizem estar satisfeito quanto a estas propostas. Já na pergunta sobre “Quanto a realização de

atendimentos compartilhados com outros profissionais do NASF”, observa-se que houve uma divisão na avaliação dos profissionais, 50% estão Muito Satisfeito e 50% Satisfeito, em relação às consultas compartilhadas com os demais profissionais do NASF.

Em um estudo realizado por Silva, *et al.* (2012), com diversos profissionais da área da saúde, demonstrou-se que as atividades realizadas pelo NASF são entendidas como uma chance de ampliação para as diversas especialidades médicas, de enfermagem, dentre outras categorias profissionais na área da saúde. Isto conforme a proposta das Diretrizes Nacionais 15, que recomendam uma formação profissional capaz de atender e atuar na atenção primária a saúde, de acordo com as necessidades pautadas pelo SUS, mostram o NASF como um potencial espaço de ensino e de pesquisa.

Batista (2010), em seu estudo, no qual tratou sobre a importância de se articular a respeito dos vários conhecimentos profissionais prevalentemente nos Núcleos de Saúde da Família. Onde este tem como foco o desenvolvimento de estratégias para promover a saúde dos sujeitos, assim como, prevenir agravos e doenças. Chegou a concluir que existe uma necessidade da união de trabalhos em equipe com direcionamento para desenvolver-se interdisciplinarmente, a operacionalização do Núcleo de Apoio a Saúde da Família está ligado ao trabalho multidisciplinar, este método é relevante para o andamento da atenção básica à saúde, uma vez que o fracionamento das experiências profissionais torna-se um obstáculo para o desempenho de ações que visem à integralidade, e a percepção do usuário em sua totalidade.

Macedo (2007, p.34), afirma em sua pesquisa que:

[...]Este fenômeno sinaliza aspectos interessantes, quando se trata de discutir as melhorias das condições de trabalho na área, por diversas razões. Entre elas, podemos levantar que há muito tempo já se tem percepção de que a melhor forma de abordagem dos pacientes é o formato multiprofissional, em virtude da complexidade cada vez maior dos cuidados, pela possibilidade de se alcançar maior eficiência na abordagem à pessoa doente, pela fragmentação de tarefas na assistência, pela potência terapêutica que esses profissionais juntos podem alcançar.

Desde muitos anos que vem se propondo o trabalho em grupo nas áreas da saúde, devido as suas competências na aplicação e sistematização, que este processo traz consigo, onde propõem novas práticas para solucionar as adversidades, tornando possível a conversão de conhecimento em atitude. Assim Menezes e Avelino (2016), afirmam que os grupos revelam-se na forma de um contexto metodológico, onde permite a afirmação da concepção

do homem na sua integralidade, indo além do entendimento do processo saúde-doença, contribuindo para o aperfeiçoamento na formação em Saúde, tornando-a reflexiva, humanizada e integrada.

Ciente dos itens com melhor desempenho, temos consciência que também devemos mostrar as fragilidades que nascem desta relação entre os profissionais dentro do NASF, por isso, analisaremos de forma separada alguns itens, que obtiveram baixos índices de satisfação, nos quais podemos verificar as principais dificuldades encontradas pelos profissionais, situando-se nos principais itens: “Quanto à construção de Projetos Terapêuticos Singulares com a equipe do NASF.”; “Quanto à continuidade das Ações.” e “Quanto à construção de grupos (gestante, tabagismo, adolescentes, dentre outros)”. Assim iremos investigar os resultados na tabela 06.

**TABELA 06: ITENS COM NÍVEL DE INSATISFAÇÃO ALTO**

<b>PERGUNTAS</b>	<b>NADA SATISFEITO</b>	<b>POUCO SATISFEITO</b>	<b>SATISFEITO</b>	<b>MUITO SATISFEITO</b>
<b>Quanto à construção de grupos (gestante, tabagismo, adolescentes, dentre outros).</b>	<b>8,3%</b>	<b>33,3%</b>	<b>41,7%</b>	<b>16,7%</b>
<b>Quanto à continuidade das Ações.</b>	<b>0,0%</b>	<b>25,0%</b>	<b>66,7%</b>	<b>8,3%</b>
<b>Quanto à construção de Projetos Terapêuticos Singulares com a equipe do NASF.</b>	<b>0,0%</b>	<b>41,7%</b>	<b>58,3%</b>	<b>0,0%</b>

FONTE: Dados da pesquisa (2018).

Na investigação da tabela 06, constatamos algumas dificuldades encontradas pelos profissionais do NASF na relação interprofissional e desenvolvimento de atividades compartilhadas entre eles. Onde o item que abordou sobre a construção de grupos como: gestantes, tabagismo, adolescentes, entre outros, 58,4% (41,7% satisfeito e 16,7% muito satisfeito) dos entrevistados relataram estar satisfeito com relação a este item, sendo 33,3% demonstraram estar Pouco Satisfeito e 8,3% Nada Satisfeito. O item sobre a Continuidade das Ações, ao ser analisado as respostas, 25% declararam estar Pouco Satisfeito e 75% demonstraram estarem Satisfeitos. Já em relação aos Projetos Terapêuticos Singulares desenvolvidos em conjunto entre eles, constatamos que 41,7% das respostas, indica que eles estão Pouco Satisfeito, e 58,3% disseram estar Satisfeito em relação ao desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto com os outros profissionais. Mesmo esses itens

terem demonstrado índices de Satisfação maiores que Insatisfação, estes foram os que após análises dos dados da pesquisa incidiram com os mais baixos índices de Satisfação para os entrevistados.

Araújo e Galimberti (2013), afirma na sua pesquisa sobre “A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família”, que após análise das entrevistas, perceberam que existe um conflito muito grave dentro do NASF, o qual é expressada de diversa meios, provocando situações inconvenientes entre os profissionais, grupos e organização, tendo várias situações que as antecedes, como os recursos organizacionais limitados ou mal gerenciados. O acontecimento dessas situações cotidianamente, ira ocasionar nos profissionais sentimentos como de ansiedade e frustração, tornando a pratica colaborativa inviável, comprometendo assim a qualidade do cuidado.

Nascimento e Oliveira (2010) retratam em sua pesquisa sobre as dificuldades que os NASF's apresentam sobre os Projetos Terapêuticos Singulares e Projetos de Saúde no Território, onde afirma que devido o NASF ser um processo recente implantado, necessita de ajuste em locais para as reuniões, planejamento e discussões dos Projetos Terapêuticos que são compartilhados por toda a equipe, de modo a valida-los e significa-los sob o ponto de vista dos gestores, sob a forma de Projetos Terapêuticos de Saúde e Projetos de Saúde no Território.

O estudo supracitado, ainda, ratifica a existência da dificuldade do trabalho em equipe dentro do NASF, e aponta que deve haver uma revisão crítica sobre os processos educativos e formativos que acontecem nas Instituições de Ensino Superior, implicando assim para a efetivação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) nas graduações da área da saúde, que demandem a formação destes profissionais para o viés do sistema de saúde presente no país, que neste caso é o SUS, e tendo como base a atenção integral à saúde e o trabalho em equipe. (idem, 2010).

Silva et al (2012), em seu estudo intitulado “Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil”, desenvolveram uma pesquisa, sobre as questões de trabalho que poderiam proporcionar uma melhor compreensão da realidade e integração da proposta do NASF, como também para as necessidades que os profissionais e gestores percebem neste. E assim uma das dificuldades encontradas e descrita foi a formação dos profissionais não ser compatível para atender as dificuldades apresentadas pelo SUS, pois as propostas pedagógicas de ensino e distanciam deste serviço e não abrangem temas centrais como: acolhimento, vinculo, trabalho em equipe, dentre outros temas necessários para o NASF.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo, pôde-se compreender como as práticas de educação em saúde são planejadas, executadas e desenvolvidas pelos profissionais do NASF, nos dando também a possibilidade de refletir sobre processo de intervenção dos profissionais e a sua integração com a rede de atenção básica em saúde. Desde modo, tentaremos responder ao nosso questionamento inicial: *Como estão sendo trabalhadas as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF ?*

Nos três tópicos abordados no questionário, todos obtiveram bons níveis de satisfação quanto aos seus processos de desenvolvimento, onde ambos alcançaram níveis de Satisfação acima de 65%. Entretanto, mesmo com o alto índice de satisfação, é possível perceber fragilidades, as quais devem ser trabalhadas para o melhoramento do trabalho e da relação com a equipe.

