



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ – UVA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ**

MARLOS RIBEIRO ARAÚJO

**A PRODUÇÃO DE REDES DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: O
PROTAGONISMO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PARNAÍBA-PI**

SOBRAL-CE

2014

MARLOS RIBEIRO ARAÚJO

**A PRODUÇÃO DE REDES DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: O
PROTAGONISMO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PARNAÍBA-PI**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Linha de pesquisa: Atenção e gestão do cuidado em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado.

SOBRAL-CE

2014

A687a

Araújo, Marlos Ribeiro.

A produção de redes de cuidado na Atenção Básica: O protagonismo do Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Parnaíba-PI. / Marlos Ribeiro Araújo – Sobral, Ceará, 2014.

91f.; 30 cm

Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2014.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Maria de Fátima Antero de Sousa Machado

1. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. 2. Redes de Cuidado. 3. Atenção básica. I. Marlos Ribeiro Araújo. II. Universidade Estadual Vale do Acaraú. III. A produção de redes de cuidado na atenção básica: O protagonismo do Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Parnaíba-PI

CDD 610

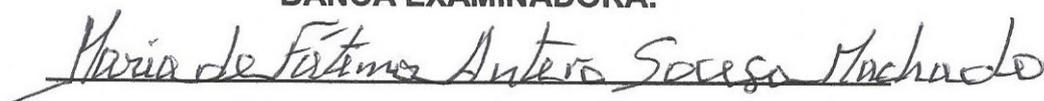
MARLOS RIBEIRO ARAÚJO

**A PRODUÇÃO DE REDES DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: O
PROTAGONISMO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PARNAÍBA-PI.**

Dissertação submetida à banca examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em 27/03/2014

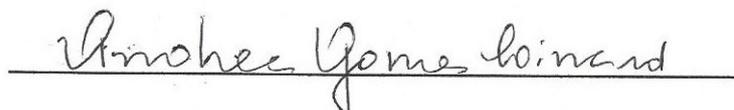
BANCA EXAMINADORA:



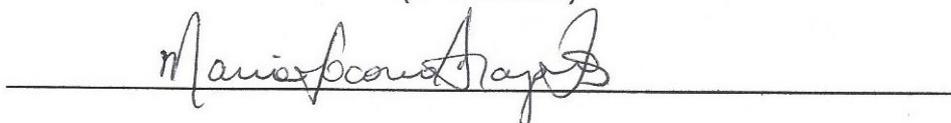
Prof. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Universidade Regional do Cariri (URCA)
(Presidente e Orientadora)



Profa. Dra. Maristela Ines Osawa Vasconcelos
Universidade Vale do Acaraú (UVA)
(1º membro)



Profa. Dra. Andrea Gomes Linard
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
(2º membro)



Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias
Universidade Vale do Acaraú (UVA)
(Membro Suplente)

À minha família, de sangue e espiritual.

AGRADECIMENTOS

À Deus em sua infinita bondade por me permitir chegar ao fim dessa jornada.

Aos meus guias espirituais que me ajudaram a encontrar os caminhos e a suportar os desafios.

À minha família, esposa e filho, pelo amor, compreensão e apoio em todos os momentos.

À minha mãe Fátima e Vó Socorro, pelo amor e pelas orações.

À tia Margarida, pela presença, apoio e torcida.

Aos demais familiares, pela torcida.

Aos amigos, pelo incentivo sincero.

Aos professores e amigos Eugênia Gadelha e Ester Melo, pelas orientações, pelo exemplo de dedicação.

Ao Mestre e amigo João Paulo Macedo, pela ajuda e apoio em todos os momentos deste trabalho, desde o processo seletivo até a defesa desta dissertação.

Aos companheiros e colaboradores com quem trabalhei diretamente nos serviços da rede, PAM, NASF, CRAS, CES, CAPS, PET.

Aos companheiros do MPSF, pela jornada dividida e pelos obstáculos superados coletivamente.

Aos “NASFEIROS” que aceitaram dividir esta aventura comigo, como companheiros de trabalho, como colaboradores, como sujeitos de pesquisa.

À minha querida orientadora Profa. Fátima Antero, pela dedicação incansável, pela atenção sempre disponível, pela orientação sempre precisa, pela paciência sempre renovada, pelo carinho sempre demonstrado e pela crença no potencial do trabalho nunca abalada.

“Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto é realidade”
(Prelúdio – Raul Seixas)

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi compreender de que modo profissionais da ESF e NASF do Município de Parnaíba articulam-se para produção de práticas de cuidado com foco na integralidade e para mobilização de redes de cuidado na atenção básica. Tratou-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. Para coleta dos dados, foram utilizados a entrevista semiestruturada e o diário de campo e os dados tratados a partir da análise de conteúdo temática. Os resultados obtidos apontam que a concepção de NASF e o processo de implantação do programa na realidade estudada apresentaram falhas que não só influenciaram o modelo de atuação, mas também grande parte das dificuldades encontradas na formatação dos processos de trabalho entre ESF e NASF. Porém, apesar das dificuldades e desafios encontrados no processo de implantação, pode-se verificar com clareza que o mesmo foi capaz de incorporar dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores não só da atenção básica com de outros setores e que tanto profissionais do NASF quanto das ESF percebem a implantação do NASF de maneira positiva, sendo apontado que as maiores contribuições do programa para o fortalecimento da atenção básica de Parnaíba referem-se justamente as ferramentas tecnológicas que o NASF apresenta. Considera-se, portanto que, o NASF na realidade estudada ainda enfrentará alguns desafios, mas que é possível dizer com segurança que apesar das dificuldades relatadas e percebidas nas falas dos profissionais entrevistados e nos documentos analisados, que o NASF desempenha um papel de protagonista juntamente com ESF no fortalecimento e qualificação da atenção básica.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Redes de Cuidado. Atenção básica.

ABSTRACT

This work aims to understand the way in which the staff from ESF and NASF from the city of Parnaíba articulates themselves to create care practices aiming integrality, as well as their mobilization to produce networks of care concerning Primary Care. This was a descriptive exploratory study with a qualitative approach of the study case type. To collect data, semi-structured interviews and field journal were used, and the data was analyzed from the theme content. The results obtained point out that the conception of NASF and the process of implantation of the program in the studied environment presented failures that not only influenced the model of acting but also a great part of the difficulties found in the formatting of the processes of work between ESF and NASF, but despite the difficulties and challenges found during the process of implantation we could clearly verify that they were capable of incorporating support devices and horizontal cooperation, such as the exchanges of experiences and discussions of situations between workers not only from the basic health but also from other sectors and that both professionals from NASF and from ESF perceive the implantation of NASF in a positive way. It was also pointed out that the majority of the contributions of the program for the strengthening of the basic health in Parnaíba refer to the technological tools that NASF presents. It is possible to affirm that NASF, in the studied environment, will still face a few challenges, but it is also possible to say with certainty that despite the difficulties mentioned and perceived in the speech of the interviewed professionals and in the documents that were analyzed, NASF fills a protagonist role along with ESF on the strengthening and the qualification of basic health.

Key words: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Care Network. Primary Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Rede de serviço de Parnaíba na Atenção Básica	38
Quadro 2	– Rede de serviço de Parnaíba Média Complexidade	39
Quadro 3	– Rede de serviço de Parnaíba Média e Alta Complexidade	39
Quadro 4	– Fluxo de atendimento proposto para o NASF pelo projeto original de implantação	52
Quadro 5	– Planejamento da Agenda Compartilhada NASF/ESF Vinculadas	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CES	Centro de Especialidades em Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DS	Distritos de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HEDA	Hospital Estadual Dirceu Arcoverde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PEI	Profissional da Equipe de Implantação
PESF	Profissional da Estratégia de Saúde da Família
PNASF	Profissional do NASF
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SOGIPA	Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Parnaíba Ltda.
SPMIP	Sociedade de Proteção à Maternidade e a Infância de Parnaíba
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIRIM Unidade de Doenças Renais de Parnaíba Ltda.

UVA Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	O interesse pelo objeto do estudo	14
1.2	Contextualizando e justificando o objeto do estudo	17
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo geral	24
2.2	Objetivos específicos	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1	O SUS como uma rede de atenção	25
3.2	O cuidado em rede	26
3.3	A Atenção básica como elemento organizador da rede e gestora do cuidado	27
3.4	As contribuições do NASF na articulação de redes de cuidado	31
4	METODOLOGIA	35
4.1	Tipo do estudo	35
4.2	Cenário do estudo	36
4.3	Sujeitos do estudo	41
4.4	Instrumento de coleta dos dados	43
4.5	Organização e análise dos dados	45
4.6	Aspectos éticos e legais do estudo	45
5	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	46
5.1	Seção 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo	46
5.2	Seção 2 – O NASF de Parnaíba, um pouco de História: da implantação aos dias atuais, a busca por um modelo de atuação	48
5.3	Seção 3 – As categorias temáticas	54
5.3.1	<i>Categoria 1: O cuidado na atenção básica ESF-NASF: Um esforço de construção de práticas de cuidado e a garantia de continuidade</i>	54
5.3.1.1	Descrição das práticas de cuidado	55
5.3.1.2	A garantia da continuidade do cuidado	57

5.3.2	<i>A produção de Redes de cuidado</i>	58
5.3.3	<i>Os desafios enfrentados para um trabalho integral em saúde pela ESF e NASF</i>	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS	70
	APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM A IMPLANTAÇÃO DO NASF ...	71
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	72
	APÊNDICE D – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARNAÍBA	73
	ANEXO A – PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO NASF DE PARNAÍBA	75

1 INTRODUÇÃO

1.1 O interesse pelo objeto do estudo

O interesse pelo objeto de estudo advém da prática profissional do pesquisador na atenção básica, atuando no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) da cidade de Parnaíba-PI como psicólogo e, posteriormente, como Coordenador do serviço.

O trabalho como psicólogo na Atenção Básica (AB) do referido município, iniciou-se em janeiro de 2008 antes da implantação do programa, em uma espécie de ambulatório de especialidades para atenção básica, com a missão de “dar conta” da fila de espera de mais 60 pessoas em busca de atendimento psicológico, algumas a mais de um ano aguardando atendimento sem que nem mesmo triagem ou acolhimento tivessem sido feitos, restando como único dado organizador da fila a data da solicitação do atendimento.

As solicitações não apresentavam motivo da solicitação ou hipótese diagnóstica, queixa principal ou sintomas apresentados. Na maioria das vezes, nem mesmo a idade do paciente era incluída. Não havia referência à equipe de saúde da família ou agente comunitário, em alguns casos nem o endereço, apenas telefone para contato direto com o paciente a fim de garantir o agendamento. Essas solicitações eram entregues diretamente ao setor de marcação de consultas.

A fila de espera sem triagem e sem informações não era exclusividade da psicologia, era a realidade também para a nutrição, fisioterapia e psiquiatria, com agravante para esta última, já que a cidade contava até o final de 2012 com apenas dois profissionais, que cobriam ainda cerca de 10 cidades circunvizinhas.

Ao final de oito meses de trabalho, na tentativa de triar e acolher esses “encaminhamentos”, quase quarenta pessoas receberam atendimento, entre acolhimentos, triagem, solicitações de “urgências”, porém a fila de espera tinha na verdade aumentado. As tentativas de contato com as equipes de saúde “responsáveis” por esses pacientes também se acumulavam, não existindo espaço para a contrarreferência.

Tais fatos chamaram atenção e provocaram alguns questionamentos sobre a eficiência dessa relação de simples encaminhamentos e atendimentos entre os serviços de maneira isolada. Haveria outras possibilidades de garantir a continuidade

do cuidado do paciente para além dessas práticas de encaminhamentos e das imensas filas de espera por especialistas? Atender a esses pacientes desvinculados de suas realidades e de seus territórios com a única finalidade de oferecer-lhes alívio aos sintomas que traziam ao consultório era realmente oferecer um atendimento de qualidade?

Este momento de questionamento da prática profissional coincide com as primeiras discussões acerca do NASF e da necessidade de se estruturar o programa na cidade.

O NASF é um programa do Ministério criado em 24 de janeiro de 2008, através da Portaria GM nº 154, o Ministério da Saúde (MS) para apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços de saúde e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil. (BRASIL, 2010b). Por se constituir como apoio à ESF, o NASF possui diretrizes relativas à APS, tais como ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização, não se constituindo como “porta de entrada” para o usuário e sim como retaguarda especializada.

Muito embora o pesquisador não tenha participado da formulação do projeto do município, fez parte do processo de implantação do serviço em meados de 2009 e das dificuldades encontradas pela dinâmica inovadora exigida pelo mesmo.

O perfil do serviço esboçado no projeto apresentado junto ao Ministério (ANEXO A) previa a criação de quatro equipes de NASF para a cobertura das 35 equipes de saúde da família existentes naquela época, porém cada equipe teria um perfil e público-alvo específico. NASF saúde da Mulher, NASF saúde da criança, NASF saúde Mental e NASF Crônicos e degenerativos. Apesar de prever a revisão da prática de encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da estratégia da saúde da família o que se viu na prática foi reafirmação do modelo vigente, que por um lado resultou em um fluxo de atendimentos especializados pelos profissionais do NASF e o estabeleceu como uma porta de entrada alternativa na atenção básica, com casos chegando diretamente as equipes de NASF por meio da comunidade e/ou de outros serviços da rede sem passar pela ESF.

Enfrentou-se naquele período de implantação, grande demanda por atendimentos individuais dos mais diversos profissionais, tanto por parte da população que via o serviço do NASF como da equipe de especialista do seu “posto de saúde”, bem como dos profissionais da Estratégia Saúde da Família que viam nessa equipe a possibilidade de desafogar seus consultórios¹ de alguns casos recorrentes no seu cotidiano e transferindo, assim, a responsabilidade pela condução dos mesmos a aquela equipe.

A organização dos processos de trabalho do NASF deve ser alicerçada na prioridade ao atendimento compartilhado e interdisciplinar, possibilitando troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas. Para possibilitar sua atuação, o NASF pode e deve lançar mão de ferramentas de trabalho, como o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde do Território (PST) e a Pactuação do Apoio. Sua inserção deve acontecer na perspectiva de superação da lógica fragmentada de saúde, buscando a corresponsabilização das equipes de saúde da família na construção de redes de cuidado. (BRASIL, 2010b).

Como coordenador do serviço, já em 2011, com os demais profissionais, a atuação do pesquisador foi decisivamente na adequação do serviço às diretrizes traçadas pelo Ministério (BRASIL, 2010b), por perceber a partir da vivência como profissional do NASF que este apresenta características ímpares na atuação com a equipe de saúde da família e de outros serviços da rede, que possibilitam reorganizar projetos de trabalho, de acompanhamento dos sujeitos/famílias limitando a forma de organização em que predominava a lógica do encaminhamento, tão estabelecido na maioria dos serviços de saúde.

A oferta de novas possibilidades de acolhimento e atendimento na atenção básica de Parnaíba-PI, a partir da implantação do NASF, como rodas de conversa, grupos de escuta, terapia comunitária, biodança, controle de estresse, o estímulo adoção de práticas de atividade física e alimentação saudável, bem como a qualificação dos encaminhamentos de algumas necessidades do paciente a partir de sua equipe sugerem, ainda que empiricamente, que o programa apesar de enfrentar algumas dificuldades, pode fazer frente aos problemas antes identificados.

¹ Utilizou-se o termo consultório para enfatizar a lógica ambulatorial que impera na realidade da atenção básica de Parnaíba, onde a agenda das equipes encontra-se quase em sua totalidade voltada para as consultas individuais de médicos, enfermeiros e odontólogos.

