LUCY TALITA DA SILVA

**Contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a discussão dos
modelos assistenciais na Atenção Primária à Saúde**

São Paulo

2018

LUCY TALITA DA SILVA

**Contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a discussão dos
modelos assistenciais na Atenção Primária à Saúde**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Eucenir Fredini Rocha

São Paulo
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Silva, Lucy Talita da.

Contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a discussão dos modelos assistenciais na Atenção Primária à Saúde / Lucy Talita da Silva; orientador Eucenir Fredini Rocha -- São Paulo, 2018.

142 p. : tab., graf.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Saúde da família. 2. Políticas públicas de Saúde. 3. Atenção primária à Saúde. 4. Educação permanente. I. Rocha, Eucenir Fredini. II. Título.

Silva LT. Contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a discussão dos modelos assistenciais na Atenção Primária à Saúde. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, programa Interunidades, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 14 / 08 / 2018

Banca Examinadora

Profa. Dra. Eucenir Fredini Rocha

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovado

Profa. Dra. Stella Maris Nicolau

Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Julgamento: Aprovado

Prof. Dr. Heitor Martins Pasquim

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Julgamento: Aprovado

Prof. Dr. Marco Akerman

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovado

Dedico este trabalho a todos aqueles que acreditam e lutam pelo acesso à serviços públicos de qualidade; que se empenham, muitas vezes se sacrificando, nessa constante busca.

AGRADECIMENTOS

Aos municípios que aceitaram participar deste estudo.

Aos trabalhadores que, ao compreenderem a proposta da pesquisa, aceitaram participar, dedicando tempo e depositando expectativas.

Aos colegas de trabalho de todos os serviços do SUS por onde passei, que enriqueceram as reflexões e discussões sobre saúde coletiva. Em especial aos da primeira equipe NASF na qual trabalhei, os gestores municipais e colegas de outros setores que participaram de debates e embates sobre o trabalho dos núcleos em pequenos municípios, me inspirando a dar início a este estudo.

Aos sujeitos, usuários do SUS, que tanto me ensinaram.

À Eucenir Fredini Rocha, que como orientadora contribuiu para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas e docentes que fizeram parte da jornada trilhada no Programa de Formação Interdisciplinar em Saúde que contribuíram imensamente no desenvolvimento acadêmico, pessoal e profissional através de importantes discussões e reflexões.

Àqueles que em algum momento puderam ofertar apoio para que eu conseguisse chegar até aqui.

*“Não basta saber ler que 'Eva viu a uva'.
É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem
trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho.”*

Paulo Freire

RESUMO

Silva LT. Contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a discussão dos modelos assistenciais na Atenção Primária à Saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida.

Objetivo: identificar os modelos assistenciais desenvolvidos pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região do interior de São Paulo.

Métodos empregados: Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada através de estudo de caso em quatro municípios da mesorregião de Ribeirão Preto – SP. Como métodos de pesquisa foram utilizados entrevista aberta e questionário semiestruturado. A definição dos sujeitos de pesquisa foi realizada por amostragem por conveniência. Os dados sobre o perfil sociodemográfico e perfil profissional foram tabulados com o auxílio de planilhas eletrônicas. Para o estudo das informações coletadas nas entrevistas abertas foi utilizado o método de análise de conteúdo.

Resultados e discussões: Participaram do estudo 29 sujeitos, sendo destes quatro com cargos de gestão, seis profissionais do NASF e 19 profissionais da Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo estes médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e psicólogo. 82,1% dos sujeitos está pela primeira vez vinculado à Atenção Básica e todos os profissionais do NASF estavam pela primeira vez na área de saúde da família. Foram constatados dificuldades e desafios para consolidação do trabalho do NASF e até mesmo da ESF na região, que apresenta fraca orientação à Atenção Primária à Saúde, com predomínio dos modelos médico e sanitário. Com isso, identificou-se a demanda e a necessidade de Educação Permanente (EP) na região, em que há poucas ofertas públicas de ensino, como uma possível alternativa para reflexões dos profissionais sobre o próprio trabalho. Tal fato resultou na construção de uma proposta de EP como produto desta pesquisa, que será apresentada para a Diretoria Regional de Saúde para ser realizada através de parceria da pesquisadora com a instituição. A proposta de EP visa ampliar e implantar o uso de ferramentas propostas pelo Ministério da Saúde e identificadas por diferentes autores como meios de promoção de saúde pautados na integralidade. **Conclusões:** O NASF reproduz o modelo assistencial já instituído a partir de uma leitura biomédica ou sanitária, seja por falta de conhecimento sobre o tema ou por falta de apoio das gestões locais. Assim, tornou-se uma estratégia municipal para ampliação da rede de assistência especializada com

financiamento do Ministério da Saúde e é utilizado para este fim, sem estar orientado pela lógica do apoio matricial. Embora a criação da modalidade 3 do NASF tenha possibilitado a implantação dessas equipes em pequenos municípios, e que a proposta favoreça mudanças parciais nos serviços municipais de saúde, isso ainda é insuficiente diante da variedade e complexidade da Atenção Básica. Portanto, repensar o modelo, o financiamento de saúde e a formação desses profissionais é relevante para a transformação do cenário de saúde. Dessa forma, a EP dos trabalhadores da saúde surge como alternativa para o abismo entre a formação acadêmica e a prática em saúde, contribuindo para a viabilização e implementação de ações e projetos concomitantes às propostas do SUS.

Palavras-chave: Saúde da Família. Políticas Públicas de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Educação Continuada.