Percebendo na relação NASF e AB uma boa integração, com um significativo índice de satisfação, com aproximadamente 66% das respostas na análise geral, e dentre os itens com melhor avaliação quanto ao nível de satisfação, o item “Quanto a Integração NAF-Atenção Básica” foi o que teve o melhor nível de satisfação com 16% das respostas como Muito Satisfeito. E dentre as dificuldades apontadas, de acordo as respostas dos entrevistados podemos dar ênfase aos processos de formação continuada, este teve o índice de Insatisfação mais alto em relação aos demais com quase 84% dos entrevistados relatando essa situação, sendo Nada Satisfeito (33,3%) e Pouco Satisfeito (50%).

No tópico que tange sobre as Atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF, que investigou as relações entre eles e do trabalho em grupos, aos quais profissionais desenvolvem. Os itens que abordava sobre a relação, disposição dos demais para auxiliar e os atendimentos compartilhados, se evidenciaram em relação aos demais, em que apresentaram no quesito Muito Satisfeito porcentagens acima dos 50%. Neste mesmo tópico os profissionais demonstraram uma grande insatisfação a respeito da construção de grupos (gestantes, tabagismo, adolescentes, etc.) e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, estes mostraram na análise dos dados níveis de Insatisfação próximo dos 42%.

Sobre o centro das nossas discussões, o eixo sobre Educação em Saúde, versava sobre as propostas em Educação em Saúde dentro do NASF e com as demais áreas da saúde na Atenção Básica. Trouxe numa análise sucinta, a comprovação que 68% destes estão satisfeito quanto essas propostas dentro do trabalho do NASF e Atenção Básica. O desenvolvimento de atividades físicas e práticas corporais, foi a que obteve um relevante resultado de satisfação

quanto as demais, angariando 50% das respostas no quesito Muito Satisfeito. E o principal *déficit* de acordo com a análise das respostas dadas, foi as propostas de Educação Permanente referente ao próprio cargo dentro do NASF, esta teve evidências de aproximadamente 67% de Insatisfação, em comparação as demais respostas.

Com isso, pesamos que os órgãos responsáveis pela saúde devam investir em processos que possibilitem a inclusão de políticas públicas de formação para os profissionais da saúde, tais como: cursos de atualização, especializações, cursos de curta e longa duração, por exemplo.

Assim chegamos a concluir que as Proposta de Educação em Saúde nos NASF's da cidade do Icó-CE, atendem em parte aos níveis de satisfação dos seus profissionais. Porém demonstram algumas fragilidades a serem mais bem analisadas e trabalhadas para se buscar soluções viáveis, e desta forma possa sana-las, para o seu perfeito funcionamento e atendimento a população da cidade de Icó-CE.



## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Ana Carolina Vieira de; SCHWALM, Magada Tessmann; CERETTA, Luciane Bisognin; DAGOSTIN, Valdemira Santina; SORATTO, Maria Teresa. **Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família.** O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013;37(4):439-449.
- ANJOS FILHO, Nilton Correia dos; SOUZA, Ana Maria Portela de. **A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil.** 2017; 21(60):63-76. DOI:10.1590/1807-57622015.0428.
- ANJOS, Tatiana Coletto dos. **A Educação Física na Atenção Básica e a contribuição da graduação para esta prática.** Santos, 2012. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação Mestrado Interdisciplinar de Ciências da Saúde.
- ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):455-464, 2007.
- ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes; GALIMBERTTI, Percy Antonio. **A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.** Psicologia & Sociedade, 25(2), 461-468. 2013.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Atenção Primária-Seminário do Conass para construção de consensos / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2004. 44 p., (CONASS Documenta; v2).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jan. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. **Educação permanente nos serviços de saúde.** Esc Anna Nery 2017;21(4):e20160317. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317.
- CERVO, Amado Luiz. **Metodologia Científica / Amado Luiz Cervo, Pedro Alcino Bervian, Roberto daSilva.** – 6. ed. – São Paulo: Person Prentice Hall, 2007.
- COSTA, Elisa Maria Amorim da, et al. **Saúde da Família – Uma abordagem multidisciplinar.** – 2. Ed.- Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

COUTINHO, Silvano da Silva. **Competências do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. 2017 f.: il. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2011.

FERREIRA, Talitha Bonini; CIPOLOTTI, Mariana Dantas; MARQUES, Bruna Gabriela; MIRANDA, Maria Luiza de Jesus. **A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais**. Rev Bras Ativ Fís Saúde 2016;21(3):228-236. DOI: 10.12820/rbafs.v.21n3p228-236.

GARUZI, Miriane; ACHITTI, Maria Cecília de Oliveira; SATO, Cintia Ayame; ROCHA, Suelen Alves; SPAGNUOLO, Regina Stella. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa**. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(2):144-9.

GOMES, Grace Angélica de Oliveira. **Participação em um programa de exercícios físicos em unidades de saúde da atenção básica e níveis de atividade física de adultos e idosos**. 2012. 131 f. Tese (doutorado)- Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2012.

GONÇALVES, Michelli Cristina de Andrade. **A Atuação do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os resultados de sua intervenção com um grupo de usuários do sistema único de saúde (SUS)**. / Michelli de Andrade Gonçalves. – Campinas, SP. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física.

GORSKI, G. M.; PEREIRA, D. L. **Profissional de Educação Física: interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família**. Rev. Ciênc. Ext. v.9, n.3, p.72-81, 2013.

HARADA, M.J.C.S; PEDREIRA, M.L.G; VIANA, D.L. **Promoção da Saúde: Fundamentos e Práticas**/Organização Maria de Jesus Castro Sousa Harada, Marvilde de Luz Gonçalves Pedreira, Dirce Laplaca Viana.—São Caetano do Sul, SP : Yendis Editora, 2012.

JANINI, Janaina Pinto; BESSLER, Danielle; VARGAS, Alessandra Barreto de. **Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso**. SAÚDE DEBATE - Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.480-490, ABR-JUN 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151050002015.

JÚNIOR, José Patrício Bispo; MOREIRA, Diane Costa. **Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas**. Cad. Saúde Pública 2017; 33(9):e00108116. doi: 10.1590/0102-311X00108116.

KLEIN, Leander Luiz; LEMOS, Ricardo Brião; PEREIRA, Breno Augusto Diniz; BELTRAME, Gabriela. **QUALIDADE DE VIDA NO SERVIÇO PÚBLICO: UMA AVALIAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**. REAd | Porto Alegre – Vol. 23 – Nº Especial – Dezembro 2017 – p. 317-344.

LUZ, Madel T. **Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde**. pág. 09-16. Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção / organizado por Alex Branco Fraga e Felipe Wachs. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

MACEDO, Paula Costa Mosca. **Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde.** Rev. SBPH v.10 n.2 Rio de Janeiro dez. 2007.

MALLMANN, Danielli Gavião; NETO, Nelson Miguel Galindo; SOUSA, Josueida de Carvalho; VASCONCELOS, Eliane Maria Ribeiro de. **Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(6):1763-1772, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.02382014.

MENEZES, Kênia Kiefer Parreiras de; AVELINO, Patrick Roberto. **Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão.** Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130. DOI: 10.1590/1414-462X201600010162.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(1):92-96.

OHARA, E.C.C; SAITO, R.X.S. **Saúde da Família: considerações Teóricas e Aplicabilidade** / Organizadoras: Elisabete Calabuig chapina Ohara, Raqual Xavier de Souza Saito. 3ª Ed. São Paulo, 2014.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PEREIRA, A.L.F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.** Caderno de Saúde Pública. Set./Out. 2003; 19(5).

PEREIRA, Renata Cristina Arthou. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes.** / Renata Cristina Arthou Pereira. Rio de Janeiro: s.n., 2011.

PÍCOLI, Renata Palópoli; DOMINGO, André Luis Alonso ; SANTOS, Sandra Christo dos; ANDRADE, Alessandra Helena Gonsalves de; ARAUJO, Caio Augustus Fernandes; KOSLOSKI, Rejyane de Mattos Martins; DIAS, Thaís Lemos da Costa. **Competências Propostas no Currículo de Medicina: Percepção do Egresso.** Revista Brasileira de Educação Médica. 41 (4) : 525-532; 2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

**Recomendações Sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde** / Silva, Francisco Martins da (organizador), Luciene Ferreira Azevedo, Antonio César Cabral de Oliveira, Jorge Roberto Perrou de Lima, Marcelo Ferreira Miranda (autores). Rio de Janeiro: CONFED, 2010.

