

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA MONTEIRO

**CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES: UM ESTUDO AVALIATIVO**

RECIFE

2019

CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA MONTEIRO

**CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES: UM ESTUDO AVALIATIVO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^aDr.^a. Kátia Rejane de Medeiros

Coorientadora: Dr.^a Fabiana de Oliveira Silva Sousa

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

M775c Monteiro, Claudia Maria de Oliveira

Contribuições do núcleo de apoio à saúde da família para a integralidade da atenção básica no município de Jaboatão dos Guararapes: um estudo avaliativo/ Claudia Maria de Oliveira Monteiro. — Recife: [s.n.], 2019.

123 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros; coorientadora: Fabiana de Oliveira Silva Sousa

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Integralidade em Saúde. 4. Avaliação em Saúde. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Sousa, Fabiana de Oliveira Silva. III. Título.

CDU 614.39

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Universo capaz de manter o fluxo construtivo da vida que me permite está aqui neste instante e me permitiu realizar esta caminhada de aprendizado, amadurecimento e amor.

A minha família, pela compreensão e apoio sempre.

A meu marido e filha que foram minha energia quando eu desanimava.

As minhas amigas de trabalho que me compreenderam e apoiaram.

A turma do mestrado, mulheres fortes e cuidadosas umas com as outras.

A minha orientadora, Kátia Rejane, e Coorientadora Fabiana, pela leveza na condução desde momento.

Aos profissionais participantes da pesquisa que se abriram amigavelmente à participação.

CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA MONTEIRO

**CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES: UM ESTUDO AVALIATIVO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Aprovado em 20/02/2019

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães / Fiocruz

Profª Drª Dinalva Lacerda Cabral
Departamento de Fisioterapia da Faculdade Estácio

Profª Drª Cynthia Maria Barboza do Nascimento
Universidade Federal de Pernambuco

MONTEIRO, C. M. O. Contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a integralidade da Atenção Básica no município de Jaboatão dos Guararapes: um estudo avaliativo. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família surgiram em 2008 com a busca pelo alargamento da oferta de serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família e a proposta de consolidação da integralidade na Atenção Básica. Diversas avaliações são realizadas para investigação dos processos que envolvem a Atenção Básica e suas práticas, para contribuir na compreensão de ações tão complexas, contudo há uma carência de modelos específicos para avaliação do Nasf. Esse cenário se repete no município de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco, por isso o presente estudo objetivou avaliar como o Nasf contribui para a integralidade na Atenção Básica neste município. Com base em uma matriz de avaliação de resultados/efeitos a partir de documentos oficiais do Ministério (elaborado em pesquisa anterior) foi realizada uma pesquisa avaliativa tipo estudo de caso, com recorte dos anos de 2017 e 2018, que envolveu uma equipe Nasf do referido município. Foram coletados dados primários por meio de pesquisa documental nos prontuários das famílias, livros de registro dos Nasf, livros de reuniões e entrevista com os profissionais do Nasf e das equipes de saúde da família. A análise dos dados seguiram os métodos de análise documental e análise temática do conteúdo, dentro dos preceitos éticos da pesquisa em saúde. Os resultados encontraram quase a totalidade das condições verificadoras da matriz de avaliação, o que indica condutas e ações do Nasf dirigidos pelo princípio da integralidade. Dos quatro aspectos norteadores da matriz (Integração de ações preventivas, de promoção da saúde, curativas e reabilitadoras; Garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, bem como na horizontalização das ações, fazendo com que cada nível incorpore as ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação; Visão integral do indivíduo e da família na comunidade, unindo interdisciplinarmente os saberes técnicos necessários a cada situação e o saber popular e Desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade, criando e reforçando os canais de participação popular e de construção de cidadania), fragilidades foram encontradas em dois deles, no sentido de garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema e desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade.

Palavras-chave: Atenção Básica. Integralidade. Avaliação em Saúde.

MONTEIRO, C. M. O. **Contributions from the Family Health Support Nucleus for the integrality of Basic care in the municipality of Jaboatão dos Guararapes: an evaluative study.**2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

The Family Health Support Centers emerged in 2008 with the search for the expansion of the health services offered by the Family Health Strategy and the proposal to consolidate integrality in Primary Care. Several evaluations are carried out to investigate the processes that involve the Basic Attention and its practices, to contribute to the understanding of such complex actions, however there is a lack of specific models for Nasf evaluation. This scenario is repeated in the municipality of Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco, so the present study aimed to evaluate how Nasf contributes to the integrality in Primary Care in this municipality. Based on a results / effects evaluation matrix from official Ministry documents (elaborated in a previous research), an evaluative study was conducted, with a case study, with a cut from the years 2017 and 2018, involving a Nasf team from the aforementioned County. Primary data were collected through documentary research in family records, Nasf books, meeting books, and interviews with Nasf professionals and family health teams. Data analysis followed the methods of document analysis and thematic content analysis, within the ethical precepts of health research. The results found almost all the verification conditions of the evaluation matrix, which indicates conduct and actions of the Nasf directed by the principle of integrality. Of the four guiding aspects of the matrix (Integration of preventive actions, health promotion, curative and rehabilitation, guarantee access to all levels of complexity of the system, as well as the horizontalization of actions, making each level incorporate promotion actions , protection, prevention and rehabilitation; Integral vision of the individual and the family in the community, interdisciplinarily joining the technical knowledge necessary for each situation and popular knowledge and Development of intersectoral actions in the community, creating and reinforcing the channels of popular participation and construction of citizenship), weaknesses were found in two of them, in order to guarantee access to all levels of system complexity and development of intersectoral actions in the community.

Keywords: Basic Attention. Integralit. Health evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária em Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

DAB – Departamento de Atenção básica

DM – Diabetes Mellitus

eAB – Equipe de Atenção Básica

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GRO – Grupo de reabilitação de ombro

GSCM – Grupo saúde corpo e mente

GSM – Grupo de saúde mental

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MA – Matriz de Avaliação

MAC – Medicina Alternativa e Complementar

MI – Medicina Integrativa

MS – Ministério da Saúde

MT – Medicina Tradicional

Nasf – Núcleo de apoio à saúde da família

OM – Oficina de memória

ONU – Organização das Nações Unidas

OP – Oficina de postura

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PSF – Programa de Saúde da Família

RMR – Região Metropolitana do Recife

SAS - -Secretaria de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de saúde da família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO GERAL	16
3.1 Objetivos Específicos	16
4 REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1 Caminhos para Integralidade	17
4.2 Os Nasf e a Atenção Básica como ferramentas de integralidade em saúde	24
4.3 Avaliação em saúde e suas contribuições para o SUS	27
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	31
5.1 Tipos de pesquisa	31
5.1.1 Pesquisa qualitativa	31
5.1.2 a escolha por estudo de caso	34
5.2 Período do estudo	34
5.3 Área de estudo	34
5.4 Sujeitos do estudo	37
5.5 Critérios de seleção	38
5.5.1 Critérios de inclusão	38
5.5.2 Critérios de exclusão	38
5.6 Coleta de dados	38
5.7 Análise dos dados	40
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
7.1 tipos de ações desenvolvidas pelo Nasf	43
7.1.1 Livro de Registro do Nasf	43
7.1.1.1 <i>Profissionais envolvidos e procedimentos realizados</i>	45
7.1.1.2 <i>Tipos de ações/atividades desenvolvidas pelo Nasf</i>	50
7.1.1.2.1 <u>Grupos e oficinas periódicos</u>	50
7.1.1.2.2 <u>Atividades coletivas</u>	50
7.1.1.3 <i>Perfil dos usuários atendidos</i>	52

7.1.2 Livro de reunião do Nasf	54
7.1.3 Prontuários	64
7.1.3.1 Achados dos prontuários das Unidades de Saúde da Família A e B	67
7.1.4 Entrevistas	72
7.1.4.1 Perfil dos profissionais	72
7.1.4.2 Ampliação/modificação no cardápio de ofertas da atenção Básica	73
7.2 Como se dá a atuação do Nasf junto às equipes de saúde da família e outros serviços de saúde	75
7.2.1 Atribuições do Nasf	75
7.2.2 Integração das equipes Nasf e equipes de Saúde da Família	77
7.2.3 Relação do Nasf com a rede de saúde	77
7.3 Percepção dos profissionais sobre a colaboração do Nasf na ampliação da integralidade em saúde	78
7.3.1 Percepção do trabalho em equipe	79
7.3.2 Concepções sobre integralidade e contribuições do Nasf para a integralidade em saúde	81
7.4 Plano de Intervenção	84
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	96
APÊNDICE B - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM A EQUIPE DO NASF	97
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE	98
APÊNDICE D – PROJETO DE INTERVENÇÃO AO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES: PROTOCOLO DE ANÁLISE DAS AÇÕES DO NASF.	100
ANEXO A – MODELO TEÓRICO DO NASF (2016)	116
ANEXO B - MODELO TEÓRICO DO NASF COM ÊNFASE NA AMPLIAÇÃO DO ESCOPO	117
ANEXO C – MATRIZ DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS DO NASF 2016	118

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	119
 FIOCRUZ/PE	
ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS	123
 GUARARAPES	

1 INTRODUÇÃO

O modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) é desenvolvido no Brasil, atualmente, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), com ampla capilaridade, vínculo das equipes multiprofissionais à população de um determinado território e baseado na atenção integral à saúde. A ESF é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema e responsável pela coordenação das redes de atenção à saúde (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Desde a sua implantação, em 1994, a Atenção Básica (AB) brasileira passa por diversas mudanças estruturais que acontecem em todo Sistema Único de Saúde (SUS), provocando um reordenamento no modelo de atenção à saúde, com intuito de melhorar a qualidade e o acesso à APS, aproximando-se do modelo de Promoção da Saúde. Contudo, ao buscar os caminhos constitucionais para o avanço da atenção à saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, as dimensões sociais presentes nas práticas de atenção ainda se encontram bastante fragilizadas (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017)

Nesta pesquisa proposta, serão utilizados os termos APS e AB como sinônimos, cujos atributos são: centralização na família, que é um espaço singular com conhecimento de seus membros e dos problemas de saúde dessas pessoas; competência cultural que traduz a capacidade de reconhecer a diversidade de características e necessidades das várias populações com peculiaridades culturais; orientação comunitária a qual se refere ao entendimento das necessidades relacionadas ao contexto social e o reconhecimento do contexto físico, econômico e cultural (CRUZ, 2015).

Mediante os fundamentos estruturantes do SUS, tem-se a integralidade, que na ESF composta por uma equipe multiprofissional, propõe-se a oferecer um atendimento de saúde voltado para o cuidado integral do ser humano, considera a complexidade deste indivíduo no meio em que está inserido. Nos caminhos formadores da ESF, a integralidade constrói-se na práxis das equipes, com e nos serviços de saúde e é definida como um princípio do SUS que orienta políticas e ações de saúde capazes de atender às demandas e às necessidades no acesso à rede de serviços, considerando-se as dimensões biológicas, culturais e sociais do usuário, sendo a consolidação deste princípio a efetiva mudança da prática do cuidado em saúde, uma vez que tenta superar o modelo médico centrado (SOUZA *et al.*, 2012; VIEGAS; PENNA, 2013).

Para Albuquerque (2003), quando se aborda a AB que tem como forte bandeira a Promoção da Saúde, é no princípio da Integralidade que este atributo está presente, tendo em

vista a forma integrada com a assistência e a prevenção, em todos os níveis do sistema. A autora agrega um apanhado de aspectos da integralidade que serão discutidos mais adiante e nos quais este trabalho se alicerça para conformação dos métodos de pesquisa.

Silva, Miranda e Andrade (2017) em uma pesquisa/intervenção numa Unidade de Saúde da Família (USF), destacam que, mesmo com a compreensão quanto à importância do cuidado a partir da integralidade, ainda é comum a atenção fragmentada, focada na doença, o que não produz respostas satisfatórias às necessidades dos usuários. Os autores apontam a necessidade de ressignificar o conceito de saúde e assim repensar as práticas de cuidado, colocando o usuário como centro da atenção a partir da compreensão da necessidade de cuidado de forma humanizada e com qualidade.

É justamente com a busca pelo alargamento da oferta de serviços de saúde da ESF e a proposta de consolidação da integralidade na AB que surgiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), através da Portaria nº 154/ 2008 do Ministério da Saúde. O trabalho do Nasf é orientado pelo referencial teórico-metodológico clínico assistencial e do apoio matricial, que para a AB significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde a partir da integração de equipes de Saúde da Família (eSF) (com perfil generalista/equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB, para ampliar o escopo de ofertas (abrangência de ações) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como para auxiliar articulação com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários (BRASIL, 2014).

Em 2012 a Portaria nº 3.214 define categorias de Nasf, sendo o Nasf 1 uma equipe que deverá estar vinculado a no mínimo cinco e a no máximo nove eSF e/ou equipes de Atenção Básica (AB) para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); O Nasf 2 deverá estar vinculado a no mínimo três e a no máximo quatro Equipes e o Nasf 3 deverá estar vinculado a no mínimo uma e a no máximo duas equipes (BRASIL, 2012).

Vê-se atualmente que o número de Nasf aumentou de três Nasf, em 2008, para 4.341, em abril de 2016. (MORETTI; FEDOSSO, 2016). Dados do Ministério da Saúde (MS) atualizados em março de 2017 mostram 3.797 equipes Nasf no Brasil (BRASIL, 2017). Os dados mais recentes mostram uma menor quantidade de Nasf quando se compara 2017 a 2016, o que pode apontar o fechamento de equipes, ainda assim Silva (2012) corrobora com a ideia que os Nasf foram criados para potencializar a atenção primária e auxiliar na reorganização da rede de atenção secundária e terciária.

Em 2017, o MS lançou a Nova Política Nacional de AB, reformulando os arranjos na ESF e do Nasf. Quanto a este último, passa a ser chamado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), mas com uma perspectiva similar que é uma equipe multiprofissional e interdisciplinar constituída por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes da AB, de maneira integrada para dar suporte aos profissionais das eSF e das equipes de Atenção Básica (eAB), que é uma nova modalidade de equipe da referida Portaria (BRASIL, 2017).

Antes da nova política, a ESF tinha equipe composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal (que pode dar suporte a duas equipes) e Agentes comunitários de Saúde (ACS). Com a nova política, esta conformação é mantida, mas surge uma conformação alternativa, as Equipes de Atenção Básica, que podem ter médico e enfermeiro e não faz obrigatório o ACS, além de todas as unidades de saúde da AB serem classificadas como Unidades Básicas de Saúde (UBS). Vê-se adiante que este estudo refere-se ao modelo tradicional de ESF, uma vez que não há unidades com a nova configuração no município. Ainda há um aspecto crítico envolvido nas novas configurações estruturais da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, que segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), são campos propícios à desconstrução do SUS, à desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público e aprofundamento da desigualdade, o que envolve também, críticas e resistência aos novos termos e nomenclaturas.

A relação dos Nasf com as eSF e com toda a rede de serviços do SUS pode ser considerada componente de integralidade dentro das práticas de saúde, uma vez que o trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade coletiva e implica integração de saberes e consensos coletivos, além de articulação com a rede, ações e pensamentos que acionam estratégias resolutivas e efetivas para os usuários. Com o que foi descrito, soma-se a corrente de força contrária à fragmentação do usuário: tudo isso fortalece integralidade em saúde (GOMES *et al.*, 2016).

A competência diferencial do trabalho interdisciplinar do Nasf e da eSF de conformar um melhor acesso aos serviços de saúde através da reorganização da demanda e redução da procura dos serviços da atenção secundária e terciária, além de fortalecer a consolidação da integralidade no SUS, são expectativas que gestores vêm depositando no Nasf, porém há carência de literatura sobre a temática (SILVA *et al.*, 2012).

Diversas avaliações já foram e ainda vem sendo realizadas justamente para investigação dos processos que envolvem a AB e seus resultados, visando contribuir no direcionamento da compreensão de tais ações tão complexas, contudo há carência de

avaliações específicas para o Nasf. A avaliação em saúde vem se configurando como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde, não apenas no sentido de aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, mas também para satisfazer o conjunto da população usuária do sistema a partir da distribuição equitativa dessas intervenções (SANCHO; DAIN, 2012).

Sousa (2016) diante da insuficiência de modelos específicos para avaliar a atuação do Nasf, construiu um modelo teórico e uma matriz de avaliação dos seus resultados/efeitos, constituídos por, dentre outras categorias, aspectos da integralidade. Esta formatação anterior (destrinchada mais detalhadamente nas implicações teóricas e metodológicas que seguem) será utilizada nesta pesquisa para subsidiar o estudo. A autora citada junto com outros profissionais que participaram do Grupo de Pesquisa do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães – AcesSUS – debruçaram-se sobre os diversos modelos organizacionais dos Nasf, identificando o potencial desses núcleos e propondo a criação de avaliações sistemáticas.

O presente estudo realizará uma pesquisa avaliativa em uma equipe Nasf no município de Jaboatão dos Guararapes. O Município iniciou em 2018 um projeto de ampliação dos Nasf com formulação de novas equipes, estruturação de uma agenda a qual abarca reuniões com as equipes da AB; atendimentos individuais (específicos ou compartilhados); atendimentos domiciliares (específicos ou compartilhados); grupos e atividades coletivas (específicos ou compartilhados); existência de espaço destinado à elaboração de material de apoio, reunião entre profissionais do Nasf (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2017).

Percebe-se que é crescente a importância de equipes Nasf, contudo, mesmo com a substancial necessidade de crescimento destes núcleos no país, ainda há dificuldade de instrumentos de registro das ações para monitoramento e avaliação, o que tornam fragilizadas as investigações e achados sobre as ações dos Nasf junto às eSF. Algumas iniciativas pontuais buscam avaliar os Nasf por diversos aspectos, mas ainda há uma busca por instrumentos mais efetivos para avaliação desses núcleos (SILVA *et al.*, 2012).

Diante das questões expostas, vê-se a importância de aprofundar estudos sobre a integralidade em saúde e seus sentidos nas equipes dos Nasf, as atuações dos profissionais e repercussões do Nasf na AB.

Este trabalho propõe-se a responder a seguinte pergunta: Como o Nasf contribui para a integralidade da Atenção Básica, no município de Jaboatão dos Guararapes?

Parte-se dos pressupostos que o Nasf contribui para a integralidade da Atenção Básica, contudo os instrumentos de avaliação são insuficientes para aprofundar como estão os resultados de suas ações.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com o Ministério da Saúde o Nasf deve colaborar para:

integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2011b, p. 25).

Considerando que o Nasf possui uma forma inovadora para organização do seu processo de trabalho como equipe multiprofissional que atua junto a outras equipes, isso proporciona um potencial para se integrar com diversas equipes e serviços (de saúde ou não) que estejam em seu território de atuação, colaborando assim para a integralidade do SUS.

Diante da perspectiva de que o Nasf é um núcleo integrador, somado ao papel da pesquisadora como componente de uma equipe Nasf, o que a torna sujeito/profissional de saúde, com um papel profissional, mas também com um papel social na manutenção do SUS, vê-se um envolvimento que instiga a investigação de como este núcleo vem contribuindo para a integralidade da AB.

Considera-se também que o Nasf a ser avaliado situa-se no município de Jaboatão dos Guararapes, Região Metropolitana do Recife, que é o segundo maior município de Pernambuco em número de habitantes – 691.125 (IBGE, 2017). Está dividido em sete regionais de saúde, contudo, até o início de 2017 possuía apenas duas equipes Nasf. Atualmente expandiu-se este número para oito equipes, mas um estudo aprofundado ainda não pôde ser realizado, o que torna esta pesquisa pioneira. Dessa forma a avaliação realizada propõe-se a contribuir com o município neste processo de inovação do serviço de saúde e fornecer subsídios à gestão e às equipes para que possam ofertar melhores práticas no cuidado da população.

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) contribui para a integralidade na Atenção Básica, no município de Jaboatão dos Guararapes.

3.1 Objetivos específicos

- a) Descrever os tipos de ações desenvolvidas pelo Nasf;
- b) Identificar como se dá a atuação do Nasf junto às equipes de saúde da família e outros serviços de saúde;
- c) Verificar a percepção dos profissionais sobre a colaboração do Nasf na ampliação da integralidade da atenção básica.
- d) Criar protocolo de análise das ações do Nasf, instrumentalizando o cotidiano das práticas dessas equipes.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Os marcos teóricos que seguem são importantes para compreensão do estudo e para fortalecer o método utilizado na avaliação.

4.1 Caminhos para Integralidade

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma Ata) de 1978 é considerada um marco referencial de debates sobre as políticas de saúde no mundo. Naquele momento a questão da saúde já era uma temática complexa para muitos países com dificuldades estruturais e financeiras de investimento e manutenção de políticas de saúde. A conferência apontou a necessidade de uma reorganização setorial que abarcou mudanças voltadas para uma melhor alocação, racionalização e emprego dos recursos, bem como uma revisão do modelo assistencial praticado até então (CRUZ, 2015).

Identificada como uma estratégia de organização da atenção à saúde que tem como objetivo atender de forma integrada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, no âmbito conceitual, pode-se afirmar a existência de diversas concepções e denominações que designam a Atenção Primária à Saúde (CRUZ, 2015).

Estudo realizado por Gil (2006) sobre o sistema de saúde no contexto brasileiro diz que é possível verificar, a partir do referencial teórico e institucional disponível, que para alguns pensadores os conceitos de Atenção Primária e Atenção Básica são considerados sinônimos, tratados em um viés assistencial e de unidades locais, enquanto para outros, a AP é considerada como serviços de saúde do primeiro nível de atenção, porta de entrada para o sistema, com as unidades básicas sendo sua instância operacional com nível próprio de atendimento.

Como já dito anteriormente, as nomenclaturas que aqui são consideradas sinônimas, trazem propostas que continuam a despertar reflexões e debates após três décadas da realização da Conferência de Alma-Ata. Assim, pode-se entender a AP como um dos níveis de atenção onde ocorreria o primeiro contato de uma pessoa com o sistema de saúde; como um programa focalizado e seletivo com oferta limitada de serviços dirigidos a populações pobres; como uma estratégia de reorientação de sistemas e serviços de saúde (PAIN, 2012).

No final da década de 70 e início da década de 80, no Brasil foram iniciadas as primeiras experiências de implantação de serviços municipais de saúde, inspirados nos preceitos da Declaração de Alma Ata, dos quais se destacam as experiências de medicina

comunitária que foram marco inicial da participação dos municípios no desenvolvimento da AB. Tais experiências sofreram grande influência do movimento de reforma sanitária daquela década e contaram com o apoio das universidades (CRUZ, 2015).

Na década de 90, importantes mudanças ocorreram no setor saúde no Brasil, com experiências inovadoras e decisivas na implementação de um novo desenho na atenção à saúde da população. Surge, portanto, propostas cujo ponto de partida foi a criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que propunha a redução da mortalidade infantil em alguns estados, com mão de obra simplificada da própria comunidade, por meio do seguimento às famílias em risco social. Mais adiante foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no ano de 1994, com proposta de reorganização da AB. O PSF trouxe consigo uma série de inovações e desejos dos defensores de uma reforma sanitária, para reverter o modelo curativo centrado no indivíduo, transformando-o em um conjunto de ações em que se articulem indivíduo, família e comunidade, ou seja, uma atenção integral (FERREIRA NETO *et al.*, 2016).

Um grande desafio do SUS, segundo Oliveira e Pereira (2013), é, justamente, qualificar a AB para coordenação do cuidado e organização da atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar respostas adequadas às necessidades dos usuários através de uma linha de cuidado integral que seja plenamente articulada com a AB.

Com intuito de conceber uma maior flexibilidade ao modelo, após grande expansão da saúde da família, foi proposto que o PSF deixasse de operar em bases programáticas para se constituir em uma estratégia (Estratégia de Saúde da Família - ESF), com a ampliação do acesso e da qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da Saúde. Com esse caminho para ampliar o fortalecimento da AB apenas 15% dos casos de saúde e doença de um território devem ser encaminhados para serviços mais especializados, uma vez que a ESF é responsável pela coordenação do cuidado, ou seja, é responsável pelo referenciamento do usuário quando necessário, articulando outros serviços (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Modelo assistencial da AB à Saúde do Brasil, a saúde da família, é uma estratégia de reorientação do SUS. Considera-se que uma AB forte aumenta a capacidade do país de alcançar uma alta qualidade na assistência à saúde. Sua ação intervém sobre o cenário das práticas de saúde desenvolvidas no território, na medida em que estabelece laços de compromisso e corresponsabilização entre a equipe da ESF e um conjunto específico de cerca de 3 mil a 4,5 mil pessoas de uma determinada área com cuidado integral à saúde da população a ela vinculada, através de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação,

reabilitação de doenças e agravos, bem como de intervenções nos fatores de risco vividos por essa comunidade. (FERREIRA NETO *et al.*, 2016).

Mais recentemente, em 2006, houve a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que buscou ampliar o escopo da AB e reafirmar a saúde da família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da AB, com orientação para a ESF ser considerada a porta de entrada dos serviços de saúde e coordenar os cuidados na rede de serviços, desenvolvendo ações efetivas baseadas na integralidade (FERREIRA NETO *et al.*, 2016).

A integralidade, de acordo com Mattos (2009), não é apenas um conceito, é uma “imagem/objetivo” que tenta expressar um conjunto de valores pelos quais vale lutar. Para o autor, devem-se abarcar os vários sentidos da integralidade e não exaurir a sua definição para que não sejam caladas as vozes dos que participam na construção de um sistema de saúde mais justo e solidário. O autor acima traz três sentidos para a integralidade; um arcabouço de reflexões que aparecem em diferentes contextos e momentos do nosso país como mostrados a seguir.

A Integralidade como um traço da boa medicina é apresentada como um movimento médico cujas origens remontam às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária e ficou conhecido como medicina integral. Mattos (2009) também ilustra a Integralidade como modo de organizar as práticas, apresentada por ele como um conjunto de sentidos que se relacionam mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde. Por fim, outro conjunto de sentidos do princípio de integralidade está relacionado às conformações de certas políticas específicas, políticas especiais especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde de certo grupo populacional, como DST/AIDS, mulher, diabetes, dentre outros.

Ao afirmar-se a importância da integralidade assume-se a intersubjetividade nas práticas em saúde, o que envolve uma relação de mão dupla entre os profissionais dessa área e os sujeitos por eles atendidos. A integralidade é um dos princípios do SUS que pressupõe ações integradas e práticas geradoras de mudanças de cada profissional de saúde, além do trabalho em equipe (MATTOS, 2009).