ABSTRACT

Silva LT. Contributions of the Family Health Support Center to the discussion of care models in primary healthcare [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Corrected Version.

Objective: this study aims to identify care models used by teams of the Family Health Support Centers (NASF) in a region from the countryside of the São Paulo State.

Methods: this is a qualitative research performed with study cases in four municipalities from the Brazilian mesoregion Ribeirão Preto – SP. Open interviews and semi-structured questionnaires were used as research methods. The definition of the research subjects was made by sampling for convenience. Data regarding the sociodemographic profile were tabulated using spreadsheets. As for the information collected in the open interviews, the content analysis method was used. **Results and**

discussions: 29 subjects took part of the study, in which four have management positions, six are professionals from the NASF and 19 are professionals from the Family Health Strategy (ESF), being doctors, nurses, nursing technicians and psychologists. 82.1% of the subjects are for the first time linked to the Basic Healthcare and all professionals from the NASF are also for the first time in the family health area. Difficulties and challenges to the consolidation of the NASF's work have been found as well, as it presents a weak orientation to the primary healthcare, with the predominance of the medical and sanitary models. In this way, the demand and necessity of continuing education in the region have been identified as an alternative to the professionals' reflections on their own works, as there are few public offers of education available. So, this resulted in a Continuing Education Proposition as a product of this research, that will be presented to the Regional Health Board to be realized by a partnership between the researcher and the institution. The continuing education proposition consists of the enlargement and implantation of tools proposed by the Brazilian Ministry of Health and that are identified by different authors in the literature as means of health promotion based on integrality. **Conclusions:** the NASF reproduces the care model already instituted by a medical or sanitary reading, being it because of the lack of knowledge regarding the theme or by the lack of support by local management. In this way, it seems to have become municipal strategies to the enlarge the specialized healthcare network using funds from the Ministry of Health, which is used to this end, but not being oriented by the matrixial support logic. Although

the creation of the NASF 3 modality have allowed the implantation of these teams in small municipalities, and its proposition lead to partial changes in municipal healthcare services, this is still insufficient due to the variety and complexity of the Basic Healthcare. So, rethinking the model, health funding and formation of these professionals is relevant to the transformation of the health scenario. In this way, the continuing education of the health professionals is an alternative to the abyss between academic training and health practice, contributing to the feasibility and implementation of actions and projects concomitants to the Unified Health System (SUS) proposals.

Keywords: Family Health. Public Health Policies. Primary Healthcare. Continuing Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 – Expansão da ESF	31
Figura 1.2 – Cobertura populacional da ESF por região brasileira.....	31
Figura 1.3 – Expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 – Consolidado de categorias profissionais do NASF no Brasil em outubro de 2012	33
Tabela 1.2 – Número de equipes por modalidade implantadas em cada estado....	36
Tabela 1.3 – Relação de documentos científicos.....	38
Tabela 4.1 – Dados gerais dos municípios participantes	53
Tabela 4.2 – Características gerais dos serviços de saúde dos municípios participantes.....	55
Tabela 4.3 – Dados gerais das equipes de saúde da família por município	57
Tabela 4.4 – Composição das equipes NASF	58
Tabela 4.5 – Perfil geral dos sujeitos entrevistados	60
Tabela 4.6 – Perfil profissional dos sujeitos entrevistados.....	60
Tabela 4.7 – Características gerais de vínculo empregatício.....	63
Tabela 4.8 – Cursos realizados por categoria profissional	67
Tabela 4.9 – Proposta de educação permanente e/ou continuada por categoria profissional.....	70
Tabela 4.10 – Correlação de atividades propostas pelo Ministério da Saúde e os municípios que as realizam.....	87

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
DRS	Diretoria Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
eAB	Equipe de Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EC	Educação Continuada
eCR	Equipe Consultório de Rua
EP	Educação Permanente
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSFF	Equipe Saúde da Família Fluvial
eSFR	Equipe Saúde da Família Ribeirinha
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	23
1	INTRODUÇÃO	25
1.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	26
1.2	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	29
1.2.1	Expansão da ESF	30
1.3	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	32
1.3.1	Organização do processo de trabalho.....	33
1.3.2	Panorama Nacional.....	35
1.3.3	Revisão Bibliográfica NASF	37
1.4	MODELOS ASSISTENCIAIS	39
2	OBJETIVOS	43
3	MÉTODO	45
3.1	RECORTE DO ESTUDO	45
3.2	SUJEITOS DO ESTUDO	46
3.3	PERÍODO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	47
3.4	ANÁLISE DE DADOS	48
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO	51
4.1.1	A microrregião estudada.....	52
4.1.2	Composição e organização dos serviços de saúde da microrregião	53
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL.....	59
4.3	EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE	63
4.4	PERCEPÇÕES SOBRE O NASF	71
4.4.1	O que é o NASF?	71
4.4.2	Os objetivos do NASF	76
4.4.3	As atividades do NASF.....	80
4.5	O TRABALHO DO NASF NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS.....	82
4.5.1	Atividades do NASF nos municípios	83
4.5.2	Trabalho em equipe	90
4.5.3	Comunicação com a gestão	92
4.5.4	Financiamento	94

4.6	NASF E A REFLEXÃO SOBRE OS MODELOS ASSISTENCIAIS	97
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
6	PRODUTO	109
6.1	OBJETIVOS DAS OFICINAS	110
6.2	PARTICIPANTES.....	110
6.3	LOCAL	111
6.4	FREQUÊNCIA.....	111
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	121
	APÊNDICE B – Questionário de identificação do perfil profissional	123
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	125
	APÊNDICE D – Oficinas	129
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	139
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (emenda)	141