RODRIGUES, Davi; SANTOS, Vilmar Ezequiel dos. **A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil.** J Health Sci Inst. 2010;28(4):321-4.

SALCI, Maria Aparecida; MACENO, Priscila; ROZZA, Soraia Geraldo; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; BOEHS, Astrid Eggert; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS: ALGUMAS REFLEXÕES.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 224-30.

SCABAR, Thaís Guerreiro; PELICIONI, Andrea Focesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. **Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.** J Health Sci Inst. 2012;30(4):411-8.

SILVA, Andréa Tenório Correia da; AGUIAR, Márcia Ernani de; WINCK, Kelly; RODRIGUES, Karen Gonzaga Walter; SATO, Mariana Eri; GRISI, Sandra Josefina Ferraz Ellero; BRENTANI, Alexandra; RIOS Izabel Cristina. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(11):2076-2084, nov, 2012.

SILVA, C.L.B.; MELO, V.A. **Fabricando o soldado, forjando o cidadão: o doutor Eduardo Augusto Pereira de Abreu, a Guerra do Paraguai e a educação física no Brasil.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.2, 337-353p, abr jun, 2011.

SILVA, F.M. *et al.* **Recomendações Sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde** / Silva, Francisco Martins da (organizador), Luciene Ferreira Azevedo, Antonio César Cabral de Oliveira, Jorge Roberto Perrou de Lima, Marcelo Ferreira Miranda (autores). Rio de Janeiro: CONFEEF, 2010.

SILVA, Luiz Henrique. **A formação em educação física para atuação na saúde** / Luiz Henrique Silva. - Rio Claro, 2016. 322 f. : il., figs., gráfs., tabs., quadros. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro.

SOUZA, AC; COLOMÉ, ICS; COSTA, LED; OLIVEIRA, DLLC. **A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde.** Rev Gaucha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 ago; 26(2): 147-53.

SOUZA, Fernando Leonardo Diniz; CHACUR, Eduardo Paul; RABELO, Maura Regina Guimarães; SILVA, Luciana de Araújo Mendes; VILLELA, Wilza Vieira. **Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário.** Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr./jun. 2013.

SOUZA, M.C.M.R; HORTA, N.C. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática** / organizadoras Marina Celly Martins Ribeiro de Souza e Natália de Cássia Horta. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

VALDANHA NETTO, Américo. **Gestão da atividade física no SUS: o processo de inserção do programa de exercícios físicos em unidades de saúde no município de Rio Claro-SP - um estudo de caso** / Américo Valdanha Netto. - Rio Claro, 2014. 225 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2014.

VIEIRA, Kelmara Mendes; DALMORO, Marlon. **Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o Número de Itens e a Disposição Influenciam nos Resultados?** XXXII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro. 2008.

# APÊNDICES

## QUESTIONÁRIO AUTO AVALIATIVO

Este questionário pretende avaliar, o seu grau de satisfação no que diz respeito ao tema "educação em saúde" dentro do NASF.

**\*Obrigatório**

1. CARGO \*

---

2. TEMPO DE SERVIÇO \*

---

3. SUA CIDADE E ESTADO DE ATUAÇÃO \*

---

4. E-mail

---

### ATENÇÃO BÁSICA

---

5. Quanto aos recursos/materiais permanentes e de uso disponibilizado \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

6. Quanto às atividades de planejamentos com a UBS. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

7. Quanto aos processos de formação continuada. (cursos de longa e curta duração, oficinas, palestras, dentre outros). \* Marcar apenas uma oval.

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

8 Quanto a Integração NASF - Atenção Básica. \* Marcar apenas uma oval.

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

9. Quanto às propostas de Educação Permanente. \* Marcar apenas uma oval.

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

10. Quanto ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, no que se refere à integração NASF e profissionais da Atenção Básica. \* Marcar apenas uma oval.

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

11. Quanto às instalações para atendimento no NASF. \* Marcar apenas uma oval.

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

12. Quanto ao acompanhamento da produtividade/ atividades desenvolvidas no NASF. \*
- Marcar apenas uma oval.*

<input type="radio"/>	NADA SATISFEITO
<input type="radio"/>	POUCO SATISFEITO
<input type="radio"/>	SATISFEITO
<input type="radio"/>	MUITO SATISFEITO

13. Quanto ao desenvolvimento de ações em rede (saúde mental, assistência social, educação, dentre outros). \* *Marcar apenas uma oval.*

<input type="radio"/>	NADA SATISFEITO
<input type="radio"/>	POUCO SATISFEITO
<input type="radio"/>	SATISFEITO
<input type="radio"/>	MUITO SATISFEITO

- 14 Quanto à construção de grupos de acolhimento. \*

*Marcar apenas uma oval.*

<input type="radio"/>	NADA SATISFEITO
<input type="radio"/>	POUCO SATISFEITO
<input type="radio"/>	SATISFEITO
<input type="radio"/>	MUITO SATISFEITO

15. Quanto a realização de atendimentos compartilhados com outros profissionais da Atenção Básica. \**Marcar apenas uma oval.*

<input type="radio"/>	NADA SATISFEITO
<input type="radio"/>	POUCO SATISFEITO
<input type="radio"/>	SATISFEITO
<input type="radio"/>	MUITO SATISFEITO

16. Quanto à construção de Projetos Terapêuticos Singulares com outros profissionais da Atenção

Básica. \**Marcar apenas uma oval.*

<input type="radio"/>	NADA SATISFEITO
<input type="radio"/>	POUCO SATISFEITO
<input type="radio"/>	SATISFEITO
<input type="radio"/>	MUITO SATISFEITO



17. Quanto às consultas/atendimento compartilhadas com outros profissionais da ESF. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

## ATIVIDADES DO NASF

---

Digite seu texto aqui.

18. Quanto a relações de trabalho com os colegas. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

19 Quanto a disposição dos colegas para auxiliar no desenvolvimento das atividades do NASF. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

20. Quanto a realização de atendimentos compartilhados com outros profissionais do NASF. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

21. Quanto à autonomia no desenvolvimento do trabalho. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

22. Quanto a relação com os usuários do sistema de saúde. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

23. Quanto a regularidade das ações individuais. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

24. Quanto a sua preparação para executar os atendimentos individuais. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

25 Quanto ao acompanhamento dos casos clínicos. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

26. Quanto ao retorno dos usuários. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

27. Quanto à resolutividade nos atendimentos individuais. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

28. Quanto ao planejamento coletivo das ações. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

29. Quanto ao desenvolvimento de temáticas sugeridas pelo Ministério da Saúde. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

30. Quanto à construção de grupos. (gestante, tabagismo, adolescentes, dentre outros). \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

31 Quanto à continuidade das Ações. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

32. Quanto à construção de Projetos Terapêuticos Singulares com a equipe do NASF. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

33. Quanto às consultas/atendimento compartilhadas com outros profissionais do NASF. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE

---

Digite seu texto aqui.

34. Quanto ao desenvolvem de atividades físicas e práticas corporais. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

35. Quanto a transmissão de informações no que se refere à prevenção, minimização dos riscos e à proteção a vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado. \* Marcar apenas uma oval.

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

36 Quanto à criação de espaços de inclusão social e de educação permanente (grupo de atividade física/práticas corporais, nutrição e saúde, apoio psicológico, dentre outros). \* Marcar apenas uma oval.

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

37. Quanto à articulação de ações de forma integrada às ESF's, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública. \* Marcar apenas uma oval.

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

38. Quanto à utilização dos espaços públicos como proposta de inclusão social e educação em saúde. \*  
Marcar apenas uma oval.