Há, desta forma, uma integralidade polissêmica e polifônica, que pode ser compreendida como uma possibilidade de ampliar o cuidado, com o replanejamento do sistema de saúde e reestrutura, incluindo reformulação na organização de suas práticas

cotidianas, numa relação atenta em escutar a subjetividade do outro, aliada ao atendimento de necessidades múltiplas de saúde (TAROCCO; TSUJI; HIGA, 2017).

Mattos (2009) ao delinear sentidos para a integralidade, não vem restringir sua perspectiva, pelo contrário, cada sentido apresentado por ele abarca amplas perspectivas e direcionam a integralidade que não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente e sim “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo” que tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, que é um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. Para o autor, apresentar a integralidade como parte de uma “imagem-objetivo” é o que moveu e move planejamentos para designar certa configuração de um sistema ou de uma situação que consideram desejável. Não é uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam tal configuração como real num cenário temporal definido.

A integralidade, para Albuquerque (2003), tem sido um dos princípios do SUS mais esquecido, mas também o mais ligado ao processo de conscientização e participação da população usuária, uma vez que os motivos sociais e econômicos da exclusão social e desigualdade do acesso aos serviços públicos podem ser explicitados numa ação que discute saúde na comunidade, ações educativas.

Albuquerque (2003), ao analisar documentos oficiais e a literatura sobre integralidade, observa que há uma grande diversidade de aspectos que a autora sintetiza da seguinte maneira:

- a) Integração de ações preventivas, de promoção da saúde, curativas e reabilitadoras;
- b) Garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, bem como na horizontalização das ações, fazendo com que cada nível incorpore as ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação;
- c) Visão integral do indivíduo e da família na comunidade, unindo interdisciplinarmente os saberes técnicos necessários a cada situação e o saber popular;
- d) Desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade, criando e reforçando os canais de participação popular e de construção de cidadania;
- e) No processo de gestão da atenção à saúde, juntando vigilância, planejamento e implementação de ações na comunidade.

Desta maneira observa-se que os preceitos da AB são associados às nuances da integralidade, no entanto, Norman e Tesser (2015) apontam que, apesar de se discutir muito sobre prevenção/promoção e cuidado na organização dos serviços, é escassa a produção no que se refere à operacionalização dessas ações nas rotinas assistenciais, na ESF.

A ESF, composta por uma equipe multiprofissional, propõe-se a oferecer um atendimento de saúde voltado para a integralidade do ser humano considerando a complexidade deste indivíduo no meio em que está inserido. No entanto, Silva (2017), traz como resultado de sua pesquisa em uma unidade de saúde da família (USF), que estes conceitos não estão bem consolidados em uma parte considerável das equipes, pois o que se observa são equipes em que o trabalho ainda se concentra no saber médico, sobrecarregado por uma demanda de consultas e desencadeando atendimentos voltados ao tratamento curativo, com um olhar pouco direcionado à promoção da saúde, embora a ESF a tenha como principal eixo.

Percebe-se ainda, que algumas equipes não discutem as questões de sua área de abrangência de forma integral, não planejam as ações e pouco as avaliam no cotidiano de suas práticas (SILVA, 2017). A autora observa, diante de uma avaliação/intervenção, que a reorganização dos processos de trabalho, a utilização das ferramentas da clínica ampliada, do acolhimento e do projeto terapêutico singular, são importantes para a integralidade do cuidado.

Uma análise comparativa realizada por Ellery, Pontes e Loyola (2013) indicou forte relação entre as ferramentas de gestão e as práticas de atenção integral, com destaque para o aspecto ‘planejamento’ no município de grande porte estudado. O trabalho mostra ainda a importância de se compreender a relação entre trabalho em equipe, interação entre seus membros e a integralidade nos serviços, salientando a importância da comunicação, que ainda é bastante negligenciada na formação em saúde.

Existe também uma importante relação entre as ferramentas de avaliação e planejamento, com a atenção integral. Por isso há um reforço para importância das reuniões de equipe, reuniões com a gestão, além das reuniões com equipes de saúde mental e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (FERREIRA NETO *et al.*, 2016).

Bousquat *et al.* (2017), como exemplo, realizou um estudo avaliativo em uma região de saúde localizada no norte do Estado de São Paulo, classificada como de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços. Na região estudada, fica evidente a fragilidade da AB tanto em se constituir como porta de entrada preferencial no sistema, quanto em oferecer uma atenção à saúde resolutiva. A visão dos gestores reproduz a linha de argumentos previstos nas diretrizes nacionais para a organização dos serviços de AB. Contudo, na experiência dos usuários não se confirma tal perspectiva. Ao contrário, as práticas que poderiam reforçar a função central da AB na promoção e prevenção e na manutenção da

saúde (diagnóstico precoce, acompanhamento continuado, busca ativa, educação em saúde) são pouco reconhecidas, inclusive em relação à condição de serviço de procura regular.

Ao encontro do exemplo citado, Almeida, Giovanella e Nunan (2012), reforçam em suas publicações que diversos municípios brasileiros demonstraram problemas que comprometem a condição da AB como porta de entrada preferencial do sistema e sua capacidade de ofertar uma atenção integral e coordenada, com fragilidade nos mecanismos de referência e contrarreferência, além de desqualificação do trabalho do generalista e dificuldades para registro de dados clínicos, provocando barreiras de acesso aos serviços especializados.

Os serviços de saúde ainda apresentam dificuldade para identificar as necessidades em saúde dos diferentes grupos sociais, quer por falta de tecnologias, quer por ausência de preparo para utilizá-las. A reorganização do modelo assistencial pressupõe qualificar as equipes de saúde para o reconhecimento e o enfrentamento dessas necessidades, na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença (OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Para favorecer uma AB mais resolutiva, Costa *et al.* (2014) afirmam que as ações de saúde devem estar implicadas no trabalho efetivo da equipe multiprofissional, que busca solucionar os problemas individuais e coletivos demandados pela população. No entanto, os autores nos traz que os profissionais enfrentam dificuldades quanto à formação de uma equipe completa, às condições de trabalho e à regência do modelo biomédico, ainda imperativo na rede de serviços ofertada.

A ESF que supõe o trabalho em equipe e a interação organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas, proporciona possibilidades de cuidados mais completos, ao mesmo tempo em que pode aumentar as competições entre os profissionais, bem como as diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho real, o que tornam mais complexas as interações entre os indivíduos, entre estes e seu objeto de trabalho, e as resultantes de todos esses encontros (Shimizu, Carvalho Júnior, 2014). Para Dejourns (2003) a fundamentação do processo de trabalho baseado em conhecimentos e práticas generalistas aumenta as incertezas dos profissionais, que por sua vez, aumentam a tensão no trabalho, tornando mais complexa a coordenação desse processo. Dessa forma é fundamental levar em conta a dinâmica do processo de trabalho, a experiência subjetiva, os valores tomados em consideração nas decisões durante o curso da atividade.

Ribeiro, Pires e Blank (2004) apontam que o trabalho em saúde compõe o setor de serviços, constitui-se numa esfera de produção não material, que se completa no ato de sua realização, o produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da

atividade. Dentro desse cenário, a AB que propõe a superação do modelo biomédico, ainda traz o trabalho compartimentalizado, com cada grupo profissional que se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias.

Segundo os autores acima, muitas equipes de saúde da família citam mudanças positivas com a tentativa de superação do modelo de saúde, como mudanças em seu trabalho para uma atuação mais comprometida, baseada no vínculo e corresponsabilidade; contarem com maior adesão da população; produzir ampliação das ações de promoção; terem a possibilidade de desenvolver assistência integral e contínua voltada para a população/comunidade; reduzirem as internações hospitalares; efetuarem o diagnóstico das doenças mais precocemente; introduzirem práticas assistenciais inovadoras. Essa visão da AB condiz com a Clínica Ampliada (CA) trazida a Política Nacional de Humanização do SUS, que é uma diretriz orientadora para a teoria e a prática em saúde, enfatizando a singularidade dos sujeitos e a complexidade do processo saúde/doença no território buscando a integração de diversas abordagens que viabilizem a complexidade do trabalho em saúde e dos sujeitos implicados neste processo (NAVARRO; PENA, 2013)

As práticas acima dividem espaço com um modelo centrado no médico e no atendimento curativo, com o trabalho realizando a manutenção das características de compartimentalização, execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população da sua área de abrangência, além de atividades desenvolvidas no domicílio que não representam uma ruptura com o modelo biomédico, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho (FERTOMANI, 2003).

Em 2006 o MS amplia as formas de cuidado na AB quando cria a Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC) com cinco práticas de cuidados diferenciadas da alopatia, que é a medicina tradicional ocidental. Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é o termo criado no Brasil para as chamadas, em outros países, Medicina Tradicional (MT), Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e Medicina Integrativa (MI) (CONTATORE, 2015). Em 2018, as PIC passaram para 29: ayurveda, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, termalismo social/crenoterapia, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais; fundamentam-se nos princípios da

integralidade e da universalidade possibilitando o acesso a práticas que antes só eram possíveis na rede privada (SANTANA; NASCIMENTO, 2016)

É neste cenário dicotômico que a orientação por um trabalho multiprofissional, em equipe e integrado entre si e entre a comunidade caminha para construir alicerces nas diretrizes do SUS, com a afirmação e fortalecimento dos seus princípios e diretrizes.

4.2 Os Núcleos de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica como ferramentas de integralidade em saúde

Na perspectiva do reforço à integralidade, os Nasf corroboram com a contribuição da equipe multiprofissional para a efetivação das ações em saúde. O NASF desempenha o apoio à gestão e à atenção, sendo uma estratégia de organização das práticas de cuidado e de gestão, através de diferentes ferramentas tecnológicas, desde a pactuação de ações e metas, até a implantação da clínica ampliada, projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território, fomentando o compartilhamento das ações das equipes (SAMPAIO *et al.*, 2012).

O MS preconiza que o Nasf deve atuar dentro das diretrizes: ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. Assim, a organização dos processos de trabalho dos Nasf, deve ter como foco o território sob sua responsabilidade, ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, com a geração de experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2010).

O Nasf desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira abrange a ação clínica direta com os usuários; a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes, através do apoio matricial, que é um novo modo de produzir saúde num processo de construção compartilhada com proposta de intervenção pedagógico-terapêutica por meio de trocas de saberes (BRASIL, 2014). É com o matriciamento que o Nasf busca uma Clínica Ampliada, ferramenta eficaz para a ampliação do escopo de trabalho da ESF, por ampliar a atenção para além do biológico, numa perspectiva de transformação da atenção individual e coletiva (SANTOS; UCHOA-FIGUEREDO; LIMA, 2017).

Existem diferentes debates sobre a potencialidade dos Nasf, que operam determinados modelos de saúde, e conseqüentemente, diferentes formas de organizar a rede de serviços. Dessa maneira buscou-se evidenciar algumas estratégias políticas que são desenvolvidas ao longo da implementação dos Nasf e que os tornaram dispositivos tanto do discurso que opera o modelo em defesa da vida, que fortalece a cogestão dos processos de trabalho, mas também quanto do discurso privatista, que opera a fragmentação do trabalho, centrado no cuidado em saúde especializado e técnico (COSTA *et al.*, 2012).

Alguns entraves apareceram logo no início da implantação dos Nasf devido a uma imprecisão nos documentos ministeriais sobre qual modelo seguir, pois o modelo de apoio matricial baseado na cogestão só aparece mais a frente. Outra questão que se refletiu no nível local foi a liberdade para cada Nasf produzir seu trabalho de acordo com sua própria compreensão, revelando a fragilidade no direcionamento organizativo e político local. Após quase dez anos de criação dos Nasf, destaca-se que ainda é um desafio à criação de espaços coletivos, nos quais as equipes de saúde compartilhem a elaboração de planos gerenciais e projetos terapêuticos, principalmente devido à tendência hegemônica de fragmentação do trabalho; obstáculo estrutural ao trabalho interdisciplinar, conseqüentemente à integralidade (SAMPAIO *et al.*, 2012).

Moretti e Fedosse (2016) em uma pesquisa apontam que a trajetória dos Nasf desde sua criação até os dias atuais foi pautada, em grande parte, na falta de serviços especializados, o que pode conduzir a um funcionamento equivocado da equipe que tende a realizar a substituição aos serviços que faltam, para responder à demanda da população. A pesquisa ainda aponta que o maior número ou cobertura de Nasf em uma determinada região ainda não está relacionado com um escopo amplo o suficiente para lidar com as iniquidades de saúde e que se fazem necessárias mudanças nesse sistema, na gestão ou no domínio da execução de ações qualificadas dos profissionais de saúde.

Outra questão para reflexão sobre o Nasf é a composição da equipe. Costa *et al.* (2012) observaram que a equipe de saúde, quando incompleta, dificulta o serviço e o cuidado integral. Nesse contexto, os outros profissionais ficam com suas ações restritas, o que representa a inversão da proposta da ESF de mudança do modelo de cuidado, reafirmando a prática da clínica biomédica. Para as autoras, o trabalho em equipes multiprofissionais na ESF é fundamental no cuidado em saúde, pois, com o processo de mudança do modelo assistencial no contexto do SUS, ocorreu a ampliação do conceito de saúde, logo, do objeto de trabalho; a doença dá espaço ao indivíduo e sua família. Essa ampliação no objeto de intervenção está de

mãos dadas com a integralidade nas ações de saúde e exige mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho (COSTA *et al.*, 2012).

Num sentido amplo, a organização multiprofissional na AB inclui as equipes dos Nasf, que por sua vez, foram criadas e implantados com o intuito de apoiar a melhor articulação da ESF na rede de serviços em saúde. Além disso, os Nasf são responsáveis por realizar ações conjuntas às equipes da ESF, intervenções coletivas de promoção, prevenção e acompanhamento de grupos sociais em vulnerabilidade no contexto do território (ANDRADE *et al.*, 2012).

Dessa forma, os profissionais das equipes da ESF e do Nasf são corresponsáveis por uma população coberta, com objetivo de enfrentar os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação da equipe multiprofissional possibilita que um profissional se reconstrua a partir da prática do outro, ambos sendo transformadores e transformados para uma intervenção na realidade em que estão inseridos (MARTINS *et al.*, 2012).

A partir da estruturação da equipe de AB tem-se a integralidade, que, nesse sentido, inicia-se pela organização dos processos de trabalho, onde se preconiza a assistência multiprofissional, operando por meio de dispositivos diversos como o acolhimento, o vínculo, a corresponsabilização, a troca de saberes no cuidado ao usuário (COSTA *et al.*, 2014).

Nascimento (2014) em sua pesquisa com equipes de Nasf da Região Metropolitana do Recife nos traz algumas sugestões propostas pelos grupos pesquisados para melhorar a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho, os quais abarcam a necessidade de comunicação com a gestão, melhoramento da estrutura, salário, redução do número de equipes para dar apoio, assumir a dimensão assistencial, fortalecimento dos profissionais da equipe e incorporação da avaliação no cotidiano.

Em seu estudo, Nascimento (2014) reforça que o processo de avaliação da situação inicial do território deve ocorrer antes da implantação do Nasf no município, o que servirá de subsídio para definir como será composta a equipe e quais os profissionais que serão contratados. Para conhecer o perfil epidemiológico, demográfico, doenças de maiores prevalências e identificar as temáticas e situações em que os profissionais da saúde da família mais precisam de apoio, é fundamental a participação da equipe e da população, pois estes são os atores que mais conhecem as necessidades locais. Este processo deve ser sistemático e dinâmico, que acompanha os movimentos do território. Com a formação da equipe Nasf esta ação deve manter continuidade.

O monitoramento das condições de vida e saúde das famílias de um determinado território, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, faz parte da vigilância em

saúde nos serviços da AB, situação que se torna frágil uma vez que a AB ainda não é a principal porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde e as necessidades em saúde dos indivíduos, famílias e coletividades ora não são reconhecidas, ora se reduzem a demandas moduladas pelas ofertas dos serviços de saúde (OLIVEIRA; SILVA, 2012)

Atualmente se emprega uma grande relevância à pesquisa em sistemas de saúde, o que tem aumentado esta pauta nas agendas dos diferentes países ao redor do mundo, baseado no princípio de que a pesquisa sobre os objetivos e funções essenciais de sistemas de saúde devem ser estreitamente relacionadas com as reais necessidades das populações (CASSIANI; BASSALOBRE-GARCIA; REVEIZ; 2015).

Cassiani, Bassalobre-Garcia e Reveiz; (2015) mostram nos resultados de seus estudos acerca das prioridades para a pesquisa de sistemas de saúde, que os aspectos principais são direcionadas para investigar quadros de regulação do mercado de trabalho e a dinâmica da fonte/demanda de recursos humanos em saúde, incluindo a implementação e a avaliação dos sistemas de incentivo, como uma das estratégias para a cobertura do recurso humano e acompanhada de sistemas de informação adequados para tomada de decisões no processo de avaliação e qualidade do sistema. Muitas avaliações institucionalizadas são aplicadas nestas perspectivas.

4.3 Avaliação em saúde e suas contribuições para o SUS

O mecanismo de avaliação da saúde em geral pode contribuir para o aumento da eficiência do sistema de saúde, contudo existem grandes desacordos sobre a maneira de fazê-lo e, em particular, sobre a pertinência da avaliação. Esta falta de consenso decorre da complexidade do sistema de saúde, que envolve grandes grupos de atores (os profissionais de saúde, os gestores, os planejadores, o mercado e a política), que intervêm segundo diferentes lógicas, níveis de atuação, cronogramas e valores. Se, em teoria, a avaliação tem a capacidade de produzir informações úteis para cada instância de decisão, acredita-se que os resultados das avaliações que satisfazem às expectativas de uns não serão compatíveis com as expectativas de outros (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Para Sancho e Dain (2012) a avaliação pode ser assumida como um sistema de feedback, que tem como objetivo fundamental a produção de informações e conhecimentos que, por um lado aprimora as teorias e, por outro, fornece subsídios às intervenções. A avaliação em saúde realizada sob a abordagem da pesquisa avaliativa tem como propósito fazer um julgamento situado na caracterização das condições de produção dos efeitos

observados (variáveis contextuais), ampliando o potencial de generalização. Segundo os autores a avaliação atua no setor saúde ainda de forma marginal ao processo decisório e sem assumir um processo de institucionalização, por isso é fundamental o aprofundamento de debate e ideias, não só para refutar ou corroborar teorias, mas também para formular desenhos metodológicos.

Para a reformulação e aprofundamento das práticas do sistema de saúde brasileiro, a avaliação em saúde, de acordo com Contandriopoulos (2006), baseada em conhecimentos científicos sólidos, é imperiosa ferramenta de contribuição para fornecimento de subsídios na tomada de decisões. O autor traz esta perspectiva uma vez que a necessidade de controlar os gastos públicos (e conseqüentemente os gastos com a saúde) aponta a uma ideia de que o sistema de saúde brasileiro tem sua viabilidade comprometida. É ressaltado que os resultados de uma avaliação não se traduzam automaticamente em uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões.

Aspecto relevante na qualidade da avaliação são as formas de divulgação dos resultados. Ceneviva e Farah (2012), em uma pesquisa para análise de alguns aspectos de duas políticas públicas no Estado de São Paulo (programa de DST/AIDS e política de educação fundamental), demonstraram em uma delas que as divulgações dos resultados são claramente insuficientes para informar aos trabalhadores e ao público em geral acerca do objetivo a que se propunha. Os familiares, por exemplo, bem como o conjunto da sociedade, não têm sido capazes de atribuir significado aos dados apresentados pelos relatórios. Conseqüentemente, não têm utilizado os resultados e as informações das avaliações para cobrar dos agentes do poder público, a melhoria na qualidade do serviço. Em suas pesquisas, os autores afirmam que a responsabilização dos agentes públicos está diretamente relacionada não apenas com características próprias do sistema de avaliação implementado, como as formas de apresentação e de divulgação dos dados das avaliações, mas também com a atuação dos atores interessados, por isso a importância da clareza e acessibilidade dos resultados.

No Brasil, a pesquisa de avaliação de políticas começa a se desenvolver apenas a partir da década de 80 e apresenta-se, tanto do ponto de vista acadêmico, como da sua incorporação ao cotidiano da administração pública, ainda bastante incipiente. Nesse âmbito, a avaliação tem sido conceituada sob diferentes perspectivas (CENEVIVA; FARAH, 2012).

Em 2011 o MS deu início ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que se trata de uma avaliação com repasses de recursos às equipes da AB que atinjam “padrões” de pontuação esperados, os quais

indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores. Nesta perspectiva a qualidade é apreendida como “fluxo” e “movimento” devendo, por isso, ser fruto da atuação dos atores implicados, com capacidade de mudar o cenário e exigir permanente adaptação. (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

Para a realização de uma avaliação confiável são necessários registros fidedignos, que sejam preenchidos criteriosamente pelos profissionais. Na AB, podem-se encontrar livros e atas de registros e reuniões, além dos prontuários das famílias que são fontes importantes para avaliação e monitoramento. Atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho. (VASCONCELOS; GRIBEL; MORAES, 2014)

Tanaka e Tamaki (2012) afirmam que o processo avaliativo em saúde é uma forma de contribuir para a obtenção de resultados concretos na saúde dos usuários dos serviços de saúde, portanto, para subsidiar a tomada de decisão e deve ser direcionada tecnicamente para as principais necessidades de saúde, respeitando os princípios constitucionais da política de saúde do país, e de conduzir o seu desenvolvimento de forma a construir a viabilidade da implementação das ações resultantes das decisões tomadas. Os autores ainda acrescentam que a dinâmica dos serviços de saúde dificulta a realização de avaliações em função da necessidade de se tomar decisões no momento em que os problemas acontecem ou são identificados e que a incorporação da lógica da avaliação no cotidiano de todos aqueles que têm o poder de decidir e de implementar ações será condição essencial para as práticas avaliativas e tomada de decisão pela gestão dos serviços de saúde.

Figura 1 - Relação da avaliação para o processo de tomada de decisão.



Fonte: Contandriopoulos (2006)

A produção de conhecimentos sobre a avaliação de necessidades em saúde é uma tarefa a ser assumida coletivamente tanto por quem se dedica à elaboração de tecnologias e instrumentos de intervenção, como por aqueles que, no cotidiano dos serviços de saúde, encarregam-se de submeter tais produtos ao teste da realidade (OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Ribeiro *et al.* (2014) identificou escassez de estudos que mostrem a implantação do Nasf no Brasil e sua relação com as ESF. Com base na complexidade de atores e ações da AB, no trabalho multiprofissional envolvendo o Nasf, sua importância para atenção integral à saúde e o fortalecimento do setor saúde em geral, vê-se necessário investigar mais a fundo as práticas e contribuição deste núcleo.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização da pesquisa seguiu-se o seguinte esquema

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa avaliativa tipo estudo de caso.

5.1.1 A pesquisa avaliativa

Pode-se apreender a pesquisa avaliativa como a aplicação sistemática de procedimentos oriundos das ciências sociais para fazer julgamentos sobre os programas de intervenção, analisar bases teóricas, processos operacionais e a implementação dos mesmos nos contextos aos quais constituem (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

As lacunas de modelos de avaliação do Nasf conduziram Sousa (2016) a construir um modelo teórico dos resultados/efeitos do Nasf, que é composto por três dimensões: 1) ampliação do escopo; 2) ampliação da resolutividade 3) coordenação da atenção (Anexo A).

Para cada dimensão foram discriminadas atividades e possíveis resultados intermediários e resultado final. O modelo teórico construído embasa a construção de uma Matriz de Avaliação dos resultados/efeitos do Nasf. A dimensão “ampliação do escopo” é justamente o aspecto que inclui a perspectiva da integralidade, como mostra o modelo teórico no quadro 1.

Sousa (2016) criou indicadores para mensurar os resultados apontados, uma vez que, ao levar em consideração o aspecto inovador do Nasf, a complexidade de seus objetivos e organização do processo de trabalho, vê-se que não há indicadores validados para aferir resultados. Esta pesquisa utilizou como referência para os achados, o que Sousa (2016) chamou de “resultados intermediários” e define como “resultados produzidos no processo de trabalho das eSF apoiadas”.

Quadro 1 - Modelo teórico do Nasf referente ao aspecto integralidade

Objetivos do Nasf concernentes à integralidade	Atividades	Resultados intermediários	Resultados finais
Ampliação do escopo	Realizar grupo educativo	Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção	Participar da melhora na funcionalidade e qualidade de vida dos usuários e famílias acompanhados na AB (eSF e Nasf) Realizar atenção integral aos indivíduos e famílias
	Articular ações intersetoriais		
	Realizar atividades de promoção à saúde (estímulo à atividade física; alimentação saudável; diminuição da obesidade; diminuição do tabagismo)	Desenvolvimento de ações de atenção e reabilitação	
	Realizar visita domiciliar e atendimento específico	Ampliação/modificação no cardápio de ofertas da AB	
	Realizar atendimentos compartilhados, grupo terapêutico, construção de PTS, reunião de equipe, oficinas de educação permanente.	Ampliação no perfil de problemas e agravos enfrentados na AB	
	Realizar ações de prevenção/atenção a sobrepeso/obesidade		
	Realizar ações de prevenção/atenção no âmbito da saúde mental		
	Realizar ações de prevenção/atenção no âmbito da saúde funcional e pessoa com deficiência.		
Realizar ações de promoção/atenção no âmbito das práticas integrativas.			
Visão integral do indivíduo e da família na comunidade	Realizar encaminhamentos para o Nasf	Realização da clínica ampliada	
	Realizar encaminhamentos para rede especializada	Aumento da percepção sobre os problemas de saúde da população	
	Realizar atendimentos compartilhados entre profissionais do Nasf		
	Realizar atendimentos compartilhados entre profissionais do Nasf e sSF		

Fonte: A autora, baseado em Sousa (2016)

Inspirada na teoria do traçador conceituado por Kessner (1973), para cada tipo de resultado foi elencada uma condição verificadora, que é um critério para analisar a existência ou não de tais resultados. Foi proposta cada condição verificadora a partir da compreensão de que a existência de determinada condição seria consequência da adequada organização e realização das atividades preconizadas para determinado serviço ou arranjo assistencial e, ao

mesmo tempo, pré-requisito para alcançar os resultados finais desse mesmo serviço ou arranjo assistencial.

Para elaborar as condições verificadoras, Sousa (2016) tomou como base o modelo teórico por ela elaborado, além do referencial teórico do seu estudo e construiu a Matriz de Avaliação dos Resultados Intermediários do Nasf (anexo três). Este estudo segue o embasamento referido para construção da Matriz de Avaliação, com algumas adaptações ao propósito dos objetivos.