É exatamente essa percepção de que o trabalho desenvolvido pelo NASF na atenção básica de Parnaíba-PI pode imprimir mais qualidade ao serviço prestado, que se anuncia o objeto de estudo desta pesquisa, que consiste em uma aproximação do processo de trabalho do NASF, partindo-se da premissa que esse é uma proposta de mudança de uma cultura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) e que tem como uma das características ser um dispositivo estratégico capaz de mobilizar redes de cuidado na atenção básica.

1.2 Contextualizando e justificando o objeto do estudo

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 24 de janeiro de 2008, através da Portaria nº 154/GM (BRASIL, 2008), sob o discurso de priorização e ampliação da atenção básica, a partir da qualificação da assistência e da gestão. (BRASIL, 2008). Suas equipes devem estar comprometidas com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pela ESF, atuando de maneira interdisciplinar e intersetorial, de forma que cada profissional de saúde, a partir de seu conhecimento específico, possa contribuir na resolutividade das problemáticas do serviço. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A criação do NASF pelo Ministério da Saúde é resultado de um profundo processo de valorização da atenção primária e está relacionado com outras transformações maiores ocorridas no campo da saúde coletiva. A aposta na atenção primária e na promoção da saúde e da integralidade do cuidado estão perfeitamente refletidos no percurso histórico do SUS e de nossa política nacional de atenção básica.

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde por meio da Lei 8.808 em 29 de setembro de 1990, foi apresentada a sociedade um modo de organização dos serviços de saúde com diretrizes a serem seguidas, com vistas a um novo modo de fazer saúde e, por conseguinte, a mudança organizacional dos diferentes níveis de complexidade.

Tais mudanças buscam organizar e estruturar as ações e serviços de saúde no Brasil com foco na integralidade do cuidado em saúde e na cooperação técnica e política frente às responsabilidades dos entes federativos (Municípios, Estados e União) na efetivação do SUS no país. Nesse arranjo organizativo, o SUS constitui-se em um conjunto de ações e serviços de promoção e recuperação da saúde, organizando-se de forma regionalizada e hierarquizada, com regiões de saúde

instituídas, e estruturando suas ações e serviços nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). (BRASIL, 2010a). Busca-se que o acesso às ações e serviços de saúde iniciasse pelas portas de entrada do SUS e complete-se na rede regionalizada.

Nessa perspectiva, os serviços de atenção primária e de atenção psicossocial configuram-se como portas de entrada às ações e serviços de saúde nas RAS e devem ser considerados no processo de constituição de uma região de saúde. (BRASIL, 2011 a).

Nesse sentido, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela portaria Nº 2488 de outubro de 2011, apresenta que para contribuir com o funcionamento das RAS, a atenção básica deve ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, sendo assim, base para o desenvolvimento das redes; deve ser resolutiva, identificando riscos e articulando intervenções efetivas com vistas à autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais; deve coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e sendo centro de comunicação entre os pontos de atenção das RAS; devendo também ordenar as redes, contribuindo para que as necessidades da população sejam conhecidas e articuladas a outros pontos de atenção à saúde. (BRASIL, 2010 a).

Nascimento e Oliveira (2010) ao afirmarem que embora sejam evidenciados bons resultados alcançados pela implantação da ESF no território nacional para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes de saúde da família.

Destaca-se ainda que permanece um desafio a 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 à clínica ampliada e a integralidade do cuidado. (CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P, 2010).

Para atender, pois, a esse desafio de efetivação da integralidade da atenção, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio da Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Seus objetivos são apoiar as equipes da ESF na efetivação da rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade. (BRASIL, 2008).

A PNAB reafirma a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde no país. (BRASIL, 2011). Para isso, os municípios, com cooperação dos demais entes federativos, devem reorientar seu processo de trabalho aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica. Além da ESF, a nova PNAB agrega e apresenta novas modalidades de equipes de atenção básica para populações específicas (Consultório na Rua, Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Equipes de Saúde da Família Fluviais, por exemplo), define como deve organizar os polos da Academia da Saúde e, além disso, dispõe sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, reafirmando seu papel de ampliar o escopo das ações da atenção básica e de sua resolutividade, ratificando seu caráter de compartilhar saberes e de ser apoio junto aos profissionais da AB, atuando diretamente no apoio matricial às equipes a que o NASF vincule-se e no território dessas equipes.

O NASF trata-se, portanto de um programa fundamentado nas diversas políticas e estratégias do Estado que visam à garantia da saúde como direito básico da população, possuindo como pressupostos básicos norteadores das suas ações: a) a garantia de bem-estar físico, mental e social, assim como a integralidade da atenção, garantidas por constituição; b) a proposta do Pacto pela Saúde; c) a Política Nacional de Atenção básica e a proposta de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família; d) a Política Nacional de Promoção da Saúde e de Integração da Pessoa com Deficiência; e) as diretrizes nacionais para a Saúde Mental; f) a Política Nacional de Alimentação e Nutrição; g) a Política Nacional de Saúde da Criança e da Mulher; e h) a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Tendo em vista a operacionalização das ações de saúde sob sua responsabilidade, os NASFs encontram-se estruturados em nove áreas estratégicas, a saber: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; e, por fim, práticas integrativas e complementares. (BRASIL, 2010 b).

No que se refere à composição do programa, os NASFs são formados por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar, de acordo com Brasil (2011c, p 55) “[...] de maneira integrada aos profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios

na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde”, fornecendo apoio técnico e pedagógico às equipes ao programa vinculadas.

Dentre as ações de saúde a serem desenvolvidas pelo NASF, destacam-se: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e outros. (BRASIL, 2010b).

Faz-se necessário ressaltar que, conforme explícito na portaria:

Os NASF não se constituem porta de entrada do sistema e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família. (BRASIL, 2008, p. 2).

Ou seja, espera-se que o trabalho desenvolvido entre ESF e NASF esteja organizado sob o eixo do trabalho coletivo e da gestão participativa do processo de trabalho (CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P, 2010), no qual o fortalecimento dos atributos e do papel da ESF seja o foco das ações e não a transferência de responsabilidade.

A responsabilização compartilhada entre as equipes de saúde da família e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. (BRASIL, 2008).

Por serem constituídos por diversas especialidades e por demandarem trabalho em equipe, os NASFs têm nos diálogos e colaborações tecidos em conjunto suas principais ferramentas de trabalho.

De forma que a proposta do NASF pode ser entendida, dentro de uma visão mais ampla, como uma importante estratégia da saúde em defesa da construção coletiva de práticas (gestão colegiada), na medida em que não só os profissionais de saúde, mas os diversos segmentos sociais são vistos como atores que podem contribuir para a formação de uma clínica mais comprometida e participativa.

Na compreensão de Oliveira (2011), trata-se de um dispositivo para mudança do processo de trabalho em saúde, da gestão e da clínica, o qual se

encontra fundamentado na identificação do público prioritário e das atividades/práticas necessárias em cada área de atuação. Nessa direção, espera-se que os projetos terapêuticos singulares funcionem como mecanismos que valorizem as especificidades de cada usuário ou grupo, a sua história de vida, assim como sua rede social, mostrando-se um importante articulador no desenvolvimento de ações de saúde mais participativas e contextualizadas.

De modo análogo à proposta de Projeto de Saúde no Território (PTS), a noção de PST surge da necessidade de integração dos diversos planos de cuidado existentes no território, funcionando como uma estratégia das ESF's e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais. (BRASIL, 2010b) Tal assertiva encontra-se respaldada no reconhecimento de que os diferentes cenários com que o profissional de saúde se depara atualmente exigem posturas e ações que vão além do trato com enfermidades, indicando a necessidade de desenvolvimento de trabalhos conjuntos, fundamentados na escuta do usuário, na criação de vínculos e afetos, na adoção do compromisso ético, de ações intersetoriais, entre outras práticas profissionais.

A construção coletiva de práticas de saúde (gestão colegiada), na qual os diferentes segmentos sociais possam contribuir para a formação de uma clínica mais comprometida e participativa, é entendida, segundo perspectiva da clínica ampliada, como responsável pelo aumento da potência das ações terapêuticas. (CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P, 2010)

Nessa direção, o desafio maior atualmente é pensar estratégias no âmbito do trabalho em saúde que superem “[...] uma simples justaposição de diferentes profissionais [...] que mantém a fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde do usuário, característico do modelo biomédico que se pretende superar.” (GOMES R. da S. et al, 2007 p. 19-20).

O NASF pauta-se no modelo teórico de Apoio Matricial proposto por CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C (2007) para assessorar as equipes de saúde da família com conhecimentos especializados, oferecendo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, sem assumir a referência do cuidado. Para esse autor, a equipe de saúde da família é a referência do cuidado para o sujeito, mesmo quando este é encaminhado para um nível diferenciado de assistência. A equipe de apoio

matricial não assume essa referência, nem se caracteriza como um segundo nível de atenção para o qual o usuário possa ser encaminhado.

Apesar da clara coerência da proposta dos NASF com o Apoio Matricial, sua portaria de implantação, em Brasil (2008), não faz referência direta a esse modelo teórico. Por outro lado, a portaria prevê que os profissionais dos NASFs realizem “atendimento a casos específicos”, não deixando claro quais critérios definem os “específicos”. Assim, cabe questionar se a portaria não estaria permitindo, em sua operacionalização, uma equivocada interpretação das equipes da ESF de que os profissionais dos NASFs seriam os mais habilitados para dar a resolutividade de tais casos.

Nesse cenário, o NASF apresenta-se com a função de reorientar o sistema de saúde, aumentando a resolutividade da Atenção Básica com vista a desafogar a média complexidade e garantir uma gestão do cuidado estabelecida entre diferentes níveis de atenção.

Alguns questionamentos podem ser feitos acerca dessa realidade: Que práticas de cuidado são realizadas pela ESF e NASF? Como se dá a articulação da ESF e NASF para mobilização da rede de cuidado? Qual a dimensão da integralidade nas práticas desenvolvidas pela ESF e NASF?

Com base no exposto, o presente estudo pretende uma compreensão do modo como os profissionais da ESF e NASF articulam-se para produção de práticas de cuidado com foco na integralidade.

Como justificativa para a realização deste, destaca-se que grande parte da literatura encontrada sobre o NASF refere-se aos processos de implantação do programa em algumas realidades e/ou trabalhos mostrando práticas isoladas de uma área específica que compõem a equipe, em diversas regiões e municípios brasileiros, apresentando diferenças quanto à metodologia de trabalho e conseqüentemente de seus resultados, relacionando o tempo e o modo de implantação das equipes. (ANDRADE *et al.*, 2012; LINHARES *et al.*, 2010; BARBOSA *et al.*, 2010; MOLINI-AVEJONAS *et al.*, 2010).

Esses estudos são importantes e devem estar produzindo reflexões no processo de trabalho do NASF, no entanto, no que se refere a articulação do processo de trabalho da ESF e NASF voltado para integralidade da atenção e para organização da rede estabelecida para as práticas de cuidado, isso parece não ter sido estudado, pelo menos diante da busca realizada na literatura.

Assim, acredita-se que este estudo, ao se aproximar do processo de trabalho dos profissionais da ESF e do NASF, possibilite uma reflexão que venha maximizar a tomada de decisões na área da saúde, assim como na reorientação das práticas dos profissionais, a fim de promover estratégias que aperfeiçoem a qualidade e, conseqüentemente, a resolutividade das ações de saúde na perspectiva da integralidade da atenção.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender de que modo profissionais da ESF e NASF articulam-se para produção de práticas de cuidado com foco na integralidade.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as práticas de cuidado desenvolvidas pela ESF e NASF;
- Identificar que atividades o NASF e a ESF realizam para mobilizar a rede de cuidado na atenção básica;
- Conhecer os desafios enfrentados para um trabalho integral em saúde pela ESF e NASF.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O SUS entendido como uma rede de atenção

As redes de atenção à saúde, ainda que tenham suas origens na década de 20, no Reino Unido, a partir da concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde, toma forma, contemporaneamente, com os sistemas integrados de saúde, uma proposta surgida no início dos anos 90, nos Estados Unidos. (MENDES, 2011). Isso significa que foi gestada modernamente no ambiente de um sistema segmentado, com hegemonia do setor privado.

As redes de atenção podem ser definidas como sistemas organizados de prestação de serviços de saúde que prestam um *continuum* de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem. (MENDES, 2011).

Os problemas que justificam as redes de atenção à saúde são: cuidado de saúde provido em lugar menos adequado e pouco custo/efetivo; listas de espera devido à utilização inadequada da atenção especializada; capacidade instalada ociosa; sobre utilização dos serviços, gerando listas de espera; e falta de resolutividade nos distintos níveis do sistema de saúde. (MENDES, 2011).

Para solucionar esses problemas, as redes de atenção à saúde necessitam de integrar, horizontal e verticalmente, os sistemas de saúde e ofertar serviços que devem ser: integrais, envolvendo o fomento, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos; coordenados, atenção provida em pontos de atenção que se constituam como uma sucessão de eventos e práticas de cuidado que garantam atenção às pessoas e famílias, ao longo do tempo, por uma equipe de saúde determinada; e com foco no usuário.

Entretanto, a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. Implica colocarmos em questão: como esses serviços estão se relacionando?

Nos processos de construção do SUS, o termo “rede” é muitas vezes utilizado para definir um grupo de serviços semelhantes. Por exemplo, rede básica de saúde é o termo utilizado para definir uma rede homogênea composta de unidades básicas de saúde. O mesmo vale para a rede de saúde mental, a rede hospitalar etc. A rede transversal, que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes

atores, serviços, movimentos, políticas num dado território – ou seja, a rede heterogênea – é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes. (BRASIL, 2009).

Fundado no direito universal à saúde e priorizando a Atenção Básica como porta de entrada do sistema, o SUS passou a requerer um modelo de saúde integral e resolutivo em todos os níveis de atenção. Em 1994, a Atenção Básica foi reestruturada e reorganizada com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), firmando a premissa da reorientação das práticas profissionais a partir da Atenção Básica, no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010).

No âmbito da atenção primária à saúde, as equipes Saúde da Família funcionariam como equipes de referência dos indivíduos, famílias e comunidades localizadas em seus territórios de abrangência, sendo, portanto, responsáveis pela atenção longitudinal dos aspectos clínicos e sanitários existentes em sua realidade, em resumo pela gestão do cuidado que se efetiva na pela rede a partir da atenção primária. (ASSIS A.M.O *et al.*, 2010).

3.2 O cuidado em rede

Segundo Waldow (1998), o cuidado é um fenômeno existencial, relacional e contextual. Existencial porque faz parte do ser, confere-lhe a condição de humanidade; relacional porque ocorre em relação com outro ser, revela-se na coexistência com outros seres; contextual porque assume variações, intensidades, diferenças nas maneiras e expressões de cuidar conforme o meio em que ocorre. Para Boff (1999), cuidar é muito mais que um simples ato, é uma atitude. Essa atitude, segundo o autor, é abrangente, é mais que um momento de zelo, atenção e desvelo. “Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro.” (BOFF, 1999,p.33).

Para MERHY (2002), o encontro entre o trabalhador e o usuário dá início a um processo relacional onde opera o trabalho vivo, em ato. O encontro dispara um processo de intervenção tecnológica, implicada com a manutenção/recuperação/alteração de certo modo de andar a vida. Teria a potência de: construir vínculo e responsabilização, de provocar ruídos sobre os momentos nos

quais o serviço recebe o seu usuário e evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos; pode produzir novas dinâmicas, instituintes de novas linhas de possibilidades para a produção do cuidado.