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

39. Quanto à capacitação (realizada pela equipe do NASF) de profissionais e agentes de comunitários de saúde - ACS, para atuarem como facilitador-monitor nas comunidades. \*  
*Marcar apenas uma oval.*

NADA SATISFEITO  
 POUCO SATISFEITO  
 SATISFEITO  
 MUITO SATISFEITO

40. Quanto à promoção de eventos que estimulem a participação da população na construção de um projeto de saúde pública. \* *Marcar apenas uma oval.*

NADA SATISFEITO  
 POUCO SATISFEITO  
 SATISFEITO  
 MUITO SATISFEITO

41. Quanto ao processo de educação com os sujeitos durante o atendimento individualizado. \*  
*Marcar apenas uma oval.*

NADA SATISFEITO  
 POUCO SATISFEITO  
 SATISFEITO  
 MUITO SATISFEITO

42. Quanto à construção de programas em educação em saúde. \* *Marcar apenas uma oval.*

NADA SATISFEITO  
 POUCO SATISFEITO  
 SATISFEITO  
 MUITO SATISFEITO

43. Quanto as propostas de Educação Permanente, referente ao seu cargo. \* *Marcar apenas uma oval.*

NADA SATISFEITO  
 POUCO SATISFEITO  
 SATISFEITO  
 MUITO SATISFEITO

44. Quanto as propostas de Educação Permanente, referente ao cargo dos demais. \* *Marcar apenas uma oval.*

- NADA SATISFEITO
- POUCO SATISFEITO
- SATISFEITO
- MUITO SATISFEITO

45. CASO QUEIRA ACRESCENTAR MAIS ALGUMA COISA, QUE POSSA VIM A CONTRIBUIR PARA O PESQUISADOR A RESPEITO DO TEMA.

---

---

---

---

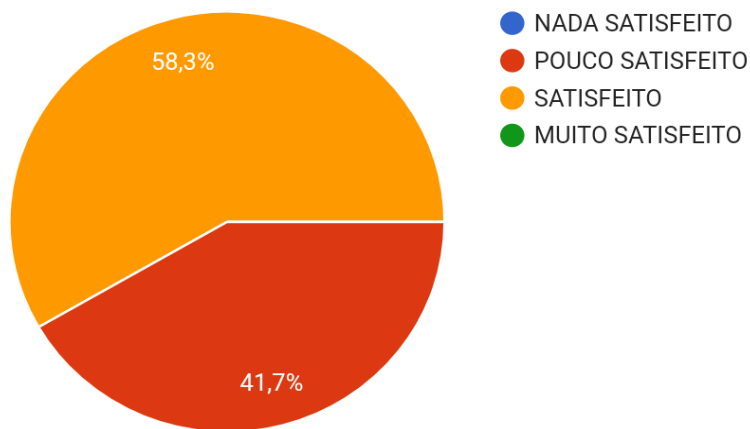
---

---

**GRAFICOS INDIVIDUAL POR RESPOSTA****ATENÇÃO BÁSICA**

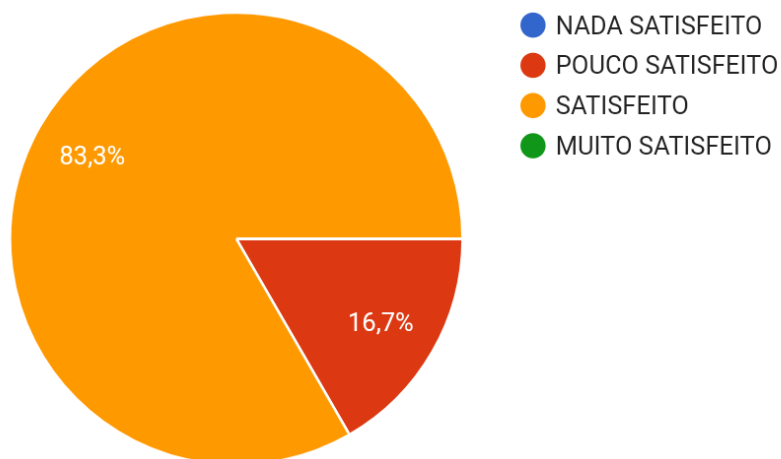
Quanto aos recursos/materiais permanentes e de uso disponibilizado

12 respostas



Quanto às atividades de planejamentos com a UBS.

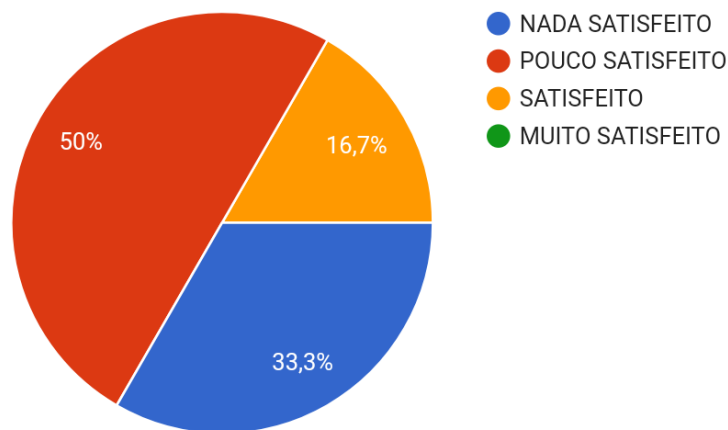
12 respostas





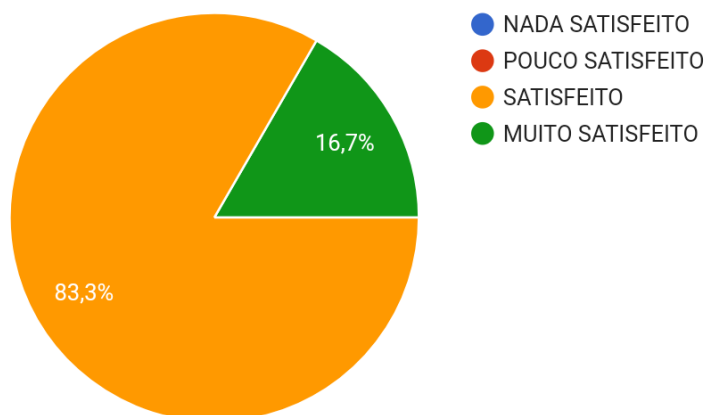
Quanto aos processos de formação continuada. (cursos de longa e curta duração, oficinas, palestras, dentre outros).

12 respostas



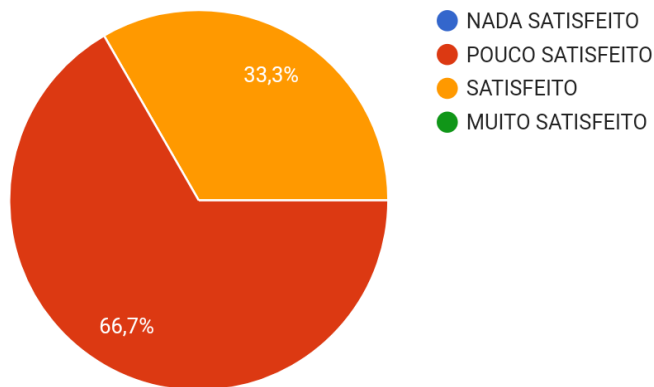
Quanto a Integração NASF - Atenção Básica.

12 respostas



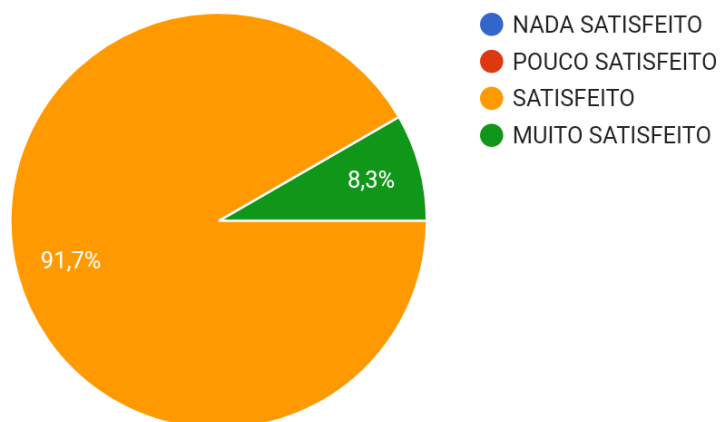
## Quanto às propostas de Educação Permanente.