APRESENTAÇÃO

Este trabalho teve início a partir de inquietações que surgiram a partir da formação acadêmica, e da experiência de trabalho da pesquisadora em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de um dos pequenos municípios do estado de São Paulo. A equipe foi formada com objetivo inicial de implantar o núcleo e para tanto a gestão local forneceu o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 27 (Brasil, 2010a), que trata das diretrizes do NASF. A instrução era de realizar a leitura do documento e planejar as ações com base nele, sem necessariamente se atentar aos dados territoriais. Também foram agendadas reuniões com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e com a creche municipal, para identificação das demandas desses serviços e a organização de ações intersetoriais. Não haviam reuniões de equipe com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o contato entre as duas equipes era pontual, até mesmo pelo fato de o NASF ter sido alocado em uma unidade física independente, separado da ESF sob justificativa de necessidade de mais salas para atendimentos individuais de cada categoria profissional.

Foram realizadas discussões entre os profissionais da equipe NASF sobre o trabalho naquele município, que tinha uma fraca orientação para Atenção Primária à Saúde. Assim, a partir das dificuldades, experiências e desafios encontrados, surgiu o desejo da pesquisadora em estudar os modelos assistenciais na região, no trabalho do NASF.

Acreditando no potencial da ESF e do NASF para revisão do modelo assistencial, este estudo visa identificar qual o perfil dessas equipes e quais são suas ações desenvolvidas, perpassando por questões que podem interferir no trabalho, tais como formação acadêmica, financiamento, trabalho em equipe e apoio da gestão local. A partir daí, são identificados os modelos orientadores nessa região, a fim de elaborar um possível produto que favoreça a reflexão sobre o trabalho na direção da APS ampliada.

1 INTRODUÇÃO

Modelo assistencial em Saúde diz respeito ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. A partir da história da conformação do sistema de saúde no Brasil, há um predomínio dos modelos médico hegemônico e sanitarista na assistência à saúde. Ambos centrados no conhecimento biomédico, sem contemplar em seus fundamentos o princípio da integralidade (Paim, 2012). Diante disso, críticas a esses modelos se intensificam na década de 1970, quando emergiram debates que levaram a propostas alternativas, sendo que uma das mais difundidas foi a de Atenção Primária à Saúde (APS).

Tal estratégia corresponde a um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo com o objetivo de desenvolver um melhor nível de saúde por meio de uma atenção integral, que impacte tanto na situação de saúde e autonomia das pessoas, quanto nos determinantes e condicionantes de saúde da população (Brasil, 2012b).

No Brasil, a APS ganhou visibilidade política após a VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, cujo tema central foi “Extensão das ações de saúde através de Serviços Básicos”, e na década de 1990, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Paim, 2006). Embora o programa tenha sido alvo de críticas por ofertar cesta restrita de ações, foi essencial para a formulação e implantação do Programa de Saúde da Família (Campos; Bedrikow, 2014).

O PACS e o Programa de Saúde da Família (PSF) correspondiam a programas especiais dirigidos aos pobres e excluídos, uma vez que eram ofertadas ações específicas em regiões com acesso a saúde precária. Para Paim (2012), ambos os programas integram o modelo sanitarista, centrado no saber biomédico e que busca atender às necessidades de saúde da população mediante campanhas, programas especiais, vigilância sanitária e epidemiológica.

Porém o PSF, também criado como um programa especial, fugiu à concepção usual dos demais programas na época e os seus desenvolvimentos conceitual, institucional e prático mostraram potencialidades inovadoras (Paim, 2012). Em 1999, passou a ser considerado uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, sendo então denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se tornou

a primeira política nacional específica de Atenção Básica (AB) implantada no país (Escorel et al., 2007).

A APS do ponto de vista da ESF preconiza equipe de caráter multiprofissional, e que conhece as famílias da sua área de abrangência, uma vez que trabalha com definição de território, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente naquela área (Giovanella; Mendonça, 2012a). O trabalho multidisciplinar é realizado por equipe composta de médico, enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e pode ser complementado por cirurgião dentista e profissionais de saúde bucal.

Diante da complexidade na atenção à saúde primária, também denominada Atenção Básica, a portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2008a) determinou a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações, bem como a capacidade de resolutividade.

Os NASF são equipes multiprofissionais e interdisciplinares, compostas por diferentes categorias profissionais. Inicialmente, trabalhavam de forma integrada com com as equipes de Saúde da Família (eSF), com as equipes de AB para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde, para apoiar e compartilhar práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das eSF (Brasil, 2014). Após a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, portaria nº2.436 de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017), passa a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) e é previsto suporte aos profissionais das eSF e das equipes de Atenção Básica (eAB) de uma forma geral. Neste trabalho será mantido o termo NASF.

Para facilitar a compreensão do leitor, os temas desta pesquisa serão apresentados em subitens.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

É possível mencionar três principais formas de interpretação da APS: como um programa focalizado e seletivo; como um dos níveis de atenção - nível primário do sistema de atenção à saúde; e de forma abrangente, de concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de atenção à saúde (Giovanella; Mendonça,

2012a). De acordo com Mendes (2015), as diferentes interpretações podem conviver dentro de um mesmo país, ao mesmo tempo.