Cuidar assim pode ser compreendido como a ação voltada ao comportamento e prestação de auxílio, apoio ou capacitação para com outro indivíduo ou grupo, com necessidades explícitas ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma vida ou condição humana que não se limita apenas ao aspecto técnico, à realização de uma tarefa ou procedimento; engloba atitudes que possibilitam atender ao outro com dignidade humana. É um processo que envolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e espiritual, buscando a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana. (BOFF, 1999).

É a esse conceito de cuidado como produção de saúde presente na obra de Mehry (2005) e refletido na política nacional de humanização e atenção básica, bem como nas diretrizes do NASF que nos referimos neste trabalho, uma vez que o tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isso sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos. (MERHY, 2002).

3.3 A Atenção básica como elemento organizador da rede e gestora do cuidado

Segundo Starfield (2002), os sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde são compostos por elementos estruturais e funcionais. São eles: cobertura universal e acesso; atenção integral e integrada; ênfase na promoção e na prevenção; atenção apropriada; orientação familiar e comunitária; mecanismos ativos de participação; organização e gerenciamento ótimos; políticas e programas equitativos; primeiro contato; recursos humanos apropriados; e ações intersetoriais.

Prevê-se que a atenção primária à saúde tenha capacidade resolutiva de mais de 80% das enfermidades. (CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C, 2007). Contudo, a inadequação dos processos de trabalho não tem permitido o alcance desse desempenho.

Em termos históricos, a concepção atual que temos de atenção primária em saúde foi usada pela primeira vez no chamado Relatório Dawson (1920). O documento elaborado pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas de suas características principais: a regionalização e a divisão em níveis de complexidade de atendimento, segundo as necessidades da população. As recomendações do relatório, no entanto, não foram adotadas em sua plenitude, foram tão somente adaptadas e implementadas na Inglaterra, em 1948, como modelo de atenção do Serviço Nacional de Saúde. Foi só com a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (1978), no Cazaquistão, que a expressão “atenção primária em saúde” apareceu constituindo um dos pilares da Atenção Primária em Saúde. (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem exercendo papel fundamental na organização das ações dos sistemas de saúde em diversos países. Desde então, configurando-se de forma singular em cada realidade. A concepção e as práticas de saúde relativas à APS alteraram-se ao longo do tempo, assim como diferentes percepções quanto ao seu escopo para distintos atores envolvidos no campo da saúde.

Contudo, como nos mostra Mendes (2011), a APS não foi “corretamente assimilada” aqui assim como em muitos países. A ideia de primário e básico foi compreendida, muitas vezes, como sinônimo de simples, de menor complexidade ao invés de ser vista como “base” ou “fundamento” do sistema de saúde, a APS foi compreendida como apenas mais um “nível de assistência”. Resultado disso foi um modelo burocrático, com forte centralização e maior ênfase nos processos que nos resultados. (CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C, 2007). De acordo com Fausto (2005) no Brasil, as primeiras experiências em APS são anteriores à Conferência de Alma-Ata. Porém, a partir dos anos 1970, as experiências começaram a ganhar maior expressão, influenciando na formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção no país.

Na década de 1980, enquanto muitos países da América Latina e outros países em desenvolvimento desenvolviam programas focalizados de APS, conforme recomendação de agências internacionais, o Brasil avançou no sentido da reforma sanitária sob outros princípios, tais como: o da universalização, da equidade no

acesso e da integralidade das ações dos serviços de saúde, refletindo o contexto de redemocratização em curso no país.

A APS brasileira incorpora assim os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a uma reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

De fato, os movimentos que antecedem o aparecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), nas décadas de 70 e 80, voltaram-se para a organização da assistência de forma que a distribuição dos serviços de saúde deu-se de maneira a estruturar uma intervenção sobre o território hierarquizada.

Naquele cenário, o debate organizava-se muito em torno da oferta e demanda por serviços, com um processo de trabalho que operava centrado no conhecimento da vigilância à saúde, instrumentalizada pela epidemiologia e com pouca intervenção sobre as práticas desenvolvidas no campo da clínica. (MENDES, 2011; MERHY; FRANCO, 2003).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde (SUS) é multideterminada e necessita de uma intervenção ampla em diversas instâncias para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Ela se constitui nos dias de hoje como o primeiro contato na rede assistencial do SUS que a população deve ter acesso e caracteriza-se pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária. Cabe à atenção primária à saúde integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados de forma fragmentada pelos sistemas de saúde convencionais.

Giovanella (2006) analisou as reformas dos serviços de atenção primária dos países da união europeia, implementadas com o objetivo de promover a coordenação dos serviços prestados pelos diversos níveis de atenção, com ampliação das funções clínicas e gerenciais de coordenação. Nesses países, os sistemas de atenção primária foram colocados como coordenadores da atenção e como condutores dos cuidados ao paciente e a autora relata que a progressiva interdependência entre níveis de atenção e serviços, decorrente da crescente relevância das doenças crônicas, aponta a necessidade de um trabalho em rede.

No Brasil, a APS estrutura-se nos dias atuais principalmente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa estratégia caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem

provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. O Programa Saúde da Família estabelece-se como política de saúde brasileira, por volta do ano de 1994, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial de saúde até então vigente.

Através da proposta, buscava-se estabelecer modos de atenção e cuidado integrais e contínuos, que superassem as limitações e dificuldades decorrentes de um arranjo tecnicista e hospitalocêntrico, que não mais atendia às necessidades de saúde da população. Para tanto, elege como ponto central a valorização não apenas de indivíduos, mas de famílias e grupos comunitários em seu ambiente físico e social mediante estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. (BRASIL, 2011 a)

A partir de 2006, o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando-se uma política permanente, norteadora das ações de saúde no cenário brasileiro. A ESF assume, então, lugar de destaque no cenário nacional, enfocando um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2011 a). Dessa forma, o Ministério da Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, buscou garantir a universalização da atenção básica e substituir o tradicional modelo assistencial de caráter hospitalocêntrico pelo de promoção da saúde. (BRASIL, 2011 a).

Como características desse novo modelo, Merhy (2002) citam a vigilância epidemiológica, a integralidade da atenção, a hierarquização da rede de serviços, a territorialização e adscrição da clientela, e o trabalho em equipe multiprofissional de saúde. Para tanto, passa a ser prerrogativa das equipes da atenção básica a construção de projetos terapêuticos singulares para indivíduos ou grupos, por intermédio de atividades e ações interdisciplinares, que promovam a construção coletiva de práticas de saúde.

Porém, depois de mais de duas décadas desde a criação da Estratégia de Saúde da Família, ainda observa-se problemas estruturais, a capacidade da ESF constituir-se, de fato, no ordenador e organizador do sistema de saúde. Além disso, tem sido apontado para a necessidade de se alterar a gestão, processos de organização do trabalho das equipes de saúde da família, superando-se a tradicional

organização por profissões, avançando-se na experimentação de trabalho em equipe interdisciplinar e até transdisciplinar. (CAMPOS, 2010).

A organização em rede de serviços rompe com o modelo hierárquico tradicional fundamentado em níveis de complexidade, que impossibilita a flexibilização e a articulação das ações, restringindo a assistência e organizando a demanda de acordo com as necessidades do sistema e não conforme as necessidades dos usuários, principais protagonistas aos quais os serviços se destinam.

Nesse sentido, como infere Merhy (2002), todo cuidado em saúde sempre se produz em rede, evidenciado mediante as articulações percebíveis entre as unidades nos seus diversos níveis, entre as equipes, os saberes, as práticas.

A atenção básica deve estar, assim, em consonância com os níveis subsequentes de atenção, secundária e terciária, de tal forma que, enquanto a atenção básica deve priorizar a diminuição de agravos à saúde através da promoção, prevenção e educação em saúde, os serviços de média e alta complexidade devem ser responsáveis pelas ações de recuperação e reabilitação da saúde.

No entanto, a articulação entre os serviços dos diversos níveis de atenção vem sendo também um desafio importante, agravado pelo fato de estarem organizados e financiados segundo lógicas distintas. Isso implica limitada resolubilidade, descontinuidade, desresponsabilização, retrabalho e perda de qualidade da atenção. (TOSCANO, 2004; MATTOS, 2004; SILVA, K.L *et al.*, 2010).

3.4 As contribuições do NASF na articulação de redes de cuidado

Neste cenário, o NASF é proposto com função de reorientar o sistema de saúde, aumentando a resolutividade da Atenção Básica com vista a desafogar a média complexidade. Ele se configura como um dispositivo de gestão para conter a demanda reprimida da média complexidade por um valor menor do que aquilo que seria gasto em investimentos nesse nível de assistência.

O NASF pauta-se no modelo teórico de Apoio Matricial proposto por Campos (2010), para assessorar às equipes de saúde da família com conhecimentos especializados, oferecendo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, sem assumir a referência do cuidado. Para esse autor, a equipe de saúde da família é a referência do cuidado para o sujeito, mesmo quando este é encaminhado para um nível diferenciado de assistência. A equipe de apoio matricial não assume essa

referência, nem se caracteriza como um segundo nível de atenção para o qual o usuário possa ser encaminhado.

Apesar de não haver nos documentos normativos que regulamentam os NASFs uma referência direta à proposta de gestão do trabalho em saúde defendida por CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO A. V. P (2010), reconhece-se nesses alguns pressupostos pertencentes às noções de Apoio Matricial e Equipe de Referência, desenvolvidas pelo autor. Através desses conceitos, CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO A. V. P (2010) propõe um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, fundamentado nas diretrizes do vínculo terapêutico, na transdisciplinaridade e na gestão de coletivos, com vistas a estimular o compromisso das equipes com a produção da saúde nos mais diversos dispositivos.

O conceito de Equipe de Referência alude a “[...] um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar.” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400). Dentro dessa lógica, cada equipe é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de determinados problemas de saúde, o que a torna responsável pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, funcionando como profissionais de maior vínculo da população referenciada. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Por outro lado, levando-se em consideração a necessidade de se aumentar a capacidade de resolver problemas das equipes de referência, o apoio matricial seria constituído por profissionais com núcleos de saberes diversos, que se encarregariam de assegurar a retaguarda ou apoio especializado a essas equipes. Nesse caso, o apoio poderia ser tanto de retaguarda assistencial como de suporte técnico-pedagógico, objetivando sempre construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A noção de “apoio”, defendida pelos autores, encontra-se fundamentada no Método Paideia, proposto por Campos (2000) e parte do pressuposto de que “[...] tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis diferentes pode ocorrer de maneira dialógica.” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 402).

Assim sendo, o Método Paideia funcionaria como uma estratégia potencializadora de ações terapêuticas, à medida que investe na promoção,

tratamento e cuidado em saúde, a partir da participação de diferentes atores sociais: profissionais, usuários, familiares e comunidade em geral. Destaca-se, portanto, nesse método, a importância do estabelecimento e fortalecimento dos vínculos entre profissionais de saúde e população, obtidos por meio de uma gestão dialógica e participativa dos processos de saúde/doença/cuidado.

Traçando-se novamente paralelos, o arranjo pensado como apoio matricial pode ser entendido, atualmente, como correspondente ao papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que, em consonância com os objetivos da Política Nacional de Humanização (PNH), a PNAB e demais estratégias do Ministério da Saúde consiste na busca pela “[...] mudança de uma cultura organizacional ainda em desacordo com os princípios do SUS.” (BRASIL, 2007, p. 39).

O NASF aponta para a perspectiva de romper com o enfoque exacerbado no biológico e nas doenças, o qual atribui valor central à noção de cura e às especialidades, responsáveis pela fragmentação do cuidado. (CAMPOS, 2010).

Essa perspectiva é Clínica Ampliada que entre outros objetivos, busca possibilitar ações de saúde integrais que visem à ampliação e ao desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicional. (CHIAVERINI, 2011).

Apesar da clara coerência da proposta dos NASFs com o Apoio Matricial, sua portaria de implantação (BRASIL, 2008) não faz referência direta a esse modelo teórico. Por outro lado, a portaria prevê que os profissionais dos NASFs realizem “atendimento a casos específicos”, não deixando claro quais critérios definem os “específicos”. Assim, cabe questionar se a portaria não estaria permitindo, em sua operacionalização, uma equivocada interpretação das equipes da ESF de que os profissionais dos NASFs seriam os mais habilitados para dar a resolutividade de tais casos.

O apoio técnico-pedagógico parece ser uma importante estratégia de reestruturação das práticas da atenção básica, a partir da reorientação do perfil profissional na área de saúde. Nesse tocante, Ceccim (2005, p. 161) aponta a educação permanente, como um “[...] processo educativo que coloca o cotidiano do

trabalho em saúde em análise, possibilitando espaços coletivos para a reflexão e avaliação das ações das unidades.”.

A educação permanente surge, assim, como contraponto aos modelos de capacitação pontuais e tecnicistas, centrados em procedimentos. Ela se apoia na lógica da singularidade dos processos de trabalho e das produções de cuidado, introduzindo mecanismos, espaços e temas que proporcionem a problematização e experimentação das práticas em saúde. (CECCIM, 2005).

Merhy (2005) tem apontado em várias de suas publicações que sair da lógica do consumo de procedimentos de saúde para a produção de cuidado a partir das necessidades dos usuários, reduzindo a fragmentação e produzindo de modo compartilhado projetos terapêuticos singulares é uma mudança radical. Essa transformação exige dos atores interessados uma capacidade analítica da situação e novas práticas de gestão e de atenção em saúde para produzir novos desenhos de modelos tecno-assistenciais, menos hierárquicos e mais horizontalizados.

Assim, segundo Pereira (2011), o NASF mostra-se como uma potência para o fomento da integralidade em seus mais variados significados, não somente no sentido instituído pelo texto constitucional, mas também sem incorrer no risco de sua banalização. Além da integralidade, outros princípios e diretrizes como o território, a educação popular em saúde, a interdisciplinaridade, a participação social, a intersetorialidade, a educação permanente em saúde, a humanização e a promoção da saúde devem orientar os processos de trabalho do NASF.

A humanização, como diretriz para o processo de trabalho do NASF, implica apostar na capacidade de inovação, de criação, de reinvenção dos modos de como as pessoas, as equipes e os serviços entram em relação para que possam produzir mais e melhor saúde e ter a defesa da vida como valor permeando suas práticas. (BRASIL, 2010 c).

O NASF faz parte da Atenção Básica de Saúde, não devendo, portanto, desenvolver ações fora desse âmbito de atenção e tornar-se um ambulatório de especialidades. Destaca-se, contudo, que ainda é um desafio a 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 à clínica ampliada e ao trabalho interdisciplinar. (CAMPOS, 2010).

O ápice da cogestão baseada na clínica ampliada e no trabalho compartilhado acontece quando se toma o sujeito como o centro da coprodução do cuidado, na qual todos são protagonistas e corresponsáveis. (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Para que a cogestão do cuidado efetive-se, é necessário que NASF e Equipe de Saúde da Família integrem-se no trabalho compartilhado, buscando superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de cuidado de forma corresponsabilizada. (BRASIL, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso.

A pesquisa qualitativa, em sentido amplo, pode ser definida como uma metodologia que produz dados a partir de observações extraídas diretamente do estudo de pessoas, lugares ou processos com os quais o pesquisador procura estabelecer uma interação direta para compreender os fenômenos estudados. Geralmente, parte de questões mais amplas, que só vão tomando uma forma mais definida à medida que se desenvolve o trabalho. (MINAYO, 2010).