12 respostas



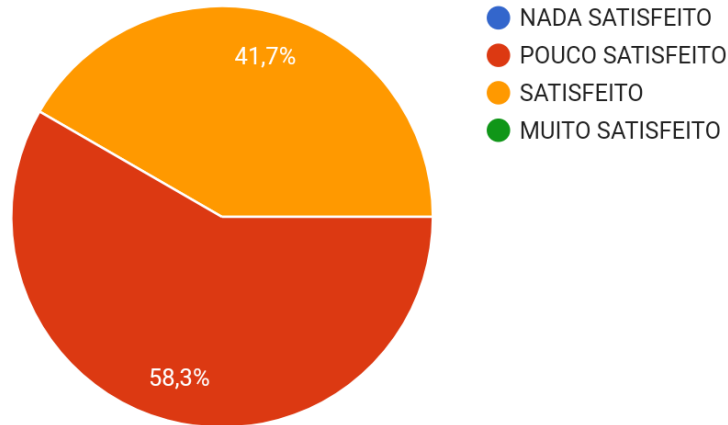
## Quanto ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, no que se refere à integração NASF e profissionais da Atenção Básica.

12 respostas



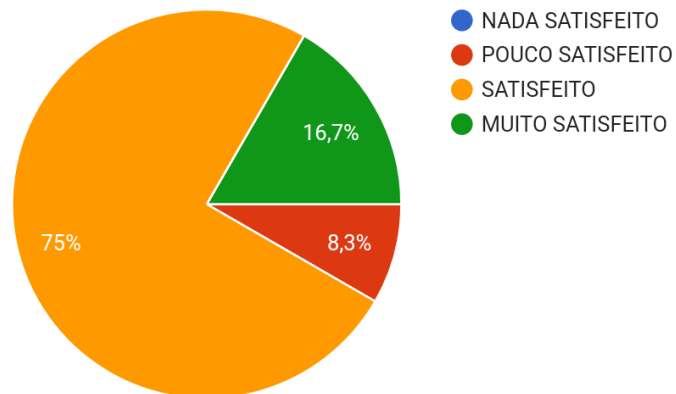
## Quanto às instalações para atendimento no NASF.

12 respostas



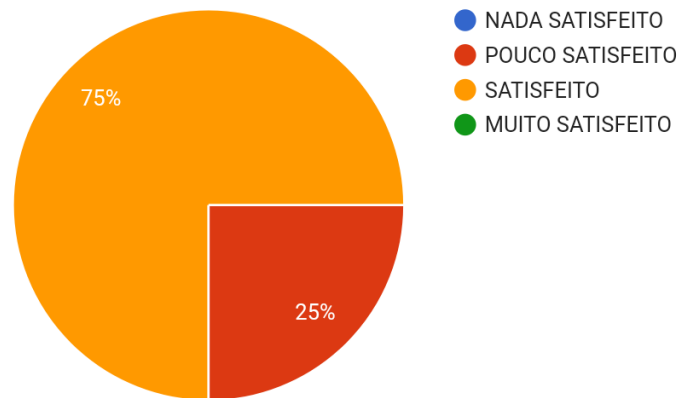
## Quanto ao acompanhamento da produtividade/ atividades desenvolvidas no NASF.

12 respostas



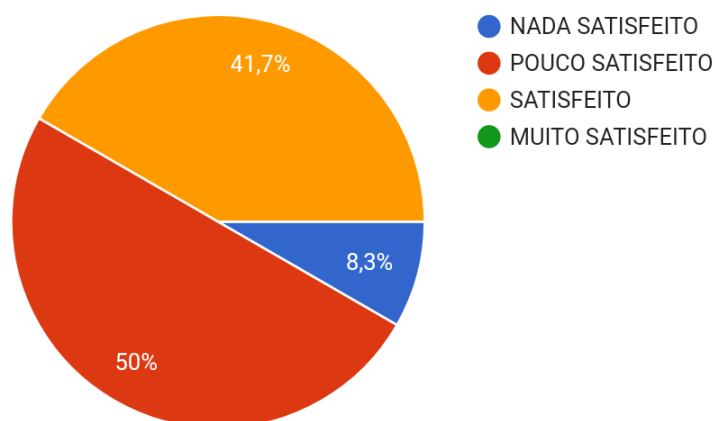
Quanto ao desenvolvimento de ações em rede (saúde mental, assistência social, educação, dentre outros).

12 respostas



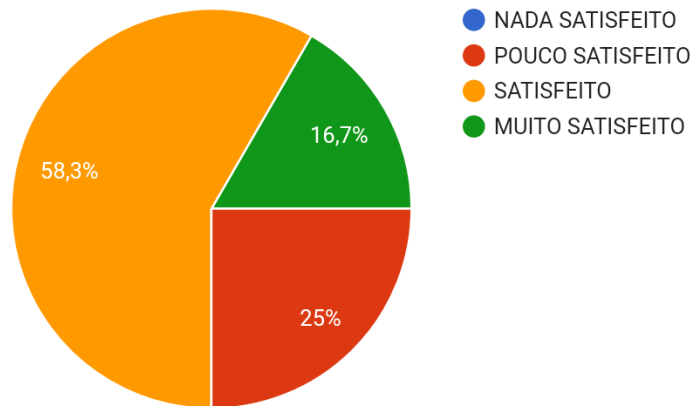
Quanto à construção de grupos de acolhimento.

12 respostas



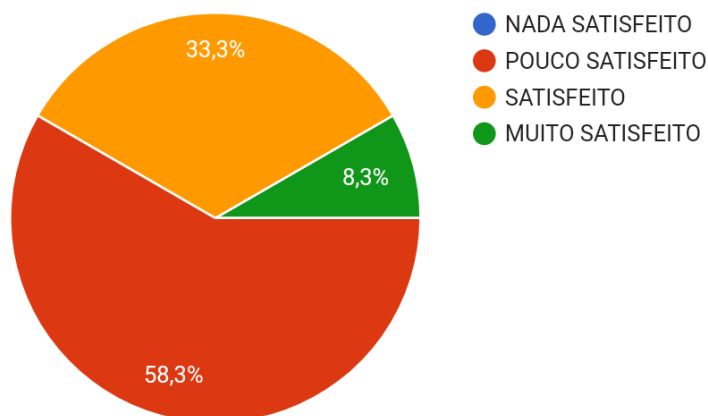
## Quanto a realização de atendimentos compartilhados com outros profissionais da Atenção Básica.

12 respostas



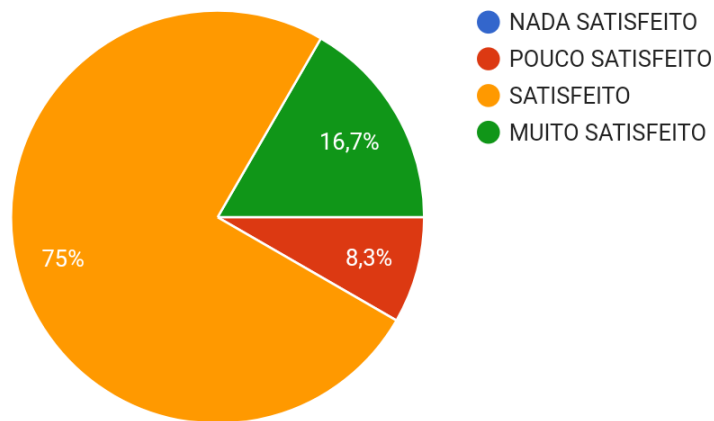
## Quanto à construção de Projetos Terapêuticos Singulares com outros profissionais da Atenção Básica.