Quadro 2 - Matriz de avaliação dos resultados intermediários do Nasf, 2018.

Objetivo do Nasf	Condição verificadora	Aspectos da integralidade segundo Albuquerque (2003)
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação do escopo e abrangência da AB • Visão integral do indivíduo e da família na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação; • Ampliação/modificação no cardápio de ofertas da AB; • Ampliação no perfil de problemas/ agravos enfrentados na AB • Realização da clínica ampliada • Aumento da percepção sobre os problemas de saúde da população 	<ul style="list-style-type: none"> • Integração de ações preventivas, de promoção da saúde, curativas e reabilitadoras; • Garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, bem como na horizontalização das ações, fazendo com que cada nível incorpore as ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação; • Visão integral do indivíduo e da família, na comunidade, unindo interdisciplinarmente os saberes técnicos necessários a cada situação e o saber popular; • Desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade, criando e reforçando os canais de participação popular e de construção de cidadania;

Fonte: A autora, baseado em Sousa (2016).

5.1.2 A escolha por estudo de caso

O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa largamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no exaustivo e profundo estudo de um ou poucos objetos, de forma que permita seu amplo e detalhado conhecimento, o que é inviável com outros delineamentos de pesquisa (GIL, 2002). É encarado como a classificação mais adequada para investigação de um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto real (YIN, 2005).

Nos estudos de caso, importante cuidado deve-se tomar na etapa de formulação do problema para garantir que o problema formulado seja passível de verificação por meio desse tipo de delineamento (GIL, 2009). Segundo Yin (2005), em geral, os estudos de caso

representam a estratégia elegida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Gil (2002) traz que o estudo de caso pode ser empregado com alguns propósitos, tais sejam: explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; preservar o caráter unitário do objeto estudado; descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; formular hipóteses ou desenvolver teorias; explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas.

5.2 Período do estudo

A pesquisa foi realizada com recorte de 12 meses, de junho de 2017 a maio de 2018. Acredita-se que neste período a equipe do Nasf em questão esteja em manejo e funcionamento apropriados às suas propostas de ação, uma vez que foi implantada no município de Jaboatão dos Guararapes no final do ano de 2015. Então, os anos de 2015 e 2016 podem ter sido o momento de conhecimento e apropriação do território, formação de vínculo com as unidades de saúde e usuários.

5.3 Área do estudo

O município de Jaboatão dos Guararapes apresenta uma população estimada para 2017 de 695.956 pessoas. Situa-se na Região Metropolitana do Recife (RMR), a 14 quilômetros da capital, com extensão territorial de 256 quilômetros quadrados. Limita-se ao Norte com a capital pernambucana e o município de São Lourenço da Mata, ao Sul com o Cabo de Santo Agostinho, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com Moreno (IBGE, 2017).

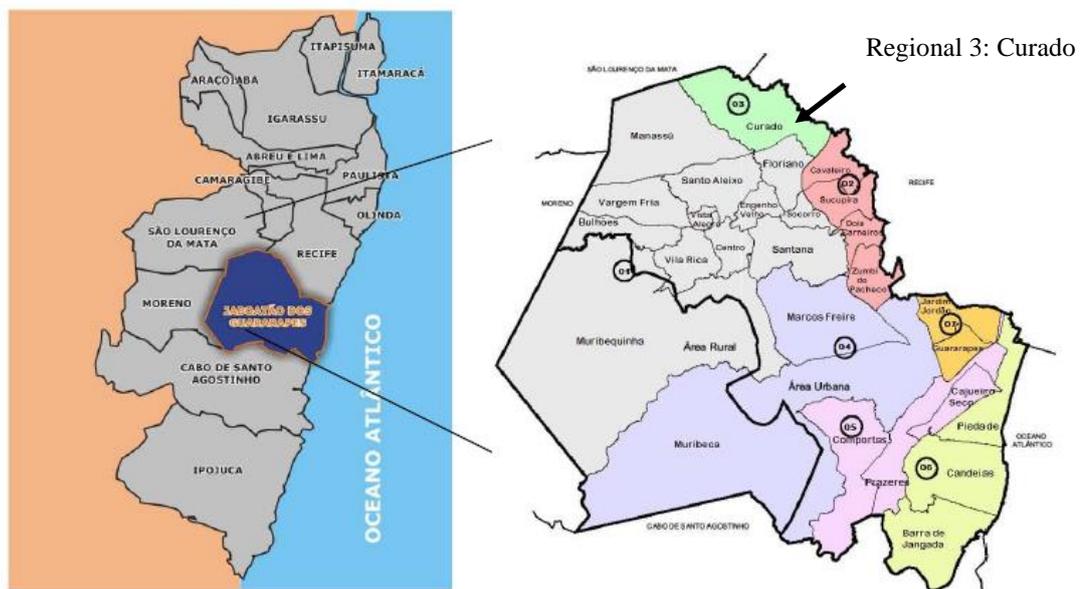
Em 2014, o município de Jaboatão doa Guararapes apresentava um PIB per capita de R\$ 19.410,36. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 10 de 185, já em relação a outras cidades do Brasil, sua colocação era de 1.833 de 5570. Em 2015, tinha 67.8% do seu orçamento proveniente de fontes externas, com uma população que possuía na época, média de salário mensal era de 2.2 salários mínimos. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, possuía 41.4% da população nessas condições, o que o colocava na posição 175 de 185 dentre as cidades do estado e na posição 2556 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

Na área educacional, o município apresenta taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 96,8 %, na saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 12.63 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.5 para cada 1.000 habitantes.

No início de 2017 apresentava 102 equipes de saúde da família (eSF) distribuídas por 7 Regionais de saúde e apenas duas equipes Nasf, com uma cobertura de 15,7%. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 95 de 185 e 93 de 185, respectivamente (IBGE, 2017). Atualmente, com o projeto de ampliação dos Nasf, foram introduzidas oito equipes, o que conformou uma cobertura de 85,3%, restando 15 eSF sem apoio (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2017).

O estudo foi realizado em uma Regional de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes (Regional três) que corresponde ao bairro do Curado, o qual apresenta subdivisões devido a sua grande extensão geográfica: Curado I, Curado II, Curado III, Curado IV e Curado V. Destes, apenas o curado IV não é coberto por ESF. A pesquisa abarca a equipe do Nasf da referida Regional e equipes de Saúde da Família.

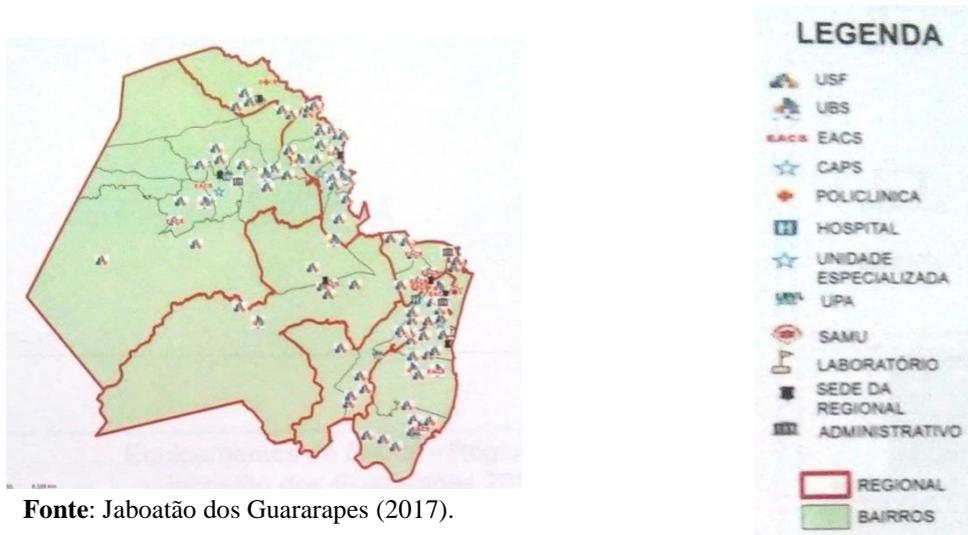
Figura 2 - Mapa do município de Jaboatão dos Guararapes e divisão das Regionais de saúde.



Fonte: Jaboatão dos Guararapes (2012).

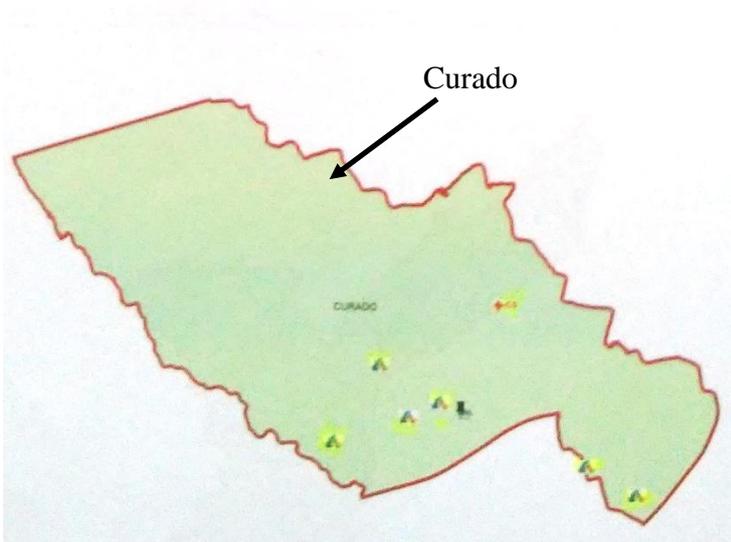
Os dispositivos que compõe a Rede de Saúde do município estão distribuídos de acordo com as figuras a seguir:

Figura 3 – Mapa da rede de atenção à saúde de Jaboatão dos Guararapes



Fonte: Jaboatão dos Guararapes (2017).

Figura 4: Regional 3



Fonte: Jaboatão dos Guararapes (2017).

5.4 Sujeitos do Estudo

A Regional envolvida no estudo apresenta oito equipes de saúde da família e uma equipe Nasf, esta última formada da seguinte maneira:

Regional três – seis profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, profissional de educação física, psicóloga e terapeuta ocupacional.

O estudo foi realizado em duas USF que entram nos critérios de inclusão apresentados, estando todas, até o momento, completas com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e seis agentes de saúde comunitários cada equipe.

Nas entrevistas, cada profissional do Nasf está representada pela sequência da letra P (profissional) e os algarismos I, II, III, IV e V, as ACS são representadas pela sigla seguida do algarismo I, II, III, IV ou V. Os demais profissionais são apresentados pela categoria profissional seguida da USF da qual faz parte (A ou B).

5.5 Critérios de seleção

Para selecionar os participantes da amostra a serem estudados, utilizaram-se os seguintes critérios:

5.5.1 Critérios de inclusão

- a) Equipes de saúde da família que mantiveram menor rotatividade de profissionais nos anos de 2017 e 2018;
- b) Equipes Nasf e eSF que ocupem exclusivamente o território da regional três do município;
- c) Prontuário cujo usuário necessitou de um profissional da equipe de saúde da família e, pelo menos, um profissional do Nasf.

5.5.2 Critérios de exclusão

- a) Prontuários e registros gerais que estiverem ilegíveis ou pouco compreensíveis;
- b) Equipes de saúde da família incompletas;

5.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de pesquisa documental e entrevista semiestruturada. Para Gil (2002) a pesquisa documental apresenta uma série de vantagens tais como subsistir ao longo do tempo, são fontes de dados estáveis e de baixo custo, vale-se de materiais que ainda não receberam tratamento analítico e podem ser fontes bastante diversificadas. Outra questão apontada pelo autor é a não aproximação com os sujeitos da pesquisa, cujas informações captadas diretamente podem ser prejudicadas pelas circunstâncias que envolvem o contato.

Na pesquisa documental, foram coletados dados primários através dos seguintes documentos: prontuários das famílias, livros de registro dos Nasf e livros de reuniões.

Os prontuários foram analisados seguindo critério de ciclos de vida: criança, adolescente/jovem, adulto e idoso. A separação em categorias de ciclo de vida amplia a perspectiva de análise dos resultados das ações do Nasf, tendo em vista a diversidade de faixas etárias e necessidades de cuidado dos usuários, geralmente atendidos por essas equipes.

Considerou-se para esta pesquisa, a lei 8.069/1990 ou Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual retrata a idade da criança em até 12 anos incompletos, e adolescente, entre 12 e 18 anos de idade. Contudo a realidade local mostra que pessoas entre 19 e 24 anos apresentam questões de saúde e sociais semelhantes aos adolescentes, o que fez acrescentar a categoria “jovem” junto à “adolescente”. Então, utilizou-se o conceito da Organização das Nações Unidas (ONU) que conceitua a juventude como pessoas em idade entre 15 e 24 anos. Para concluir, fez-se uso da lei 10.741/2003, conhecida como Estatuto do Idoso e conceitua este ciclo de vida a partir dos 60 anos. Pessoas maiores de 24 e menores de 60 anos de idade estão na categoria “adulto” (BRASIL, 1990, 2003, ASSEMBLÉIA GERAL DA ONU, 1985).

Quando se optou por analisar os prontuários, partiu-se do embasamento que este documento, também chamado de registro em saúde, é um documento único, constituído por informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. Apresenta caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Estes documentos destinam-se ainda ao subsídio dos processos de gestão, ao ensino e à pesquisa em saúde; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, além de documentar demandas legais (DONABEDIAN;1988, OSELKA; 2002).

No município estudado, os livros são instrumentos de registro da produção das equipes Nasf que atuam nesse território. De modo que em cada Nasf existe um livro geral onde há registros das atividades realizadas por toda equipe, como profissionais envolvidos, nome do usuário, data de nascimento, equipe de saúde da família ao qual está vinculado, queixas e procedimentos realizados, incluindo encaminhamentos.

Os Livros de reunião apresentam as pautas discutidas, agendamentos para as diversas ações e outras observações pertinentes. Assim, na análise desses documentos esperava-se encontrar dados relacionados às variáveis do quadro 3:

Quadro 3 – Relação de documentos analisados para coleta de dados do estudo

Documento	Variáveis
Prontuário	<ul style="list-style-type: none"> • Nome do usuários e família • Sexo • Idade • Diagnóstico • Número de atendimentos • Agente de saúde ao qual está vinculado • Profissionais envolvidos • Condutas realizadas • Encaminhamentos
Livros de reuniões do Nasf	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão de casos • Tipos de ações agendadas
Livros de registros do Nasf	<ul style="list-style-type: none"> • Nome do usuário • Data de nascimento • USF ao qual está vinculado • Profissionais envolvidos • Procedimentos realizados • Tipos de ações/ atividades desenvolvidas e coordenada pelo Nasf • Tipos de ações/ atividades desenvolvidas em conjunto com Nasf e USF e/ou outras instituições • Quantidade de usuários participantes das ações • Quantidade de ações/atividades desenvolvidas periodicamente

Fonte: A autora (2018)

Já as entrevistas permitem a obtenção de grande riqueza informativa por serem dotadas de um estilo especialmente aberto, já que se utilizam de questionamentos semiestruturados (ROSA; ARNOLD, 2006). Este método pode desempenhar um papel fundamental para um trabalho científico quando combinada a outros métodos de coleta de dados, como é caso desta pesquisa. Para Britto Junior e Feres Junior (2011), intuições e percepções providas dela, podem melhorar a qualidade de um levantamento e de sua interpretação. Contudo, apesar das vantagens apresentadas, a entrevista, por si só, não garante a fidelidade dos dados e informações coletadas, por isso a importância de sua utilização em conjunto com outros métodos.

Para assegurar uma melhor qualidade na captação das respostas na entrevista, a pesquisadora seguiu as conduções de Richardson (1999) o qual orienta que se deve explicar ao entrevistado o objetivo e a natureza do trabalho, assegurar o anonimato do mesmo e o sigilo das respostas; considerar e explicar que o entrevistado pode identificar algumas perguntas sem sentido e outras difíceis de responder, mas suas opiniões e experiências são interessantes à entrevista. A pesquisadora buscou esclarecer ao entrevistado que o mesmo

deve sentir-se livre para interromper, pedir esclarecimentos e criticar o tipo de perguntas, além disso, foi solicitada a gravação da entrevista, explicando seu motivo.

Foram entrevistadas 15 pessoas, sendo cinco de cada eSF participante e cinco do Nasf. Na USF A participaram uma médica, uma enfermeira e três ACS. Na USF B, um médico, uma enfermeira, uma dentista e duas ACS. Nas USF, a escolha dos participantes envolveu profissionais de nível superior e nível médio, além de disponibilidade de horários e de participação e, os que não estavam de férias ou licença.

No Nasf, toda equipe, como exceção da pesquisadora, participou. São profissionais assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, profissional de educação física e psicóloga. Nesta equipe houve uma roda de diálogos antes das entrevistas para certificação do histórico de implantação da mesma, o que foi de extrema importância para reforçar, inclusive, o histórico de elaboração dos recursos de coleta utilizados pela equipe, como o Livro de Registro.

Através de alguns questionamentos, buscaram-se respostas que pudessem estruturar argumentos norteadores para verificar como o processo de trabalho do Nasf colabora com a ampliação da integralidade da AB. Assim, na entrevista foram abordados conteúdos sobre a rotina de trabalho, trabalho em equipe, formas de encaminhamentos, a relação do Nasf com a eSF e destas equipes com a rede de saúde, e percepções sobre integralidade em saúde. Aproveitou-se também para captar alguns dados referentes ao perfil profissional (apêndice A).

5.7 Análise dos dados

Os dados quantitativos advindos dos conteúdos documentais foram analisados pela sistematização de categorias de maneira descritiva. Os dados qualitativos foram analisados conforme modelo de análise temática tanto para os documentos quanto para as entrevistas que, segundo Bardin (2004), consiste em algumas etapas

- a) **Préanálise:** fase de organização e sistematização das ideias, em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material coletado, e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final.
- b) **Exploração do material:** trata-se da fase em que os dados brutos do material são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. A codificação envolve procedimentos de recorte, contagem, classificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas.

- c) **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** o investigador propõe suas inferências e realiza suas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Após o recorte, os dados são classificados em temas principais, temas estes que resultaram do agrupamento progressivo dos elementos. Destaca-se que os títulos das categorias temáticas são definidos durante a realização das etapas de pré-análise e de exploração do material.

O quadro a seguir mostra como os instrumentos de coleta foram organizados para análise dos dados e obtenção dos resultados, construindo um plano de análise da pesquisa:

Quadro 4 - Plano de análise da pesquisa

Objetivo proposto	Instrumento de coleta de dados	Técnica de coleta e análise dos dados
Descrever os tipos de ações desenvolvidas pelo Nasf;	Livro de registros do Nasf, livro de reuniões do Nasf, prontuários, roteiro de entrevistas.	Análise temática do conteúdo
Identificar como se dá a atuação do Nasf junto às equipes de saúde da família e outros serviços de saúde;	Livro de reuniões do Nasf, roteiro de entrevistas.	Análise temática do conteúdo
Verificar a percepção dos profissionais sobre o processo de trabalho do Nasf e sua colaboração na ampliação da integralidade da atenção básica.	Roteiro de entrevista	Entrevista, análise temática do conteúdo.

Fonte: A autora (2018)

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz e se enquadra de acordo com a Resolução CNS N° 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos. Também na Resolução N° 510/2016, que trata de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na saúde. Recebeu parecer favorável sob o número 2.648.085.

A pesquisa apresentou poucos riscos, como algum constrangimento entre os diferentes profissionais atuantes. Tais riscos foram minimizados com a garantia do anonimato das informações. Como benefícios da pesquisa, buscou-se a colaboração dos participantes para identificação das contribuições do Nasf para a integralidade na Atenção Básica e, dessa forma, na criação de um protocolo de análise das ações do Nasf no município de Jaboatão dos Guararapes. A cada participante, foram garantidos os direitos de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si ou para seu tratamento (se for o caso); a garantia de que em caso houvesse algum dano à pessoa, os prejuízos seriam assumidos pelos pesquisadores responsáveis.

Para garantia dos preceitos éticos de pesquisa, todos os participantes de entrevista e dos grupos, assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Também há carta de anuência do gestor responsável para acesso aos documentos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de orientar e conduzir aos caminhos dos objetivos específicos planejados, os resultados foram organizados de forma que toda a análise documental pretende abarcar dois objetivos: descrever os tipos de ações desenvolvidas pelo Nasf e identificar como se dá a atuação do Nasf junto às equipes de saúde da família e outros serviços de saúde. Para alcançar o terceiro objetivo o qual busca Verificar a percepção dos profissionais sobre o processo de trabalho do Nasf e sua colaboração na ampliação da integralidade da AB, além dos documentos, há o acréscimo de informações das entrevistas, que também complementa e reforça os objetivos anteriores. Após a discussão dos resultados, foi possível elaborar uma proposta de intervenção no município estudado, que segue em anexo como um projeto de intervenção.

7.1 Tipos de ações desenvolvidas pelo Nasf

A identificação deste objetivo foi possível através da análise do Livro de Registro do Nasf, análise dos prontuários e entrevistas.

7.1.1 Livro de Registro do Nasf

O livro de Registro da equipe Nasf foi criado como documento de anotações pela própria equipe. Na época da criação deste Nasf no município ainda não havia na Regional estudada o sistema de registro da AB do SUS on-line (e-SUS AB). Mesmo após a implantação do e-SUS, a alimentação do sistema era falha ou incompleta, pois com um sistema novo, dúvidas sempre surgiam no cotidiano do trabalho.

O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) e foi criado para a reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do MS e para reestruturar as informações da AB em nível nacional. Compreende-se que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. Vem como referência ao processo de informatização qualificada do sistema de saúde em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação (BRASIL, 2018).

Oliveira *et al.* (2016) confirmam que a reestruturação dos sistemas de saúde com o e-SUS AB está avançada e apontam vários benefícios no processo de trabalho dos profissionais

envolvidos, principalmente em relação à diminuição da quantidade de impressos utilizados nos registros de atendimentos e procedimentos realizados por cada um. Contudo, ainda há limitações na edição e formatação do sistema, além da emissão de um relatório que pouco oferece subsídios ao monitoramento da situação de saúde dos territórios.

No livro de registro, a equipe Nasf inicialmente sistematizava colunas com os seguintes dados das ações e usuários: data/atividade/nome; idade; data de nascimento; sexo; cartão SUS; local/ACS; profissionais envolvidos. Em 2018 a equipe decidiu modificar alguns campos, passando a ser: data/atividade/nome/número de participantes/ número do cartão SUS; data de nascimento; sexo; local/ACS; profissionais envolvidos/procedimentos realizados.

A equipe compromete-se em preencher o livro a cada retorno das ações, o que serve de fonte também para posterior alimentação do e-SUS AB. Com as anotações puderam-se encontrar as informações esperadas e descritas nos procedimentos metodológicos:

- a) Nome do usuário
- b) Data de nascimento
- c) USF ao qual está vinculado
- d) Profissionais envolvidos
- e) Procedimentos realizados
- f) Tipos de ações/ atividades desenvolvidas e coordenadas pelo Nasf
- g) Quantidade de usuários participantes das ações
- h) Quantidade de ações/atividades desenvolvidas periodicamente

7.1.1.1 Profissionais envolvidos e procedimentos/atividades realizados

A equipe Nasf estudada é composta por seis profissionais, que incluem assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, profissional de educação física, psicóloga e terapeuta ocupacional. Todas são do sexo feminino e entraram na equipe ao mesmo tempo: outubro de 2015, através de concurso público. Naquele momento não conheceram alguma equipe Nasf anterior, mas sabem que já houve.

O município não possuía diretriz para ação do Nasf, dessa forma, as integrantes da equipe basearam-se nas portarias referentes ao Nasf e cadernos de AB do Ministério da Saúde (MS), para conduzirem o trabalho.

Em princípio realizaram reuniões com todas as eSF da área de cobertura para conhecerem e discutirem as demandas do território. Deste primeiro momento já se pôde identificar algumas potencialidades e fragilidades das equipes e do território. Algo que ficou

bastante explícito foi o desconhecimento do que de fato era o Nasf por alguns participantes das equipes e também o desconhecimento sobre o trabalho de algumas categorias profissionais.

Também houve o momento de conhecer e dialogar com parte da rede intersetorial como escolas, conselho tutelar, associação de moradores e o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

Havia muita demanda reprimida, demanda prioritariamente assistencial ou ações coletivas como palestras, mas dificuldade para formação de grupos. Somente depois de quase um ano é que a equipe Nasf conseguiu uma estruturação que abarca de forma sistemática seguintes ações: atendimentos individuais, exceto domiciliares; atendimentos domiciliares; reuniões; grupos; ações coletivas; articulação intersetorial; matriciamento. No estudo, identificaram-se as atividades de acordo com a categoria profissional como mostra a tabela 1. Vale ressaltar que este registro pode ser subnotificado ou preenchido de forma incompleta, mas em grande parte, estava devidamente preenchido.

Tabela 1 - Atividades realizadas pela equipe Nasf segundo atividade e categoria profissional de junho de 2017 a maio de 2018.

Profissionais	Atendimentos individuais	Atendimentos domiciliares	Reuniões	Grupos	Ações coletivas	Articulação intersetorial	Matriciamentos
Assistente social	32	62	33	17	13	53	5
Profissional de Ed. Física	86	33	33	141	18	0	2
Fisioterapeuta	148	153	39	170	27	1	2
Fonoaudióloga	240	37	49	35	21	2	5
Psicóloga	246	48	28	26	7	2	2
Terapeuta Ocupacional	231	47	37	88	11	0	5
Total da Equipe	983	380	219	477	97	58	21

Fonte: Livro de Registro do Nasf (2017,2018)

A tabela 1 mostra que houve um total de 983 atendimentos individuais em 12 meses, dos quais os maiores números foram de atendimentos pela psicóloga seguidos da fonoaudióloga e terapeuta ocupacional. Já os atendimentos domiciliares aparecem num total de 380, sendo quase a metade de fisioterapia, seguidos de atendimentos de serviço social. As reuniões, 219, tiveram a participação prioritariamente da fonoaudióloga e fisioterapeuta, nesta ordem. Nos grupos, dos 477, a fisioterapia e profissional de educação física estão em maior participação, seguidas da terapia ocupacional. Quando se observa a articulação intersetorial, tem-se a assistente social com maior participação, com 53 num total de 58. No matriciamento, dos 23 realizados ao longo dos 12 meses, encontram-se a assistente social, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional em igual participação, cada uma com 5.