A metodologia qualitativa aplicada à saúde, não busca estudar o fenômeno em si, mas entender o significado desse fenômeno no âmbito individual ou coletivo. Sendo assim, a interpretação, a consideração do pesquisador como principal instrumento de investigação e a necessidade do pesquisador de estar em contato direto e prolongado com o campo, para captar os significados dos comportamentos observados, revelam-se como características da pesquisa qualitativa. (BOSI; MERCADO, 2006).

O estudo exploratório tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos e promover o levantamento de hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. (GIL, 2011). Para o autor, esse tipo de estudo é bastante utilizado quando o tema escolhido é ainda pouco explorado e torna-se complicado formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Os estudos descritivos têm como objetivo primordial a descrição de características de uma determinada população ou fenômeno, ou ainda, revelar a existência de relação entre determinadas variáveis e até mesmo a sua natureza. (GIL, 2011).

Segundo Godoy (1995), existem três tipos básicos de pesquisa qualitativa: Pesquisa Documental, Estudo de Caso e Etnografia.

Na pesquisa qualitativa do tipo Estudo de Caso, o objeto de pesquisa é uma unidade que se submete a uma análise profunda, visando-se obter um exame detalhado seja de um ambiente, de um indivíduo ou de uma situação particular. Seu propósito fundamental é analisar intensivamente essa unidade. (MINAYO, 2010). No caso específico deste estudo, este aprofundamento deu-se acerca do processo de trabalho da ESF e NASF do município de Parnaíba-PI.

Adotou-se também nesta pesquisa o estudo documental, já que para uma profundidade do objeto foi necessário ir aos documentos que registram a implantação do NASF na realidade estudada.

De acordo com Gil (2011), as fontes documentais são capazes de proporcionar ao pesquisador dados em quantidades e qualidade suficiente para evitar a perda de tempo e constrangimentos típicos de pesquisas com pessoas. Ainda segundo Gil (2011) para fins de pesquisa científica, são considerados documentos não apenas escritos utilizados para esclarecer determinado aspecto ou fato e sim qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de um determinado fenômeno.

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no Município de Parnaíba, localizado na região Norte (Baixo Parnaíba) do Estado do Piauí (PI), que conta com uma população de 145.729 habitantes, sendo a segunda cidade mais povoada do Estado, menor apenas que a capital Teresina, de acordo com o censo demográfico, apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010). Localiza-se na bacia hidrográfica do Rio Parnaíba e é cortada por este que se divide em vários braços formando o famoso Delta do Parnaíba, o único em mar aberto das Américas e o terceiro maior do mundo, um desses braços é o rio Igarçu, onde se localiza o porto das barcas. Possui clima tropical (quente e úmido), com temperaturas médias de 28° a 29°. É uma cidade

turística, onde as pessoas são atraídas pelas praias e o clima agradável. Está dividida geograficamente em cerca de 30 Bairros.

Apresenta uma área física de 436Km², o que corresponde 0,1732% da área do Estado) (IBGE 2010). Limita-se ao norte pelo oceano atlântico, ao sul pelos municípios de Buriti dos Lopes, Bom Princípio do Piauí, Cocal, a leste por Luís Correia e a oeste pela Ilha Grande de Santa Isabel. Possui densidade demográfica de 435,9 HAB/KM² (IBGE, 2010).

A maior concentração populacional de Parnaíba é na zona urbana.

A estratificação da população por faixa etária estimada para 2011, mostra que a população de 0 a 4 anos representa 7,63 % e a população de 0 a 39 anos equivale a 69,06 %, o que comparado ao censo anterior, observa-se uma redução no contingente populacional destas faixas etárias, o que se relaciona à redução da taxa de natalidade.

Por outro lado, os maiores de 60 anos residentes no município já correspondem a 10,76% evidenciando uma gradativa elevação na expectativa de vida da população. Analisando-se ainda a população feminina, percebe-se que o percentual de mulheres na faixa de 10 a 49 anos (idade fértil) é de 64,8%.

O município de Parnaíba é considerado importante polo regional de saúde, sendo sede de macrorregião da planície litorânea formada por 11 municípios, recebendo muitos pacientes de estados vizinhos, como Ceará e Maranhão. O município conta com a seguinte estrutura:

Quadro 1 – Rede de serviço de Parnaíba na Atenção Básica

Unidade de saúde	ATENÇÃO BÁSICA		
	Ações básicas de Saúde	Ações médEsp. Básicas	Odontologia básica
PS ILHA GRANDE			
PS OSVALDO CRUZ			
PS ESPERAÇA III			
PS SÃO JOSÉ			
PS BAIRRO DO CARMO			
PS SÃO V. DEPAULA			
PS ITAUNA			
PS SÃO SEBASTIÃO			
PS CAIC			

PS CSIII			
PS BEBEDOURO			
PS JOÃO XXIII			
PS SANTA LUZIA			
PS KM 17			
PS ALTO STA. MARIA			
PS SÃO TOMÉ			
PS JOAZ SOUZA			
PS TABULEIRO			
PS CATANDUVAS			
PS SABIAZAL			
PACS			
PS SANTA TEREZINHA			
OS BRODERVILLE			
PS VEGEFLORA			
PS PLANALTO			
PS PINDORAMA			
PS RODOVIÁRIA			

Fonte: Projeto de Implantação do NASF 1 Saúde da Mulher (ANEXO A)

Quadro 2 – Rede de serviço de Parnaíba Média Complexidade

Unidade de saúde	MÉDIA COMPLEXIDADE			
	Consultas	Cirurgia ambulatorial	Procedimento Trauma	Ações especializadas
	Especializada	Especializada	Ortopédico	Odontologia
SORT				
SOGIPA				
CLÍN. SÃO LUCAS				
COAS				
PAM				
CES				
CEO				
CAPS AD				
CAPS II				

Fonte: Elaborado pelo autor. Fonte: Projeto de Implantação do NASF 1 Saúde da Mulher (ANEXO A).

Quadro 3 – Rede de serviço de Parnaíba Média e Alta Complexidade

Nível		MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE
-------	--	--------------------	-------------------

Serviços públicos:

- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Centro de Especialidades em Saúde (CES/PAM), com as seguintes especialidades: Cardiologia, Cirurgião geral, Dermatologia, Fonoaudiologia, Neurologia, Nutrição, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psicologia, Psiquiatria e Urologia;
- Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS-CTA);
- Unidade de Doenças Renais de Parnaíba Ltda. (UNIRIM);
- Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Parnaíba Ltda. (SOGIPA) - Referência para exames citológicos de colo do útero, seguimento e acompanhamento.

Assistência pré-hospitalar:

- Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU).

Assistência hospitalar:

- Pronto Socorro Municipal;
- Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA).

Hospitais filantrópicos:

- Santa Casa;
- Sociedade de Proteção à Maternidade e a Infância de Parnaíba (SPMIP).

Hospitais privados credenciados ao SUS:

- Santa Edwiges;
- Hospital Nossa Senhora de Fátima;
- Pró-médica Ltda.

Especificamente em relação à atenção básica, a cidade dispõe de 38 ESF que se encontram divididas geograficamente em 04 (quatro) Distritos de Saúde (DS), contendo em média 09 (nove) equipes de ESF cada, vinculando cada uma das 04 (quatro) equipes de NASF, já em funcionamento desde 2009, a esses Distritos de Saúde e às suas respectivas equipes de ESF, o que conforme base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) caracteriza

Parnaíba como o município com o maior número de equipes de NASF implantados do estado. (BRASIL, 2013).

Definiu-se como cenário do estudo o universo de trabalho do 1º distrito municipal de saúde em função do vínculo construído entre o pesquisador e o referido território e suas respectivas equipes de saúde da família e equipe de NASF, por ter desempenhado a função de psicólogo do NASF desse distrito durante 1 ano e meio.

4.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde que fizeram parte da equipe do NASF e das dez ESFs até o início do ano de 2013, constituindo o 1º Distrito Municipal de saúde do município de Parnaíba nos últimos dois anos, vivenciando assim o momento de consolidação do trabalho realizado pelo NASF junto às equipes do distrito. Atualmente, a equipe do NASF Distrito 1 está composta pelos seguintes profissionais: uma Psicóloga, uma Assistente Social, um Educador Físico e duas Fisioterapeutas, posteriormente ao início da coleta, uma Fonoaudióloga passou a fazer parte da equipe. Também fizeram parte da pesquisa os dois enfermeiros componentes da equipe que elaborou o projeto do programa e iniciou sua implantação no município em meados de 2009. Esses sujeitos foram incluídos em função de seu papel estratégico no entendimento das concepções do trabalho do NASF refletidas na dinâmica atual, bem como por serem esses profissionais que detinham diretamente a memória da trajetória para a implantação desse serviço no município.

Já em relação aos profissionais da ESF, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão na pesquisa: a) Ser profissional da ESF do 1º Distrito Municipal de saúde do município de Parnaíba; b) Estar inserido nessa realidade a pelo menos dois anos, tempo que caracterizava a implantação do NASF nesta realidade; e c) Estar em pleno exercício de suas atividades no momento da coleta dos dados.

Aqueles, portanto, que não se enquadraram nessa realidade foram excluídos do contingente de sujeitos do estudo.

É importante destacar a dificuldade em efetivar a realização das entrevistas com os profissionais em função da grande rotatividade de profissionais, mesmo entre os efetivos, através de férias, afastamentos, exonerações e deslocamento de função. Tal dificuldade foi agravada pelo momento de redefinição da área de cobertura da equipe NASF do 1º Distrito que estava redefinindo sua cobertura das equipes que

naquele momento estava saindo de 10 para 5 equipes, diminuindo significativamente o número de participantes da pesquisa, uma vez que parte dessas equipes não estava recebendo cobertura da equipe do NASF no momento da coleta. Dos profissionais solicitados a participar, houve um pequeno número que não se considerou apto a contribuir com informações ou não disponibilizou agenda para a realização da entrevista.

Em função desses fatos, observou-se que o grande número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) frente as demais categorias profissionais, tanto de ESF como NASF, optou-se por limitar a quantidade de entrevistas dessa categoria a fim de evitar um olhar predominante da percepção dessa categoria em detrimento das demais acerca do processo, bem como para evitar a repetição de algumas questões e a saturação do material oriundo das falas. Dessa forma, foram utilizados ao todo materiais obtidos das falas transcritas de 25 profissionais, entre esses: equipe de implantação, ACSs, enfermeiros e profissionais do NASF do 1º distrito de saúde que atendiam a todos os critérios de inclusão da pesquisa.

4.4 Técnicas de coleta dos dados

Para a coleta dos dados, foram utilizados a entrevista semiestruturada e o diário de campo.

A primeira técnica utilizada foi uma entrevista semiestruturada direcionada aos profissionais das Equipes de NASF e ESF, abordando aspectos acerca da organização do processo de trabalho entre NASF e ESF, bem como sobre as práticas de cuidado. Uma entrevista semiestruturada também foi aplicada junto aos dois profissionais que realizaram a implantação do NASF acerca das motivações e concepções que nortearam construção do projeto e a efetivação do serviço na cidade.

As entrevistas semiestruturadas valorizam a presença do pesquisador e oferecem todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias a uma investigação de enfoque qualitativo. As entrevistas partem de certos questionamentos que não nascem *a priori*, mas de informações que o pesquisador já dispõe sobre o fenômeno que interessa estudar. Nesse sentido, o informante tem a liberdade para seguir a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador. (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas foram realizadas de acordo com a conveniência dos profissionais, em local apropriado e conduzida pelo próprio pesquisador. Foi utilizado o gravador para registro das falas e, para tanto, foi solicitado o consentimento dos sujeitos por escrito. Dos profissionais abordados para participar da pesquisa, três condicionaram sua participação apenas a entrevista por escrito sem gravação.

Para enriquecer as falas dos entrevistados e em busca de mais informações referentes ao objeto de investigação, também foi utilizado o registro em diário de campo contribuindo com a coleta de dados, no sentido de propiciar o relato de experiências e percepções em torno do tema.

Por ser também um instrumento de registro de atividades de pesquisa, Triviños (1987) considera o diário de campo uma forma de complementação das informações sobre o cenário onde a pesquisa se desenvolve e onde estão envolvidos os sujeitos, a partir do registro de todas as informações que não sejam aquelas coletadas em contatos e entrevistas formais, em aplicação de questionários, formulários e na realização de grupos focais. Para o autor, as anotações realizadas no diário de campo, sejam elas referentes à pesquisa ou a processos de intervenção, podem ser entendidas como todo o processo de coleta e análise de informações, isto é, compreendem descrições de fenômenos sociais, explicações levantadas sobre os mesmos e a compreensão da totalidade da situação em estudo ou em um atendimento. (TRIVIÑOS,1987).

Para a pesquisa documental, utilizou-se o documento de criação do NASF de Parnaíba, assim como relatórios de gestão desde a criação desse programa no município.

4.5 Organização e análise dos dados

A análise de conteúdo é definida como sendo uma técnica de tratamento de dados de pesquisa voltada para uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo de “comunicações” (textos, entrevistas, entre outros). (BARDIN, 1977). Assim, embora tenha as suas origens na pesquisa quantitativa, ela busca a interpretação de materiais de caráter qualitativo. (MINAYO, 2010).

Dentre as várias modalidades de Análise de Conteúdo, utilizou-se a Análise Temática, pois de acordo com MINAYO (2010), a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e

pode ser graficamente apresentada por uma palavra, uma frase, um resumo. Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas, de acordo com Minayo (2010).

- Primeira etapa: Pré-Análise

Constitui-se de leitura flutuante e constituição do *Corpus*; neste momento buscou-se garantir que algumas normas de validade qualitativa, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência fossem cumpridas; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos aconteceram após uma leitura exaustiva do material a partir das indagações iniciais. Neste estudo, este momento deu-se principalmente com a leitura das entrevistas e dos documentos, atentando-se aos critérios propostos para esta fase.

- Segunda etapa: Exploração do Material

Consiste essencialmente numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto, a fim de agrupá-lo e denominá-lo. Adotou-se aqui um agrupamento das principais ideias encontradas no material da pesquisa, que serviram elucidar os objetivos propostos para o estudo.

- Terceira etapa: Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação

Nesta ocasião, foram realizadas inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente. Foram assim conduzidas as discussões do material já organizado nas fases anteriores.

Após esta etapa de organização dos dados, esses foram analisados com base nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e da literatura que trata do tema.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) via plataforma Brasil e aprovado sob o parecer N° 420.457 no dia 09/10/2013. O projeto também foi encaminhado para avaliação da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de Parnaíba, obtendo liberação para a pesquisa documental e entrevista com os profissionais.

Foi garantido o sigilo no uso das informações colhidas junto aos participantes da pesquisa no uso das palavras dos mesmos, com a preservação da identidade destes. Buscou-se abolir do processo toda e qualquer informação ou ato que ferisse a dignidade ou expusesse indevidamente os sujeitos da pesquisa.

Todos os sujeitos participantes da pesquisa terão acesso aos resultados gerados pela pesquisa quando desejar e manifestarem sua disponibilidade de participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Nenhum dos participantes manifestou até o momento qualquer inconveniente ou problema decorrente da participação no estudo. Desse modo, acredita-se ter cumprido os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos.

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo do estudo, apresentam-se os resultados da pesquisa tomando como referência os registros obtidos na pesquisa documental, bem como as categorias decorrentes das falas dos sujeitos. Segue-se a seguinte ordem para a apresentação do que denominamos no estudo de seção dos resultados.