A APS tem sido pauta de discussão em diferentes países com sistemas de saúde universalizantes e includentes, em contraponto com a fragmentação dos sistemas de saúde (Brasil, 2007). Para Mendes (2015), esse conceito de APS surgiu em 1920 no Reino Unido através do relatório Dawson, que preconiza a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares, e os hospitais de ensino. Segundo Mendes (2015, p. 30), a história da APS no Brasil pode ser descrita por ciclos, da seguinte forma:

O primeiro ciclo, em 1924, com os Centros de Saúde criados na USP¹, provavelmente, esses centros sofreram alguma influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido. O segundo ciclo deu-se no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade. O quarto ciclo, nos anos 70, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma Ata em 1978.

A conferência de Alma-Ata, mencionada por Mendes (2015), é tida como um marco histórico mundial da APS (Giovanella; Mendonça, 2012a). Foi promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), que contou com a participação de 134 governos, sem a participação do Brasil. Segundo a OMS e UNICEF (1979, p. 3), a APS foi definida como

cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação.

A partir de então, Mendes (2015) fala de um novo ciclo que começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos

¹ O autor se refere ao primeiro Centro de Saúde da América Latina, que foi criado oficialmente pelo decreto nº3874 de 19/07/1925, nas dependências do antigo Instituto de Higiene, hoje Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

de extensão de cobertura. Na década de 1980, essa interpretação de APS passou a ser hegemônica no Brasil.

Tal concepção corresponde a um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, com objetivo restrito de combater as principais doenças de populações mais pobres (Paim, 2006; Giovanella; Mendonça, 2012a). Pode-se dizer que é nesse contexto que a adoção do termo Atenção Básica (AB), emergiu como tentativa de diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário das ações até então focalizadas e seletivas (Giovanella; Mendonça, 2012a).

Para Martiniano et al. (2014), o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) passou a ser utilizado em substituição ao termo Atenção Primária à Saúde durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de se contrapor ideologicamente às propostas seletivas de APS, hegemônicas no cenário Internacional. Para Matta e Fausto (2007) o termo Atenção Básica seria uma “descrição brasileira de uma concepção forjada historicamente no cenário internacional” (p. 61). Neste estudo, os termos AB, APS e ABS serão utilizados como sinônimos.

Enquanto nível primário do sistema de saúde, a APS é compreendida como “modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do Sistema” (Mendes, 2015, p.15). Corresponde a serviços médicos não especializados (generalistas), comum em países em desenvolvimento onde os serviços ambulatoriais de primeiro contato são integrados a um sistema de acesso universal (Giovanella; Mendonça, 2012a; Mendes, 2015).

Em contraposto à APS seletiva, a Atenção Primária abrangente é compreendida como atenção à saúde essencial, universal, cujo acesso deve ser garantido às pessoas e suas famílias. É um processo permanente de assistência sanitária, com uso de tecnologias apropriadas e custo-efetivas (Giovanella; Mendonça, 2012b).

Mendes (2015) discorre sobre diversos estudos internacionais realizados na última década que concluem que em países com a APS como sistema multidimensional há melhor desempenho do sistema de saúde, com resultados melhores e mais equitativos na atenção à saúde e menos custos, quando comparado a países em que a orientação é fraca.

No Brasil a APS ganha visibilidade política na década de 1990, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Paim, 2006).

Foi criado prioritariamente para cobertura de ações de saúde às populações vulneráveis no norte e nordeste e teve caráter emergencial com ênfase na saúde materno-infantil – controle de diarreias, com foco na reidratação oral, vacinação e aleitamento materno (Paim, 2006; Giovanella; Mendonça, 2012a). Inicialmente foi composto por leigos, sem formação prévia em saúde e com objetivo de melhorar a capacidade de saúde da população. Diante das necessidades locais, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram capacitados para diferentes atribuições e incorporados aos SUS, tornando-se elo de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade (Giovanella; Mendonça, 2012a; Paim, 2012).

Também na década de 1990, com intuito de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e ampliar as ações de prevenção e promoção de saúde é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que se tornou Estratégia de Saúde da Família com objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1997).

1.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

De acordo com o Portal da Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2012a, p. 1), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é definida como:

[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

É composta por uma equipe multiprofissional com, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2012b).

Cada equipe de ESF deveria ser responsável por até 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando-se critérios de equidade para

essa definição. O número de agentes comunitários deveria ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo cada agente responsável por no máximo 750 pessoas (Brasil, 2012b).

Após a revisão na PNAB no ano de 2017 (Brasil, 2017), a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) passa a ser de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território. Já o número de ACS por equipe passa a ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Há maior ênfase na recomendação de 100% da cobertura pelas eSF apenas em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, com recomendação do número máximo de 750 pessoas por ACS. O ACS, profissional que antes integravam apenas as eSF, passa a ser denominado como Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), que pode ser implantada em unidades sem ESF, como “uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica” (Brasil, 2017, p. 71).

1.2.1 Expansão da ESF

A implementação da ESF ocorreu em contextos diversificados e com características diferentes tanto em relação ao ritmo quanto à proporção entre as regiões brasileiras e entre os municípios com maior ou menor renda per capita (Silva et al., 2013). Houve notória expansão nacional a partir do ano 2000, através de incentivos financeiros, como ilustrado na Figura 1.1. Em 2011, as eSF já estavam presentes em 90% dos municípios brasileiros, com 32 mil equipes e cobertura estimada de 52% da população (Giovanella; Mendonça, 2012a). De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), no mês de dezembro do ano de 2016 havia equipes de ESF em 5.409 municípios com, com um total de 41.639 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS) e dessas 40.098 estavam implantadas (DAB, 2016). A cobertura populacional é estimada em 63,70%, com os maiores índices de cobertura na região nordeste (79,42%) e na região Sul (66,47%). Os

estados com maiores coberturas populacionais são: Piauí (98,86%), Paraíba (94,40%) e Tocantins (91,59). A cobertura populacional estimada por região brasileira é apresentada na Figura 1.2.