12 respostas



## Quanto às consultas/atendimento compartilhadas com outros profissionais da ESF.

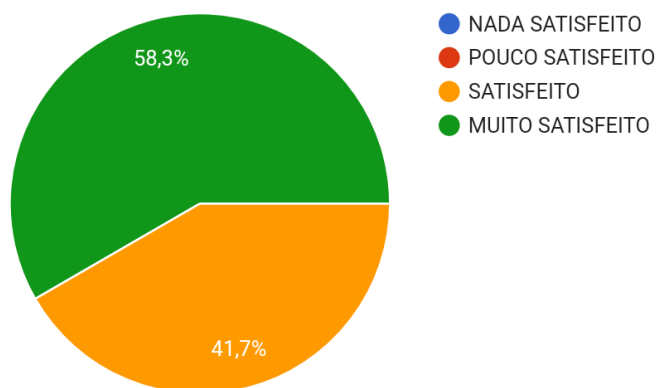
12 respostas



### **ATIVIDADES DO NASF**

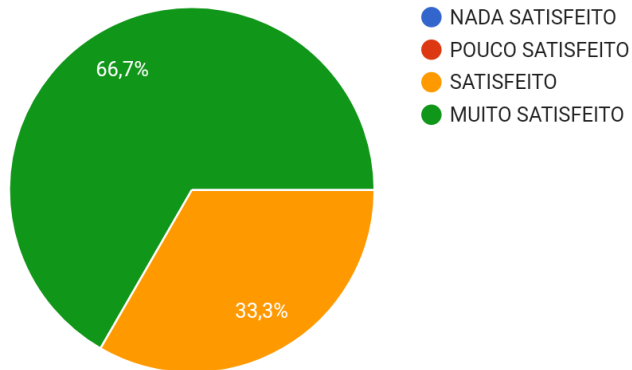
## Quanto a relações de trabalho com os colegas.

12 respostas



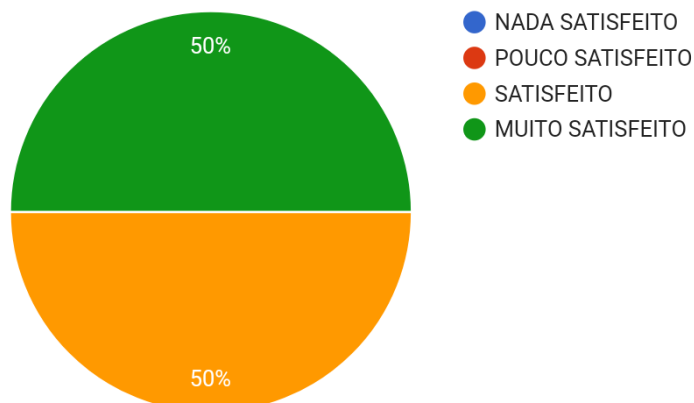
## Quanto a disposição dos colegas para auxiliar no desenvolvimento das atividades do NASF.

12 respostas



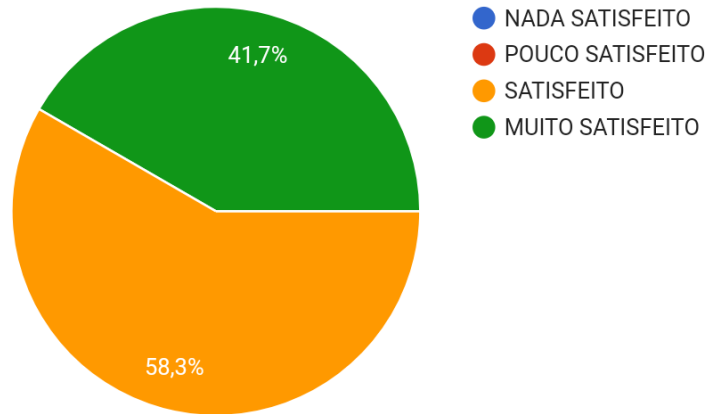
## Quanto a realização de atendimentos compartilhados com outros profissionais do NASF.

12 respostas



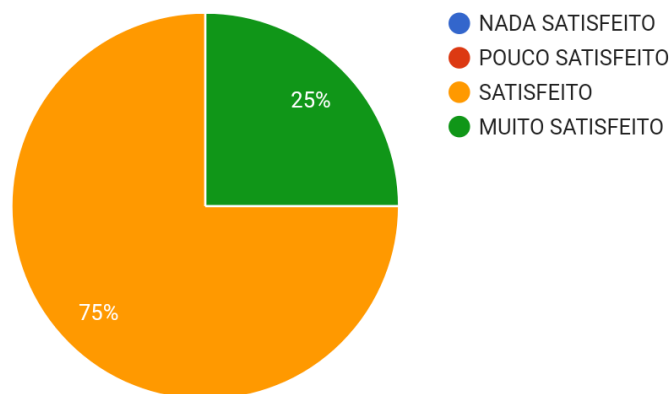
## Quanto à autonomia no desenvolvimento do trabalho.

12 respostas



## Quanto a relação com os usuários do sistema de saúde.

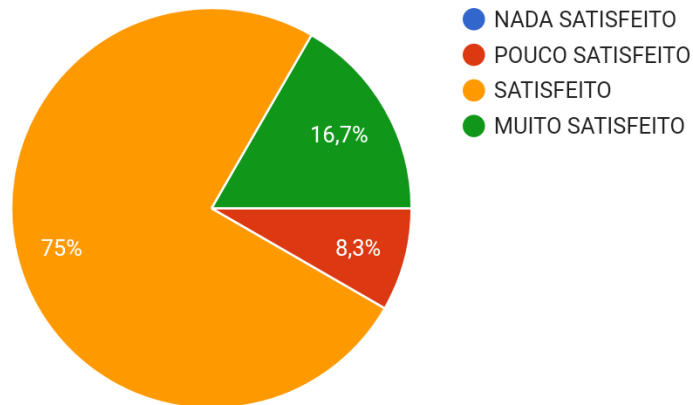
12 respostas





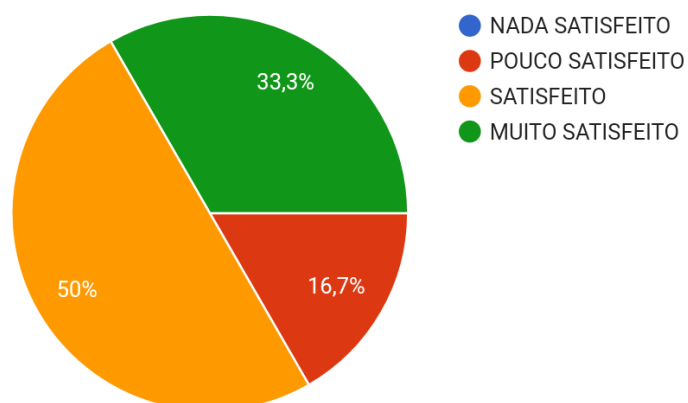
## Quanto a regularidade das ações individuais.

12 respostas



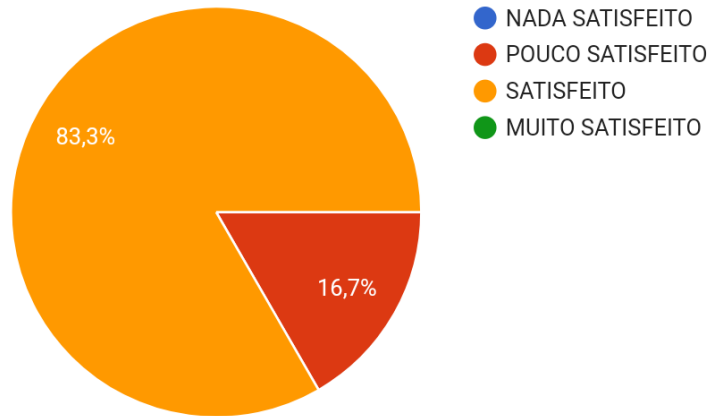
## Quanto a sua preparação para executar os atendimentos individuais.

12 respostas



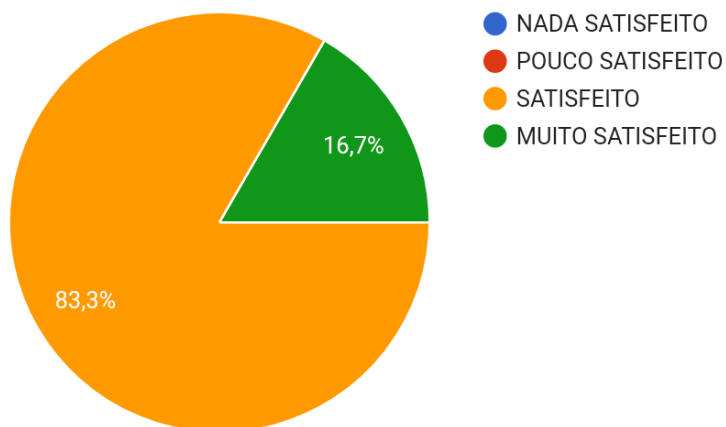
## Quanto ao acompanhamento dos casos clínicos.