Inicia-se este capítulo com a caracterização dos sujeitos do estudo, logo depois a seção que concentra a parte documental da pesquisa e onde se inicia também o diálogo com as falas dos entrevistados, seção chamada de: **O NASF de Parnaíba, um pouco da História: Da implantação aos dias atuais, a busca por um modelo de atuação**. A terceira seção traz as categorias temáticas do estudo como delineadas a seguir: as práticas de cuidado desenvolvidas pela ESF e NASF; Redes de cuidado na atenção básica, o protagonismo do NASF; os desafios enfrentados para um trabalho integral em saúde pela ESF e NASF.

Assim, encontra-se consolidado o *corpus* descritivo desta pesquisa a qual reflete os objetivos delineados para os estudos. A seguir, apresenta-se a seção que introduz esse capítulo de resultados com a caracterização dos informantes do estudo.

5.1 Seção 1 – Caracterização dos informantes do estudo

Os informantes do estudo foram os profissionais do NASF e das ESFs do 1º Distrito Municipal de saúde, bem como os dois enfermeiros componentes da equipe que elaborou o projeto do programa de implantação no município em meados de 2009.

Em relação à equipe de implantação, foram dois os sujeitos, um enfermeiro e uma enfermeira que ocupavam respectivamente as funções de coordenação da AB e coordenação do NASF à época da implantação. Merece destaque o papel de cada um desses profissionais no processo de construção e implantação do programa em Parnaíba. O coordenador da atenção básica concebeu o projeto como uma possibilidade de ampliar o número de categorias profissionais disponíveis na atenção básica do município e via no programa a possibilidade de viabilizar financeiramente essa ampliação. Já a coordenadora do NASF não participou da construção do projeto, chegando no processo já na fase de implantação do mesmo e trazia consigo a concepção de apoio matricial para o trabalho do NASF. De certo modo, essa implicação no processo por parte de cada um deles fica evidente nas falas dos mesmos apresentadas nas categorias deste estudo.

Quanto aos profissionais do NASF, foram quatro os informantes, sendo uma psicóloga, uma assistente social, um educador físico e um fisioterapeuta, todos eles na faixa etária entre 27 e 32 anos, efetivos do serviço e com especialização em diferentes áreas de saber, um dos fisioterapeutas encontra-se afastado do serviço cursando mestrado em saúde da família e não participou por não estar em atividade no serviço, enquadrando-se em um dos critérios de exclusão da pesquisa.

Os profissionais das Estratégias de Saúde da Família foram agentes comunitários de saúde e enfermeiros das unidades de saúde do Distrito 1, contou-se apenas com estas duas categorias profissionais em função da particularidade do município que separa o funcionamento das ESFs das equipes de saúde bucal, bem como pelo fato de nenhum dos médicos preencher os critérios de inclusão da pesquisa.

Entre os ACSs do Distrito 1 de saúde, foram entrevistados 20 profissionais, todos eles com mais de 10 anos de atividades desde a implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município. Foram transcritas as entrevistas para utilização das falas. A maior parte desses profissionais relata não ter recebido curso de formação sobre as diretrizes da ESF ou atenção básica antes do início de sua atuação profissional. No entanto, relataram estar passando atualmente por um curso técnico de agente comunitário de saúde.

Em relação aos enfermeiros, foram cinco os profissionais entrevistados, na faixa etária de 30 a 45 anos todos do sexo feminino, todos com especialização em áreas, como saúde pública, saúde mental e saúde coletiva, e uma destas referiu especialização em saúde da família. Todos efetivos do serviço e com tempo superior a dois anos de atuação em Saúde da família no município.

Merece destaque a preparação desses profissionais para atuação na atenção básica. Os profissionais do NASF entrevistados referem ter recebido curso introdutório sobre as diretrizes do programa e que apresentavam até o início de 2013 espaço de formação permanente para discussão dessas diretrizes e dos processos de trabalho, o que não acontece com enfermeiros e ACSs, além disso apenas um dos profissionais das ESF e NASF relatou ter especialização em saúde da família, aliando-se a isso o processo de rotatividade dos profissionais da ESF, tais elementos podem explicar, em parte, as dificuldades encontradas para a definição e o fortalecimento de um modelo de atuação dessas equipes na realidade estudada, como já apontada na seção anterior.

Com intuito de garantir o sigilo quanto à identidade dos participantes na utilização das falas destes, optou-se pela divisão em três grupos assim denominados: **Profissional da Equipe de Implantação (PEI)**, **Profissional da Estratégia de Saúde da Família (PESF)** e **Profissional do NASF (PNASF)**, seguido por números cardinais, atribuídos de forma aleatória. Ex.: PEI1, PEI2.

A seguir apresenta-se a seção dos resultados referentes aos aspectos históricos que conduz a uma análise do contexto estudado, o NASF de Parnaíba.

5.2 Seção 2 – O NASF de Parnaíba, um pouco da História: da implantação aos dias atuais, a busca por um modelo de atuação

Esta seção concentra parte da pesquisa documental acerca do processo de implantação e do modelo de atuação do NASF de Parnaíba, bem como a análise da fala dos profissionais responsáveis por esse processo. Identificou-se como documentos oficiais de orientação e normatização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: a Política Nacional da Atenção Básica, em sua segunda edição publicada no ano de 2011; a publicação do Ministério da Saúde **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**, além do projeto de implantação do NASF do município, a ata de aprovação do projeto junto ao Conselho

Municipal de Saúde, bem como de relatórios de gestão da Secretaria de Saúde 2011 a 2013, no tocante a atuação do NASF na atenção básica.

De acordo com a PNAB, há diretrizes de responsabilidade de todos os níveis hierárquicos, do Ministério da Saúde até a gestão municipal. Neste trabalho, foca-se as responsabilidades em nível local a fim de se particularizar o caso do NASF do município de Parnaíba.

Foi feito também um diálogo entre a pesquisa documental e a fala dos profissionais responsáveis pelo processo de implantação do NASF de Parnaíba a fim de garantir essa particularização sinalizada anteriormente.

O projeto do NASF de Parnaíba foi construído e submetido ao Ministério da Saúde ainda no ano de 2008, pouco tempo depois da publicação da portaria de criação do programa, obtendo-se parecer favorável, mas com ressalvas, conforme ata do conselho municipal de saúde de 26 de março de 2008. A partir disso foi possível perceber que não houve um processo de construção por parte dos profissionais que viriam a fazer parte da equipe NASF, nem com os profissionais das ESFs da atenção básica e muito menos com os demais serviços constituintes da rede. Apenas a gestão central da Secretaria de Saúde participou dessa elaboração a partir do modelo fornecido pelo ministério e de dados epidemiológicos retirados diretamente do Sistema de informação.

É importante destacar que o Conselho Municipal de Saúde problematizou essa e outras falhas do projeto do NASF e propôs inclusive uma equipe para revisar a proposta apresentada e o perfil dos profissionais que fariam parte da equipe. Apesar disso, o projeto basicamente manteve a formatação original e foi aprovado pelo Conselho com o intuito de garantir os recursos para a implantação do programa.

Apesar da agilidade na construção do projeto e da aprovação do conselho municipal de saúde, passou-se quase um ano até a formação da equipe e a definição do início dos trabalhos, em função da dificuldade de mobilizar os profissionais e adequação do espaço físico, conforme fala dos profissionais da equipe de implantação:

Uma das maiores dificuldades foi justamente montar as equipes, ter os profissionais e estruturar os espaços para começar o trabalho. (EI P2).

Com relação a projetos especificamente do NASF, eu tive acesso pra leitura. Mas, ele foi construído pela coordenação da atenção básica [...] na época eu não participei, até porque eu não fazia parte da gestão aquele momento, eu estava na ESF e as pessoas construíram e apresentaram para o conselho

municipal de saúde e em seguida foi apresentado pra gente e depois de aprovado para as equipes. (EI P1).

Isso pode explicar em parte as dificuldades de entendimento e até de aceitação por parte dos profissionais da ESF em relação ao processo de trabalho do NASF uma vez que não houve um processo de apropriação dos mesmos na construção do projeto para o município nem mesmo até o momento de implantação que se deu quase um ano depois.

Diante disso, torna-se necessário também questionar qual a concepção do que é o NASF presente nesse momento, para compreender os demais aspectos identificados durante a implantação desses núcleos no município de Parnaíba.

O Ministério da Saúde afirma que

[...] o NASF constitui-se em uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que irá atuar em parceria com as ESF, **compartilhando práticas em saúde** nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente **no apoio** dessas equipes. (BRASIL, 2008, p. 11, grifo nosso).

É preciso entender com clareza esse conceito a fim de perceber no processo de implantação dos NASF, como isso se materializa na realidade estudada, refletindo nos processos de trabalho atuais.

No tocante a concepção do programa NASF, percebe-se claramente que a possibilidade de desenvolver ações de articulação institucional, especialmente na Educação Permanente das equipes de Saúde da Família, conforme preconizado pela portaria do NASF pela lógica do apoio matricial e pela clínica ampliada ficam seriamente ameaçadas pelas motivações da adesão do programa por parte do município que estavam direcionadas para o atendimento de uma demanda ambulatorial por outros profissionais de saúde mais próximos dos territórios de atuação das equipes de saúde da família. As falas denotam essa vertente:

[...] A gente via a necessidade de ter outros profissionais atendendo na atenção básica, por conta da dificuldade de acesso a esses especialistas, como Psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e alguns médicos, ginecologista, pediatra e psiquiatra [...]. (EI P2).

[...] O coordenador da atenção básica explicou que o NASF seria dividido em 4 grandes centros de atenção especializados. O NASF saúde da Mulher, o NASF Saúde da criança, NASF adulto idoso e NASF saúde Mental [...] o NASF estaria sendo utilizado como um centro de especialidade [...] atendendo a demandas conforme encaminhamento da estratégia da saúde da família, ou seja, a proposta é que fossem quatro centros especializados de atenção à saúde e os profissionais da atenção básica simplesmente teriam que encaminhar à medida que eles percebessem a necessidade. (EI P1).

O maior reflexo disso pode ser visto no conflito caro entre a proposta de fluxo de atendimento apresentada para o NASF de Parnaíba e a proposta de agenda compartilhada delineada no anexo da portaria do NASF e pelo caderno de diretrizes do programa como destacado abaixo.

Quadro 4 – Fluxo de atendimento proposto para o NASF pelo projeto original de implantação

Fluxo de atendimento proposto para o NASF pelo projeto original de implantação
■ A ESF identifica a necessidade de encaminhamento ao NASF – gerando uma demanda qualificada;
■ A ESF solicita através do instrumento específico o agendamento da usuária para o procedimento especializado (consulta/exame/cirurgia) junto ao NASF;
■ O NASF realiza o agendamento do procedimento solicitado;
■ A ESF encaminha a Ficha Única de Referência e Contrarreferência para o NASF;
■ O usuário é informada do aprazamento e das condições específicas ao procedimento, conforme o caso;
■ O usuário comparece ao NASF para a realização do procedimento na data e horário agendados;
■ O NASF realiza o procedimento e adota as providências conforme o caso;
■ O NASF encaminha a contrarreferência para a ESF
■ O NASF acompanha o seguimento do caso junto à ESF.

Fonte: Projeto de Implantação do NASF 1 Saúde da Mulher (ANEXO A).

Quadro 5 – Planejamento da Agenda Compartilhada NASF/ESF Vinculadas

Planejamento da Agenda Compartilhada NASF/ESF Vinculadas
O NASF atuará de forma conjunta com as equipes de Saúde da Família vinculadas à sua área de abrangência.
São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem o NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Fonte: Brasil (2010).

Enquanto o fluxo proposto fala em encaminhamento, referência e contrarreferência entre NASF e ESF e procedimentos especializados e agendamentos, a agenda compartilhada proposta pelo Ministério remete ao compartilhamento de casos, elaboração de PTS, articulações intersectoriais e clínica ampliada, desenho esse que distante da então realidade das equipes e que necessitava, portanto de um período de sensibilização da ESF no município.

A concepção do trabalho delineada no projeto do NASF de Parnaíba ainda que não tenha sido efetivamente implantada como previa o projeto original deixou marcas indeléveis no desenvolvimento dos processos de trabalho desenvolvidos entre NASF e ESF, conforme evidenciado posteriormente em uma das categorias temáticas deste estudo, bem como nas falas de um dos profissionais da equipe de implantação.

[...] No final da reunião de apresentação do programa, o coordenador me chamou e pediu se eu poderia ajudar no processo, porque ele realmente não estava compreendendo como era a proposta, ou enfim, eles tinham feito outra leitura. E *aí* foi quando eu recebi de presente a coordenação do NASF pra tá organizando toda a implantação e o processo de trabalho e a partir daí, eu tive a liberdade de pensar em outra lógica, que não a dos centros individuais, implantar o NASF da forma como era preconizada e que eu compreendia que era a ideal. (EI P1).

Foram recorrentes nos relatórios do programa de 2010/2011 e mesmo 2012 problemas decorrentes dessa lógica e do modelo de organização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pautado em atividades ambulatoriais individuais, de recuperação da saúde, centrado na doença; era patente a frágil atuação da ESF em atividades de prevenção e promoção da saúde programadas e continuadas, grande dificuldade de acesso aos profissionais médico e enfermeiro para o acompanhamento compartilhado dos casos, e postura de responsabilização com o território adscrito, capaz de romper com a lógica do encaminhamento.

O projeto original do NASF de Parnaíba possuía a interpretação da portaria do Ministério que na verdade é muito comum no estado e talvez no Brasil de se reforçar o especialismo e o atendimento segmentado. O projeto previa quatro equipes de perfis diferentes com públicos definidos: **Núcleo de apoio a saúde da Mulher, Núcleo de apoio a saúde da Criança, Núcleo de apoio a saúde mental e Núcleo de apoio a saúde do crônico-degenerativo**, funcionando em territórios específicos.

Tão logo o programa começou a funcionar, percebeu-se a necessidade de que todas as equipes, dentro de seu território de atuação, deveriam atuar com foco em todas as áreas estratégicas definidas na portaria e não apenas em um público específico, bem como deveriam fortalecer o papel de equipe de apoio matricial e não de um ambulatório ambulante conforme a fala da profissional da equipe de implantação:

[...] efetivamente esse projeto nunca entrou em prática. Felizmente, acredito eu, ele não foi colocado em prática porque senão o NASF teria sido dividido em centros especializados. (EI P1).

De forma que, desde a implantação até o momento atual, o maior desafio do imposto ao programa passa pelo reconhecimento do NASF como responsável no processo de cuidado, como parceiro, apoiador.

No ano de 2012, o NASF de Parnaíba, com o objetivo otimizar a atenção e a organização do processo de trabalho junto as equipes de ESF, subdividiu os Distritos de Saúde correspondente em Macroáreas, ficando em média com 03 (três) equipes de ESF em cada macro. (PARNAÍBA, 2013).

No ano de 2013, houve mudanças significativas na composição, atuação e cobertura das equipes de NASF. Além da realocação de profissionais, houve mudança no território de cobertura dos NASF. Se até então as 4 equipes apoiavam em torno de 9 e 10 ESFs, atualmente, o NASF do Distrito 1 apresenta-se responsável pela cobertura de 5 equipes de saúde da família. (PARNAÍBA, 2013).

Pode-se verificar até esse momento que apesar das dificuldades observadas para a consolidação do trabalho junto às equipes de ESF na AB, há um movimento constante na busca de encontrar o um modelo de atuação que possibilite uma articulação melhor entre NASF e ESF tendo como base metodológica o Caderno de Atenção Básica - Diretrizes do NASF.