Vale salientar que no período do estudo, a fonoaudióloga e terapeuta ocupacional realizavam a prática integrativa de auriculoterapia, tanto individual quanto em grupo (como será discutido mais a diante), isso infere que os atendimentos destas profissões podem não ser totalmente específicos do núcleo profissional, mas no âmbito da saúde coletiva de forma geral.

Especificidades profissionais também podem ser identificadas, como o serviço social que realizou quase o total de articulações intersetorial, a fisioterapia com quase metade dos atendimentos domiciliares e a educação física se destaca na participação de grupos.

Estes resultados dos atendimentos individuais assemelham-se com os de Sousa (2016), que aponta as maiores demandas para o Nasf os agravos relacionados à saúde mental, mas os atendimentos domiciliares ficaram a cargo, principalmente da fisioterapia. Reis *et al.* (2012), apresenta resultados também semelhantes, quando estudou o núcleo de reabilitação de uma equipe Nasf, a fisioterapia foi a categoria profissional com o maior percentual de atendimentos.

Para Reis *et al.* (2012), o NASF, com sua atuação na área de reabilitação pode garantir por meio dos atendimentos domiciliares, o acesso dos usuários com dificuldade ou impossibilidade de deslocamento aos serviços de reabilitação. De acordo com os autores citados, desse forma o Nasf demonstrou que é possível responder a essa problemática na AB, contribuindo para a integralidade, ao incluir atendimentos que anteriormente não aconteciam e comprometiam a recuperação do usuário, favorecendo o surgimento de novos agravos. Essa ampliação do acesso permite identificar de forma mais apurada a necessidade do uso de tecnologias mais densas e assim realizar os encaminhamentos à atenção secundária de forma mais criteriosa, diminuindo o fluxo à rede especializada.

O atendimento no domicílio organiza uma prática que potencializa a compreensão e a participação da família no processo assistencial e configura um dos sentidos da integralidade, demandando, geralmente, por uma continuidade do cuidado. O atendimento domiciliar auxilia o profissional na melhor percepção do contexto familiar e das condições ambientais do ambiente que o usuário vive, o que influencia no processo de recuperação, pois é no domicílio que são identificadas as condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida do indivíduo (REIS *et al.*, 2012)

Em relação à saúde mental, Bonfim *et al.* (2013) ressalta a alta prevalência de transtornos mentais, a sobrecarga dos profissionais, superlotação dos serviços, baixa cobertura de serviços de saúde mental, a carência e alta rotatividade dos profissionais na AB, além da falta de perfil e formação profissional na área, como condições para a alta demanda dessa população aos serviços da AB e conseqüentemente do Nasf.

Para os autores acima citados, nem sempre os profissionais da ESF possuem tecnologia para a resolução de algumas situações em saúde mental e habilidade de comunicação para lidar com pessoas com transtornos ou em sofrimento mental. Junto a isso há outro importante desafio que está relacionado às situações de adoecimento provocadas pela miséria e pelas situações de violência enfrentadas por parte da população, o que agrava as dificuldades afetivas, emocionais e relacionais.

Como forma de enfrentamento dessas dificuldades, Bomfim *et al.* (2013) reúnem vários autores como Prestes *et al.* (2011); Delfini *et al.* (2009); Soares (2008); Bardan e Oliveira (2007); Tófoli e Fortes (2007); Arona (2009); Bezerra *et al.*(2010); Figueiredo, Onocko e Campos (2008) em uma revisão sistemática na qual todos apontam o matriciamento como caminho para a superação desse grande desafio da AB. O apoio matricial em saúde mental configura-se como uma possibilidade para favorecer a ampliação da clínica na ESF. A saúde mental é uma das áreas de atuação do NASF, e o apoio matricial uma estratégia importante na ação dessa equipe multiprofissional que, quando adequadamente implantado, ajuda na articulação da rede de serviços de saúde e na integração entre as equipes.

Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017) defendem o apoio matricial como prioridade da ESF que, em um estudo anterior, realizava muito mais atendimentos individuais e pouco se identificava a lógica do matriciamento. Para as autoras, as eSF precisam conhecer melhor a organização do trabalho do Nasf sendo necessário o entrosamento das diferentes equipes para que haja a prática de apoio matricial, e que, para tal, sejam considerados os princípios profissionais que a sustentam: a interprofissionalidade, o vínculo, a integralidade no cuidado, a acessibilidade, a resolutividade e a longitudinalidade.

7.1.1.2 Tipos de ações/ atividades desenvolvidas e coordenadas pela equipe Nasf

Além das ações referidas anteriormente, foram identificadas algumas que são desempenhadas com a coordenação da equipe Nasf, nas quais as USF encaminham os usuários, mas não há necessariamente utilização do espaço as USF ou participação destes profissionais, são elas:

7.1.1.2.1 - Grupos e oficinas periódicos

Grupos ou oficinas com atividades periódicas, cronograma fixo.

- a) Grupo saúde corpo e mente (GSCM): grupo aberto a qualquer idade, trabalha atividades corporais e cognitivas, ocorre duas vezes por semana em dois horários, totalizando quatro grupos semanais. Periodicidade constante;
- b) Grupo de reabilitação de ombro (GRO): grupo para reabilitação e educação em saúde de membros superiores com foco em patologias do ombro. Restrito a usuários com diagnóstico de comprometimento do ombro e encaminhado pela USF. Periodicidade de dois encontros por semana, sendo 12 encontros ao todo;
- c) Oficina de postura (OP): encontro semanal para trabalhar educação postural e reabilitação de coluna. Periodicidade: seis encontros;
- d) Grupo de saúde mental (GSM): grupo presente em algumas USF com usuários que apresentam, principalmente, depressão e ansiedade, podendo fazer uso de medicamento psicotrópico ou não. Periodicidade: pactuada com cada grupo;
- e) Oficina de memória (clube da memória) (OM): Encontro semanal para estimulação de aspectos cognitivos, com foco na memória. Envolveu usuários encaminhados por uma USF com relatos de queixas de esquecimentos graves. Periodicidade: oito encontros (oficina única).

A tabela 2 mostra justamente a quantidade de oficinas e os grupos fixos realizados e coordenados pelo Nasf no período estudado. O grupo que abarca maior quantidade de usuários é o GSCM, que ocorreu 148 vezes em 12 meses, alcançando 80 pessoas, na maioria, idosos. A condução do mesmo divide-se entre três profissionais que são a profissional de educação física, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Este grupo evidencia a proposta de promoção de saúde e prevenção de doenças. Inclui diversas faixas etárias (inclusive há presença de mães e filhas), não restringe sexo e abarca práticas corporais e cognitivas.

Tratando-se de quantidade de ocorrências, em segundo lugar tem-se o GRO, conduzido principalmente pela fisioterapeuta, com apoio da profissional de educação física, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga, que ocorreu 60 vezes auxiliando 45 usuários. Estes dois grupos acontecem fora das UBS, no espaço pertencente à Regional administrativa do território. A vantagem neste caso é a participação simultânea de usuários de áreas territoriais diferentes.

O GSM, na realidade é mais de um grupo e tem sua ocorrência em algumas UBS nas quais o Nasf conseguiu captação de usuários. A profissional responsável é a psicóloga. Diferente do GSM, a Oficina de Postura de responsabilidade da fisioterapeuta, também com apoio da profissional de educação física e terapeuta ocupacional, ocorre fora das UBS e alcança usuários encaminhados pelas UBS. Também é formado por usuários de diversas áreas da Regional 3. Por fim, a Oficina de Memória, com condução da terapeuta ocupacional e auxílio da fisioterapeuta e profissional de educação física. Ocorreu em uma UBS com 12 participantes. Foi finalizada e há projeto de retomada, mas não houve novas oficinas.

Tabela 2 – Quantidade de grupos e oficinas realizadas e coordenados pelo Nasf e número de participantes de Junho de 2017 a Maio de 2018.

Grupo ou oficina	N	N de participantes
GSCM	148	80
GRO	60	45
OP	14	24
GSM	13	42
OM	08	12

Fonte: Livros de registro do Nasf (2017, 2018).

7.1.1.2.2 Atividades coletivas

Aqui estão abarcadas as demais ações coletivas destinadas aos usuários como oficinas, palestras, salas de espera, rodas de conversa, autocuidado, grupos eventuais com caráter predominantemente educativo.

- a) Atividades coletivas gerais: trabalho com usuários de grupos específicos como hiperdia, saúde da mulher, tabagismo, puericultura, mobilização social, etc.
- b) Atividades coletivas específicas: cuidados em saúde do trabalhador (autocuidado com práticas corporais/exercício físico e práticas integrativas complementares – PIC)

Especificar as ações realizadas e coordenadas pelo Nasf já mostra a abrangência no escopo das ações na AB e a ampliação do cuidado. A diversidade de profissionais, grupos e ações ou atividades coletivas aponta o reforço e o diferencial que esta equipe promove no território. Salienta-se que as demandas surgem do próprio território e uma situação que se

apresentou logo no início do trabalho do Nasf, de acordo com a roda de diálogo realizada, foi a queixa dos profissionais das eSF quanto ao próprio adoecimento, principalmente os ACS. Baseada nisso, a equipe Nasf criou grupos de autocuidado e outras práticas de saúde do trabalhador, que estão discriminadas nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3 – Atividades coletivas desenvolvidas e coordenadas pelo Nasf

Ações coletivas		N	N de participantes
Atividades coletivas gerais		10	127
Atividades coletivas específicas	Autocuidado com práticas corporais	5	26
	PIC (Auriculoterapia, meditação e Reiki)	37	36

Fonte: Livros de registro do Nasf (2017, 2018).

Nota-se que o número de atividades coletivas coordenadas pelo Nasf decresce quando comparadas aos grupos e oficinas. Isso ocorre porque tais atividades são bastante realizadas em conjunto com as eSF, o que trouxe um total de 10 no período estudado. O número eleva-se quando se apresentam as atividades coletivas específicas, que são voltadas à saúde do trabalhador. Há um total de 42 realizações, das quais cinco foram práticas corporais e 37, PIC, contemplando mais de 30 profissionais. Não se sabe a quantidade exata, pois quem participou das práticas corporais podem ter participado também das demais.

A realização de PIC pelo Nasf é bastante relevante. Das seis integrantes da equipe, quatro realizam alguma PIC e três integrantes realizam mais de uma, o que amplia ainda mais o escopo de ações. Estas práticas além de serem realizadas como contribuição à saúde do trabalhador, também são levadas à população. O quadro 5 mostra as principais PIC em atividades coletivas. É importante ressaltar aqui que também há este tipo de atividade individual, mas não foi contabilizada para o estudo. Outro fator a ser levado em consideração na compreensão dos resultados é que as práticas “auriculoterapia” e “Reiki” demandam várias sessões para se configurarem como tratamento.

Tabela 4 – PIC nas atividades coletivas do Nasf entre junho de 2017 e maio de 2018.

Ações coletivas		N	N de participantes
Ações coletivas gerais – Shantala		04	35
Ações coletivas específicas	Auriculoterapia	24	14
	Reiki	08	14
	Meditação	04	08
Total		40	71

Fonte: Livros de registro do Nasf (2017, 2018).

Para Menezes e Avelino (2016) os grupos surgem na AB como cenários e procedimentos metodológicos que favorecem a consolidação de uma concepção do homem em sua integralidade, para além do foco de entendimento do processo saúde-doença, ofertando uma formação em saúde mais reflexiva, integrada e humanizada.

Os estudos sobre grupos na AB, tanto realizados pelas eSF como pelos Nasf, abordam a importância desta modalidade de trabalho ou retratam relatos de experiências. Um estudo de revisão de Menezes e Avelino (2016) traz os principais artigos em dez anos (de 2004 a 2014) que trabalham com a utilização de grupos operativos como estratégia de educação em saúde na AB. Apresentam justamente a finalidade de “operar”, ou seja, agir, atuar em uma determinada tarefa. Com este estudo tem-se a reunião de diversos pesquisadores os quais asseguram experiências exitosas com a utilização de grupos na AB.

Almeida e Soares (2010), Torres *et al.* (2009), Santos *et al.* (2007), Ribeiro *et al.* (2004), Brito *et al.* (2008), Silva *et al.* (2004), Lucchese *et al.* (2013), Cassol *et al.* (2012), Colosio *et al.* (2007), Bueno e Siebert (2008) são exemplos de autores que abordam a perspectiva grupal e reforçam o benefício do grupo na sua atuação específica (grupo com foco para diabetes, hipertensão, gestantes, tabagismo, saúde da mulher, câncer, etc.). Além disso também é reforçada a importância dos mesmos para a AB devido ao fortalecimento da interdisciplinaridade dentro da equipe.

Além disso, há presença marcante de diversas práticas integrativas como ferramenta de cuidado e ações em saúde do trabalhador. Não existem parâmetros para definir uma quantidade ideal de ações nessas áreas, as políticas do SUS apenas reforçam a importância de lançar mão desse tipo de cuidado para a qualidade da atenção à saúde.

Em consonância com a política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Contatore *et al.* 2015, Telesi Junior (2016), Lima, Silva e Tesser (2014), além de Mângia e

Lâmcmann (2008) corroboram a utilização de tais práticas como ferramenta de integralidade no SUS e melhoria dos serviços, com o incremento de diferentes abordagens, configurando-se prioridade do Ministério da Saúde e tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários.

Outra proposta do SUS para o fortalecimento da integralidade em saúde é a Política Nacional de Humanização (PNH), envolve, dentre outros aspectos, o cuidado com o trabalhador do SUS. Esta pesquisa mostra que tal necessidade foi identificada pelos profissionais da equipe do Nasf e há um movimento de acolhimento aos trabalhadores na perspectiva da promoção de saúde e prevenção de doenças, além de, até mesmo, tratamento de comorbidades decorrentes do próprio processo de trabalho.

Valorizar os usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde é a base da PNH. A transversalidade desta política traduz que o SUS, em todos os níveis de complexidade e gestão, seja permeado por suas propostas. A PNH não aponta roteiros, metas ou categorias profissionais para execução de tarefas e a equipe Nasf estudada parece traduzir a viabilização dessa ideia.

7.1.1.3 Perfil dos usuários atendidos

Foi possível também identificar o perfil dos usuários quanto à idade, sexo e local de atendimento. A tabela 5 mostra esta disposição categorizada por ciclos de vida.

Tabela 5 – Quantidade de atendimentos a usuários pelo Nasf, por ciclo de vida de Junho de 2017 a Maio de 2018

	Sexo			Sexo			Sexo			Sexo		
	Criança	F	M	Adolescente/ jovem	F	M	Adulto	F	M	Idoso	F	M
Atendimentos na UBS	141	53	88	55	24	31	395	349	46	56	43	13
Atendimentos em domicílio	008	02	06	13	10	03	106	70	36	187	131	56
Atendimentos em outros locais							105	93	12	239	233	06
Total de atendimentos	149	55	94	68	34	34	606	512	94	482	407	75
Total geral:	1.340 usuários											

Fonte: Livros de registro do Nasf (2017, 2018).

Realmente é coerente que usuários idosos tenham seus atendimentos realizados, grande parte, em domicílio devido às dificuldades de locomoção e situação acamada. O maior número de idosos atendidos em outros locais pode ser devido à ocorrência de muitos grupos e, por vezes, estes momentos são aproveitados para realização de atendimentos.

Algo que apareceu como efêmero nos resultados foi a presença de reuniões entre a própria equipe. Embora haja registro no livro de atividades, não se notou uma regularidade e uma representatividade significativa no processo de trabalho. A reunião da própria equipe entre si faz parte da construção da identidade integral do grupo e deve ter respaldo institucional como, por exemplo, tempo exclusivo na agenda para esta atividade. (BRASIL, 2014).

Reuniões promissoras na AB, segundo Gonçalves (2015) podem apresentar esquemas de horários e modelos de condução. O autor traz a experiência de reuniões da equipe do Nasf que aconteciam semanalmente com duração de 4 horas, das quais as duas primeiras são discutidos casos clínicos, de sujeitos e/ou famílias, casos novos ou em andamento. No intervalo, os profissionais podem ajustar agendas e marcar datas para as devolutivas a serem levadas às reuniões com as eSFs, por exemplo. Nas duas últimas horas, podem discutir pautas agendadas, tais como: discussão sobre grupos novos e em andamento e participação em comissões; informes e demais solicitações dos profissionais das AB ao Nasf. O MS não estabelece um tempo de recorrência, mas refere que as reuniões apresentem ocorrência periódica entre os profissionais que compõem o Nasf para articulação e organização como equipe (BRASIL, 2014).

Para as crianças (até 12 anos de idade incompletos) foram contabilizados 149 atendimentos em 12 meses, dos quais, prioritariamente, ocorreram na UBS 141 atendimentos. Nessa faixa etária houve maior número de crianças do sexo masculino. Na categoria adolescente/jovem (de 12 a 24 anos) também houve predominância de atendimentos na UBS (55 do total de 68) e em pessoas do sexo masculino. A população adulta (de 25 a 59 anos de idade) continua com maior atendimento nas USF, 395 do total de 606, contudo já se encontram números expressivos em domicílio, 106, e 105 em outros locais de atendimento. Também há uma inversão quanto ao sexo, aqui foi o feminino o mais atendido. Reis *et al.* (2012) reforçam que o atendimento no domicílio possibilita a equipe de AB uma melhor compreensão do contexto familiar, de higiene e das condições de habitabilidade, o que indica que a elaboração de um projeto terapêutico neste contexto agrega mais potencialidade por propor ações mais viáveis e adequadas às condições observadas no domicílio.

Salienta-se que a descrição de “atendimentos em outros locais”, apresentado na tabela, refere-se a qualquer outro local que não seja a UBS ou o domicílio, como auditórios, salões e outros. Por fim, o ciclo idoso (a partir de 60 anos de idade) teve um total de 482 atendimentos, em sua grande maioria do sexo feminino (407) e prioritariamente em outros locais, seguido do domicílio. Com todos os ciclos de vida somam-se 1.340 usuários atendidos em 12 meses.

Realizar atendimentos fora da Unidade de Saúde pode ser um demonstrativo de reforço à integralidade dos sujeitos, é atribuição da equipe realizar assistência integral no domicílio e em outros espaços comunitários, o que foi identificado neste estudo com a equipe Nasf em questão. Silva *et al* (2015) evidenciaram em uma pesquisa que há certa dificuldade em realizar práticas de saúde fora das USF uma vez que existe dificuldade de transporte além de grande quantidade de atendimentos individuais marcados nas Unidades, o que diminui o tempo para outras atividades.

Ainda quanto ao perfil dos usuários, Dutra *et al.* (2016) em um estudo, observaram que o sexo feminino e a população idosa tiveram maior destaque, o que também se identificou nesta pesquisa. Os autores explicam que essa predominância pode sugerir que as mulheres têm mais percepção das doenças, bem como maior preocupação com a saúde, por isso apresentam uma tendência maior para o autocuidado e buscam os serviços de saúde mais frequentemente, em comparação com os homens. Também pode haver maior longevidade das mulheres em relação aos homens, o que confirma a perspectiva de feminilização do envelhecimento.

7.1.2 Livro de reunião do Nasf

O livro de reunião do Nasf pôde aprofundar o entendimento das ações desenvolvidas, uma vez que através deste identificaram-se as principais demandas para atendimentos individuais do território, as categorias profissionais mais solicitadas, além de fazer um comparativo entre as UBS analisadas com os resultados gerais surgidos. Reforça-se que a análise do conteúdo foi realizada nas duas UBS participantes da pesquisa aqui descritas como A e B.

A participação em reunião é preconizada pelo MS, é um momento pedagógico e faz parte da dinâmica do processo de trabalho na AB. Além da reunião entre a própria equipe Nasf, há reuniões com as eSF, com os demais Nasf do município, reuniões de cada categoria

profissional, administrativas com a gestão e também reuniões intersetoriais. Contudo, nem todas são realizadas de modo sistemático.

Foram contabilizadas todas as reuniões do livro, de junho de 2017 a maio de 2018, somando-se um total de 82 reuniões. Este tipo de atividade ocorre uma vez ao mês. Com Oito equipes cobertas pelo Nasf, em 12 meses seriam 96 reuniões, contudo houve casos em que ocorreu reunião com duas juntas ou algum mês que por alguma eventualidade, não houve reunião. O livro da equipe traz anotações das reuniões com as eSF, que são os resultados mostrados a seguir: o quadro 5 refere-se à UBS A e o quadro 6, à UBS B, ambas com 11 reuniões nos 12 meses de estudo.

Quadro 5 - Demandas surgidas nas reuniões entre eSF (USF A) e Nasf para atendimentos individuais/ domiciliares, por profissional , em ordem decrescente de recorrência

Assistente Social	Fisioterapeuta	Fonoaudióloga	Profissional de educação Física	Psicóloga	Terapeuta Ocupacional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Violência/negligência contra pessoa idosa 2. Tentativa de suicídio 3. Negligência infantil 	<ol style="list-style-type: none"> 1. AVE 2. Pessoa acamada (sem causa descrita) 3. Dor no ombro 4. Hérnia de disco 5. Fratura de fêmur 6. Dificuldade de locomoção (sem causa descrita) 7. Paralisia facial 8. Autismo 9. Queda 10. Microcefalia 11. ELA 12. Dor no joelho Dor no punho 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criança com dificuldade na fala 2. Criança com dificuldade na escrita 3. Crianças com problemas de linguagem 4. Paralisia facial 5. ELA 6. AVE 7. Autismo 8. Microcefalia 9. Doença de garganta. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Depressão 2. Crise de pânico 3. Crianças com problemas de comportamento 4. Mutilação 5. Autismo 6. Família com envolvimento em uso abusivo de drogas 7. Violência/negligência à pessoa idosa 8. Tentativa de suicídio 9. Estresse pós-traumático 	<ol style="list-style-type: none"> 1. AVE 2. Autismo 3. Pessoa acamada (sem causa descrita) 4. ELA

Fonte: A autora a partir do livro de reunião do Nasf (2018)

Quadro 6 - Demandas surgidas nas reuniões entre eSF (USF B) e Nasf para atendimentos individuais/ domiciliares, por profissional , em ordem decrescente de recorrência

Assistente Social	Fisioterapeuta	Fonoaudióloga	Profissional de educação Física	Psicóloga	Terapeuta Ocupacional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Negligência infantil 2. Violência doméstica 3. Benefício social/ BPC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. AVE 2. Pessoa com mobilidade reduzida (sem causa descrita) 3. Acidente de trânsito 4. Pós cirúrgico/ Fratura exposta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criança com dificuldade na fala 2. Crianças com problemas de linguagem 3. AVE 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obesidade 2. Pessoa com mobilidade reduzida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depressão 2. Crianças com problemas de comportamento 3. Criança com déficit de atenção 4. Criança com problemas de aprendizagem 5. Autismo 6. Ansiedade 7. Violência doméstica 8. Gravidez psicológica 9. Perda de familiar por violência 10. Estresse pós-traumático 11. Estresse 12. Aborto espontâneo recorrente 13. Retardo mental 14. Insônia/problemas de sono 15. Doença clínica de difícil aceitação (Sífilis/HIV) 16. Perda da libido sexual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. AVE 2. Criança com atraso de desenvolvimento 3. Pós-cirúrgico de tumor cerebral

Fonte: A autora a partir do livro de reunião do Nasf (2018)

Quadro 7 - Principais demandas (motivos) para atendimentos individuais específicos segundo a categoria profissional do Nasf em todas as USF, de junho de 2017 a maio de 2018 (continua)

Profissional	Demandas para atendimentos	Número de demandas especificadas	Percentual (%)
Assistente Social	I. Violência contra pessoa Idosa	I. 11	I. 3,02
	II. Benefício de Prestação continuada	II. 07	II. 1,92
	III. Solicitação de laudo social	III. 06	III. 1,64
	IV. Negligência à pessoa com transtorno mental	IV. 02	IV. 0,54
	V. Negligência infantil	V. 01	V. 0,27
	VI. Violência contra mulher	VI. 01	VI. 0,27
	VII. Planejamento familiar com gestante	VII. 01	VII. 0,27
	VIII. Uso abusivo de drogas	VIII. 01	VIII. 0,27
	IX. Doença transmissível negligenciada pelo usuário	IX. 01	IX. 0,27
	X. Aposentadoria	X. 01	X. 0,27
Fisioterapeuta	I. Acidente Vascular Encefálico	I. 13	I. 3,57
	II. Problemas neuromusculares de ombro	II. 07	II. 1,92
	III. Acamado sem causa definida	III. 06	III. 1,64
	IV. Mobilidade reduzida sem causa definida	IV. 04	IV. 1,09
	V. Problemas neuromusculares do pé	V. 04	V. 1,09
	VI. Problemas neuromusculares da coluna	VI. 04	VI. 1,09
	VII. Lesão por projétil de arma de fogo	VII. 03	VII. 0,82
	VIII. Fratura de membro superior	VIII. 03	VIII. 0,82
	IX. Paralisia Facial	IX. 03	IX. 0,82
	X. Transtorno de Espectro Autista	X. 03	X. 0,82
	XI. Queda	XI. 02	XI. 0,54
	XII. Acidente automobilístico	XII. 02	XII. 0,54
	XIII. Desvio de articulação temporomandibular	XIII. 02	XIII. 0,54
	XIV. Obesidade	XIV. 02	XIV. 0,54
	XV. Síndromes genéticas	XV. 02	XV. 0,54
	XVI. Artrose	XVI. 02	XVI. 0,27
	XVII. Fibrose Pulmonar	XVII. 01	XVII. 0,27
	XVIII. Chikungunya	XVIII. 01	XVIII. 0,27
	XIX. Problemas neuromusculares de punho/mão	XIX. 01	XIX. 0,27
	XX. Problemas neuromusculares de joelho	XX. 01	XX. 0,27
	XXI. Amputação de membro inferior	XXI. 01	XXI. 0,27

Quadro 7 - Principais demandas (motivos) para atendimentos individuais específicos segundo a categoria profissional do Nasf em todas as USF, de junho de 2017 a maio de 2018 (continuação)