12 respostas



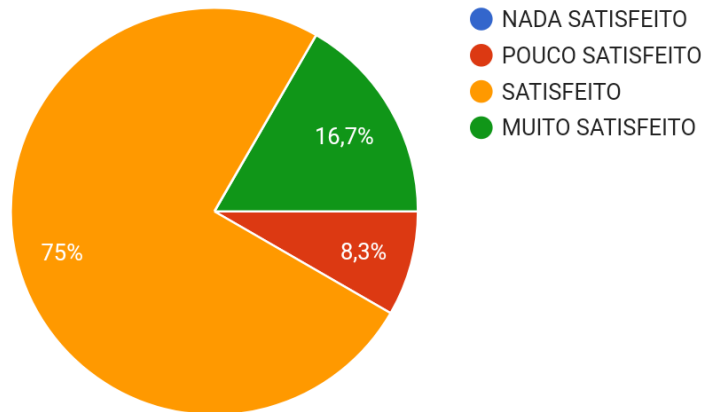
## Quanto ao retorno dos usuários.

12 respostas



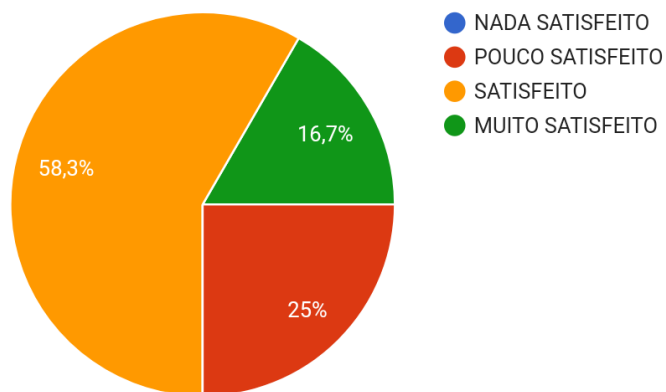
## Quanto à resolutividade nos atendimentos individuais.

12 respostas



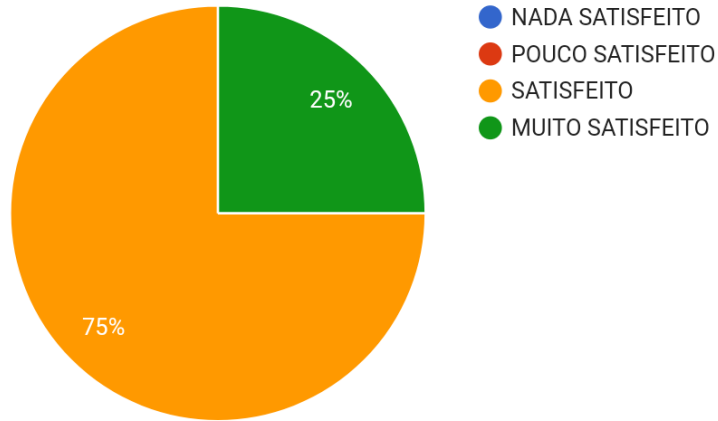
## Quanto ao planejamento coletivo das ações.

12 respostas



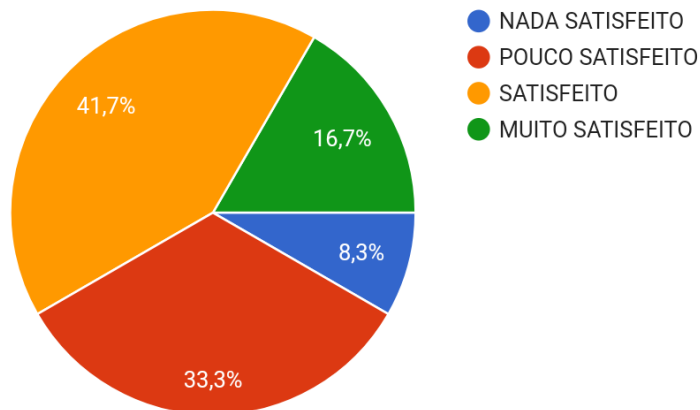
### Quanto ao desenvolvimento de temáticas sugeridas pelo Ministério da Saúde.

12 respostas



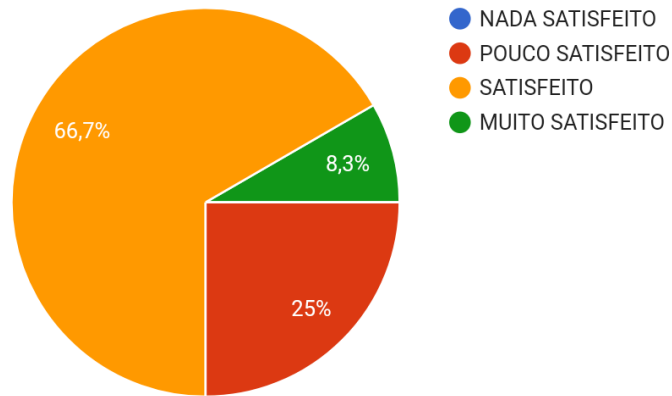
### Quanto à construção de grupos. (gestante, tabagismo, adolescentes, dentre outros).

12 respostas



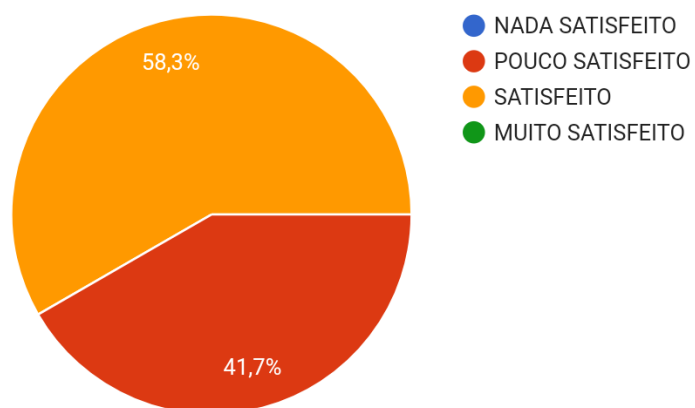
## Quanto à continuidade das Ações.

12 respostas



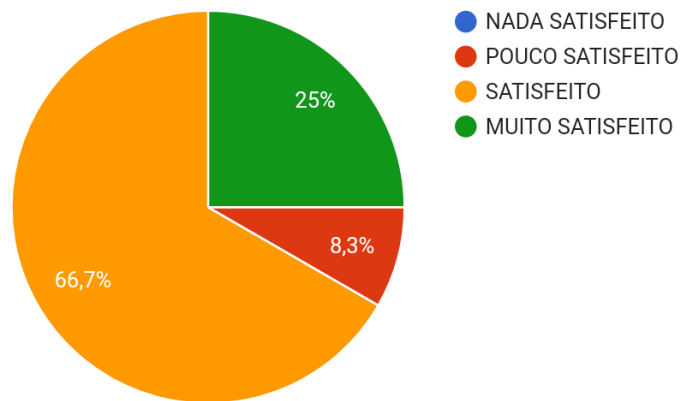
## Quanto à construção de Projetos Terapêuticos Singulares com a equipe do NASF.

12 respostas



## Quanto às consultas/atendimento compartilhadas com outros profissionais do NASF.

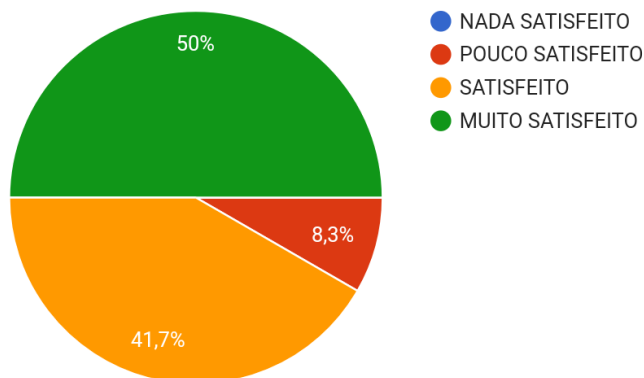
12 respostas



## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

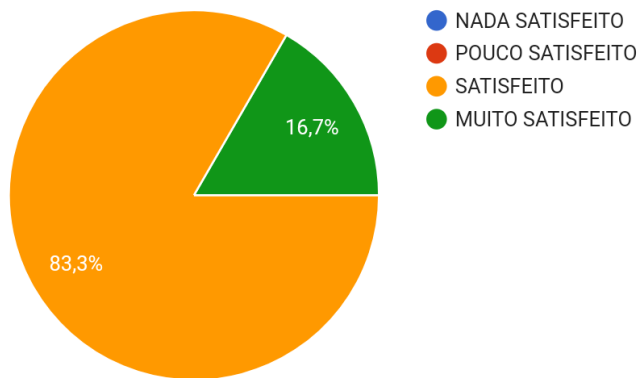
### Quanto ao desenvolvem de atividades físicas e práticas corporais.