É possível perceber ainda que apesar do movimento permanente de aperfeiçoamento do modelo de atuação, sinalizar com a possibilidade de mudança do paradigma ambulatorial, ainda há uma forte vinculação ao processo histórico vivenciado durante a implantação do programa, uma vez que, a observação dos relatórios quantitativos do ano de 2013 revela ainda uma predominância dos atendimentos individuais frente aos processos educativos, as rotinas de matriciamento das ESF e mesmo dos atendimentos domiciliares. (PARNAÍBA, 2014).

No entanto, essa análise reflete o quanto o processo de reconstrução é lento e que não se pode interpretar a predominância do atendimento individual como erro de planejamento, mas como resquício histórico, que cabe aos órgãos gestores, profissionais e usuários se preparar para novas formas de produzir cuidados já sinalizados na atuação do NASF de Parnaíba e evidenciado nas categorias temáticas dos estudos apresentadas a seguir.

5.3 Seção 3 – Categorias temáticas do estudo

As categorias propostas para o estudo estão a seguir apresentadas e subsidiadas pelas falas que orientaram a análise.

5.3.1 Categoria 1 – O cuidado na atenção básica ESF-NASF: um esforço de construção de práticas de cuidado e a garantia de continuidade

As concepções de cuidado adotadas neste estudo e já discutidas na revisão de literatura possibilitaram uma apreensão das evidências suscitadas nas falas que se seguem acerca de como ESF e NASF entendem e desenvolvem suas práticas de cuidado. No sentido de aprofundar o foco do cuidado nestes cenários, delinear-se subcategorias, a saber: Descrição das práticas de cuidado e Como se dá a continuidade de cuidado.

5.3.1.1 Descrição das práticas de cuidado

A concepção de cuidado não deve ser apreendida apenas como um nível de atenção do sistema de saúde e nem como um simples procedimento técnico simplificado, mas sim como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como direito de ser. Na perspectiva de Boff (1999), o cuidado refere-se ao tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano em seu sofrimento.

Então, as práticas do cuidado referem-se à dimensão do fazer desenvolvido por cada uma das equipes no cotidiano do serviço na tentativa de atender as necessidades do usuário que chega ao atendimento e caracteriza-se por uma intensa relação entre trabalhadores de diversas categorias profissionais e usuários, na produção de atos onde estão presentes uma diversidade de pensamentos, sentidos e ações.

As falas, a seguir, ilustram um pouco como se desenvolvem as práticas de cuidado no NASF e ESF e que práticas de cuidado se estabelecem entre os dois serviços.

O NASF atua sempre de acordo com a demanda apresentada pela Estratégia Saúde da Família... discutindo as possibilidades de diagnóstico...

principalmente de atividades em grupo voltados pra população, que tem como principal objetivo a promoção de saúde. (NASF-P2).

[...] de acordo com a demanda que chega e como nós na equipe temos condição de dar suporte de acolher essa demanda [...] a gente trabalha muito com o foco no acolhimento [...] eu diria que dos pilares da prática é esse acolhimento [...] nós realizamos o atendimento individual, a visita domiciliar, os grupos terapêuticos as rodas de conversa, grupos operativos. (NASF-P1).

[...] conhecer as famílias, você tem que ir lá fazer a visita... dá as orientações, você vai conversar com ele, falar de todo o programa. (PESF6).

Principalmente através dos atendimentos. Atendo os usuários que procuram a UBS para tentar resolver seu problema, buscando uma solução para eles. (ESF – P7)

[...] fazer com que as pessoas não se sintam doentes, as pessoas se previnam antes de adoecer. Porque o nosso trabalho é esse, é trabalhar com prevenção. (ESF P17).

[...] assistência e processos educativos da população de uma área adstrita [...] imunização, a busca ativa de casos para a vigilância epidemiológica, além do trabalho com grupos. (ESF P1).

Obteve-se nas falas dos entrevistados a existência de concepções de cuidado diversas para o NASF e para a ESF muito embora fique evidente que as práticas desenvolvidas tanto por um serviço como pelo outro desenvolvem-se a partir da demanda espontânea dos usuários e dos profissionais das ESFs para o NASF e que essas diferentes concepções ainda funcionam como elemento dificultador da relação NASF-ESF e, principalmente, das práticas de cuidado estabelecidas entre os serviços.

É importante frisar que o texto atualizado da Política Nacional de Atenção Básica de 2012 reforça a importância da categoria cuidado enquanto diretriz de trabalho para atenção básica, onde se evidencia que “[...] o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (BRASIL, 2012, p. 55) e as diretrizes do NASF apontam para além disso ao propor que:

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF...deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. (BRASIL, 2010b, p.8).

Nesse sentido, corrobora-se com Baduy (2010) ao dizer que a integração e articulação do trabalho entre NASF-ESF é um problema crítico para a produção de cuidado na atenção básica, pois muitas vezes, o que se produz é uma multiplicidade de procedimentos desarticulados e de baixo impacto na qualidade de vida dos usuários.

Destaca-se ainda que essas concepções de cuidado permeiam o processo de construção do projeto do programa como evidenciado nas falas da equipe de implantação, quando o profissional EI-1 relata: “[...] os profissionais da atenção básica simplesmente teriam que encaminhar à medida que eles percebessem a necessidade.”.

Observa-se então que existe a necessidade de alinhamento das concepções de cuidado de ESF e NASF em direção as diretrizes da política nacional de atenção básica, visando minimizar as dificuldades encontradas pelos profissionais no momento de compartilhamento dessas práticas de cuidado. Fica claro então que assim como evidenciado no estudo de Santos (2010), que para que a ESF consiga efetivamente operar mudanças estruturais na lógica da assistência à saúde colocando o foco do trabalho na prevenção de doenças, promoção da saúde, voltado para a família e a comunidade, e superar a limitação no enfrentamento de situações complexas vivenciadas no cotidiano, que geram adoecimento, torna-se importante que os profissionais tenham uma visão ampliada do processo saúde-doença, a fim de considerar a determinação social da saúde e a subjetividade existente em cada usuário que procura a atenção básica.

5.3.1.2 A garantia da continuidade do cuidado

A atenção básica tem como uma de suas atribuições e características a longitudinalidade do cuidado o que significa acompanhar o usuário em todos os aspectos de seu processo de adoecimento e saúde. Percebe-se aqui a dificuldade dos profissionais e das equipes em exercer essa atribuição da atenção básica em garantir essa continuidade do cuidado.

Este bloco de falas de profissionais tanto do NASF como das ESFs evidencia como essas equipes tentam garantir essa continuidade do cuidado.

Dentro do NASF, a continuidade do cuidado depende muito desse vínculo construído então a forma de buscar garantias dessa continuidade é fortalecer e nutrir esse vínculo... os grupos terapêuticos também é uma forma de manter essa continuidade do cuidado. (NASF-P2).

[...] esse trabalho é contínuo. É uma coisa que a gente faz que não para não, da sempre continuidade. A gente faz além da visita familiar, a gente faz com que as famílias participem das nossas atividades em grupo que é feito, são as palestras educativas. (ESF-P3).

[...] Através de aprazamentos, visitas domiciliares, informações provenientes dos ACSs e da criação de vínculo, de afeição entre comunidade e profissionais. (ESF P06).

A gente tem a preocupação de dar essa assistência integral ao indivíduo que procura o posto de saúde de maneira continuada [...] as vezes essa assistência precisa ser numa parte da rede que é da assistência secundária e ai vai se dar na forma de encaminhamento, ou as vezes no cuidado domiciliar no preparo dos cuidadores junto com outros profissionais(ESF P1).

[...] marcando sempre retornos e visitas onde a gente passa pra ver a resolução dos problemas, se os encaminhamentos deram certo. (ESF P11)

Eu acompanho, oriento e quando eu vejo que não dá para acompanhar e orientar, eu trago até a unidade de saúde, para o médico acompanhar e a enfermeira. (ESF P16).

[...] nas atividades em grupo de acordo com a evolução dos fatores intervenientes na saúde dos indivíduos que participam dos grupos. (NASF P01)

É possível perceber que apesar das dificuldades expressas nas falas dos profissionais, elas apontam na mesma direção dos achados de Cunha e Giovanella (2011), quanto aos elementos constitutivos da continuidade do cuidado, como: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional.

Percebe-se nas falas dos sujeitos que existe, ainda que em medidas diferentes, clareza na importância do desenvolvimento de estratégias para a garantia da continuidade do cuidado ofertado pelas equipes de NASF e ESF não só através de procedimentos, mas através do fortalecimento do vínculo e da corresponsabilização dos profissionais.

Corroborar-se ainda com Cunha e Giovanella (2011), no fato de que, embora o estabelecimento de vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde uma vez que um dos problemas detectados e evidenciados na realidade estudada foi a alta rotatividade dos profissionais da atenção básica do município de Parnaíba, bem como o estímulo e apoio a agenda das atividades de grupo, apontadas pelos profissionais como ferramenta primordial na garantia da continuidade do cuidado.

5.3.2 Categoria 2 – Redes de cuidado na atenção básica: NASF e ESF

A PNAB promoveu a revisão e a reafirmação de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e NASF, atualizando conceitos e introduzindo elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção.

Pode-se considerar que a PNAB aponta para a gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção feitas a partir da atenção básica, buscando a integração dos sistemas de informação e regulação que possibilitem a ampliação e resolubilidade desta na continuidade do cuidado do usuário, que precisa de outros níveis de atenção. (BRASIL, 2012).

As falas visam focar como atenção básica de Parnaíba consegue efetivar essa rede de cuidado, assumindo esse lugar de elemento articulador e de gestão do cuidado dentro RAS.

[...] A articulação com os outros dispositivos tanto da rede de assistência social como da saúde é uma forma da gente trabalhar a articulação da gestão do cuidado [...] a gente parte pra interconsulta, a gente parte pra visita domiciliar compartilhada como já aconteceu muitas vezes com a equipe do CRAS, com a equipe do CAPS, inclusive com outras equipes de NASF e com o profissional que é cedido com o centro de especialidades, a gente tenta esse cuidado. (NASF P2).

[...] A rede muitas vezes ela tá cheia de buracos, mas ela se pretende mais ampla, ela se pretende numa perspectiva de cuidado ampliado... nossa própria concepção de atenção básica, ela vai mudando quando a gente começa a olhar o nosso fazer de maneira mais ampla. (NASF P4).

[...] O importante no cuidado em rede é que não há apenas o encaminhamento, mas sim o compartilhamento do cuidado ao indivíduo, sendo que o acolhimento possa ser realizado em qualquer um dos serviços sem a necessidade de um protocolo rígido de acompanhamento. (NASF P1).

[...] são pontos de atenção onde você consegue intervir no cuidado desse paciente em diversos momentos do tratamento dele que não fica restrito a um tipo atenção por que ele vai necessitar de atenções diferentes de acordo com o momento do tratamento [...] a gente que trabalha na rede sabe que só um atendimento não tem eficácia porque o paciente tem multidimensões e fica claro a necessidade de um trabalho multiprofissional, a necessidade de vários olhares e isso só se consegue com esse trabalho em rede. (ESF P1).

[...] isso que é uma rede, eu tenho um problema na minha microárea vou passar pro NASF, Não vou passar pra unidade de saúde, a unidade de saúde vai entrar em rede com o NASF, o NASF vai entra em rede com o meu problema e juntos vamos tentar resolver, então acredito que a rede seja isso todo mundo interligado como se fosse uma roda, né? (ESF P2).

[...] É a atenção em saúde de modo geral em todas as esferas municipal, estadual e da rede que se estabelece dentro da própria equipe, atendendo a necessidade do próprio paciente [...]. (ESF P3).

[...] Acredito que cuidado em rede significa exatamente o que o NASF faz, ou seja, são vários profissionais trabalhando com o mesmo objetivo: cuidar. (ESF P6).

[...] não tem a rede pra ir por onde pra chegar até lá, acho que não tem, não tem como funcionar, acho que é isso tem muitos casos, na minha área tem muitos casos que essa rede não tá funcionando. (ESF P7).

Fica claro a partir das falas dos profissionais que a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o ordenamento das Redes de Atenção à Saúde para que essas possam ser resolutivas e que as redes de cuidado vão pouco além do que a simples oferta de serviços no município.

Para que se consiga identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, faz-se necessários utilizar e articular diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS no município.

No entanto, percebe-se que, assim como apontado por Merhy (1998) e Franco (1999), ainda prevalece a forma tradicional de produção da assistência e tem como centro o saber médico e uma clínica baseada no biológico, onde os processos de trabalho estão centrados em atos prescritivos, agindo mais como “produtores de procedimentos” do que “do cuidado” propriamente dito, a inversão do modelo de assistência passa necessariamente por um processo de trabalho multiprofissional e, mais do que isso, uma alteração nas tecnologias de trabalho usuais.

5.3.3 Categoria 3 – Os desafios enfrentados para um trabalho integral em saúde pela ESF e NASF

Os NASFs devem buscar contribuir para a 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.

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta,

construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2012, p.).

Nessas falas, buscou-se trazer a dimensão das dificuldades e desafios encontrados pelas equipes de NASF e ESF para viabilização de uma atenção básica mais alinhada com o princípio da integralidade bem como esses profissionais percebiam que o NASF pôde contribuir nesse processo para o enfrentamento dessas dificuldades a partir de sua implantação no município.

[...] infelizmente a gente não tem condição de dar uma continuidade adequada aos casos, já que a gente tem uma demanda reprimida muito elevada no território e as estratégias saúde da família ainda não conseguiram entender o NASF como uma estratégia de promoção de saúde, mas sim como estratégia de resposta às demandas espontâneas que ocorrem no território [...]. (NASF P1).

[...] a concepção de saúde que a gente traz, mas, ela é lenta ela é percebida de maneira lenta [...] mas que o fortalecimento se dá de modo lento e ai eu penso que esta lentidão está associada à profundidade, por que quando nós iniciamos uma perspectiva de trabalho com cuidado, com uma relação, construção de vínculo, uma concepção de conhecimento diferenciada da prática que havia sendo feita, esse fortalecimento começa a penetrar nesse sujeito, seja a comunidade, seja o profissional, e ela começa a mexer com seus paradigmas então ela começa a trabalhar a lentamente [...]. (NASF P2).

[...] foi através do NASF que foi reforçado os grupos [...] a marca maior do NASF que é o que ele deixou os grupos organizados. (ESF P2).

[...] tem que fazer também o trabalho de supervisão, tem que fazer outras coisas, é grupos; grupo de gestante, grupo de idoso, grupos... fazer visita, fazer PSE [...] essa semana eu passei a semana toda dentro dessa sala de vacina porque é campanha, eu tenho que fazer pelo menos um grupo, e tem muita gestante e eu tô fazendo, mas quando eu terminei o grupo, tinha uma fila gigante esperando pra vacinar, ai eu não fiz mais nada [...] as vezes a gente se depara com problema que a gente não sabe o que fazer, ai eu ligo pra um, ligo pra outro “e ai, eu pego esse paciente e mando pra onde?” o NASF é muito importante, eu sempre que posso tô chamando o NASF, tô pedindo ajuda, por que a gente precisa, ninguém faz nada sozinho. (ESF P5).

O NASF tem grande importância para atenção básica, tendo em vista que é composta por *uma equipe multiprofissionais que trabalham* em conjunto [...] é a junção de vários conhecimentos para a resolução dos problemas. Acredito que cuidado em rede significa exatamente o que o NASF faz, ou seja, são vários profissionais trabalhando com o mesmo objetivo: cuidar. (ESF P6).