Fonoaudióloga	I. Problemas vocais e de fala	I. 26	I. 7,14
	II. Acidente Vascular Encefálico	II. 10	II. 2,74
	III. Transtorno do desenvolvimento da linguagem	III. 10	III. 2,74
	IV. Transtorno de Espectro Autista	IV. 06	IV. 1,64
	V. Síndromes genéticas	V. 02	V. 0,54
	VI. Paralisia Cerebral	VI. 02	VI. 0,54
	VII. Paralisia facial	VII. 01	VII. 0,27
	VIII. Síndrome congênita do Zica vírus	VIII. 01	VIII. 0,27
	IX. Desvio de articulação têmporomandibular	IX. 01	IX. 0,27
	X. Alzheimer	X. 01	X. 0,27
Profissional de Educação Física	I. Obesidade	I. 03	I. 0,82
	II. Condicionamento físico	II. 01	II. 0,27
Psicóloga	I. Depressão	I. 33	I. 9,06
	II. Conflitos familiares/ morte ou doença na família	II. 28	II. 7,69
	III. Alterações de comportamento	III. 18	III. 4,94
	IV. Doenças crônicas e suas complicações	IV. 13	IV. 3,57
	V. Tristeza/insatisfação	V. 08	V. 2,19
	VI. Ansiedade	VI. 07	VI. 1,92
	VII. Síndrome do pânico	VII. 07	VII. 1,92
	VIII. Tentativa de suicídio/ideia suicida	VIII. 05	VIII. 1,37
	IX. Deficiência mental	IX. 05	IX. 1,37
	X. Solicitação de escola sem especificação	X. 05	X. 1,37
	XI. Bulling	XI. 04	XI. 1,09
	XII. Estresse/estresse pós traumático	XII. 04	XII. 1,09
	XIII. Uso abusivo de drogas	XIII. 03	XIII. 0,82
	XIV. Transtornos mentais	XIV. 03	XIV. 0,82
	XV. Hiperatividade	XV. 03	XV. 0,82
	XVI. Bulemia	XVI. 02	XVI. 0,54
	XVII. Auto agressão	XVII. 02	XVII. 0,54
	XVIII. Problemas com a sexualidade/violência sexual	XVIII. 02	XVIII. 0,54
	XIX. Ideia homicida	XIX. 02	XIX. 0,54
	XX. Insônia	XX. 02	XX. 0,54
	XXI. Violência contra pessoa idosa	XXI. 01	XXI. 0,27
	I. Acidente Vascular Encefálico	I. 10	I. 2,74
	II. Síndromes genéticas	II. 05	II. 1,37
	III. Atraso do desenvolvimento infantil	III. 04	III. 1,09
	IV. Mobilidade reduzida sem causa definida	IV. 04	IV. 1,09
	V. Alzheimer/demências	V. 03	V. 0,82

Quadro 7 - Principais demandas (motivos) para atendimentos individuais específicos segundo a categoria profissional do Nasf em todas as USF, de junho de 2017 a maio de 2018 (conclusão)

Terapeuta Ocupacional	VI. Pessoa acamada sem causa definida	VI. 03	VI. 0,82	
	VII. Transtorno de Espectro Autista	VII. 03	VII. 0,82	
	VIII. Amputação de membro inferior	VIII. 02	VIII. 0,54	
	IX. Paralisia Cerebral	IX. 02	IX. 0,54	
	X. Traumatismo crânio encefálico	X. 01	X. 0,27	
	XI. Neuropatia periférica	XI. 01	XI. 0,27	
	XII. Depressão	XII. 01	XII. 0,27	
	XIII. Dificuldade de aprendizagem	XIII. 01	XIII. 0,27	
	XIV. Solicitação de escola sem especificação	XIV. 01	XIV. 0,27	
	XV. Problemas neuromusculares da coluna	XV. 01	XV. 0,27	
	XVI. Problemas neuromusculares de ombro	XVI. 01	XVI. 0,27	
	XVII. Artrite	XVII. 01	XVII. 0,27	
	Total		364	100%

Fonte: A autora a partir do livro de reunião do Nasf (2018)

De acordo com os resultados, as principais demandas advindas das reuniões para assistência social na USF A (Quadro 5) é violência contra pessoa idosa, acidente vascular encefálico (AVE), para fisioterapia e terapia ocupacional, problemas de fala para fonoaudiologia e depressão para psicologia. Identifica-se a presença de demandas que são comuns a mais de uma categoria profissional, o que reforça a necessidade do trabalho em equipe e integração dos saberes. Como exemplo tem-se a tentativa de suicídio e violência/negligência contra pessoa idosa como demanda conjunta de assistência social e psicologia, assim como autismo, aparece em todas as categorias, exceto assistência social e educação física. Quando compara-se com a USF B (Quadro 6), as maiores demandas para fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia permanecem as mesmas, havendo mudança para assistência social, que apresenta maiores casos de negligência infantil. Um quadro importante na USF B é o surgimento de demanda individual para profissional de educação física, que foram obesidade e pessoa com mobilidade reduzida. Também há casos para atuação conjunta de profissionais.

Esse estudo, assim como Sousa (2014) e Reis *et al.* (2012), encontrou evidências de que o Nasf colabora para ampliar o escopo de problemas resolvidos na AB, antes limitado a um menor elenco de ofertas e foco de atuação. Para Sousa (2016), a inclusão de novos núcleos profissionais na atenção básica provoca uma ampliação da capacidade de intervenção de cada trabalhador e equipe e, amplia a capacidade criativa para implementação de novas ações. Sem a presença do Nasf junto às equipes de saúde da família, a maioria desses usuários seria referenciada para atenção especializada, e enfrentariam grandes dificuldades de acesso, nos já superlotados serviços de referência (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; SOUSA *et al.*, 2014). Com o Nasf, houve uma ampliação da capacidade da atenção básica enfrentar problemas relacionados à saúde mental, transição nutricional e as inúmeras doenças limitantes da capacidade funcional, entre outras.

Uma situação que permanece com repetição em relação a outros estudos é a presença elevada de AVE e depressão. Sousa (2016) referiu que estes quadros são os principais atendidos pela fisioterapia e psicologia, respectivamente. Este fator é crítico quando se pensa que tais agravos de saúde são evitáveis e estão presentes nas linhas de cuidado prioritárias do MS, referentes à hiperdia (o primeiro) e saúde mental, o último.

Gonçalves (2015) reforça as atribuições dos profissionais do Nasf quanto agentes que devem atuar na prevenção e na promoção da saúde, o que pode orientar as intervenções necessárias por meio de ações educativas e interdisciplinares. Contudo, a reabilitação também faz parte da proposta da AB. O que se espera é um menor índice de ações reabilitadoras no

intuito, não da diminuição do cuidado e da substituição da forma de trabalho, priorizando a prevenção e promoção e deixando de lado o usuário mais agravado exclusivamente para a atenção especializada, mas que, realmente, essas ações de promoção e prevenção reduzam doenças evitáveis e assim, diminua a necessidade de casos para reabilitação.

Acredita-se que a capacidade e experiência do profissional sobre as doenças e a reabilitação são importantes para reforçar a integralidade. Defender a integralidade aqui não implica deixar de lado os conhecimentos sobre as doenças que tem permitido tanto à medicina como à saúde pública alguns significativos sucessos. O que significa, é um uso prudente desse conhecimento sobre a doença, sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos tratados (MATTOS, 2006).

Assim como no estudo de Sousa (2016), na organização do trabalho do Nasf estudado, não há registro de atendimentos e/ou visitas compartilhadas com as eSF o que pode indicar a não realização de uma das atividades mais enfatizadas nas diretrizes nacionais para o Nasf. De fato, o atendimento compartilhado é considerado como uma das principais ferramentas do matriciamento, que provoca uma profunda necessidade dos profissionais desenvolverem práticas interdisciplinares colaborativas, na perspectiva de uma educação permanente e interprofissional (BRASIL, 2014; CHIAVERINI, 2011).

Vale salientar que, a educação permanente é reconhecida como um importante fundamento do apoio matricial, sem o qual o compartilhamento de saberes entre as equipes se torna incoerente e distante da necessidade dos serviços (FITIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015).

Quando se observa a tabela 6 (Principais demandas para atendimentos individuais segundo a categoria profissional do Nasf, de junho de 2017 a maio de 2018) comparado à tabela 1 (Atividades realizadas pela equipe Nasf segundo atividade e categoria profissional em 12 meses; de junho de 2017 a maio de 2018) encontra-se relação entre as informações: os atendimentos individuais, exceto domiciliares, são realizados prioritariamente pela psicóloga, enquanto a diversidade e quantidade de demandas das reuniões também são para psicologia.

No entanto, é importante ressaltar que há uma subnotificação de demandas nas reuniões. O número de atendimentos é muito maior que o número de demandas escrito. Isso ficou confirmado na análise dos documentos quando a pesquisadora realmente identifica muitas reuniões com demandas direcionadas para determinada profissão sem especificação do quadro de saúde do usuário. A tabela 1 mostra o total de 983 atendimentos individuais, no período de 12 meses, realizados por toda equipe Nasf, quanto que o a tabela 8 aponta 364 registros de motivos para atendimentos.

Os quadros 7 e 8 auxiliam para mostrar que ações coletivas, grupos e oficinas em geral também são pensadas e construídas a partir de reuniões entre as eSF e o Nasf. Nas duas USF há uma combinação de ações que o Nasf participa como apoio (ações que têm a eSF como responsável), como corresponsável ou como protagonista da formação e coordenação da ação.

Quadro 8 - Demandas surgidas nas reuniões entre eSF e Nasf para atividades coletivas/ equipe responsável pela atividade.

Atividades coletivas/ grupos programados e/ou discutidos em reunião	Equipe coordenadora
Oficina de memória	Nasf
Grupo de idosos	Esf
Grupo de saúde mental	Nasf
Grupo de adolescentes	eSF
Atividades coletivas/ grupos programados ou discutidos em reunião	eSF/Nasf
Sala de espera	eSF
Ações de datas comemorativas (setembro amarelo/ janeiro branco)	eSF/Nasf
Ações em saúde do trabalhador/autocuidado	Nasf
Hiperdia	eSF
Matriciamento	Nasf

Fonte: A autora a partir do livro de reunião do Nasf (2017, 2018).

Quadro 9 - Demandas surgidas nas reuniões entre eSF e Nasf para atividades coletivas/ equipe responsável pela atividade

Atividades coletivas/ grupos programados e/ou discutidos em reunião	Equipe coordenadora
Grupo de gestantes	eSF
Hiperdia	eSF
Ação de PSE	eSF
Sala de espera	Nasf
Ações em saúde do trabalhador/autocuidado	Nasf
Matriciamento	Nasf
Ações de datas comemorativas (novembro azul/ janeiro branco)	eSF/Nasf

Fonte: A autora a partir do livro de reunião do Nasf (2017, 2018).

Nascimento (2014), ao realizar um estudo nos Nasf dos municípios de Olinda, Recife e Camaragibe identificou que, àquela época, as equipes vinham desenvolvendo atividades que se distanciavam do marco normativo e conceitual do MS. Em entrevistas realizadas, a maioria das declarações ausência de uma articulação e/ou integração entre ações de suporte assistencial e pedagógico e o atendimento individual foi sempre mais evidente.

Já neste estudo, uma característica marcante dos resultados é a grande quantidade de grupos realizada pelo Nasf em 12 meses. Os principais estudos sobre Nasf em geral mostram dados que envolvem quantitativo de atendimentos individuais e domiciliares. Há também vasta literatura indicando a preocupação do Nasf em não reproduzir o caráter ambulatorial de atendimentos ou substituir precariamente o serviço de atenção especializada, como foi referido anteriormente. Contudo, não foram encontrados estudos que mostrem a quantidade de grupos realizados por determinada equipe em um território e como estes repercutem na saúde da população.

7.1.3 Prontuários

Com os prontuários foi possível complementar a descrição dos tipos de ações desenvolvidas pelo Nasf, com um aprofundamento de como os atendimentos individuais e domiciliares são realizados. Estes documentos vêm fornecer informações sobre a atuação do Nasf junto às equipes de saúde da família, por meio dos atendimentos aos usuários, ampliando a atenção integral, além da relação do Nasf com outros serviços de saúde, através de encaminhamentos.

Ao todo, nas duas UBS, foram analisados 32 prontuários, 16 em cada. Pretendia-se conseguir igual quantidade de prontuários por ciclo de vida, contudo, na prática, os achados foram bastante diversificados.

Através dos prontuários foi possível identificar as quantidades de profissionais envolvidos do Nasf e aqueles da eSF envolvidos no cuidado daquele usuário, a quantidade de atendimentos realizados pelas duas equipes, além de um breve histórico do acompanhamento do usuário desde a abertura do prontuário. As tabelas 9 e 10 mostram os números de prontuários em cada ciclo de vida nas duas UBS e a descrição por sexo.

Tabela 6 – Número de prontuários analisados de acordo com os ciclos de vida e sexo na UBS A

Prontuários por ciclos de vida	Sexo		Total parcial
	F	M	
Criança		03	03
Adolescente/jovem	03	01	04
Adulto	03	03	06
Idoso	03		03
Total	09	07	16
Total geral = 16 prontuários			

Fonte: A autora a partir dos prontuários das famílias da UBS A, na Regional 3, Jaboatão dos Guararapes (2017, 2018).

Tabela 7 – Número de prontuários analisados de acordo com os ciclos de vida e sexo na UBS B

Prontuários por ciclos de vida	Sexo		Total parcial
	F	M	
Criança	01	03	04
Adolescente/jovem	01	02	03
Adulto	03	01	04
Idoso	02	03	05
Total	07	09	16
Total geral = 16 prontuários			

Fonte: A autora a partir dos prontuários das famílias da UBS A, na Regional 3, Jaboatão dos Guararapes (2017, 2018).

Os resultados dos prontuários foram bastante diversificados, desde usuários que não possuíam qualquer registro em seu prontuário de acompanhamento pela eSF e apenas um atendimento pelo Nasf, quanto usuários com até 31 atendimentos registrados pela eSF e seis atendimentos pela equipe Nasf, por cinco diferentes profissionais, desde a abertura de seu prontuário no ano de 2010 até junho de 2018, ao fim da pesquisa.

Quanto aos profissionais da eSF que registraram de forma legível e dessa forma pôde fazer parte desta pesquisa, foram encontrados médico(a)s, enfermeiras, técnicas de enfermagem e cirurgiã dentista, com prevalência de médicos(a) e enfermeiras. Estas duas últimas categorias variam suas evoluções nos prontuários entre atendimentos na USF e atendimentos domiciliares, enquanto os registros da equipe de técnicos de enfermagem apareceram nos atendimentos domiciliares e a categoria cirurgiã dentista, nos atendimentos na USF. Ainda houve registros que foram descartados de acordo com os critérios de exclusão, pois se apresentavam ilegíveis.

A estrutura para analisar os prontuários está disposta a seguir e comporta uma coleta de informações com 14 itens que caracterizam o perfil do usuário como nome do usuário, seu ACS, idade, sexo, o principal diagnóstico, o número de atendimentos gerais pelo Nasf e as

datas, o número de atendimentos ocorridos no período de recorte da pesquisa, a descrição de quais profissionais do Nasf participaram dos atendimentos, se houve atendimento compartilhado entre os profissionais do próprio Nasf e também compartilhado com outros profissionais e se houve encaminhamento. Ao indicar os profissionais do Nasf envolvidos, há uma descrição dos principais aspectos observados e conduta profissional admitida (no período de recorte da pesquisa).

A estrutura que será apresentada é uma forma esquemática de traduzir o manejo e a rotina profissional da equipe do Nasf, contudo sabe-se que a pesquisa, neste aspecto, apresenta limitações de caráter mais subjetivo, uma vez que o processo de trabalho e a conduta profissional vai além de um esquema sistemático. Com as entrevistas realizadas, buscou-se minimizar e equalizar os referidos limites.

Por fim, há uma caracterização com um breve histórico do usuário na USF, o número de atendimentos na unidade, profissionais envolvidos, o tipo de atendimento e as principais condutas realizadas pelos profissionais. Todos estes dados referentes à eSF são trazidos desde a abertura dos prontuários, que datam de 2010 (o mais antigo), contudo as observações/condutas dos profissionais restringem-se ao período da pesquisa, uma vez que o aprofundamento neste aspectos tornaria a pesquisa inviável devido ao tempo, além de fugir ao aspecto central do objetivo que trata do papel do Nasf na integralidade da AB.

A seguir, apresenta-se um esquema construído para análise dos prontuários:

Quadro 10 – Estrutura para análise dos prontuários das famílias, Jabotão dos Guararapes 2017/2018

Nome
Data de nascimento
ACS
Sexo
Hipótese diagnóstica/diagnóstico
Número de atendimentos pela equipe Nasf:
Número de atendimentos pela equipe Nasf de junho /2017 a maio/2018:
Atendimento compartilhado com eSF / quantidade
Atendimento compartilhado com outro profissional do Nasf /quantidade
Data dos atendimentos
Profissionais do Nasf envolvidos e número de atendimentos por profissional
Encaminhamentos/referência:
Contrarreferência:
Atendimentos pela equipe de saúde da família

Fonte: A autora (2018)

7.1.3.1 Achados dos prontuários das USF A e B

Na USF A, ao tentar classificar os prontuários por ciclos de vida, dentre o total dos 16 documentos, foram encontrados 50% de usuários atendidos por dois ou mais profissionais do Nasf e o restante por um profissional do Nasf. Já na USF B, 25%, ou seja, quatro prontuários, foram de usuários atendidos por dois ou mais integrantes do Nasf. Na primeira categoria referida, na USF A, existe a presença de seis atendimentos compartilhados por profissionais do próprio Nasf, já na USF B, foram dois atendimentos compartilhados entre a própria equipe Nasf. A proposta inicial da pesquisa era abarcar prontuários de usuários atendidos por ao menos dois profissionais do Nasf. Na prática, nas USF selecionadas, houve grande dificuldade para encontrar o que se propunha. Atendimentos por dois ou mais profissionais do Nasf eram mais comuns na faixa etária de pessoas idosas, mas nesta pesquisa foram priorizados os diferentes ciclos de vida por se pensar que dessa forma podem-se abarcar demandas mais diversificadas.

Reis *et al.* (2016) ao avaliarem o trabalho do Nasf na perspectiva de equipe multiprofissional reforçam a importância do atendimento conjunto, compartilhado com a eSF e entre os próprios membros do Nasf, o que subsidia o apoio técnico pedagógico da equipe.

Nas duas USF foi comum a parceria de fisioterapia e terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia e fonoaudiologia com terapia ocupacional. A profissional de Educação Física aparece em menor proporção, mas também realiza atendimento compartilhado com sua equipe. Houve, em menor proporção, atendimento de psicologia com serviço social e psicologia com fisioterapia. Já na segunda categoria (atendimentos por um profissional do Nasf) veem-se atendimentos exclusivos de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Quando vários profissionais reúnem-se para o atendimento e tomada de decisão sobre a saúde de um indivíduo, há um reforço ao processo de integralidade e humanização da saúde que permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2013).

Na categoria que envolve dois ou mais profissionais do Nasf foram identificados maior número de atendimentos por usuário (de dois a seis), quando comparados com os usuários atendidos por um profissional, com os quais ocorreu um (maioria dos casos) ou, no máximo, três atendimentos. Parece haver uma relação direta entre a quantidade de profissionais envolvidos e a necessidade de maior tempo de acompanhamento ao usuário, ou seja, que quanto mais profissionais no atendimento, maior o número de consultas. Os resultados das

entrevistas que seguem tentam aprofundar esta questão. Não foi encontrado na literatura que tempo limite ou apropriado para acompanhamento de um usuário pela equipe do Nasf, nem o número ideal de atendimentos a ser realizados.

Em relação ao conteúdo dos prontuários escritos pelos profissionais do Nasf, foi possível encontrar categorias principais constantes nos registros como avaliação e reavaliação, identificação, suspeita ou confirmação do diagnóstico e as condutas mediante os usuários. No primeiro atendimento, em geral, ocorre a avaliação acompanhada de orientações voltadas para os aspectos identificados. Estas orientações são divididas em orientações gerais, que envolvem promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos em saúde e qualidade de vida (processo que abarca o campo do trabalho multiprofissional e interdisciplinar decorrentes ou não de matriciamentos) e orientações específicas do núcleo profissional. Neste último caso, recebem denominações específicas de suas categorias profissionais. Além disso, tem-se a data dos atendimentos e o profissional envolvido.

Todas as categorias profissionais de forma geral realizam inicialmente avaliação/reavaliação e descrevem realmente com estas nomenclaturas suas ações. A psicologia e o serviço social acrescentam o que chamam “escuta inicial”. Nos demais atendimentos encontram-se observações e condutas que esta pesquisa classificou como: identificação do progresso da doença ou agravo em saúde, estimulação (da linguagem, motora, cognitiva, hábitos saudáveis), orientações ao usuário e/ou à família, encaminhamentos, prescrição de exercícios (gerais e/ou específicos das profissões), escuta qualificada, apoio psicológico e social. Em alguns casos (não sendo regra geral dos achados), procedimentos específicos de alguma categoria profissional. Este último conteúdo identificado pode ser exemplificado por registros nos prontuários como “imobilização de membro superior” e “confeção de brinquedos de baixo custo”. O Quadro 10 mostra as informações descritas anteriormente.

Quadro 11: Aspectos observados/identificados e condutas profissionais registrados nos prontuários dos profissionais do Nasf

Aspectos observados pelo profissional	Conduta profissional
<ul style="list-style-type: none"> • Escuta inicial • Avaliação • Reavaliação • Identificação, suspeita ou confirmação do diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações Gerais • Orientações específicas • Identificação do progresso da doença ou agravo em saúde • Estimulação • Prescrição de exercícios • Escuta qualificada • Apoio psicológico/social • Procedimentos específicos • encaminhamento

Fonte: A autora (2018).

Quando a pesquisa parte para o registro realizado pelos profissionais da eSF, identificou-se principalmente categorias que envolvem o tipo de atendimento, as observações feitas e condutas realizadas. Também foi possível contabilizar o número de atendimentos realizados, a data e os profissionais envolvidos.

Os tipos de atendimentos e observações/condutas são melhores apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 12: Principais categorias identificadas nos registros dos prontuários dos profissionais da eSF

Tipo de atendimento	Observações/condutas
<ul style="list-style-type: none"> • Demanda espontânea • Consulta de puericultura • Consulta saúde da mulher • Renovação de receita/medicação controlada • Visita domiciliar • Renovação de receita/medicação HAS e Diabetes. • Grupo hiperdia • Consulta de pré-natal 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação geral • Identificação de comportamentos alterados • Identificação de sintomas físicos (febre, tosse, apneia, insônia, etc.) • Discussão de caso com equipe • Prescrição/ajuste de medicação • Entrega de medicação ao usuário ou ao familiar • Solicitação de exames • Entrega do resultados de exames • Consulta/exame de prevenção • Rotina/orientações • Rotina de pré-natal • Rotina de puericultura • Encaminhamentos para Nasf • Encaminhamentos para serviço especializado • Curativo • Entrega de materiais para curativo. • Atendimento pós-episódico

Fonte: A autora (2018).

Nos prontuários, a quantidade de atendimentos aos usuários pela eSF apontam para linhas de cuidado estabelecidas pelo MS, uma vez que todos os usuários, nas duas USF, que tiveram de 10 ou mais atendimentos pela eSF estão no critério de risco/população com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), que ocasionaram ou não Acidente Vascular Encefálico (AVE).

De oito prontuários com 10 ou mais atendimentos registrados por profissionais das USF, seis apresentam esta característica e cinco chegaram a ter AVE. Os outros casos envolvem o quadro de saúde mental caracterizado por depressão.

Já na equipe do Nasf não se identificou alguma correlação entre a quantidade de atendimentos com o diagnóstico de saúde do usuário. Há, por exemplo, pessoas com AVE que receberam dois atendimentos, enquanto um usuário com doença genética degenerativa que recebeu seis atendimentos.

Tais características podem estar ligadas ao papel central do Nasf de apoio às demandas do território e não de referência ao território, que fica a cargo da USF. Mas realmente, ao fugir da capacidade resolutiva da eSF, existe o suporte com a equipe multiprofissional do Nasf. Vê-se então a ampliação do escopo das ações da AB para situações já recorrentes no território (HAS e DM), ampliação/modificação do cardápio de ofertas da AB (atendimento à pessoa com doenças degenerativas e cuidados em saúde mental no próprio território), ampliando o perfil de problemas/agravos enfrentados na AB.

As populações idosa e também adulta devem merecer atenção especial dos programas de saúde, com relação à identificação de fatores de riscos para HAS, DM e suas complicações no intuito de orientar e promover ações educativas e preventivas que busquem a adesão de estilos de vida mais saudáveis para evitar comorbidades do processo de senescência. Pesquisas recentes mostram o desconhecimento da população a respeito da HAS, as formas de controle e suas consequências. Dutra *et al.* (2016) ao realizarem um estudo sobre o tema reforçam que muitos usuários da AB dizem ter conhecimento sobre o que é a HAS, no entanto nenhum dos entrevistados neste estudo anterior soube defini-la corretamente e não a identificam como uma patologia em si, o que vem confirmar o baixo nível de informação. Considera-se de grande importância o conhecimento da HAS devido às complicações que a doença pode trazer ao indivíduo e seu caráter de responsabilidade por três principais causas de morte identificadas no Brasil que são infarto agudo de miocárdio, acidentes vasculares encefálicos e insuficiência cardíaca.

Bousquat *et. al* (2017) também reforça que as informações sobre os sintomas da HAS e suas complicações decorrem mais da experiência de vida dos usuários que de orientações dos serviços de saúde. A perspectiva dos gestores quanto a indicadores da capacidade de resolução da AB para usuários hipertensos e para aqueles que sofreram AVE é positiva quanto à busca ativa por ACS e aferição de pressão nas consultas, mas há falhas em algumas atividades essenciais como realização de eletrocardiograma, orientações alimentares e de atividades físicas. Também relatam que apoio do Nasf é pouco frequente. A realidade do município de Jabotão dos Guararapes é semelhante aos contextos mencionados pelos autores citados, mas, de acordo com os prontuários avaliados, parece haver a participação frequente do Nasf no acompanhamento dos casos de usuários com HAS, DM e AVE.

As categorias de análise identificadas nos registros dos prontuários tanto dos profissionais do Nasf como da eSF não estiveram plenamente presente em todos os registros. Havia alguns registros ilegíveis, principalmente da categoria médica, mas também houve ilegibilidade com registros do Nasf. Os prontuários com anotações ilegíveis da equipe do Nasf

foram descartados desta pesquisa de acordo com os critérios de exclusão. Os da eSF, foram incluídos, pois a quantidade de atendimentos é alta e a legibilidade em maior quantidade pôde direcionar o conteúdo analisado. Além de evoluções ilegíveis, também foram encontrados registros não identificados pelo profissional ou categoria, tornando difícil reconhecer quem realizou determinado atendimento.