Figura 1.1 – Expansão da ESF

Fonte: DAB (2016).

Figura 1.2 – Cobertura populacional da ESF por região brasileira

Fonte: DAB (2016).

1.3 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Os NASF são equipes multiprofissionais, subdivididos em três modalidades: NASF 1, vinculado de 5 a 9 equipes de ESF e/ou eAB para populações específicas, que são Equipe Consultório na Rua (eCR), Equipe Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Equipe Saúde da Família Fluvial (eSFF); NASF 2, vinculado de 3 a 4 equipes de ESF e/ou eAB para populações específicas; e NASF 3, vinculado de 1 a 2 equipes de ESF e/ou eAB para populações específicas (Brasil, 2014). Na revisão da PNAB (Brasil, 2017) não há clareza sobre alterações dessa vinculação. Embora afirme que o trabalho dos núcleos é integrado ao das eSF e eAB, não há menção da mudança da nomenclatura de “ESF e/ou eAB para populações específicas” para “ESF e/ou eAB”.

As diretrizes que norteiam o trabalho do NASF são: integralidade da atenção; interdisciplinaridade; territorialização; educação permanente em saúde; educação popular; intersetorialidade; participação social; humanização; promoção da saúde (Brasil, 2012b). Para o MS, a integralidade é tida como principal diretriz do núcleo, sendo essa compreendida como a abordagem integral do indivíduo; como as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e a organização do sistema de saúde (Brasil, 2010a). Nesse sentido, para que a atenção não seja fragmentada, o MS propõe que os núcleos incorporem diferentes categorias profissionais com abordagens disciplinares variadas e distintas.

As equipes podem ser compostas pelos seguintes profissionais: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria (Brasil, 2014).

A definição dos profissionais que irão compor a equipe deve ser com base nas informações coletadas por análise do território e na rede de serviços para ir ao encontro com as demandas e necessidades da população local, sendo recomendada a inclusão de pelo menos um profissional de Saúde Mental (Brasil, 2010a; 2014).

Dados apresentados no Encontro Estadual de NASF em Santa Catarina no ano de 2012 (Machado, 2012) apontam o predomínio nacional de fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e profissional de educação física na composição das equipes NASF (Tabela 1.1), demonstrando uma possível generalização da escolha por essas categorias. Tal fato também é observado no primeiro Boletim Informativo do NASF, lançado em 2015 (Brasil, 2015), no qual novamente é reafirmado esse predomínio.

Tabela 1.1 – Consolidado de categorias profissionais do NASF no Brasil em outubro de 2012

Categoria Profissional	Número de profissionais
Fisioterapeuta	2.596
Psicólogo clínico/psicólogo social	1.707
Nutricionista	1.478
Assistente social	1.242
Professor de educação física / avaliador físico / preparador físico	1.136
Fonoaudiólogo	841
Farmacêutico	716
Terapeuta Ocupacional	535
Médico pediatra	381
Médico ginecologista e obstetra	337
Médico psiquiatra	139
Médico homeopata	16
Médico veterinário	15
Médico clínico	13
Médico acupunturista	5
Médico geriatra	4

Fonte: Machado (2012).

1.3.1 Organização do processo de trabalho

As ações do NASF devem considerar necessidades percebidas pela própria equipe, pelos gestores e pelas eSF. O trabalho deve ser orientado pela lógica do apoio matricial, que tem como objetivo assegurar retaguarda especializada para as eSF e eAB (Brasil, 2014; 2017). Para o MS, o apoio matricial é uma estratégia de

organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB (Brasil, 2012a, p. 1).

A partir dessa integração é possível que o NASF contribua com o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, ampliando a abrangência de ações e a articulação com outros pontos da rede, quando necessário (Brasil, 2010a; 2014).

O trabalho das equipes NASF tem como principais públicos-alvo as equipes apoiadas e os usuários do SUS. Dessa forma, pode se afirmar que o trabalho deve ocorrer em duas dimensões, a clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira se refere à assistência clínica aos usuários, e a segunda ao apoio educativo com e para as equipes (Brasil, 2014).

O NASF não é um serviço de porta de entrada no sistema de saúde. Suas ações são planejadas e realizadas a partir da integração entre necessidades de saúde da população e recursos do território, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias (Brasil, 2014).

A RAS é definida pelo Ministério da Saúde como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010b, p. 89). Têm como objetivo qualificar a gestão do cuidado a partir de uma estrutura operacional constituída por diferentes pontos de atenção à saúde e por diferentes atores, incluindo atenção básica, atenção secundária e terciária, sistemas de apoio e outros, a fim de favorecer ao usuário um caminho ininterrupto de cuidado à sua saúde (Brasil, 2014).

A RAS é uma proposta para superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde pautadas em um modelo de atenção à saúde fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico, e estruturado com ações e serviços de saúde a partir da oferta (Brasil, 2010a). De acordo com o Ministério da Saúde, o NASF é tido como uma das estratégias para superar e auxiliar na conversão do modelo fragmentado e descontínuo para a atenção integral a partir da AB. Como apoiador da ESF, o NASF se incorpora com a proposta das RAS (Sampaio et al., 2012).