Nós estamos aqui pra realmente cuidar das pessoas nós trazemos ele para o posto para o médico nós fazemos acompanhamento então nós estamos fazendo essa continuidade, que não se acabe só entre chegar no posto recebeu o remédio e vai pra casa. (ESF P17).

[...] era uma coisa nova ai agente passou a ver que ele veio como uma equipe multiprofissional, o NASF deu esse apoio todo pra gente [...] agente já sabe a quem recorrer pra não ficar como agente chegava no posto e parava porque agente não tinha continuidade e nem o serviço de lá então o NASF ele é esse

apoio da gente além do posto, ele leva mais adiante os problemas nossos, é resolvido. Por quê? Porque agente já tem uma equipe que ajuda o nosso trabalho onde nós paramos, eles continuam. (ESF P17).

[...] o NASF aparece como uma possibilidade de resgatar a essência do foi proposto no início do ESF como ordenador dessa rede de cuidado, mas acabou que por conta da grande demanda de ambulatório [...]. (NASF P4).

As falas dos sujeitos sugerem que as práticas sanitárias hegemônicas ainda são um grande dificultador no alcance da integralidade e no fortalecimento de redes de cuidado, uma vez que não favorecem o vínculo, a responsabilização e o compromisso na produção do cuidado em saúde e a necessidade real de romper com a fragmentação dos serviços e com o foco exclusivo nas práticas ambulatoriais. Faz-se necessário trabalhar de forma articulada dentro do município e, para isso, é necessário investir em espaços de integração dos atores envolvidos na gestão e no cuidado.

A organização de Redes como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população exige o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários e são justamente estes pontos apontados pelas falas dos profissionais como contribuição do NASF no sentido dessa busca pela integralidade do serviço:

[...] olhar pra esse usuário compreendendo ele a partir da perspectiva da integralidade de que ele é um todo que ele não é só a queixa [...] as práticas profissionais se misturaram na construção dessas estratégias de uma forma que não se pensasse a partir do campo de saber de cada um, mas sim de como nós poderíamos fortalecer esse vínculo independentemente de onde vem esse saber se mesclando na produção de estratégias [...] não precisar se pensar dentro de uma estrutura rígida, que permite a gente se misturar, se borrar, de permitir a troca de saberes e de conhecimentos e de a partir disso produzir a construção de algo novo, que não é mais algo específico meu, nem da enfermeira, nem do fisioterapeuta, mas que é uma síntese de tudo e que portanto é mais rico [...]. (NASF P3).

[...] o NASF contribuiu, conseguiu deixar mais claro para os profissionais a rede de atenção à saúde do município. Então, eu lembro que em várias situações as pessoas não reconheciam o que era um conselho tutelar, o que era um CREAS, CRAS, tanto os profissionais do NASF quanto a ESF. Então, esse vínculo com a rede era muito frágil, não que tenha se fortalecido muito, mas pelo menos ficou mais visível, as pessoas acabaram conhecendo quais os pontos de apoio que elas teriam no município [...] o NASF conseguia

provocar essa necessidade da equipe sair do seu umbigo, da equipe expandir as suas possibilidades mesmo de cuidados... você reconhecer que precisa de outros profissionais de outras estruturas e até outras esferas de governo pra conseguir implementar um cuidado integral. (EI P1).

Nesse sentido, percebe-se que tanto os profissionais do NASF quanto das ESFs percebem a implantação do NASF de maneira positiva que, apesar das dificuldades e desafios encontrados, foi capaz de incorporar dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como: trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, promoção do autocuidado entre os profissionais, momentos de apoio matricial e experiências inovadoras, contribuindo para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes ao desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo, é possível afirmar que a concepção de NASF e o processo de implantação do programa na realidade estudada apresentaram falhas que não só influenciaram o modelo de atuação, mas também grande parte das dificuldades encontradas na afirmação dos processos de trabalho da equipe. Porém, antes de tudo, são resultados da visão hegemônica de saúde que privilegia práticas de saúde eminentemente biologicistas, conforme literatura discutida sobre o tema e é apontada como desafio para a atenção básica.

As diferentes concepções de cuidado do NASF e da ESF e o desenvolvimento de práticas tanto de um serviço como do outro a partir da demanda espontânea funcionam como elemento dificultador da relação NASF-ESF e, principalmente, das práticas de cuidado estabelecidas entre os serviços e tornam imprescindível o alinhamento dessas concepções de cuidado em direção as diretrizes da política nacional de atenção básica.

A dificuldade da atenção básica e das equipes em garantir a continuidade do cuidado só minimiza-se com o desenvolvimento de estratégias de cuidado que não deem somente através de procedimentos, mas principalmente, através do fortalecimento do vínculo e da corresponsabilização dos profissionais de NASF e ESF, caminhando no sentido das redes de cuidado, indo além da simples oferta de serviços no município e da lógica dos encaminhamentos.

A inversão do modelo de assistência passa necessariamente pela valorização e fortalecimento de processos de trabalho multiprofissional e, mais do que isso, uma alteração nas tecnologias de trabalho usuais.

É importante ressaltar que claramente, tanto profissionais do NASF quanto das ESF percebem a implantação do NASF de maneira positiva, que as maiores contribuições apontadas para o fortalecimento da atenção básica de Parnaíba referem-se justamente as ferramentas tecnológicas que o NASF apresenta como o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular e outros.

Apesar das dificuldades e desafios encontrados no processo de implantação do NASF na cidade de Parnaíba, pode-se verificar com clareza que o mesmo foi capaz de incorporar dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, não só da atenção básica com de outros setores, promoção do autocuidado entre os profissionais e momentos de apoio matricial e experiências inovadoras, contribuindo para uma possível reorientação do modelo de atenção e cuidado. No entanto, ainda faz-se necessário que a gestão municipal garanta o atendimento de algumas diretrizes da atenção básica e atribuições específicas e possibilite a inserção da Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica.

Por fim, sinaliza-se que o NASF, na realidade estudada, ainda deve enfrentar alguns desafios, mas que é possível dizer com segurança que apesar das dificuldades relatadas e percebidas nas falas dos profissionais entrevistados e nos documentos analisados, o NASF desempenha um papel de protagonista juntamente com ESF nesse processo de resgate, de revalorização e qualificação da atenção básica.

Finaliza-se com a intenção que esta pesquisa possa produzir uma reflexão no contexto estudado, de modo que para gestores e profissionais, os principais entraves evidenciados para um cuidado pleno e contínuo na relação ESF e NASF possam ser percebidos de maneira positiva e com possibilidade de superação na medida em que isso fica claro na ocorrência de grande número de atividades grupais acontecendo nos distritos de saúde desde a implantação do programa, no uso, ainda que tímido de tecnologias relacionais no cotidiano dos serviços e da construção de novos espaços de vivência e acolhimento no município e da gestão compartilhada de alguns casos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. M. B. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.
- AMARAL, L. S. **Construindo redes de atenção à saúde primária: do movimento sanitário ao PSF - uma revisão da literatura.** 2010. 36f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Berilo, 2010.
- ASSIS, A. M. O. *et al.* **O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar.** Revista de Nutrição, v. 15, n. 3, p. 255-266, 2002.
- BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente Movimento.** Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010.
- BARBOSA, E. G. *et al.* Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter Mov.**, v. 23, n. 2, p. 323-330, abr./jun., 2010.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 1977.
- BOFF, L. **Saber cuidar.** 6 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde – CONASEMS. **Atenção Básica que Queremos.** Brasília, DF, 2011a. 80p.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Bioética. Brasília. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 - Seção 1, Página 59.
- _____. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - ADATASUS, Informações de Saúde, Rede assistencial.** 2011b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipas.asp>. Acesso em: 15 fev. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de Janeiro de 2008.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011c. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 204, 24 out. 2011c. Seção I, p.55.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Redes de produção de saúde - Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. – Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** – Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS ; v. 2)

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 ago. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO A. V. P. (Orgs.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **A Atenção Básica que queremos**. Brasília: CONASEMS, 2011.

CUNHA, G. T; CAMPOS, G. W. S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. Saude soc., São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 ago. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA L. Longitudinalidade/ continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1): 1029-1042, 2011.

FALKEMBACH, E. M. F. Diário de Campo: um instrumento de reflexão. **Revista Contexto/Educação**, Ijuí, Unijuí, v. 7, s.d.

FAUSTO MCR, Matta GC. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadoras. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GIOVANELLA L. **A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990**. Cad. Saúde Pública, 2006.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, mar./abr. 1995, p. 57-63.

GOMES, R. S. *et al.* Integralidade como princípio ético e formativo: Um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS LINHARES, J. H. *et al.* **Análise das ações da Fisioterapia do NASF através do SINAI no município de Sobral-CE**. Cadernos da Escola de Saúde Pública, Ceará, v. 4, n. 2, p. 32-41, jul./dez., 2010.

LINHARES *et al.* **Análise das ações da fisioterapia do NASF através do SINAI no município de Sobral-Ceará**. Cadernos da Escola de Saúde Pública, Ceará 32-41 4(2): jul./dez. 2010

MATTOS, R. A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *In*: **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v. 27, n. 65, Rio de Janeiro, set./dez. 2003.

MOLINI-AVEJONAS, D. R. *et al.* Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 15, n. 3, p. 465-474, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO DDG, OLIVEIRA MAC. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. O mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(1):92-96

PARNAÍBA. Núcleo de Apoio a saúde da Família. **Relatório 2012**. Parnaíba, 2013.

PARNAÍBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Físico-Financeiro do ano 2013**. Parnaíba, 2014.

PEREIRA, K. G. **Conflitos Éticos nos processos de trabalho do Núcleo de apoio a saúde da família de um município de Santa Catarina/SC**. 2011. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

SANTOS, F. P. A. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão arterial**. 2010. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual da Bahia, Jequié, 2010.

SILVA, K. L. et al. **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-76, fev. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, Serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TOSCANO, C. M. **As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas nãotransmissíveis: diabetes e hipertensão arterial**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WOLDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Local de trabalho:

Tempo de atuação no Serviço:

- 1- Com se dá sua prática no cotidiano do seu serviço?
- 2- De que forma o seu serviço busca garantir a continuidade do cuidado?
- 3- Você poderia citar e se possível descrever atividades realizadas que ilustrem o papel da atenção básica na gestão do cuidado?
- 4- Como você entende a contribuição do NASF para o fortalecimento da atenção básica do município? Que característica do programa marca melhor essa contribuição?
- 5- O que você entende por cuidado em rede?

**APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS QUE
REALIZARAM A IMPLANTAÇÃO DO NASF**

**ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM A
IMPLANTAÇÃO DO NASF**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

- 1- Me fale sobre o projeto de implantação do NASF?
- 2- Quais as dificuldades encontradas para implantação do NASF?
- 3- Como você entende a contribuição do NASF para o fortalecimento da atenção básica do município? Que característica do programa marca melhor essa contribuição?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Marlos Ribeiro Araújo, RG 941126986-MA, psicólogo mestrando do Mestrado profissional em saúde da família da RENASF- Rede Nordeste de formação em saúde da família, nucleadora UVA- Universidade do Vale do Acaraú, estou desenvolvendo pesquisa com o título **“A PRODUÇÃO DE REDES DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: O PROTAGONISMO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PI”**. Pretendo com este trabalho compreender de que modo profissionais da ESF e NASF se articulam para efetivar o processo de trabalho voltado para integralidade da atenção e para organização de redes de cuidado na atenção básica. Para coletar os dados será utilizado uma entrevista semi-estruturada com os profissionais, a qual será gravada e posteriormente transcrita na íntegra para análise do material. A participação na pesquisa é voluntária e não acarretará em nenhum prejuízo profissional nem pessoal, sendo garantido o sigilo referente às informações e opiniões fornecidas, assim como anonimato. Os participantes têm o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, mesmo após ter iniciado sua participação se assim desejar.

Agradeço desde já sua participação.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG nº _____, Profissional da equipe _____, tendo sido satisfatoriamente informado (a) sobre a pesquisa com o título provisório **“A PRODUÇÃO DE REDES DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: O PROTAGONISMO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PI”**, que tem como objetivo compreender de que modo profissionais da ESF e NASF se articulam para efetivar o processo de trabalho voltado para integralidade da atenção e para organização da rede de cuidados na atenção básica à saúde. Concordo em participar da mesma e permito que minha entrevista seja gravada e transcrita na íntegra, com garantia de anonimato, inclusive de minha categoria profissional, e sigilo com relação a todo seu conteúdo. Estou ciente que as informações coletadas serão utilizadas para efeito de análise e divulgação científica e que posso retirar meu consentimento de participação na pesquisa a qualquer momento, informando minha decisão ao pesquisador, sem que isso acarrete nenhum prejuízo em minha vida pessoal ou profissional.

Parnaíba, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Pesquisador: Marlos Ribeiro Araújo

Telefone: (86) 9916-7273

E-mail: psicomarlos@gmail.com

Comitê de Ética.

Avenida Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, *Campus Derby*

Coordenadora: Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Chagas

Telefone: (88) 3677-4255 e-mail: cep@uvanet.br

**APÊNDICE D – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO
JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARNAÍBA**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO JUNTO A
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARNAÍBA**

Ilma. Sra. Secretária De Saúde De Parnaíba-Pi,

Vimos por meio deste, solicitar a V. Sra. autorização para realização da pesquisa intitulada **“A PRODUÇÃO DE REDES DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: O PROTAGONISMO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PI”**, a ser realizada junto a profissionais que integram O 1º Distrito Municipal de Saúde deste município, da Estratégia de saúde da família e Núcleo de apoio a saúde da família, e que tem por objetivo Compreender de que modo profissionais da ESF e NASF se articulam para efetivar o processo de trabalho voltado para integralidade da atenção e para organização da rede de atenção a saúde. Caso haja necessidade, gostaríamos ainda de ter acesso a alguns documentos referentes ao NASF, que serão solicitados através de ofício. Os dados obtidos serão utilizados para a Dissertação do MPSF-Mestrado Profissional em Saúde da Família, da RENASF- Rede Nordeste de formação em saúde da família, nucleadora UVA- Universidade do Vale do Acaraú, de forma que as informações analisadas serão divulgadas junto à comunidade científica, na perspectiva de apoiar profissionais e gestores para a consolidação da proposta. Entendemos ainda, que o estudo trará contribuições ao cenário escolhido, fomentando a pesquisa e proporcionando o crescimento sócio-científico-cultural.

Certos que poderemos contar com vossa atenção e valioso apoio, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Parnaíba-PI, ____ de _____ de 2013.

Marlos Ribeiro Araújo (Mestrando – MPSF)

Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado (Orientadora)

Pesquisador: Marlos Ribeiro Araújo

Telefone: (86) 9916-7273

E-mail: psicomarlos@gmail.com

Comitê de Ética.

Avenida Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, Campus Derby

Coordenadora: Prof.^a Dr.^a Maristela Inês Osawa Chagas

Telefone: (88) 3677-4255 e-mail: cep@uvanet.br

ANEXO A – PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO NASF DE PARNAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA
Secretaria Municipal de Saúde
Parnaíba - Piauí



PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO NASF 1
SAÚDE DA MULHER

PARNAÍBA
FEVEREIRO/2008

1-IDENTIFICAÇÃO

- 1.1. Nome: **Prefeitura Municipal de Parnaíba**
- 1.2. Endereço: **Rua itaúna 1434, bairro Pindorama**
- 1.3. CEP: **64.215-115**
- 1.4. CNPJ **06554430.0015-37**
- 1.5. Código (IBGE): **220770**
- 1.6. Prefeito Municipal: **José Hamilton FurtadoCastelo Branco**
- 1.7. Secretária de Saúde:**Ilvanete Tavares Beltrão**
- 1.8.Responsável pelo Projeto :**Maria do Socorro Candeira Costa**
- 1.9. Órgão Gestor: **Secretaria Municipal de Saúde**
- 1.10. Secretária Municipal de Saúde: **Ilvanete Tavares Beltrao**
- 1.11. Endereço: **Rua itaúna 1434, bairro Pindorama**
- 1.12. Telefone: **(86) 33151153**
- 1.13. Fax: **((86) 33151153**

2-CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

- Aspectos demográficos e sócio-econômicos

O município de Parnaíba tem segundo dados do IBGE, uma população estimada para 2007 de 140.839 mil habitantes, possui uma área territorial de aproximadamente 436.000 km² e está localizado a 346 Km da capital Teresina.