Como o prontuário é único para eSF e equipe do Nasf, e esta última realiza os atendimentos por solicitação da primeira, percebe-se que fica a cargo da USF abrir os prontuários, identificar os usuários e as famílias. Houve também, casos de prontuários evoluídos apenas por profissionais do Nasf. Nestes casos, as demandas foram trazidas pelas ACS ao Nasf sem atendimentos prévios de outros profissionais da eSF. Nas duas USF, dos 16 prontuários, dois estavam sem registros da eSF, no total de quatro ao todo.

Na USF A foram encontrados nove prontuários com algum profissional não identificado, desses nove, dois não apresentava nenhuma identificação profissional por parte da eSF, mas todas as prescrições estavam legíveis. Na USF B houve quatro prontuários com evoluções ilegíveis em algum atendimento e quatro profissionais não identificados. Não foi possível realizar esta verificação com a equipe do Nasf, uma vez que só foram pegos prontuários legíveis para este grupo. Todos os prontuários do Nasf estavam identificados com nome e categoria profissional.

Vasconcelos, Gribel e Moraes (2014) falam sobre a precariedade dos registros nos prontuários da AB em USF em três municípios analisados, tanto quanto à completude da identificação do indivíduo quanto a características do processo de atendimento registradas no prontuário, informações que vão desde a identificação do usuário, como nome completo e data de nascimento, até a descrição de sintomas e diagnósticos.

Uma análise feita em prontuários médicos fora da AB, em hospitais públicos, particulares e filantrópicos, também mostrou que a classificação dos registros foi ruim e péssima para clínica médica e pediátrica, tomando como base a normativa do Conselho Federal de Medicina (SAMPAIO, 2010).

Na AB, o MS estabelece normas para a USF, as quais esta pesquisa não se aprofunda por não ser objetivo. Já para o Nasf, os Conselhos de Classe estabelecem normativas próprias para cada categoria, que abre espaço para um grande leque de pesquisas posteriores mais aprofundadas na área. O que fica caracterizado nesta pesquisa é o modo complementar de atuação da eSF e do Nasf.

A contribuição do Nasf para a integralidade da AB, de acordo com a matriz de avaliação proposta, já se observa diante dos resultados anteriormente expostos, contudo, a visão da eSF

sobre as ações do Nasf, sua relação e parceria, a percepção dos profissionais sobre a própria forma de fazer ou por em prática ações de integralidade em saúde (presente nas entrevistas) pode contribuir para compreensão do processo de trabalho do Nasf e aprofundar os aspectos da integralidade presentes neste contexto de estudo.

7.1.4 Entrevistas

A partir das entrevistas, foi possível identificar algumas categorias relatadas a seguir e detalhadas mais adiante.

- a) Perfil dos profissionais (Nasf e eSF)
- b) Ampliação do escopo das ações da AB
- c) Atribuições do Nasf
- d) Integração das equipes Nasf e eSF
- e) Relação do Nasf com a rede de saúde
- f) Contribuições para integralidade em saúde

7.1.4.1 Perfil dos profissionais

Ao todo foram entrevistados 10 profissionais de nível superior e cinco de nível médio, apenas um deles (nível superior) é do sexo masculino.

No nível superior, todos apresentam formação para além da sua profissão: sete profissionais apresentam especialização ou residência em áreas correlatas à saúde coletiva. Os três outros profissionais apresentam residência ou especialização em outras áreas. Seis dos dez apresentam duas formações além da profissão que são, ou duas especializações, ou residência e especialização. Apenas uma participante possui mestrado.

No nível médio, das cinco pessoas entrevistadas, duas apresentam formação superior (uma na área de saúde e uma em área adversa), três possuem formação em educação popular em saúde e/ou terapia comunitária integrativa; duas não possuem formação além da profissão.

Quanto ao tempo de atuação na profissão neste município, uma ACS apresentou maior tempo de atuação com 20 anos, em menor tempo, estão as profissionais do Nasf, com três anos no município e uma enfermeira, também com três anos. Apenas uma das pessoas entrevistada não esteve no serviço antes da implantação desta equipe Nasf.

7.1.4.2 Ampliação/ modificação no cardápio de ofertas da AB

Todos os participantes que estiveram no serviço antes da implantação do Nasf afirmam que houve uma mudança após sua chegada, na perspectiva de ampliação da assistência e das ações na AB. Identificam-se estes aspectos em respostas a seguir:

Por que assim, a gente orienta, (...), mas não é o melhor. O melhor é que o profissional vá. Quando a gente não tinha isso a gente mandava pras policlínicas (ACS 2A).

E aí durante as reuniões que fazemos com o nasf a gente discute os casos que realmente a gente pode... e a partir dali podem surgir outras necessidades e recomendações que os profissionais do Nasf podem até suscitar, que complementam nossa integração com o usuário (enfermeira USF B).

Quando iniciei com minha vida profissional na atenção primária era uma angústia muito grande a gente depender a atenção secundária devido à demanda grande, o número insuficiente de profissional, agora podemos fazer mais coisas aqui (médica USF A).

Intervenções tanto técnico-pedagógicas quanto assistenciais possibilitam a ampliação de escopo e oferta de ações na AB por meio da qualificação das equipes para a produção do cuidado e do atendimento às necessidades de saúde da população. A incorporação dos profissionais dos Nasf, portanto, vai além de ampliar os recursos humanos, deve possibilitar a oferta de ações com maior proximidade do território e da realidade em que vive a população, de forma articulada às equipes da AB (SOUZA; CALVO, 2018).

Segundo Gonçalves (2015) o trabalho do Nasf, cujo objetivo é ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da atenção primária e ainda facilitar o acesso da população à assistência em saúde mais complexa e abrangente, trata-se de uma nova proposta de trabalho e que por isso está em processo de implantação, de construção e de efetivação de suas práticas com as eSFs e com a população.

O apego ou ligação a práticas de saúde tradicionais envolve uma conjuntura global no país e perpassa por membros das eSF, do Nasf e também pela população. (SOUZA *et al.*, 2012; VIEGAS; PENNA, 2013). Em relação a esta última, é importante destacar que ela está habituada aos atendimentos focais, prioritariamente referenciados pelo modelo curativo, fragmentado em especialidades médicas e voltadas para soluções rápidas e pontuais (GONÇALVES, 2015). Nesse sentido, os usuários dos serviços de saúde também estão em processo de assimilação e de apropriação desse novo tipo de atenção à saúde. Nos achados aqui presentes evidencia-se tal processo de convivência dessas diferentes lógicas, o que

caminha em consonância com a literatura, caracterizando mais um dos desafios para a implantação plena do Nasf.

Diante das críticas diversas já expostas sobre a reprodução de um modelo tradicional e medicalizador da saúde, esta equipe Nasf parece lançar mão de vários recursos para superação dessa lógica, mas ainda encontra-se provocando e experimentando mudanças. Seus números de atendimentos individuais ficaram aquém das referências do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) como mostrado a seguir:

Quadro12: Índices de referência para atendimentos do Nasf segundo o PMAQ, 2017.

Média de atendimentos	Parâmetros
Média de atendimentos individuais registrados por profissional do NASF	50 atendimentos individuais específicos/profissional/mês.
Média de atendimentos domiciliares registrados por profissional do NASF	O parâmetro é 12 atendimentos domiciliares/profissional/mês.
Média de atendimentos em grupo registrados por profissional do NASF	O parâmetro é 08 atendimentos em grupo/profissional/mês.
Média de atendimentos compartilhados realizados por profissional do NASF	O parâmetro é 12 atendimentos compartilhados/profissional/mês.

Fonte: BRASIL (2017)

Entende-se que esta pesquisa apresenta-se insuficiente para relacionar o formato do trabalho desenvolvido pelo Nasf avaliado como os parâmetros do PMAQ e também não é objetivo aqui proposto O que se pode afirmar é que o atendimento em grupo possibilita a ampliação da capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, bem como amplia as ofertas e ações de saúde na AB. Além disso, a valorização da saúde do trabalhador de saúde são diretrizes fundamentais para que os princípios propostos pela PNH se atualizem e se multipliquem nos serviços e nas relações de trabalho.

Através das ações desenvolvidas pelo Nasf e seus detalhamentos, como visto anteriormente, foram identificadas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação, ampliação/modificação no cardápio de ofertas da AB, ampliação no perfil de problemas/agravos enfrentados na AB, que são condições verificadoras presentes na Matriz de avaliação dos resultados intermediários do Nasf, 2018 (quadro 2). Também esteve presente a realização da clínica ampliada (outra condição verificadora), quando o Nasf oferece uma ampla gama de formas e metodologias de trabalho como os grupos, oficinas e práticas integrativas e complementares, indicando o aspecto da integralidade segundo Albuquerque (2003) que abarca a integração de ações preventivas, de promoção da saúde, curativas e reabilitadoras.

7.2 Como se dá a atuação do Nasf junto às equipes de saúde da família e outros serviços de saúde

O segundo objetivo do estudo foi identificado através das entrevistas realizadas com os profissionais das eSF e do Nasf, apresentados e aprofundados nas categorias que seguem:

7.2.1 Atribuições do Nasf

Nesta categoria identificou-se a existência do aspecto clínico-assistencial e técnico-pedagógico da equipe, de acordo com o preconizado pelo MS. Nestas perspectivas é que são destrinchadas as atribuições do Nasf. Nascimento (2014) reforça esse arranjo no qual as equipes do Nasf trabalham junto às equipes de referência (eSF) visando ampliar os escopos das ações e aumentar a resolubilidade na AB.

Todos os integrantes das eSF entrevistados atribuem à implantação do Nasf, a abrangência de ações e multiplicidade de casos atendidos. Também falam das contribuições sobre a aquisição de novos conhecimentos, que colaboram para um olhar mais integral ao cuidado dos sujeitos, reforçando assim a dimensão técnico-pedagógica.

A equipe Nasf reconhece tais dimensões como estrutura integrante do seu processo de trabalho. Quando questionadas sobre suas atribuições, apenas duas profissionais não mencionaram o aspecto técnico-pedagógico, mas mesmo estas se encontram com registros de realização de matriciamento no decorrer dos 12 meses. As demais reforçaram a realização do matriciamento e sua importância para o fortalecimento do cuidado integral aos usuários.

a gente tem uma agenda bem parecida. Todo mundo realiza os atendimentos individuais, todo mundo realiza matriciamento, os atendimentos compartilhados, domiciliares, salas de espera, grupos em geral. Todo mundo faz (PIII).

são (ações) de assistência direta, de matriciamento, de participação em eventos, o que mais que eu posso dizer?... visitas domiciliares, de articulação com a rede socioassistencial (PI).

.fazemos visitas domiciliares, com as atividades de educação em saúde, algumas rodas de conversa também, e atividade voltadas para os profissionais de saúde também como autocuidados e matriciamentos que podem ser feitos pras equipes de saúde da família (PII).

Alguns participantes das eSF trazem a dimensão técnico-pedagógica ao falarem das atribuições e sua relação com o Nasf. “Tive muita ajuda do Nasf e foi uma equipe boa que

chegou pra nos orientar mais ainda de coisas que a gente dependia, tinha muita coisa pra aprender” (ACS1B).

Cada um na sua área, ele tem o seu conhecimento e traz pra gente, companheiros...é... conhecimento, enriquecimento, fazendo com que, com isso a gente desenvolva a nossa atividade com maior esclarecimento, com maior respaldo(médica USF A).

Como eu falei antes, o Núcleo de apoio à saúde da família nas suas várias especialidades, tem trazido o matriciamento que é um fator importantíssimo pras outras categorias profissionais se capacitarem e terem um desenvolvimento melhor (médica USF A).

Contudo, as eSF participantes identificam o apoio do Nasf, muito mais do ponto de vista clínico-assistencial: “O Nasf (...) participa e tem as consultas né? Quando tem a demanda, o Nasf também participa junto com a equipe” (ACS 3A)

A equipe (eSF) é formada por médico, enfermeira, dentista e os auxiliares, né...os técnicos, e aí as vezes o paciente demanda um atendimento de psicologia, de assistente social que a gente não tem na unidade né, na equipe essencial, então a gente usa esse apoio do Nasf pra poder agendar um atendimento pra poder realizar os encaminhamentos ou até resolver muitas vezes com a visita domiciliar e o atendimento do próprio Nasf (dentista USF B).

Eu acho que a atenção básica como equipe tradicional, ela acaba ficando restrita. Com a chegada do Nasf a gente tem um apoio além do que a gente costuma ter aqui na Unidade. Então a presença de uma equipe multiprofissional que a gente não tem no dia-dia aqui é extremamente importante (enfermeira USF A).

A gente ficava meio que embarreirado né, sem ter como andar. O serviço em alguns pontos que não nos cabia, então com a chegada do Nasf a gente pôde, por exemplo, em casos que a gente precisava da assistente social pra ajudar determinadas famílias, com questões de documentações (ACS 1A).

Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017) reforçam justamente a importância da eSF em conhecer melhor a organização do trabalho do Nasf para valorizar a prática matricial, em vez de priorizar atendimento individualizado e especializado, com o entrosamento das equipes para que haja a efetiva prática de apoio matricial considerando os princípios da interprofissionalidade, o vínculo, a integralidade no cuidado, a acessibilidade, a resolutividade e a longitudinalidade.

Ao realizar uma análise sobre atenção à saúde, Nascimento (2014) faz referência à importância de serem construídas agendas de trabalho compartilhadas, nas quais partes das ações devam ser reservadas com foco em atividades pedagógicas; por exemplo: a garantia de espaços de diálogos entre as equipes, através das discussões de casos; o trabalho de temas teóricos como forma de educação permanente para as equipes; a realização de atendimentos e visitas domiciliares compartilhadas e o apoio matricial em saúde. Nas respostas encontram-se

parcialmente estes aspectos, uma vez que não foram citados atendimentos ou visitas compartilhadas e também a discussão de temas teóricos como forma de educação permanente.

7.2.2 Integração das equipes Nasf e eSF

As respostas das entrevistas indicam que, mesmo havendo uma perspectiva de olhar o Nasf como uma equipe profissional não relacionada ou “distante” da USF, sendo apenas um elo para a atenção especializada, há outro grande movimento de integração das equipes. Quando perguntados sobre os encaminhamentos dos usuários, 80% dos participantes das eSF associaram este encaminhamento a outras especialidades que não o Nasf. Referiram o processo de regulação dos sistemas de saúde para agendamento de consultas. Já os usuários que são demandados para o Nasf, são levantados em reunião de equipe. De forma geral, parece surgir um sentido de compreender o encaminhamento a rede especializada como algo distante da AB, enquanto com o Nasf há um compartilhamento de casos, o que aproxima as equipes. “tem vários serviços que eu referencio a depender do caso (...), pra o Nasf que a gente faz as reuniões e discute os casos” (enfermeira USF B).

Se o paciente for pro Nasf a gente faz...é avaliado numa reunião de equipe por mês e a gente compartilha o caso. Se for pra outros profissionais que a rede tem, a gente faz o encaminhamento, vai pra regulação, faz a marcação e o paciente vai direto pra o atendimento (enfermeira USF A).

Sousa *et al.* (2017) já apresentaram discussões sobre a forma compartilhada de tomada de decisão entre eSF e Nasf, além dos consensos em reuniões de equipe para direcionamento dos casos na AB. Segundo as autoras, os outros serviços municipais especializados, constituídos predominantemente por especialidades médicas, têm o seu acesso organizado a partir de uma central de marcação e de um sistema de cotas mensais que definem quantos usuários podem ser referenciados para consultas e exames, o que não ocorre com o Nasf, como dito anteriormente, as demandas são pactuadas.

7.2.3 Relação do Nasf com a rede de saúde

Foi identificado também o Nasf como forma de agilizar o acesso à atenção especializada. Alguns profissionais encaminham o usuário ao Nasf para que, a partir daí, este usuário seja conduzido à atenção especializada.

é como se eles encurtassem a distância para os pacientes seguirem e concluir seu tratamento que não seria só aquela questão da prestação do atendimento tipo ‘médico-paciente-doença-remédio’ e sim a reabilitação (médico USF B).

“então a gente usa esse apoio do Nasf pra poder agendar um atendimento pra poder realizar os encaminhamentos ‘(Cirurgiã dentista USF B).

Problemas com a referência e, principalmente contrarreferência, foram relatados por todos os profissionais de nível superior. Profissionais das eSF e do Nasf apresentam dificuldade no encaminhamento (no sentido de garantia de vaga), mas principalmente no retorno dos casos. Alguns relatos referem que, por vezes, utilizam-se de conhecimentos pessoais para garantir a vaga do usuário em alguma especialidade, além disso, o Nasf auxilia a eSF também, na coordenação do cuidado. Ainda se observa que o processo de trabalho do Nasf quanto à formação de grupo, organização da agenda, captação de usuários, é influenciado diretamente pelo acesso dos usuários aos serviços especializados ou não. Alguns grupos são formados devido à grande demanda de usuários que apresentam dificuldade para acessar e mante-se em serviços especializados.

o trabalho do Nasf ele qualifica a atenção básica e ajuda a desafogar a especializada. Um exemplo é um grupo de ombro que a fisioterapeuta está à frente aqui no nosso Nasf, que ela conseguiu em vários grupos de dez pessoas e em dez sessões, um resultado muito bom de pessoas que iam esperar muito tempo para acessar os outros níveis de complexidade. Fazendo as articulações, alargando os gargalos da assistência (P1).

Perante as dificuldades na coordenação do cuidado sob os processos de referência e contrarreferência, as equipes conseguem criar conjuntamente estratégias de suporte, inclusive assistencial, para atender às necessidades de saúde dos usuários que são referenciados, mas demoram a acessar os serviços especializados, através da captação desses indivíduos e formação de grupos específicos. Dessa forma, usuários que poderiam esperar meses por um atendimento, podem ter seus sofrimentos aliviados e até mesmo adquirir uma recuperação do quadro de saúde (SOUSA *et al.*, 2017).

7.3 Percepção dos profissionais sobre a colaboração do Nasf na ampliação da integralidade da atenção básica

As categorias emergentes das entrevistas para abarcar o terceiro objetivo são apresentadas e discutidas a seguir:

7.3.1 Percepção do processo de trabalho em equipe

Esta categoria emergiu de alguns discursos que apontam como certas situações podem influenciar positivamente ou negativamente no processo de trabalho em equipe. O matriciamento e o conhecimento interdisciplinar do campo da assistência à saúde sugeriram como aspectos positivos, enquanto a qualidade das reuniões e a evolução nos prontuários apareceram como possíveis situações que dificultam a qualidade do trabalho do Nasf.

Quando questionadas sobre a quantidade de profissionais que atende os usuários, as integrantes do Nasf responderam algumas situações que podem direcionar a ocorrência dos achados.

às vezes, a equipe Nasf já se matriciou bem o suficiente pra que uma pessoa consiga suplantiar a necessidade daquele paciente em relação a outro profissional. Por exemplo, se eu chego pra atender um caso e sei que aquela pessoa tem um transtorno mental, que ela tá fazendo uso de remédio controlado e que ela precisa de um acompanhamento, eu não preciso chamar a psicóloga pra fazer esse encaminhamento ambulatorial. A pessoa não tá em crise, não tá em nada, mas quer retomar o tratamento psiquiátrico ou psicológico, então eu mesma encaminho (PIII).

Esta resposta pode reforçar o que foi encontrado ao analisar o conteúdo dos prontuários. A maioria de usuários atendidos por apenas um profissional em um único atendimento foi encaminhada a serviços especializados. Na USF A, dos oito usuários atendidos por um profissional do Nasf, seis foram atendidos uma única vez e dentre estas, cinco foram encaminhados para a atenção especializada e um, para grupo do Nasf. Na USF B, dos 12 usuários atendidos por apenas um profissional do Nasf, 11 receberam apenas um atendimento e desses, oito foram encaminhados para atenção especializada e dois, para grupos do Nasf.

Algumas respostas mostraram-se quanto ao conhecimento interdisciplinar e reforçam o saber do núcleo e do campo profissional, apontando que quando há uma questão do campo de conhecimento comum à equipe, pode haver uma resolutividade maior, mesmo por um só profissional. Também pode ocorrer que um usuário demande exclusivamente um núcleo de conhecimento: “Acredito que seja porque o caso é específico do núcleo”(PII)

Dependendo do caso, eu não preciso marcar um psicólogo pra fazer uma reavaliação... Então agente vai sendo mais resolutivo nas questões relativas a campo de atuação, não a núcleo, claro, mas a campo (PIII).

Outras observações foram feitas sobre a relação com a eSF nas reuniões e como a qualidade destas pode influenciar do desempenho das atribuições do Nasf e no processo de trabalho. Este aspecto mostra que quando uma insuficiente interação ocorre entre as equipes

do Nasf e a eSF em algumas situações, talvez prejudique o trabalho, uma vez que usuários podem ser agendados para o Nasf quando na realidade ele precisaria de um encaminhamento para o serviço especializado ou a necessidade é mais voltada a outro profissional do Nasf e não aquele agendado.

muitas vezes o caso não é bem discutido em reunião e as ACS também trazem poucas informações a respeito do caso e fica difícil identificar quais profissionais seriam necessários numa visita, por exemplo (PIV).

Uma possibilidade que pode dificultar o processo de trabalho é a falta de registro no prontuário, tanto em termos de evolução dos atendimentos realizados, como também o prontuário poder apresentar uma evolução incompleta, não registrando possíveis encaminhamentos gerais e para o próprio Nasf, já que, muitas demandas são discutidas nas reuniões internas de equipe.

No meu caso particular eu confesso que nem sempre evoluo os prontuários... Meu problema é que faço muitas intervenções na sala do NASF, longe do prontuário. Muita conversa com os outros equipamentos, relatórios e tudo o mais (PI).

“porque o paciente foi encaminhado para grupos (do Nasf) e nos grupos não há como registrar nos prontuários o acompanhamento por outros profissionais” (PIII).

O matriciamento, na perspectiva de algumas profissionais da equipe Nasf, aparece como ampliação e fortalecimento do campo de conhecimentos e práticas profissionais, o que está de acordo com o ideal do apoio matricial pensado pelo MS o qual traz o matriciamento como estratégia de organização do trabalho em saúde a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB. Essa integração busca contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, para ampliar o escopo de ofertas das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como para auxiliar articulação de/com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário (BRASIL, 2014).

Quanto à discussão sobre o campo de conhecimento e o núcleo profissional, as integrantes do Nasf corroboram com um dos principais autores que problematiza esta questão na saúde coletiva, Campos (2000). O mesmo defende que a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dariam mediante a conformação, justamente de núcleos e de um campo.

Os núcleos aparecem como uma aglutinação de conhecimentos e a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional. Já o campo, seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Para o autor um núcleo indicaria uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo.

7.3.2 Concepções sobre integralidade e contribuições do Nasf para integralidade em saúde

Nos resultados das entrevistas são identificadas algumas concepções sobre a integralidade em saúde e como as USF e o Nasf contribuem para este princípio.

Para todos os profissionais das eSF e Nasf, seus trabalhos contribuem para a integralidade em saúde. Duas pessoas entrevistadas reforçaram que essa contribuição é parcial devido a fatores externos às equipes como falta de material tanto clínico quanto para trabalhos educativos e grupos, além de pouco investimento financeiro na AB, o que, na visão destes entrevistados, restringe o potencial das equipes. Outros dois entrevistados acreditam que não há integralidade, uma vez que veem este princípio como sinônimo de rede de saúde e integração dos serviços de baixa, média e alta complexidade. Para eles não há comunicação estre as esferas.

As respostas reforçam o discurso de o Nasf ser uma equipe multidisciplinar e de que esta formação e atuação colaboram na conformação prática de integralidade em saúde. Esta perspectiva é apresentada por Gomes *et al.*(2016) quando apontam o trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade coletiva, com integração de saberes e consensos coletivos, podendo ser considerado componente de integralidade em saúde.

Lembrando que Albuquerque (2003) identificou cinco aspectos da integralidade, dos quais se encontram nos discursos os seguintes:

- a) A Integração das ações de saúde, incluindo a prevenção, a promoção da saúde, ações curativas e reabilitadoras;

Integralidade em saúde é o atendimento em vários aspectos né, é... Relacionado à deixa eu ver...atender o paciente como um todo, não é? Não é só do ponto de vista , como se diz, não é só ver a questão da doença, só doença, paciente doente, então é o conjunto, a prevenção, a promoção, tudo isso aí (médico USF B).

integralidade é tentar tratar de todas as questões possíveis do sujeito. O processo saúde doença e dentro da própria prevenção e promoção. Olhar como um todo e agir encima disso (P3).

- b) Garantia de acesso aos diferentes níveis do sistema, da AB à atenção especializada, com horizontalização das ações, fazendo com que cada nível incorpore as ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação: “Então eu acho que é fazer ponte com outros serviços que o usuário necessita né pra dar uma conduta maior de situações” (enfermeira USF B) e “Integralidade é desde a unha do dedinho até transplante de coração não é isso? E sem esquecer as questões sociais, ambientais, culturais (...)” (P1)
- c) A visão integral tanto do indivíduo como da família na comunidade, com a união dos saberes técnicos necessários a cada situação e o saber popular;

integralidade é a gente atender o paciente como um todo, não só quando ele chega com a queixa do dente né, mas a partir do momento que ele entrou na unidade, fiz uma anamnese, e identifiquei outras possibilidades(cirurgiã dentista USF B).

Pra mim integralidade em saúde é quando eu consigo ver o sujeito como um todo, em todas as suas particularidades, por exemplo quando eu consigo enxergar que uma dor no ombro, ela está muito além daquilo, ela interfere no trabalho, nas atividades de vida diária, nos relacionamentos... (P2).

Quanto à contribuição do Nasf para a integralidade da AB na visão dos membros das eSF e do próprio Nasf, identificam-se mais claramente e prioritariamente as três categorias citadas anteriormente, conforme classificação de Albuquerque (2006). A maioria dos discursos apresentados acima foca a valorização de uma visão aprofundada dos usuários, buscando quebrar a segmentação da atenção em saúde, o que reforça a visão da ampliação da clínica pelos profissionais.

Pensar a saúde com uma visão clínica ampliada inclui o contexto social, cultural e de saúde em que se insere o indivíduo, por isso é fundamental a capacitação das equipes nesse sentido, pois as mesmas deparam-se cotidianamente com realidades de diferentes estruturas familiares (REIS; NASCIMENTO; BORGES, 2018).