1.3.2 Panorama Nacional

Desde sua criação, em janeiro de 2008, houve grande aumento no número de equipes NASF cadastradas e implantadas no país. Nos dois primeiros anos após a implantação, entre julho de 2008 e julho de 2010, o número de equipes aumentou de 267 para 1.177. Segundo dados coletados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2017), em janeiro de 2017 havia um total de 4.511 equipes de NASF cadastradas, sendo 2.572 equipes de NASF 1, 884 equipes de NASF 2 e 1.055 equipes de NASF 3. A expansão dos NASF no Brasil e a distribuição das equipes implantadas de acordo com os estados brasileiros são apresentadas na Figura 1.3 e Tabela 1.2, respectivamente.

Figura 1.3 – Expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil

Fonte: CNES (2017).

Tabela 1.2 – Número de equipes por modalidade implantadas em cada estado

Estado brasileiro	NASF 1	NASF 2	NASF 3	Total de Equipes
Acre	16	4	1	21
Alagoas	92	29	11	132
Amapá	15	2	2	19
Amazonas	45	6	2	53
Bahia	260	96	11	367
Ceará	193	35	2	230
Distrito Federal	7	0	0	7
Espirito Santo	18	11	1	30
Goiás	72	38	89	199
Maranhão	155	29	7	191
Mato Grosso	17	22	28	67
Mato Grosso do Sul	33	19	11	63
Minas Gerais	347	174	216	737
Pará	93	11	1	105
Paraíba	138	55	75	268
Paraná	110	63	78	251
Pernambuco	204	32	2	238
Piauí	80	55	103	238
Rio de Janeiro	157	10	1	168
Rio Grande do Norte	76	38	55	169
Rio Grande do Sul	44	24	77	145
Rondônia	12	2	1	15
Roraima	5	4	1	10
Santa Catarina	103	53	111	267
São Paulo	228	40	89	357
Sergipe	27	10	5	42
Tocantins	25	22	75	122
TOTAL	2.572	884	1.055	4.511

Fonte: CNES (2017).

1.3.3 Revisão Bibliográfica NASF

A revisão bibliográfica teve início em outubro de 2016 e término em julho de 2017. Diante das constantes mudanças políticas que ocorreram durante esta pesquisa, foram acrescentadas como bibliografia a revisão da PNAB (Brasil, 2017), publicada após o encerramento da revisão, e a Emenda Constitucional nº95 (Brasil, 2016), por acreditar que ambas irão gerar impactos diretos e significativos na configuração da AB no país.

As bases de dados utilizadas foram Lilacs/Bireme, Pubmed/Medline, Scielo, Index Psi e Teses USP. Na ausência do descritor, foram utilizados os termos “NASF” e “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, associados a “modelo assistencial” “modelo tecnoassistencial” e “modelo de atenção”, e nenhum documento foi encontrado. Ao utilizar apenas o termo “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” associado a “NASF”, com filtro de publicações entre os anos de 2008 e 2017, foram encontrados 284 documentos, publicados entre 2010 e 2017. Também foi realizada busca na biblioteca USP, para identificação de capítulos de livros sobre o tema.

Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos documentos, excluindo-se os artigos repetidos entre as bases de dados, os que não tinham relação com o tema, e aqueles que não mencionavam “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” no título e nem no corpo do resumo, restando 150 documentos. Destes, 67 abordavam a inserção, a prática ou outras temáticas a partir do trabalho de alguma categoria profissional na AB, com destaque para publicações da Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia. Esses documentos não foram utilizados. Outros 48 artigos proporcionavam discussões específicas sobre a atuação dessas equipes por área temáticas, como saúde da criança, saúde mental, saúde do trabalhador e reabilitação, ou que estavam relacionados a intervenções com populações específicas. Estes também foram excluídos após leitura dos resumos.

Restaram 29 artigos científicos, três dissertações e três documentos ministeriais (Cadernos de Atenção Básica nº 27 e nº 39 e Oficina de qualificação do NASF). Apenas no resumo de oito artigos científicos há menção de “modelo assistencial”, “modelo tecnoassistencial” ou “modelo de atenção”, mas estes não são os temas principais discutido nos documentos.

Dentre o material restante e após a leitura dos documentos, neste estudo foram utilizados os dois cadernos de atenção básica e 12 artigos, e um capítulo de livro, que discutem a proposta do NASF, os desafios, dificuldades e perspectivas da implantação dessas equipes, assim como ferramentas utilizadas no cotidiano do trabalho no NASF. A relação desses documentos pode ser vista na tabela 1.3.

Tabela 1.3 – Relação de documentos científicos (continua)

Título	Autores	Tipo	Fonte	Ano
Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família.	Nascimento DDG, Oliveira MAC.	Artigo	Mundo Saúde	2010
Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família.	Brasil. Ministério da Saúde.	Documento	Cadernos de Atenção Básica	2010
O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades.	Sampaio J et al.	Artigo	Rev Bras Ciên Saúde	2012
Núcleo de apoio à saúde da família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática.	Sampaio J et al.	Artigo	Rev Bras Ciên Saúde	2013
Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. Saúde Debate.	Anjos KF et al.	Artigo	Saúde Debate	2013
Núcleo de apoio à saúde da família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família.	Bonaldi AP, Ribeiro MD.	Artigo	Rev APS	2014
Os desafios do núcleo de apoio à saúde da família para a consolidação da atenção primária à saúde	Martiniano CS, Sampaio J, Silveira SAS.	Capítulo	Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS	2014
Núcleo de Apoio à Saúde da Família.	Brasil. Ministério da Saúde.	Documento	Cadernos de Atenção Básica	2014
Processos de trabalho dos núcleos de atenção à saúde da família junto a atenção básica: implicações para a articulação de redes territoriais de cuidados em saúde.	Sampaio J, Melo MC, Grigório MC, Soares RS.	Artigo	Rev Bras Ciênc Saúde	2015
Resultados esperados dos núcleos de apoio à saúde da família: revisão de literatura.	Souza TT, Calvo MCM.	Artigo	Saúde Soc	2016