Os dados apontam, que há uma ligeira vantagem quantitativa para a população feminina: 47,5% da população é do sexo masculino e 52,5% do sexo feminino. O maior grupo populacional etária é o de 20 a 29 anos representando 17,8% do total da população, agrupando o grupo de crianças e adolescentes (0 a 19 anos) encontramos um percentual de 61,6%, ou seja, a população é composta por pessoas predominantemente jovens.

O município de Parnaíba tem como base de sua economia a agricultura e o comércio. No setor agrícola a produção de arroz, feijão, mandioca e milho são os principais produtos. Já o setor comercial é o responsável pela maior parte da renda do município. A economia da região está baseada também no turismo, apresentando, a região, grande fluxo sazonal de turista que requer complexa organização de serviços, inclusive na área da saúde. Há de se destacar também o desenvolvimento da pecuária do município, com produção alto suficiente para consumo interno tanto de carne, quanto de leite.

A renda per capita (ano 2003) é de R\$ 2.080,56, situando-se no patamar intermediário em relação aos outros municípios nordestinos. A População Economicamente Ativa (PEA), constituída pelas pessoas com 10 anos ou mais de idade, que estão exercendo ou procurando algum tipo de trabalho, do município é de 49.388 pessoas (ano 2000).

Na área da educação, Parnaíba devido ao seu porte, possui um expressivo número de estabelecimentos de ensino distribuídos nas zonas rural e urbana, ao todo são 101 estabelecimentos de ensino. São 30.433 alunos matriculados no ensino fundamental e 9.907 no ensino médio. O índice de escolarização do ensino fundamental para o ano 2005 foi de 92,06% e para o ensino médio foi de 31,94%. O índice de analfabetismo em pessoas de 15 anos ou mais é de 17,5%.

Com relação ao saneamento um problema muito sério é a inexistência de rede de esgotos, o sistema de coleta de esgoto está presente em apenas 0,5% dos domicílios,

enquanto que 82,66% destes utilizam fossa séptica para destino dos dejetos. A coleta pública de lixo abrange apenas 76% dos domicílios e a rede de distribuição de água potável atende aproximadamente 93,47% da cidade.

O perfil traçado acima mostra que no município de Parnaíba ainda há graves problemas relacionados a saneamento, educação, renda etc. – que não permitem a uma parte da população ter acesso a bens essenciais. As consequências dessas iniquidades sociais sobre a saúde podem ser vislumbradas quando se analisa o perfil epidemiológico do município, apresentado a seguir.

- Características epidemiológicas

Uma forma de conhecer as condições de vida e saúde de uma população é saber quais são as taxas de natalidade e mortalidade da população. As taxas de natalidade no município de Parnaíba, acompanhando os índices observados para o Brasil, tiveram uma sensível queda nos últimos anos: em 2000 registrou-se 21,5 nascimentos pra cada 1.000 habitantes; em 2006 este índice caiu para 17,02.

Com relação a mortalidade em 2006 o sistema de informação sobre mortalidade (SIM) recebeu 564 notificações de óbitos. O coeficiente geral de mortalidade foi de 3,9% óbitos por 1000 habitantes, com provável taxa de subnotificação considerando-se a taxa 6,0 por 1000 habitantes como parâmetro.

Os principais grupos de causas de óbito foram as doenças do Aparelho Circulatório com 153 óbitos, representando 27,1% do total de óbitos, seguida pelas causas externas com 49 óbitos, representando 8,6%, as neoplasias com 42 óbitos, representando 7,4% e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas com 40 óbitos, representando 7% do total. As doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 6,9% dos óbitos.

Em relação à mortalidade infantil, o coeficiente no ano de 2006 foi 10,76 óbitos por 1000 nascidos vivos de acordo com os dados do SIM, o que evidencia um sub-registro de óbitos deste grupo etário, já que no SIAB este indicador foi de 27,5 por 1000 nascidos vivos no mesmo ano. A principal causa de morte em crianças até 1 ano de idade no ano de 2006 foram as afecções no período perinatal, representando 80% dos óbitos nesta faixa etária.

Com relação a mortalidade materna, no município de Parnaíba não foi registrado nenhum óbito materno no ano de 2006.

Para definir o perfil epidemiológico do município, é importante salientar três problemas que representam um verdadeiro desafio para a saúde pública no Brasil: a diabetes, a tuberculose e a hanseníase.

Em relação à tuberculose, pode-se dizer que, nos últimos anos, o Brasil vem ampliando os esforços para o controle da doença². No município de Parnaíba no ano de 2006 foram notificados 103 casos novos da doença, apresentado um coeficiente de incidência de 72casos/100.000 habitantes . A proporção de abandono foi de 5%.

No tocante à hanseníase, em 2006, foram notificados 32 casos novos da doença, com coeficiente de detecção de 2,2 caso para cada 10.000 hab,o Brasil apresenta um coeficiente de detecção de 2,77 e o nordeste de 3,52, portanto pode existir subnotificação da doença no município. Não houve casos de abandono de tratamento em 2006.

Os demais agravos notificados em 2006 forma os seguintes:acidentes animais peçonhentos(1caso),atendimento anti-rábico(842casos),dengue(349 casos),doenças exantemáticas(9 casos),hepatite viral(32 casos),leishmaniose visceral(15 casos), malária(121 casos),meningite(3 casos),sífilis congênita (3 casos),sífilis em gestante (1 caso).

As características epidemiológicas do município de Parnaíba, com alta incidência de algumas doenças como dengue, leishmaniose, hepatite, assim como as altas taxas de mortalidade de doenças do aparelho circulatória apontam para a necessidade de repensar as estratégias de controle dessas doenças. Sabe-se que mediante acompanhamento e tratamento sistemático, é perfeitamente possível preveni-las, reduzir os riscos e proteger pessoas e coletividades. O atendimento oportuno e precoce, em unidades de saúde resolutivas pode evitar atos desnecessários e retardar o avanço das doenças.

Nesse sentido, torna-se relevante mostrar como estão organizados os serviços de saúde do município de Parnaíba e qual a oferta local dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

- Organização dos serviços de saúde

Os indicadores de oferta de serviços de saúde aqui analisados contemplam a capacidade instalada (ambulatorial e hospitalar) e os recursos humanos.

O município de Parnaíba é considerado importante pólo regional de saúde, sendo sede de macrorregião formada por 11 municípios, recebendo muitos pacientes de estados vizinhos como ceará e maranhão. O município conta com a seguinte estrutura:

Serviços Públicos

27 Postos de Saúde;

01 Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas;

01 Hospital Psiquiátrico DIA

01 Hospital Público Estadual especializado p. hanseníase (colônia do carpina)

01 Hemocentro;

01 Pronto Socorro Municipal;

01 Centro de Fisioterapia

01 Hospital Estadual de referência em urgência e emergência para macrorregião de Parnaíba;

01 Laboratório de Análises Clínicas

01 Posto de Atendimento Médico Especializado

Serviços Privados conveniados pelo SUS

01 Maternidade e Hospital Infantil Filantrópico

01 Hospital Geral Filantrópico

03 Hospitais Gerais

10 Laboratórios de Análises Clínicas

03 Clínicas de Imagem

01 Hospital Psiquiátrico DIA

O município conta ainda com 35 equipes de Saúde da Família implantadas nas 27 unidades básicas de saúde, 15 equipes de saúde bucal e 317 Agentes Comunitários de Saúde. O município tem uma cobertura de PSF em torno de 77,26% da população.

É importante ressaltar que o município até o momento só é responsável pela gestão dos serviços básicos de saúde, os serviços de média e alta complexidade estão ainda

sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde, estando previsto para 2008 o município assumir a gestão plena do sistema, após assinatura do termo de compromisso.

Uma atuação articulada e responsável é o caminho permanente a ser percorrido, como forma resolutiva e eficaz de enfrentamentos dos desafios postos na construção do Sistema Único de Saúde. No sentido de consolidar o SUS é necessário implantar políticas com o objetivo de ampliar a abrangência e o alvo das ações básica de saúde, bem como sua resolutividade.

Para ampliar o atendimento e a qualidade dos serviços do SUS, o ministério da saúde através da portaria 154 de 24 de janeiro de 2008, criou os Núcleos de Apoio á saúde da Família (NASF), que implementam novas ações aos usuários da atenção básica, agregando outros profissionais que trabalham com promoção e prevenção, visando uma maior integração da atenção básica com a rede assistencial do SUS.

A referida portaria criou duas modalidades de NASF (NASF 1 e NASF 2), e definiu critérios para o cálculo do número de NASF que os municípios podem implantar. O município de Parnaíba pode implantar 04 NASF 1, para atender as 35 equipes da estratégia da saúde da família (ESF).

A responsabilização compartilhada entre as ESF e os NASF na comunidade prevê a revisão da prática de encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da estratégia da saúde da família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no sistema único de saúde.

Nesse sentido, apresentamos a seguir a Proposta de Implantação dos 04 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de Parnaíba.

3- PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO NASF 1

NASF 1: SAÚDE DA MULHER

Nº do EAS no CNES: 2323052

3.1-Área geográfica de atuação

Área geográfica de atuação (Município/bairro/comunidade)	Equipes de Saúde da Família vinculadas (Município, nome ou nº)	População estimada
BAIRRO NOVA PARNAIBA	MÓDULO 14	3.748
SÃO FRANCISCO	MÓDULO15	3.583
NOVA PARANIBA	MÓDULO 17	4.830
SÃO JOSE	MÓDULO 06	5.218
MENDONÇA CLARK	MÓDULO 07	3.699
BAIRRO DO CARMO	MÓDULO08	2.620
ILHA GRANDE	MÓDULO 1	2.915
ILHA GRANDE	MÓDULO 2	3.546
PEDRA DO SAL	MÓDULO 37	1.285

3.2-Áreas de Apoio do NASF 1

	Ocupações	Nome do(s) Profissional(is), se existirem	Carga horária	Carga horária semanal por ocupação
Alimentação	Nutricionista	Adriana Lima Sousa	40 hs	40hs
Serviço Social	Assistente Social	Alice Vitória Cordeiro Sampaio	40 hs	40hs
Saúde Mental	Psicólogo	Jaimara Fontenele de Menezes	40hs	40hs
Assistência Farmacêutica	Farmacêutico	Adriana Parente Gomes	40hs	40hs
Saúde da Mulher	Ginecologista/ Obstetra	Janine Seligma Soares	20hs	20hs
	Ginecologista/ Obstetra	Eliane Maria Melo	20hs	20hs

3.3-Infra-estrutura Material Permanente

Discriminação	Qtde. Existente	Qtde. a adquirir
MESA GINECOLÓGICA	01	02
BIOMBOS	00	02
FOCOS GINECOLÓGICOS	01	02
ARQUIVOS 04 GAVETAS EM AÇO	01	02
ARMÁRIOS PEQUENOS EM AÇO	01	03
ARMÁRIOS GRANDES EM AÇO	01	04
MESA TIPO ESCRITORIO	03	03
CADEIRAS EM PVC	40	20
COMPUTADORES C/IMPRESSORAS	00	01
COLPOSCÓPIO	00	01
VIDEO-COLPOSCÓPIO	--	01
EQUIPAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CAF (Cirurgia de Alta-Frequência)	00	01

3.4-Forma de contratação de Recursos Humanos

	Existente	Qtde.	A adquirir	Qtde.

--	--	--	--	--

Forma de contratação de recursos humanos

Ocupação e nome do profissional (se já estiver definido)	Forma de recrutamento	Forma de seleção	Forma de contratação	Regime de trabalho

Quadro de metas das Ações em áreas Estratégicas

Área Estratégica	Ações propostas para o NASF	Quantitativo de ações programadas por ano

3.5-Quadro de metas das Ações em áreas Estratégicas

Área Estratégica	Ações propostas para o NASF	Quantitativo de ações programadas por ano
Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - realizar diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF; - desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado; - desenvolver ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil; 	Demanda das equipes vinculadas

	<ul style="list-style-type: none">- desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento;- realizar ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;- acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF;- desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos;- desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros;- realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos;- capacitar, orientar e dar suporte às ações dos ACS;- realizar, em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares;- desenvolver projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência;- orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo;- desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão;- acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes;- acompanhar o uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário;- realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde; e- realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência.	
--	---	--

<p>Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF; - estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF; - discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades; - atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais; - identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento; - discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde; - possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade; - identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social; - apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde; - desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas; - estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF; - capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda 	<p>Demanda das equipes vinculadas</p>
<p>Saúde Mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> - realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional; - apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar; 	<p>Demanda das equipes vinculadas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas; - criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade; - evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; - fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura; - desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc; - priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade; - possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e - ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração. 	
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> - conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente; - promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários; - capacitar ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; e - elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento. 	Demanda das equipes vinculadas

<p>Atividade Física</p>	<ul style="list-style-type: none"> - desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade; - veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado; - incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais; - proporcionar Educação Permanente em Atividade Física/ Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente; - articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública; - contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência; - identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF; - capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais; - supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade; - promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais; e - promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Práticas Corporais e sua importância para a saúde da população. 	<p>Demanda das equipes vinculadas</p>
--------------------------------	---	---------------------------------------

**3.6-
Fluxo e**

mecanismos de referências e contrarreferência aos demais serviços da rede assistencial, prevendo mecanismos de retorno da informação e a coordenação do acesso pelas ESF

A seguir apresentaremos os fluxogramas do serviço realizado pelo NASF 01, a fim de proporcionar a integração entre o mesmo e as equipes de Saúde da Família que estão a ele vinculadas.

FLUXO DO ATENDIMENTO INTEGRADO DONASF 01E DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA VINCULADAS

1. A ESF identifica a necessidade de encaminhamento ao NASF 01 – gerando uma demanda qualificada;
2. A ESF solicita através do instrumento específico o agendamento da usuária para o procedimento especializado (consulta/exame/cirurgia) junto ao NASF 01;
3. O NASF 01 realiza o agendamento do procedimento solicitado;
4. A ESF encaminha a Ficha Única de Referência e Contrarreferência para o NASF1;
5. A usuária é informada do aprazamento e das condições específicas ao procedimento, conforme o caso;
6. A usuária comparece ao NASF 01 para a realização do procedimento na data e horário agendados;
7. O NASF 01 realiza o procedimento e adota as providências conforme o caso;
8. O NASF 01 encaminha a contrarreferência para a ESF
9. O NASF 01 acompanha o seguimento do caso junto à ESF.

4. Planejamento da Agenda Compartilhada NASF/ESF Vinculadas

O NASF 01 atuará de forma conjunta com as equipes de Saúde da Família vinculadas à sua área de abrangência.

São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem o NASF 1, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.