As entrevistas trouxeram à tona a condição verificadora que trata do aumento da percepção sobre os problemas de saúde da população. Dessa maneira, estiveram presentes todas as condições verificadoras da Matriz de Avaliação apresentada, os quais evidenciam como características do processo de trabalho do Nasf, a integração de ações preventivas, de

promoção da saúde, curativas e reabilitadora, a visão integral do indivíduo e da família, na comunidade, unindo interdisciplinarmente os saberes técnicos necessários a cada situação e o saber popular (neste aspecto, não houve aprofundamento sobre o saber popular).

Para a garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, bem como na horizontalização das ações, fazendo com que cada nível incorpore as ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação, entende-se que este aspecto não depende de apenas uma instância de atuação ou serviço, mas sim uma mobilização de articulações, inclusive, intersetoriais. Dessa maneira, esta pesquisa encontra-se com limitações para agregar práticas tão diversas. Contudo, a contribuição do Nasf para este aspecto fica evidente nos discursos e na caracterização do processo de trabalho por meio das ações desenvolvidas.

Não foi possível observar com profundidade o desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade, criando e reforçando os canais de participação popular e de construção de cidadania, apesar da citação de atividades em escolas e creches, por exemplo, os discursos foram inconstantes para alguma conclusão, ou o método para captação dessa nuance não esteve adequado.

Este estudo expõe eventos que indicam um dos grandes desafios dos Nasf já trazidos por outros autores: a superação da lógica fragmentada e medicalizadora do cuidado em saúde para um cuidado integral, cuja reorientação ocorre de maneira conjunta com a Estratégia Saúde da Família. Esse desafio para adequação a um novo modelo de atenção à saúde e superação de modos tradicionais hegemônicos de cuidado em saúde que são discutidos por Souza, Calvo (2018), Reis, *et al.* (2016), Gonçalves (2015), Silva, *et al.* (2012), dentre outros, pode ser percebido nesta pesquisa por eventos como ausência de atendimentos compartilhados com a eSF, falta de regularidade para reuniões da equipe do Nasf, presença de atendimentos por apenas um profissional, que pode indicar um entendimento do Nasf como clínica especializada (deve-se contudo perceber que outros aspectos podem envolver este indicador, como mostrado anteriormente no resultado das entrevistas) e a presença de casos não discutidos em reunião.

Contudo, diante da prática de diversas formas de cuidado em saúde, que são atribuições não apenas do Nasf, mas da eSF e AB em geral, os resultados desta pesquisa identificaram, o que talvez seja um ajuste ou transição no modo de trabalho do Nasf.

7.4 Plano de Intervenção

Através dos resultados obtidos pôde-se realizar um planejamento para uma intervenção no município de Jaboatão dos Guararapes em conjunto com gestores da saúde e profissionais dos Nasf, que segue no apêndice C em formato de projeto. O objetivo é construir um instrumento que possa nortear o Nasf em suas ações na perspectiva de manutenção dos aspectos da integralidade identificados, ampliação para outras equipes do município e agregação de formas de trabalho necessárias à superação dos desafios encontrados. Desse modo pretende-se colaborar com o município na discussão e tomada de decisão quanto à instrumentalizar o Nasf no seu processo de trabalho para conduzir a uma melhor qualidade das ações desempenhadas, que é objetivo geral proposto.

Elaborar um projeto de intervenção para o município é preconizado pelo programa de pós-graduação que contempla o mestrado profissional em saúde pública da Fiocruz/ PE do qual esta pesquisa é fruto. No período decorrido as propostas foram discutidas com a equipe do Nasf avaliado, com o gestor da Regional de saúde trabalhada e a coordenação geral dos Nasf no município, mas se pretende ajustar ainda mais as possíveis intervenções junto à todas as equipes e gestão da AB como um todo.

Grupos focais serão realizados para apresentação dos resultados desta pesquisa, sua sistematização e consolidação de um instrumento norteador das ações do Nasf - Protocolo de análise das ações do Nasf. Posteriormente serão realizadas oficinas temáticas para refinamento do instrumento e construção coletiva dos ajustes necessários, envolvendo o gestor da coordenação do Nasf, gestores da gerência de Atenção Básica e profissionais das equipes Nasf. Ao final do ano de 2019 pretende-se ter estruturado o instrumento norteador das ações, com constante monitoramento das mesmas e possibilidades de avaliações do processo de trabalho das equipes. (Apêndice C).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Nasf completou, em 2018, dez anos de sua implantação, e vem passando por reformulações neste período, o que é um tempo realmente pequeno para definições conclusivas sobre as reais contribuições. Ao mesmo tempo, é fundamental que não haja uma estagnação nas pesquisas devido ao curto período referido e que, em cada nova investigação surjam impasses e novas descobertas para superação de tendências desfavoráveis identificadas nesses dez anos.

Neste estudo foram encontrados resultados que confirmam a contribuição do Nasf para a integralidade da AB no município de Jaboatão dos Guararapes e formas fundamentadas de como isso ocorre. Foram encontradas atividades tais como realização de grupos educativos, articulação de ações intersetoriais, atividades de promoção à saúde, realização de visitas domiciliares e atendimentos específicos, grupos terapêuticos, reunião de equipe (Nasf e eSF), ações de prevenção em saúde no âmbito clínico, de funcionalidade, de saúde mental, práticas integrativas, realização de encaminhamentos para o Nasf, realização de encaminhamentos para rede especializada e atendimentos compartilhados entre profissionais do Nasf que favorecem a ampliação do escopo das ações na AB as quais direcionam o Nasf aos aspectos da integralidade definidos por Albuquerque (2003).

Houve insuficiência ou ausência de reunião de equipe (do próprio Nasf), oficinas de educação permanente, construção de PTS e atendimentos compartilhados (com eSF), que surgem aqui como desafios a serem superados. As oficinas de educação permanente parecem estar abarcadas nos matriciamentos. Com tais achados responde-se a pergunta inicial deste estudo de como o Nasf contribui para a integralidade da Atenção Básica, no município de Jaboatão dos Guararapes. Também se admite verdadeiro o pressuposto que o Nasf contribui para a integralidade da AB, podendo afirmar que os instrumentos ou formas de avaliação são insuficientes para abarcar tal contribuição. Inclusive esta avaliação mostra-se insuficiente, mas vem contribuir e fortalecer o processo de construção de novas avaliações e a reforça a importância de se investir neste campo.

Para falar sobre integralidade em saúde verificou-se que muitos caminhos podem ser identificados e percorridos, o que torna o tema complexo e valioso para o sistema de saúde do país. Avaliar a integralidade de um serviço de saúde municipal pode trazer esclarecimentos e perspectivas de novas formas de fazer saúde nos processos de trabalho, nas equipes, nas relações profissionais, no próprio sujeito profissional de saúde e em conjunto com a população e o território. Tais colaborações são esperadas quando se apresenta aqui esta

avaliação sobre as contribuições do Nasf para a integralidade da AB no município de Jabotão dos Guararapes, que é um estudo de caráter inovador quanto ao local de sua realização.

Alguns objetivos foram traçados para guiar os caminhos de compreensão desta avaliação e, nesse percurso buscou-se identificar os tipos de ações desempenhadas pelo Nasf, descrever como se dá a articulação das ações do Nasf junto às equipes de saúde da família e a outros serviços especializados, além de verificar a percepção dos profissionais sobre a colaboração do Nasf na ampliação da integralidade da Atenção Básica. Para isso seguiu-se um referencial amparado no estudo de Albuquerque (2006), que abordou esta temática no mesmo contexto da AB. Os resultados identificados permitiram criar um projeto para formulação de um protocolo de análise das ações do Nasf no município, integrante da proposta inicial do estudo.

Acredita-se que a avaliação aqui realizada ampliou e aprofundou o conhecimento sobre o Nasf, permitindo iniciativas para tomada de decisões dos gestores sobre a AB do referido município. Inclusive, um aspecto sistematizado por Albuquerque (2003) que não esteve no estudo foi justamente a perspectiva da integralidade no processo de gestão da atenção à saúde, juntando vigilância, planejamento e implementação de ações na comunidade. Entende-se que este ponto seja de crucial relevância e pode ser aprofundado em pesquisas posteriores, com uma metodologia voltada para o manejo desse único e ao mesmo tempo, amplo e fundamental aspecto da integralidade.

No coleta de dados foram surgindo situações bastante específicas, nas quais o método proposto talvez tenha sido insuficiente para captação. Como exemplo tem-se o aspecto da integralidade “Desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade, criando e reforçando os canais de participação popular e de construção de cidadania”. Espera-se que novas pesquisas possam se aprofundar neste quesito, uma vez que os resultados aqui encontrados mostram que esta modalidade está presente no território através de ações em escolas e creches e das articulações intersetoriais realizadas no processo de encaminhamentos e tentativa de resolutividade das questões de saúde dos usuários. Mas não há um aprofundamento de como se dá o desenvolvimento dessas ações intersetoriais e nem consegue apurar formas de melhorias para os déficits presentes neste quesito da integralidade.

Alguns desafios para o Nasf e sua avaliação permanecem de acordo com estudos anteriores, como a ausência de atendimentos compartilhados com a eSF, a presença de casos não discutidos em reunião, pouca estrutura de reuniões internas com o próprio Nasf, além de precariedade nos registros dos prontuários, mas foram encontradas novas perspectivas de

cuidados em saúde e um movimento de consolidação de práticas afirmativas à integralidade da AB.

Nesse novo panorama esta pesquisa traz, dentre outros resultados, um enfoque na formação de grupos, práticas integrativas e complementares e cuidados com a saúde do trabalhador. A tendência aqui surgida implica ampliação de novas discussões e atribuições do Nasf. Sugere-se que estas formas de cuidado em saúde sejam ampliadas para todos os profissionais da AB, de nível médio e superior, com incentivo do município à educação continuada e permanente, como aparece no perfil de duas ACS e uma médica que possuem formação em Terapia Comunitária Integrativa, prática integrativa de cuidado em saúde que favorece a integralidade do cuidado no território. Acredita-se que se houver uma descentralização dessas práticas o Nasf não ficará com responsabilidade exclusiva de tais ações e haverá equidade no cuidado da população.

Outra ideia que surge a partir desta pesquisa para posterior discussão é o questionamento sobre a diversificação e quantidade de ações realizadas pelo Nasf, pois talvez o repertório grande e diversificado de ações pode trazer um cuidado em saúde não aprofundado e pouco impactante em um determinado território. O foco em apenas alguns modos de atuação diferenciaria as equipes no país, mas estaria de acordo com a formação da equipe e, principalmente, alinhada com as demandas de saúde e doença do território.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C. **A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade.** 2003. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A.. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.
- ANDRADE, L. M. B. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, jan. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.
- ANJOS, K. F. *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde & debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017.
- BARDIN, L. **Análise do conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.
- BONFIM, I. G. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 287-300, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 Fev. 2019.
- BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401141&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.
- BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de apoio à saúde da família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 118p. (Cadernos de Atenção Básica). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 3 Nov. 2017.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 3.0.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção À Saúde. **Portaria Nº 2.436 de setembro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção À Saúde. **Portaria Nº 2.488 de outubro de 2011**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção À Saúde. **Portaria Nº 702 de março de 2018**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2018/04/portaria702-ok.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2018.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, Londres, v.3, n.2, p.77-101, 2006.

CASSIANI, S. H. B.; BASSALOBRE-GARCIA, A.; REVEIZ, L. Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde: identificação de prioridades de pesquisa em enfermagem na América Latina. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1195-1208, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601195&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

CENEVIVA, R.; FARAH, M. F. S.. Avaliação, informação e responsabilização no setor público. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro , v. 46, n. 4, p. 993-1016, ago. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122012000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

COMES, Y. *et al* . A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2729-2738, set. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902729&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44-46. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A.P, *et al*. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz; Z. M. A.(Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

CONTATORE, O. A. *et al.* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015, v. 20, n. 10, pp. 3263-3273. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00312015>>. Acesso em: 9 nov. 2018.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400733&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

CRUZ, M.A.C. **A integralidade nas práticas de saúde após implantação do programa mais médicos**: a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia - Juatuba/MG. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 172p, 2015. Disponível em: <http://taurus.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312579/1/Cruz_MarinaAbreuCorradi_M.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2017.

DEJOURS C. **A loucura do trabalho**: Estudo de Psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/359097901/A-Loucura-do-Trabalho-Estudo-de-Psicopatologia-do-Trabalho-Christophe-Dejours-pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

DONABEDIAN A. **The quality of care**: How can it be assessed? *JAMA*, Michigan, v. 12, n. 260, p. 23-30, set. 1988. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

DUTRA, D. D. *et al.* Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde Cardiovascular disease and associated factors in adult sandelderly registered in a basichealthunit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 8, n. 2, p. 4501-4509, apr. 2016. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4787>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A.. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

FERREIRA NETO, J. L. *et al.* Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. **Saúde & debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 179-192, dez 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400179&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

FERTOMANI, H. P. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR.** 2003. Dissertação (Mestrado). Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T. de; MACHADO, P. M. de O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde & debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300064&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 nov. 2017.

FRANCO, M.C. **A integralidade das práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção Básica: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro.** 2017. 219p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5031>>. Acesso em: 2 nov. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Estudo de casos: Fundamentação Científica Subsídios para Coleta e Análise de Dados e Como Redigir relatórios.** São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, C. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

IBGE. **Resultado dos Dados do Censo 2010.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto de ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** Jaboaão dos Guararapes. 2017.

KESSNER, D.M., KALK, C.E, SINGER J. Assessing health quality: the case for tracers. **The New England Journal of Medicine.** Bethesda, v.288, n. 25, p. 189-194, jan. 1973. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/814729894fdbbfe0e4cf772c94fa789/1?pq-origsite=gscholar&cbl=34109>> Acesso em: 10 fev. 2019.

LIVEIRA, M. A. C.; SILVA, T. M. R. Avaliação de necessidades em saúde: um requisito para qualificar a atenção à saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 203, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

MARTINS, A. R. *et al.* Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 6-12, mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ, 2009.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2019

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MORETTI, P. G. S. FEDOSSE, E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Fisioterapia e pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 241-247, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000300241&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde & debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2019.

NASCIMENTO, C. M. B. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio à saúde da Família**. 2014. Tese (Doutorado). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2014.

NAVARRO, Luisa Milano; PENA, Ricardo Sparapan. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Revista de psicologia UNESP**, v. 12, n. 1, p. 64-73, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2019.

OLIVEIRA, A. *et al.* Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde & debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 212-218, jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200212&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jan. 2019.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

OSELKA, GABRIEL. Prontuário médico. **Revista associação médica brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 286, dez. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?. **Saúde & debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, set. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 nov. 2017.

REIS, D. C. *et al.* Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil,

2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 663-674, dez. 2012. Disponível em:

<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 8 fev. 2019.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de saúde pública** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, abr. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 nov. 2017.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 327p

ROSA, M. V. F. P.C.; ARNOLDI, M. A. G. C. A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para a validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006. 112 p

SAMPAIO, J. *et al.* O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades, **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, V.16, N.3. p. 317-324, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/12572/7870>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

SANCHO, L. Gomes; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017.

SANTOS, R.A. B.de G. UCHOA-FIGUEIREDO, L.R. LIMA, L.C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde & debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, set. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300694&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2019.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

SILVA R.L.D.T *et al.*, Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. **Revista brasileira de enfermagem**, Maringá, v. 69, 2016; n.71p. 79-87. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0079.pdf>> Acesso em: 24 mar. 2019.

SILVA, L., *et al.* Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência [Interdisciplinary work in the family health strategy: focus on care and management]. **Revista de Enfermagem UERJ**, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 20, mai. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6024>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

SILVA, M. V. S. da; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589-599, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300589&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017.

SOUSA, F. O. S. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado**. 2010. Tese (Doutorado). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fiocruz. Recife, 2016.

SOUZA, M. C. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de Saúde da Família sobre a Fisioterapia. **O mundo da saúde**, v. 36, n. 3, p. 452 – 460, 2012.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 nov. 2017.

TAROCO, A.P. R. M.; TSUJI, H.; HIGA, E. F. R. Currículo Orientado por Competência para a Compreensão da Integralidade. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 12-21, Jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

TESSER, C. D. ; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, sep. 2014. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88572>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s173-s182, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. de M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos, 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

**APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM A
ESF**

1. Nome
2. Sexo:
3. Idade:
4. Profissão:
5. Formação/formações (graduação, especialização, residência, mestrado, doutorado):
6. Tempo de atuação nesta função no município:
7. Já atuou na atenção básica, em outro local na mesma função?
8. Já atuou na atenção básica em outro local e em outra função?
9. O seu serviço trabalha em equipe? Explique:
10. Quais as ações desenvolvidas por você e sua equipe neste serviço?
11. O Nasf participa de ações desenvolvidas no seu serviço? Explique:
12. Você conheceu o serviço antes da chegada do Nasf?
13. Você acredita que mudou algo no seu trabalho quanto profissional e/ou no seu serviço após a chegada do Nasf? Se sim, Explique como foi essa mudança.
14. Você referencia o usuário a outro serviço?
15. Se sim, de que forma.
16. Você identifica a presença de contra referência?
17. Seu trabalho é afetado de alguma forma devido à contra referência citada anteriormente?
18. Para você o que é integralidade em saúde?
19. A eSF contribui para integralidade em saúde?
20. Se sim, de que forma?
21. O Nasf contribui para integralidade em saúde?
22. Se sim, de que forma.

Fonte: A autora (2018)

**APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM A
EQUIPE DO NASF**

1. Nome:
2. Sexo:
3. Idade:
4. Profissão
5. Formação/formações (graduação, especialização, residência, mestrado, doutorado):
6. Tempo de atuação nesta função no município:
7. Já atuou na atenção básica, em outro local na mesma função?
8. Já atuou na atenção básica em outro local e em outra função?
9. O seu serviço trabalha em equipe? Explique:
10. Quais as ações desenvolvidas por você e sua equipe neste serviço?
11. Você referencia o usuário a outro serviço?
12. Se sim, de que forma.
13. Você identifica a presença de contra referência?
14. Seu trabalho é afetado de alguma forma devido à contra referência citada anteriormente?
15. Para você o que é integralidade em saúde?
16. A eSF contribui para integralidade em saúde?
17. Se sim, de que forma?
18. O Nasf contribui para integralidade em saúde?
19. Se sim, de que forma.

Fonte: A autora (2018)

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Convidamos V.Sa. a participar da pesquisa **CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES: UM ESTUDO AVALIATIVO**, sob responsabilidade da pesquisadora Cláudia Maria de Oliveira Monteiro, orientada pela Professora Dr^a Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros e Co-orientada pela Dr^a Fabiana de Oliveira Silva Souza, tendo por objetivo Avaliar como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família contribui para a integralidade na Atenção Básica, no município de Jaboatão dos Guararapes.

Para este trabalho serão realizadas entrevistas com os profissionais dos Núcleos de apoio à saúde da família (Nasf) e das equipes de saúde da família, nos quais o (a) senhor (a), que faz parte de uma destas equipes, terá a oportunidade de expor sua opinião sobre sentidos e aspectos da integralidade como trabalhador da Atenção Básica do município de Jaboatão dos Guararapes.

Esclarecemos que manteremos sua identidade em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo. Todos os dados que identifiquem as pessoas que participarão desta pesquisa serão usados referindo apenas à categoria dos participantes (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, etc.), na ocasião da divulgação dos resultados. Informamos, também, que apenas o pesquisador principal terá a guarda dos arquivos contendo a identidade dos participantes e que após o término da pesquisa será destruído todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo, não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação.

Quanto aos riscos e desconfortos, o (a) senhor (a) poderá sentir-se constrangido (a) ao participar da entrevista, mas isso poderá ser, conforme dito, minimizado pela garantia do sigilo do seu anonimato e pela liberdade do (a) senhor (a) interromper, a qualquer momento sua participação, ou mesmo não participar desta pesquisa, sem que isso lhe cause prejuízo algum. Se o (a) senhor (a) concordar em participar da pesquisa, solicitamos que assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, ficando uma cópia com o senhor (a) e a outra com a pesquisadora principal.

Como benefícios dos resultados da pesquisa, o (a) senhor (a) estará colaborando para identificarmos as contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para a integralidade na Atenção Básica e na criação de um protocolo de análise das ações do

Nasf. Resumindo, o (a) senhor (a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si. Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 h / 13:00 – 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do (s) pesquisador (es).

Local: _____ Data: ____/____/_____.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE D – PROJETO DE INTERVENÇÃO AO MUNICÍPIO DE JABOATÃO
DOS GUARARAPES – PROTOCOLO DE ANÁLISE DAS AÇÕES DO NASF**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA MONTEIRO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO AO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES – PROTOCOLO DE ANÁLISE DAS AÇÕES DO NASF**

RECIFE

2019

CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA MONTEIRO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO AO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES – PROTOCOLO DE ANÁLISE DAS AÇÕES DO NASF**

Projeto de intervenção como contribuição ao município de Jaboatão dos Guararapes, oriundo dos resultados da dissertação de mestrado profissional a ser apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz.

RECIFE

2019

1 INTRODUÇÃO

Para buscar o alargamento da oferta de serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a favorecer a consolidação da integralidade na Atenção Básica (AB), surge o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), através da Portaria nº 154/ 2008 do Ministério da Saúde. O trabalho do Nasf é orientado pelo referencial teórico-metodológico clínico assistencial e do apoio matricial, que para a AB significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde a partir da integração de equipes de Saúde da Família (eSF) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB, para ampliar o escopo de ofertas (abrangência de ações) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como para auxiliar articulação com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários (BRASIL, 2014).

Mediante os fundamentos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se a integralidade, que na ESF composta por uma equipe multiprofissional, propõe-se a oferecer um atendimento de saúde voltado para o cuidado integral do ser humano e considera a complexidade deste indivíduo no meio em que está inserido. A integralidade é definida como um princípio do SUS que orienta políticas e ações de saúde capazes de atender às demandas e às necessidades no acesso à rede de serviços, considerando-se as dimensões biológicas, culturais e sociais do usuário, sendo a consolidação deste princípio a efetiva mudança da prática do cuidado em saúde, uma vez que tenta superar o modelo médico centrado (SOUZA *et al.*, 2012; VIEGAS; PENNA, 2013).

A potencialidade do trabalho interdisciplinar do Nasf e da eSF é conformar um melhor acesso aos serviços de saúde através da reorganização da demanda e redução da procura dos serviços da atenção secundária e terciária e edificar processos fortalecedores da integralidade no SUS. Estas são expectativas que gestores depositam no Nasf, porém há carência de literatura e avaliações sobre a temática (SILVA *et al.*, 2012).

Diversas avaliações já foram e ainda vem sendo realizadas justamente para investigação dos processos que envolvem a AB e seus resultados, visando contribuir no direcionamento da compreensão de tais ações tão complexas. As avaliações são, em sua maioria, não institucionalizadas, criadas por pesquisadores para verificação de uma realidade local. Diante das questões expostas, observou-se a importância de aprofundar estudos sobre a integralidade em saúde e seus sentidos nas equipes dos Nasf, as atuações dos profissionais e repercussões do Nasf na AB. Então, a pesquisa de mestrado profissional da servidora do

município de Jaboaão dos Guararapes propôs-seresponder a seguinte pergunta: Como o Nasf contribui para a integralidade da Atenção Básica, no município de Jaboaão dos Guararapes? Para tanto, parte-se dos pressupostos que o Nasf contribui para a integralidade da Atenção Básica, contudo os instrumentos de avaliação são insuficientes para aprofundar como estão os resultados de suas ações.

A forma inovadora que é proposta para organização do processo de trabalho do Nasf como equipe multiprofissional que atua junto a outras equipes proporciona um potencial para se integrar com diversas equipes e serviços (de saúde ou não) que estejam em seu território de atuação, colaborando assim para a integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da perspectiva de que o Nasf é um núcleo integrador, somado ao papel da pesquisadora de ser uma profissional do Nasf, vê então a oportunidade de contribuir para o serviço do município e para o SUS ao investigar como este núcleo vem contribuindo para a integralidade da Atenção Básica.

Com os resultados obtidos através de análise de prontuários, livros de reunião entre a equipe do Nas e as Equipes de Saúde da Família, livro de registro das ações e entrevistas, foi possível criar uma discussão sobre o processo de trabalho do Nasf, sua relação com a Equipe de Saúde da Família e outros componentes da rede intersetorial.

Alguns desafios e também novas conquistas foram identificados na avaliação e com isso traz-se a proposta de criar um protocolo que instrumentalize as equipes do Nasf no município, com um direcionamento de condutas e ações, tanto para gestão quanto para os integrantes das equipes. De tal maneira, os seguintes objetivos são propostos:

2 OBJETIVOS

Entende-se que alcançar estes objetivos é uma maneira de reforçar a integralidade da Atenção Básica no município de Jaboatão dos Guararapes através das equipes dos Nasf em parceria com as Equipes de Saúde da Família, com foco na qualidade da atenção e fortalecimento das práticas multiprofissionais e interdisciplinares.

2.1 Objetivo Geral:

Instrumentalizar o Nasf no seu processo de trabalho para conduzir a uma melhor qualidade das ações desempenhadas, criando um Protocolo de análise das ações do Nasf.

2.2 Objetivos Específicos:

- a) Favorecer a discussão sobre os desafios e experiências exitosas na formação e permanência de grupos na Atenção Básica, com estímulo a esta modalidade de trabalho.
- b) Criar espaços de avaliação e monitoramento constantes das ações do Nasf pelos gestores e pelos próprios profissionais das equipes trabalhando a corresponsabilização da gestão do trabalho.
- c) Consolidar a utilização de um instrumento modelo que conduza as formas de evolução do prontuário, atendimentos compartilhados, registros dos atendimentos e das ações, além de métodos para a condução das reuniões.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma Ata) de 1978 é considerada um marco referencial de debates sobre as políticas de saúde no mundo. Naquele momento a questão da saúde já era uma temática complexa para muitos países com dificuldades estruturais e financeiras de investimento e manutenção de políticas de saúde. A conferência apontou a necessidade de uma reorganização setorial que abarcou mudanças voltadas para uma melhor alocação, racionalização e emprego dos recursos, bem como uma revisão do modelo assistencial praticado até então (CRUZ, 2015).

No final da década de 70 e início da década de 80, no Brasil foram iniciadas as primeiras experiências de implantação de serviços municipais de saúde, inspirados nos preceitos da Declaração de Alma Ata, dos quais se destacam as experiências de medicina comunitária que foram marco inicial da participação dos municípios no desenvolvimento da AB. Tais experiências sofreram grande influência do movimento de reforma sanitária daquela década e contaram com o apoio das universidades (CRUZ, 2015).