Tabela 1.3 – Relação de documentos científicos (conclusão)

Título	Autores	Tipo	Fonte	Ano
Competências profissionais essenciais para o trabalho no núcleo de apoio à saúde da família.	Shimizu HE, Fragelli TBO.	Artigo	Rev Bras Educ Med	2016
Núcleos de apoio à saúde da família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica.	Moretti PGS, Fedosse E.	Artigo	Fisioter Pesq	2016
O Núcleo de apoio à saúde da família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores.	Martinez JFN, Silva MS, Silva AM.	Artigo	Saúde Debate	2016
Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde.	Tesser CD.	Artigo	Interface (Botucatu)	2017
A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)	Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP	Artigo	Saúde debate	2017

Fonte: A autora.

1.4 MODELOS ASSISTENCIAIS

Modelo assistencial, ou modelo de atenção, pode ser compreendido como uma forma de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde. Segundo Paim (1999; 2001; 2012), modelo em saúde não é um padrão ou um exemplo, é como uma combinação de saberes e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde; uma espécie de lógica que orienta a ação. Segundo Paim (2001, p. 8):

Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo de intervenção em saúde).

Dessa forma, a definição de modelo assistencial toma como referência a teoria do processo de trabalho em saúde (Teixeira; Solla, 2006; Paim, 2012). Segundo Silva

Junior e Alves (2007), existem diferentes modelos assistenciais pelo mundo, que são baseados na compreensão de saúde e doença, no contexto político, e nas tecnologias disponíveis, com seus usos determinados de acordo com o período e o contexto. Dessa forma, para Silva Junior e Alves (2007) e Paim (2012), não há modelos certos e errados, uma vez que modelo de atenção à saúde não significa algo exemplar e único, a ser seguido independente do contexto.

Teixeira e Solla (2006) abordam os modelos assistenciais sob a perspectiva de Paim, e discorrem também sobre o modelo de atenção a partir de uma concepção “ampliada”, e através de uma perspectiva sistêmica que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, uma dimensão organizativa, e uma dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa. A partir dessa concepção, os autores referem que a mudança do modelo exige a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas entre as três dimensões, embora se reconheça que mudanças parciais possam ocorrer em cada uma das dimensões, favorecendo transformações mais amplas.

Merhy et al. (1992) apontam que os modelos assistenciais se apoiam em duas dimensões: uma assistencial e outra tecnológica. A partir dessa compreensão, os autores apresentam o termo “modelo tecno-assistencial”, expondo as duas dimensões que o compõem como projeto político.

A reflexão em torno do tema remonta os primórdios do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a partir da análise crítica das práticas médicas e de movimentos de reforma da época, como exemplo a medicina preventiva e a medicina comunitária (Teixeira; Solla, 2006). Embora no âmbito político o modelo assistencial tenha sido tema de discussão na 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1996, e tenha emergido como tema na 11ª CNS realizada em 2000, foi obscurecido por temas como gestão e financiamento (Teixeira; Solla, 2006).

No Brasil, até o início da década de 1990, não existia um modelo de atenção que correspondesse às necessidades do país (Corbo et al., 2007). Diferentes modelos foram desenvolvidos ao longo da história, havendo predomínio de dois que convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico e o modelo sanitista, sendo ambos considerados modelos hegemônicos (Paim, 1999).

Como modelo médico, podem-se mencionar os modelos médico assistencial privatista e o modelo de atenção gerenciada. O primeiro está fundamentado na

medicina flexneriana² e é centrado na clínica, baseado em procedimentos e serviços especializados; o segundo encontra seus fundamentos na economia e na medicina baseada em evidências, e privilegia a medicina curativa. Fazem parte do modelo sanitaria as campanhas sanitárias e programas especiais, a vigilância sanitária e epidemiológica, e o PACS/PSF. As campanhas sanitárias têm suas ações voltadas para certos agravos e riscos à saúde para grupos populacionais específicos, não enfatizando a integralidade; a vigilância sanitária fundamenta-se no saber biomédico, jurídico e na epidemiologia, dirigindo suas ações principalmente sobre os riscos; a vigilância epidemiológica fundamenta-se na epidemiologia, na estatística e nas disciplinas biológicas, entre outras, e no Brasil suas ações se concentram no controle de danos. Por fim, o PACS e o PSF, como mencionados anteriormente, foram criados como programas especiais, dirigidos aos pobres e excluídos (Paim, 2012), que de acordo com o MS, seriam implantados prioritariamente nas áreas delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), de acordo com as características geográficas e a distribuição da população em cada município (Corbo et al., 2007).

De uma forma geral, os modelos hegemônicos estão voltados para a demanda espontânea (modelo médico) ou para o atendimento das necessidades (modelo sanitaria). Para Paim (2001), ambos os modelos apresentam dificuldades para promoção e proteção da saúde, bem como limitações na prestação de uma atenção com equidade e efetividade.

Na década de 1970, concebeu-se internacionalmente debates sobre propostas alternativas aos modelos centralizados, fragmentados e restritos às ações curativas, prevalecendo-se as propostas que enfatizavam a racionalização do uso de tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente. A mais difundida foi a de APS – ou medicina comunitária, que desde o início dividiu opiniões entre aqueles que acreditam ser uma proposta simplificada, caracterizando a como “medicina para os pobres”, e aqueles que viam como uma estratégia racionalizadora que ampliaria o acesso de toda a população. No Brasil, no final da década de 1970, essa proposta foi encarada por grupos de oposição ao governo militar como estratégia de

² A medicina flexneriana, ou modelo flexneriano tem origem na década de 1910, com a publicação do estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner e é responsável pela reestruturação do modelo de medicina na época, influenciando ainda nos dias atuais na educação dos profissionais de saúde.

redemocratizar a política e favorecer assistência à saúde para população em geral (Silva Junior; Alves, 2007).