12 respostas



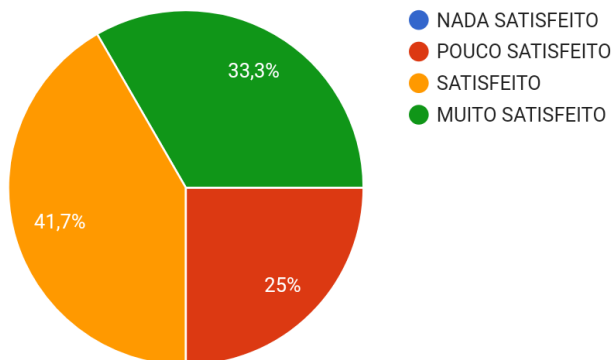
Quanto a transmissão de informações no que se refere à prevenção, minimização dos riscos e à proteção a vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado.

12 respostas



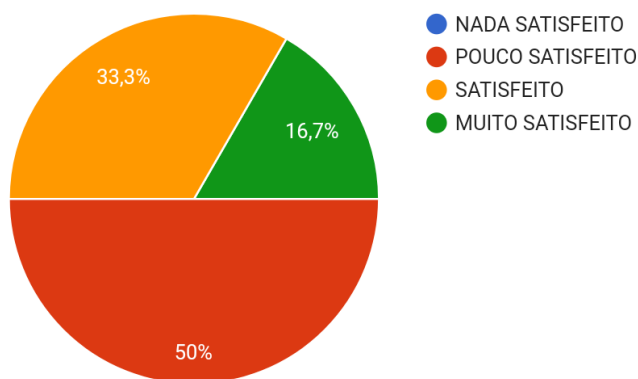
Quanto à criação de espaços de inclusão social e de educação permanente (grupo de atividade física/práticas corporais, nutrição e saúde, apoio psicológico, dentre outros).

12 respostas



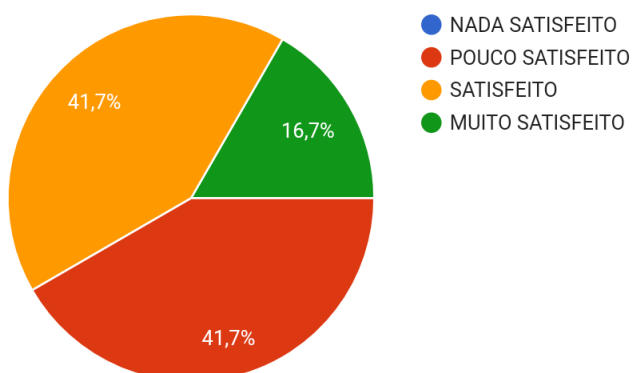
Quanto à articulação de ações de forma integrada às ESF's, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública.

12 respostas



Quanto à utilização dos espaços públicos como proposta de inclusão social e educação em saúde.

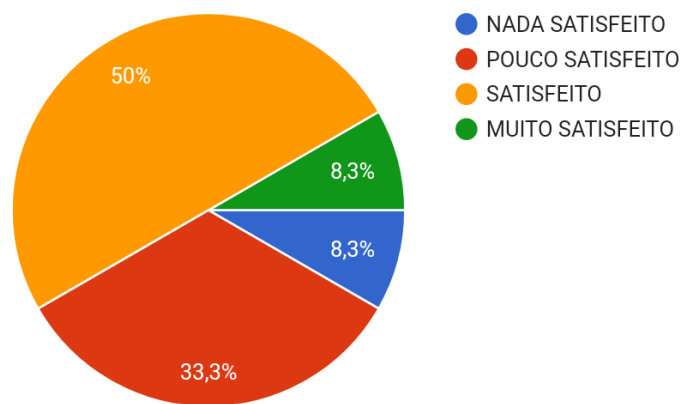
12 respostas





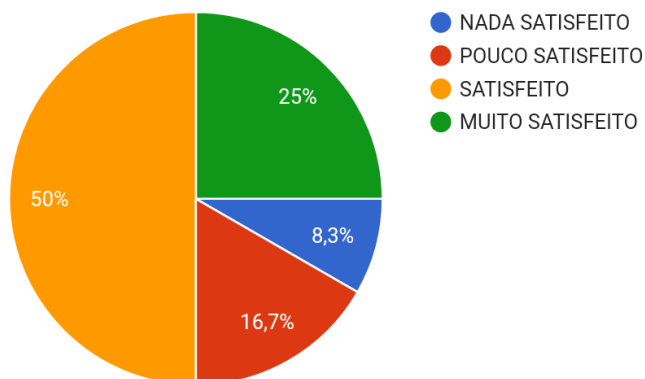
Quanto à capacitação (realizada pela equipe do NASF) de profissionais e agentes de comunitários de saúde - ACS, para atuarem como facilitador-monitor nas comunidades.

12 respostas



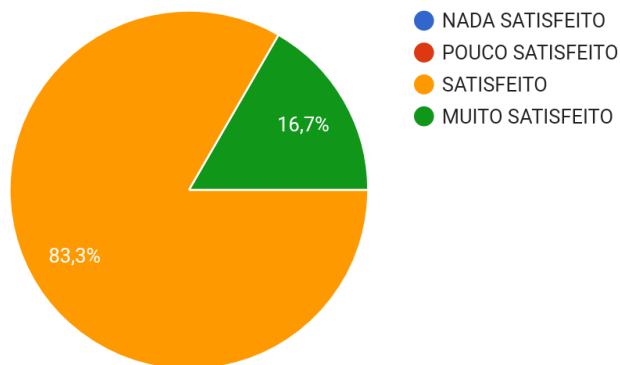
Quanto à promoção de eventos que estimulem a participação da população na construção de um projeto de saúde pública.

12 respostas



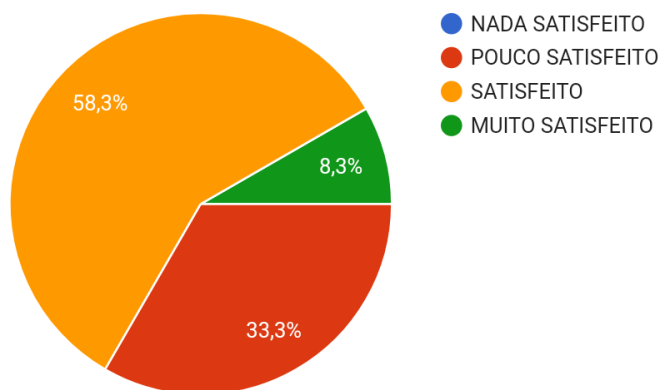
Quanto ao processo de educação com os sujeitos durante o atendimento individualizado.

12 respostas



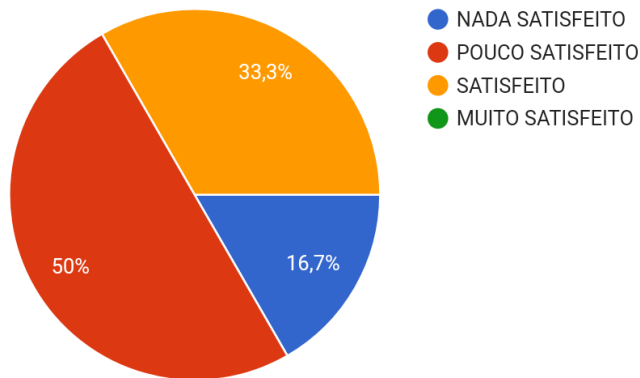
Quanto à construção de programas em educação em saúde.

12 respostas



## Quanto as propostas de Educação Permanente, referente ao seu cargo.

12 respostas



## Quanto as propostas de Educação Permanente, referente ao cargo dos demais.

12 respostas