Na década de 90, importantes mudanças ocorreram no setor saúde no Brasil, com experiências inovadoras e decisivas na implementação de um novo desenho na atenção à saúde da população. Surge, portanto, propostas cujo ponto de partida foi a criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que propunha a redução da mortalidade infantil em alguns estados, com mão de obra simplificada da própria comunidade, por meio do seguimento às famílias em risco social. Mais adiante foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no ano de 1994, com proposta de reorganização da AB. O PSF trouxe consigo uma série de inovações e desejos dos defensores de uma reforma sanitária, para reverter o modelo curativo centrado no indivíduo, transformando-o em um conjunto de ações em que se articulem indivíduo, família e comunidade, ou seja, uma atenção integral (FERREIRA NETO *et al.*, 2016).

Um grande desafio do SUS, segundo Oliveira e Pereira (2013), é, justamente, qualificar a AB para coordenação do cuidado e organização da atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar respostas adequadas às necessidades dos usuários através de uma linha de cuidado integral que seja plenamente articulada com a AB.

Mais recentemente, em 2006, houve a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que buscou ampliar o escopo da AB e reafirmar a saúde da família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da AB, com orientação para a ESF ser considerada a porta de entrada dos serviços de saúde e coordenar os cuidados na rede de

serviços, desenvolvendo ações efetivas baseadas na integralidade (FERREIRA NETO *et al.*, 2016).

Ao afirmar-se a importância da integralidade assume-se a intersubjetividade nas práticas em saúde, o que envolve uma relação de mão dupla entre os profissionais dessa área e os sujeitos por eles atendidos. A integralidade é um dos princípios do SUS que pressupõe ações integradas e práticas geradoras de mudanças de cada profissional de saúde, além do trabalho em equipe. (MATTOS, 2009).

Mattos (2009) ao delinear sentidos para a integralidade, não vem restringir sua perspectiva, pelo contrário, cada sentido apresentado por ele abarca amplas perspectivas e direcionam a integralidade que não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente e sim “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo” que tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, que são um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. Para o autor, apresentar a integralidade como parte de uma “imagem-objetivo” é o que moveu e move planejamentos para designar certa configuração de um sistema ou de uma situação que consideram desejável. Não é uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam tal configuração como real num cenário temporal definido.

A integralidade, para Albuquerque (2003), tem sido um dos princípios do SUS mais esquecido, mas também o mais ligado ao processo de conscientização e participação da população usuária, uma vez que os motivos sociais e econômicos da exclusão social e desigualdade do acesso aos serviços públicos podem ser explicitados numa ação que discute saúde na comunidade, ações educativas.

Albuquerque (2003), ao analisar documentos oficiais e a literatura sobre integralidade, observa que há uma grande diversidade de aspectos que a autora sintetiza da seguinte maneira:

- a) Integração de ações preventivas, de promoção da saúde, curativas e reabilitadoras;
- b) Garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, bem como na horizontalização das ações, fazendo com que cada nível incorpore as ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação;
- c) Visão integral do indivíduo e da família na comunidade, unindo interdisciplinarmente os saberes técnicos necessários a cada situação e o saber popular;
- d) Desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade, criando e reforçando os canais de participação popular e de construção de cidadania;
- e) No processo de gestão da atenção à saúde, juntando vigilância, planejamento e implementação de ações na comunidade.

Desta maneira observa-se que os preceitos da AB são associados às nuances da integralidade, no entanto, Norman e Tesser (2015) apontam que, apesar de se discutir muito sobre prevenção/promoção e cuidado na organização dos serviços, é escassa a produção no que se refere à operacionalização dessas ações nas rotinas assistenciais, na ESF.

A ESF, composta por uma equipe multiprofissional, propõe-se a oferecer um atendimento de saúde voltado para a integralidade do ser humano considerando a complexidade deste indivíduo no meio em que está inserido. No entanto, Silva (2017), traz como resultado de sua pesquisa em uma unidade de saúde da família (USF), que estes conceitos não estão bem consolidados em uma parte considerável das equipes, pois o que se observa são equipes em que o trabalho ainda se concentra no saber médico, sobrecarregado por uma demanda de consultas e desencadeando atendimentos voltados ao tratamento curativo, com um olhar pouco direcionado à promoção da saúde, embora a ESF a tenha como principal eixo.

Na perspectiva do reforço à integralidade, os Nasf corroboram com a contribuição da equipe multiprofissional para a efetivação das ações em saúde. O NASF desempenha o apoio à gestão e à atenção, sendo uma estratégia de organização das práticas de cuidado e de gestão, através de diferentes ferramentas tecnológicas, desde a pactuação de ações e metas, até a implantação da clínica ampliada, projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território, fomentando o compartilhamento das ações das equipes (SAMPAIO *et al.*, 2012).

O Nasf desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira abrange a ação clínica direta com os usuários; a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes, através do apoio matricial (BRASIL, 2014).

Nascimento (2014) em sua pesquisa com equipes de Nasf da Região Metropolitana do Recife nos traz algumas sugestões propostas pelos grupos pesquisados para melhorar a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho, os quais abarcam a necessidade de comunicação com a gestão, melhoramento da estrutura, salário, redução do número de equipes para dar apoio, assumir a dimensão assistencial, fortalecimento dos profissionais da equipe e incorporação da avaliação no cotidiano.

O monitoramento das condições de vida e saúde das famílias de um determinado território, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, faz parte da vigilância em saúde nos serviços da AB, situação que se torna frágil uma vez que a AB ainda não é a principal porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde e as necessidades em saúde dos

indivíduos, famílias e coletividades ora não são reconhecidas, ora se reduzem a demandas moduladas pelas ofertas dos serviços de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O mecanismo de avaliação da saúde em geral pode contribuir para o aumento da eficiência do sistema de saúde, contudo existem grandes desacordos sobre a maneira de fazê-lo e, em particular, sobre a pertinência da avaliação. Esta falta de consenso decorre da complexidade do sistema de saúde, que envolve grandes grupos de atores (os profissionais de saúde, os gestores, os planejadores, o mercado e a política), que intervêm segundo diferentes lógicas, níveis de atuação, cronogramas e valores. Se, em teoria, a avaliação tem a capacidade de produzir informações úteis para cada instância de decisão, acredita-se que os resultados das avaliações que satisfazem às expectativas de uns não serão compatíveis com as expectativas de outros (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Tanaka e Tamaki (2012) afirmam que o processo avaliativo em saúde é uma forma de contribuir para a obtenção de resultados concretos na saúde dos usuários dos serviços de saúde, portanto, para subsidiar a tomada de decisão e deve ser direcionada tecnicamente para as principais necessidades de saúde, respeitando os princípios constitucionais da política de saúde do país, e de conduzir o seu desenvolvimento de forma a construir a viabilidade da implementação das ações resultantes das decisões tomadas. Os autores ainda acrescentam que a dinâmica dos serviços de saúde dificulta a realização de avaliações em função da necessidade de se tomar decisões no momento em que os problemas acontecem ou são identificados e que a incorporação da lógica da avaliação no cotidiano de todos aqueles que têm o poder de decidir e de implementar ações será condição essencial para as práticas avaliativas e tomada de decisão pela gestão dos serviços de saúde.

Ribeiro, Pires e Blank (2014) identificaram escassez de estudos que mostrem a implantação do Nasf no Brasil e sua relação com as ESF. Com base na complexidade de atores e ações da AB, no trabalho multiprofissional envolvendo o Nasf, sua importância para atenção integral à saúde e o fortalecimento do setor saúde em geral, vê-se necessário investigar mais a fundo as práticas e contribuição deste núcleo.

4 MÉTODO

Para a realização da intervenção proposta, foram pensadas as seguintes maneiras de construção da prática.

4.1 Cenário da intervenção

O município de Jaboatão dos Guararapes apresenta uma população estimada para 2017 de 695.956 pessoas. Situa-se na Região Metropolitana do Recife (RMR), a 14 quilômetros da capital, com extensão territorial de 256 quilômetros quadrados. Limita-se ao Norte com a capital pernambucana e o município de São Lourenço da Mata, ao Sul com o Cabo de Santo Agostinho, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com Moreno (IBGE, 2017).

Em 2014, o município de Jaboatão doa Guararapes apresentava um PIB per capita de R\$ 19.410,36. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 10 de 185, já em relação a outras cidades do Brasil, sua colocação era de 1.833 de 5570. Em 2015, tinha 67.8% do seu orçamento proveniente de fontes externas, com uma população que possuía na época, média de salário mensal era de 2.2 salários mínimos. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, possuía 41.4% da população nessas condições, o que o colocava na posição 175 de 185 dentre as cidades do estado e na posição 2556 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

Na área educacional, o município apresenta taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 96,8 %, na saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 12.63 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.5 para cada 1.000 habitantes.

No início de 2017 apresentava 102 equipes de saúde da família (eSF) distribuídas por 7 Regionais de saúde e apenas duas equipes Nasf, com uma cobertura de 15,7%. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 95 de 185 e 93 de 185, respectivamente (IBGE, 2017). Atualmente, com o projeto de ampliação dos Nasf, foram introduzidas seis equipes, totalizando oito, o que conformou uma cobertura de 85,3%, restando 15 eSF sem apoio (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2017).

Inicialmente foi realizado um estudo na Regional de saúde três do município. Agora com o resultado da avaliação, pretende-se ampliar as intervenções identificadas como edificantes em todas as Regionais de saúde.

4.2 Sujeitos envolvidos

Os Nasf do município têm suas estruturas de formação que variam de cinco a seis integrantes de diferentes categorias tais como assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e terapeuta ocupacional, que possuem uma coordenação vinculada a Gerência de Atenção Básica. São estes profissionais junto com a gestão de coordenação do Nasf que participarão da intervenção proposta.

4.3 Estratégias envolvidas

Realização de grupos focais com a gestão municipal de saúde e profissionais dos Nasf para discussão de pontos essenciais ao processo de trabalho encontrados nos resultados da pesquisa de mestrado e outros que possam surgir das demais equipes.

Será criado um cronograma de oficinas de educação permanente das equipes do Nasf para organização do processo de trabalho quanto aos seguintes temas:

- a) Evolução dos prontuários das famílias e dos indivíduos;
- b) Realização de atendimentos compartilhados com a Equipe de Saúde da Família;
- c) Formas de registrar os atendimentos e as ações
- d) Métodos para a condução das reuniões.

Inicialmente ocorrerão dois grupos focais nos meses de abril e maio de 2019 respectivamente, os quais servirão de suporte para consolidação do estudo e compreensão dos principais resultados encontrados na avaliação realizada na Regional três. Pretende-se a partir desses encontros, construir um cronograma para as oficinas a serem realizadas a partir do mês subsequente. Ao final das quatro oficinas (nos meses de junho, julho, agosto e setembro de 2019) haverá um último encontro para consolidar o instrumento construído e aprimorado no decorrer das oficinas.

4.4 Recursos utilizados

Os encontros serão realizados em diferentes espaços. Os grupos focais ocorrerão em uma sala de aula da Faculdade Guararapes, local onde já acontecem capacitações e reuniões da prefeitura. Já as oficinas serão descentralizadas entre duas Regionais, na Regional três e na sete, em auditórios climatizados.

A proposta é iniciar as oficinas com um piloto inicial do instrumento discutido nos grupos focais. Em cada oficina serão abordados os temas específicos com base em literaturas científicas sobre os temas, realização de dinâmicas de grupo, discussão de casos clínicos e suas formas de condução dentro das novas perspectivas discutidas.

O planejamento e a condução dos grupos e das oficinas ficarão a cargo da pesquisadora e integrante do Nasf, do coordenador do Nasf e de uma pessoa envolvida na Gestão do Trabalho do município, que podem convidar participantes externos com expertise no assunto a ser trabalhado.

5 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que no decorrer do ano de 2019 haja uma mobilização e sensibilização da gestão municipal e dos profissionais dos Nasf no sentido de reavaliar os processos de trabalho e suas práticas profissionais a partir dos resultados da avaliação realizada pela servidora integrante do Nasf em seu mestrado profissional em Saúde Pública. Essa reavaliação implica em introduzir no cotidiano, mecanismos de avaliação e monitoramento das ações através do instrumento criado que servirá como um protocolo de análise das ações do Nasf no município de Jaboatão dos Guararapes.

Almeja-se que em 2020 este instrumento já esteja em plena utilização no município para fortalecer a qualidade das ações, munindo os Nasf de uma ferramenta segura para conduta profissional e servindo de reforço à integralidade na atenção Básica do município.

5.1 Avaliação

A nova forma de trabalho instrumentalizada poderá ser avaliada após seis meses do seu início por meio de uma oficina de avaliação dos resultados, que será um encontro entre gestores e profissionais participantes do processo.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C. **A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade.** 2003. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
- BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de apoio à saúde da família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 118p. (Cadernos de Atenção Básica). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 3 Nov. 2017.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.
- CRUZ, M.A.C. **A integralidade nas práticas de saúde após implantação do programa mais médicos : a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia - Juatuba/MG.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 172p, 2015. Disponível em: <http://taurus.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312579/1/Cruz_MarinaAbreuCorradi_M.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2017.
- FERREIRA NETO, J. L. *et al.* Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. **Saúde & debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 179-192, dez 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400179&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.
- IBGE. **Resultado dos Dados do Censo 2010.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>>. Acesso em: 15 nov. 2017.
- JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto de ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** Jaboatão dos Guararapes. 2017.
- MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ, 2009.
- NASCIMENTO, C. M. B. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio à saúde da Família.** 2014. Tese (Doutorado). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2014.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p.

158-164, set. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

SILVA, L., *et al.* Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência [Interdisciplinary work in the family health strategy: focus on care and management]. **Revista de Enfermagem UERJ**, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 20, mai. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6024>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

SOUZA, M. C. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de Saúde da Família sobre a Fisioterapia. **O mundo da saúde**, v. 36, n. 3, p. 452 – 460, 2012.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. de M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, mar. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017.

ANEXO A - MODELO TEÓRICO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

OBJETIVOS DO NASF	ATIVIDADES	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADOS FINAIS
AMPLIAÇÃO DO ESCOPO	Realizar grupo educativo	Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção	Melhora na funcionalidade e qualidade de vida dos usuários e famílias acompanhados na atenção básica (eSF e Nasf)
	Articular ação intersetoriais		
	Realizar atividades de promoção a saúde (estímulo a atividade física; alimentação saudável, diminuição da obesidade, diminuição do tabagismo)	Desenvolvimento de ações de atenção e reabilitação	
	Realizar visita domiciliar e atendimento específico		
	Realizar atendimentos compartilhados, grupo terapêutico, construção de PTS, reunião de equipe, oficinas de educação permanente.	Ampliação/modificação no cardápio de ofertas da AB	
	Realizar ações de prevenção/atenção a sobrepeso/obesidade	Ampliação no perfil de problemas e agravos enfrentados na AB	
	Realizar ações de prevenção/atenção no âmbito da saúde mental		
Realizar ações de prevenção/atenção no âmbito da saúde funcional e atenção a pessoa com deficiência			
Realizar ações de promoção/atenção no âmbito das práticas integrativas			
Resolutividade	Realizar atividades de apoio técnico-assistencial	Adequação do processo de trabalho às diretrizes do MS	
	Realizar atividades de apoio técnico-pedagógico		
	Ampliar a capacidade das eSF absorver e resolver as demandas no nível da AB	Absorção e resolução dos problemas na AB	
	Apoiar as eSF na qualificação dos encaminhamentos para outros níveis assistenciais	Adequação dos encaminhamentos para outros níveis assistenciais	
	Buscar satisfação dos profissionais das eSF com o apoio do Nasf/matricial	Satisfação das eSF com o apoio do Nasf	
Coordenação do cuidado	Utilizar mecanismos de transferência de informação intra e inter-níveis	Transferência e utilização da informação (sobre história clínica e aspectos biopsicossociais do paciente)	
	Utilizar informações compartilhadas na construção dos projetos terapêuticos		
	Existência de objetivos clínicos e tratamentos compartilhados (intranível e interníveis)	Existência de coerência de atenção	
	Adequação clínica da transferência do paciente		
	Monitoramento do acesso	Garantia de acessibilidade entre níveis assistenciais e seguimento adequado do paciente	
	Existência de responsável pelo seguimento clínico		
	Utilizar mecanismos para coordenação administrativa (central de regulação, protocolo assistencial)	Utilização de mecanismos e estratégias de coordenação administrativa	
Realizar referenciamento a unidade adequada			
Realizar programação prévia do atendimento no referenciamento entre níveis			

Fonte: Souza, 2016.

**ANEXO B – MODELO TEÓRICO COM ÊNFASE NA AMPLIAÇÃO DO ESCOPO
(IDENTIFICAÇÃO DA INTEGRALIDADE)**

OBJETIVOS DO NASF	ATIVIDADES	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADOS FINAIS
AMPLIAÇÃO DO ESCOPO	Realizar grupo educativo	Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção	
	Articular ação intersetoriais		
	Realizar atividades de promoção a saúde (estímulo a atividade física; alimentação saudável, diminuição da obesidade, diminuição do tabagismo)		
	Realizar visita domiciliar e atendimento específico	Desenvolvimento de ações de atenção e reabilitação	
	Realizar atendimentos compartilhados, grupo terapêutico, construção de PTS, reunião de equipe, oficinas de educação permanente.	Ampliação/modificação no cardápio de ofertas da AB	
	Realizar ações de prevenção/atenção a sobrepeso/obesidade	Ampliação no perfil de problemas e agravos enfrentados na AB	
	Realizar ações de prevenção/atenção no âmbito da saúde mental		
	Realizar ações de prevenção/atenção no âmbito da saúde funcional e atenção a pessoa com deficiência		
Realizar ações de promoção/atenção no âmbito das práticas integrativas			
			Melhora na

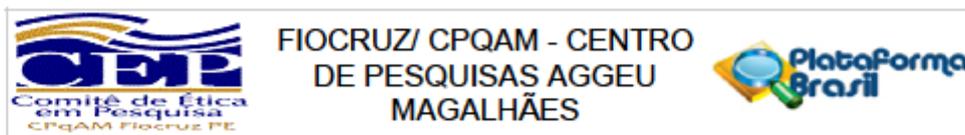
Fonte: Souza, 2016.

**ANEXO C – MATRIZ DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS
DO NASF, 2016.**

Objetivo do Nasf	Condição verificadora	Referencial teórico
ampliação do escopo e abrangência da AB	Desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação	Concepção ampliada de APS: Brasil, 2014, 2011; Starfield, 2002.
	Ampliação/modificação no cardápio de ofertas da AB Ampliação no perfil de problemas/agrivos enfrentados na AB	Avaliação da integralidade através do elenco de serviços ofertados: Conill, 2004, 2002; Larizgoitia, Starfield, 1997;
Ampliação da resolutividade da AB	Processo de trabalho adequado ao objetivo do NASF	Perspectiva Normativa: Turrine; Lebrão; Cesar, 2008; Campos, 1988.
	Capacidade de absorção e resolução dos problemas na AB	Perspectiva normativa (resolutividade intra-nível): Turrine; Lebrão; Cesar, 2008;
	Adequação do perfil de encaminhamento p outros níveis assistencias	Perspectiva normativa (resolutividade intra-nível): Turrine; Lebrão; Cesar, 2008;
	Satisfação dos profissionais das eSF apoiadas	Perspectiva satisfação do usuário (eSF como usuárias prioritárias do Nasf): Rosa et al, 2011; Turrini et al. 2008
Coordenação do cuidado	Transferência e utilização da informação sobre a história clínica e aspectos biopsicossociais do paciente	Coordenação da informação: Terraza-Nuñez, Vargas, Vásquez, 2006; Bétran, 2006.
	Existência de coerência da atenção	Coordenação da gestão clínica: Terraza-Nuñez, Vargas, Vásquez, 2006; Vargas et al, 2011.
	Acessibilidade entre níveis	
	Seguimento adequado do paciente	Coordenação administrativa: Vargas et al, 2015
	Existência de mecanismos para a coordenação administrativa	
	referência administrativa do paciente a unidade adequada	
programação prévia do atendimento na transição entre níveis		

Fonte: Souza, 2016

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/ FIOCRUZ-PE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES: UM ESTUDO AVALIATIVO

Pesquisador: CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84177918.7.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.648.085

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª. Kátia Rejane de Medeiros.

Co-orientadora: Dr.ª Fabiana de Oliveira Silva Sousa.

Partindo dos pressupostos de que o Nasf contribui para a integralidade da Atenção Básica e que os instrumentos de avaliação atualmente existentes são insuficientes para analisar os resultados das ações do Nasf, o estudo pretende aprofundar o conhecimento sobre os sentidos da integralidade nas equipes dos Nasf, as atuações dos profissionais e as repercussões do Nasf na AB.

Se propõe a responder a seguinte pergunta: Como o Nasf contribui para a integralidade da Atenção Básica no município de Jaboatão dos Guararapes?

A autora é profissional do Nasf que pretende investigar.

Metodologia:

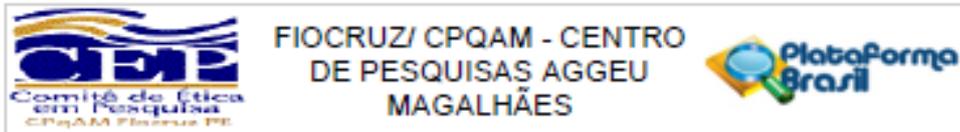
Pesquisa avaliativa sobre as equipes dos Nasf do município de Jaboatão dos Guararapes;

São 10 equipes, oito recentemente implantadas. Irá investigar duas que atuam há pelo menos um ano;

A pesquisa será realizada com recorte dos anos de 2017 e 2018;

Serão coletados dados primários por meio de pesquisa documental (prontuários das famílias,

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.648.065

livros de registro dos Nasf, livros de registro das USF, atas e livros de reuniões) e pela realização de quatro grupos focais com os profissionais dos Nasf e das eSF, utilizando roteiro semiestruturado;

Terá como base uma matriz de avaliação de resultados/efeitos elaborada em pesquisa anterior desenvolvida no IAM;

O processamento e análise dos dados seguirão os métodos de análise documental e análise temática.

A partir dos resultados, e em conjunto com as equipes dos Nasf, será criado um protocolo de análise das ações como instrumento de monitoramento e subsídio para avaliação. A proposta é de que as equipes utilizem este protocolo como referencial norteador de práticas que contemplem a integralidade em saúde e os requisitos das atribuições do Nasf.

Na equipe da pesquisadora, os procedimentos serão realizados por outra pessoa, que auxiliará nas coletas de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Avaliar como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família contribui para a integralidade na Atenção Básica no município de Jaboatão dos Guararapes.

Objetivos específicos:

- a) Identificar os tipos de ações desempenhadas pelo Nasf;
- b) Descrever como se dá a articulação das ações do Nasf junto às equipes de saúde da família e a outros serviços especializados;
- c) Verificar como o processo de trabalho do Nasf colabora com a ampliação da integralidade da atenção básica;
- d) Criar protocolo de análise das ações do Nasf, instrumentalizando o cotidiano das práticas dessas unidades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão devidamente descritos no documento "Informações Básicas do Projeto", assim como também constam tais informações no TCLE.

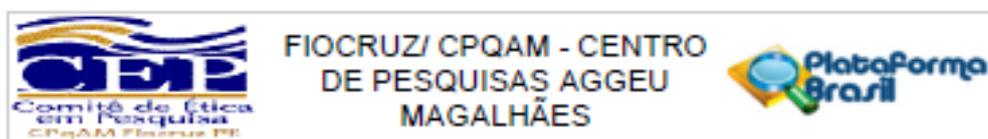
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto considerado de validade científica e com total condições de execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos termos e demais documentações exigidas pelo Sistema CEP/CONEP.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.870-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2839 Fax: (81)2101-2839 E-mail: comiteetice@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.543.005

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo. Constatam anexados todas as declarações exigidas pelo sistema CEP/CONEP em atendimento à RES. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

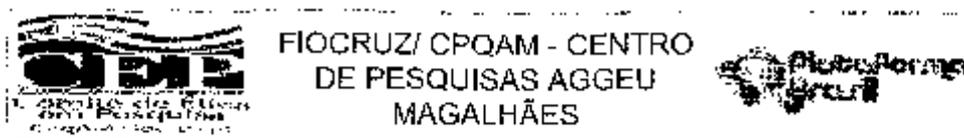
O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido1.pdf	09/05/2018 14:25:07	Janaina Campos de Miranda	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1078340.pdf	03/04/2018 11:56:35		Acelto
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	03/04/2018 11:50:51	CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComAlteracoesCEP.pdf	02/04/2018 21:59:03	CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA	Acelto
Outros	CartaDeRespostaAsPendencias.pdf	02/04/2018 21:55:48	CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA	Acelto
Parecer Anterior	PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2566581.pdf	02/04/2018 21:53:43	CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/04/2018 21:52:43	CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMADEATIVIDADES.pdf	02/04/2018 21:52:13	CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEcorrigido.pdf	02/04/2018 21:51:43	CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA	Acelto

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.870-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Código de Parecer: 2148.385

Justificativa de Ausência	TCLCorrigido.pdf	02/04/2018 21:51:43	CLAUDIA MARIA DE O. VEIRA	Aceito
Outros	declaracao compromisso_relatorios_aggeu_cep.docx	27/03/2018 11:33:53	Janaina Campos de Miranda	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 10 de Maio de 2018

Assinado por:

Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-120
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2553 Fax: (81)2101-2536 E-mail: conep@cpqam.fiocruz.br

Impressão em 04

ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE**

Anuência nº 05/2018

Jaboatão dos Guararapes, 27 de março de 2018.

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Cláudia Maria de Oliveira Monteiro, servidora e mestranda em Saúde Pública da Fiocruz/PII, a realizar a pesquisa intitulada **“CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES: UM ESTUDO AVALIATIVO”**, sob a orientação da professora Dra. Kátia Rejane de Medeiros e Dra. Fabiana de Oliveira Silva e Sousa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos. Assim, deverá manter o sigilo dos dados e garantir que não haverá qualquer prejuízo das pessoas ou das comunidades, bem como não haverá nenhuma despesa para o Município que seja decorrente da participação da pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador deve apresentar a Instituição o parecer substanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP, e, no caso de não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Alberto Luiz Alves de Lima
Secretário Municipal de Saúde

Alberto Luiz Alves de Lima
Secretário Municipal de Saúde