Na década seguinte, aumentaram os debates e avaliações em torno de modelos assistenciais coerentes com a proposta de universalização da saúde. Por meio de experiências municipais com o apoio de universidades, organizaram redes de unidades de saúde para atenção primária em alguns municípios (Silva Junior; Alves, 2007). Um dos efeitos da reflexão acadêmica foi subsidiar um movimento em torno da “democratização da saúde”, que se tornou eixo estruturante do processo de luta pela Reforma Sanitária Brasileira (Teixeira; Solla, 2006), e que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (Silva Junior; Alves, 2007).

A partir de então, na década de 1990 surgiram as primeiras iniciativas para alteração da organização da atenção à saúde com ênfase na APS, a partir do estabelecimento do PACS (1991) e do PSF (1994). Ambos os programas, inicialmente considerados seletivos, foram reformulados, principalmente após a edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde em 1996 (NOB SUS 01/96), quando foi instituído o Piso da Atenção Básica (PAB). A partir da edição, houve incentivo para implantação do PACS e PSF como estratégias para reorganização do modelo de atenção no SUS (Matta; Fausto, 2007; Corbo et al., 2007).

O PSF foi alvo de críticas por ser um programa focalizado, seletivo e desde sua criação vem passando por reestruturação. Matta e Fausto (2007) acreditam que tal formulação tenha provocado a reestruturação e o fortalecimento das diretrizes da APS no âmbito da Política Nacional de Saúde. Para romper com o conceito de programa, o MS adotou o termo Estratégia de Saúde da Família (ESF), por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde no país (Corbo et al., 2007).

Passados mais de 20 anos da criação do PSF e mais de 10 anos da mudança para ESF, teria ocorrido então essa reorientação? O NASF, pensado enquanto apoio à saúde da família, estaria favorecendo esse processo? Ou estaria apenas reproduzindo um modelo já vigente? Uma grande variedade de estudos aborda a ESF e esse seu papel enquanto estratégia prioritária do MS para (re)orientação do modelo de atenção à saúde. Silva et al. (2013), ao realizarem revisão de 41 estudos sobre a ESF e a mudança do modelo, constatam que houve mudança positivas no processo de trabalho na ESF, mas com limitações, não sendo capazes de alterar o modelo de atenção. Não há pesquisas abrangentes referentes ao papel do NASF nessa temática.

2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho é:

- Identificar o modelo assistencial desenvolvido pelas equipes do NASF na APS em uma região do interior de São Paulo.

Quanto aos objetivos específicos, os mesmos são:

- Caracterizar o perfil profissional e o trabalho das equipes NASF dos municípios que fazem parte da região;
- Identificar a compreensão que os profissionais de saúde da ESF, equipes NASF e gestores da região têm a respeito dos modelos assistenciais;
- Fomentar ações de educação permanente para as equipes de saúde da família e gestores da região.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, através de estudo de caso. Segundo Pope e Mays (2005) e Minayo (2010), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, tentando interpretar os fenômenos sociais (crenças, valores, atitudes, interações) em termos dos sentidos que as pessoas lhe dão a partir da realidade vivida. Esse método propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos durante a investigação (Minayo, 2014).

O estudo de caso é uma investigação aprofundada de uma determinada realidade, o que facilita a compreensão desses fenômenos (Oliveira, 2007). Keen e Packwood (2005) consideram o estudo de caso um método relevante quando a mudança de política está ocorrendo em estabelecimentos, assim como para compreensão das distintas visões que podem ser tidas das leituras das políticas locais e nacionais. Os autores ainda afirmam que a abordagem mais aberta, por meio de entrevistas com perguntas amplas tem sido defendida para realização de estudos do impacto de políticas governamentais sobre o sistema de saúde.

Dessa forma, como método de pesquisa foi utilizada entrevista aberta, descrita por Britten (2005) como entrevistas menos estruturadas que cobrem poucos aspectos, mas com maior profundidade. Foram elaboradas quatro perguntas gerais e ao decorrer da aplicação foram introduzidas questões adicionais a fim de obter maiores esclarecimento ou detalhes sobre o tema (Apêndice A). Também foi utilizado roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice B), com questões abertas e fechadas sobre dados sociodemográficos e perfil profissional.

3.1 RECORTE DO ESTUDO

O recorte inicial foi a mesorregião de Ribeirão Preto, formada por 66 municípios divididos em 7 microrregiões: Barretos, Batatais, Franca, Ituverava, Jaboticabal, Ribeirão Preto e São Joaquim da Barra. O estudo foi realizado em uma área de uma das microrregiões e a escolha dessa se deu a partir da vivência que a pesquisadora

obteve como profissional de saúde de uma equipe do NASF de um dos municípios, no período de fevereiro de 2014 a janeiro de 2016. A microrregião em questão e o nome dos municípios não serão mencionados a fim de evitar a identificação dos participantes do estudo.

Para definição dos municípios participantes primeiramente foi realizada consulta aos dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para identificação dos locais onde existiam equipes NASF implantadas. Considerando que havia NASF em sete municípios, foi realizado um sorteio aleatório usando o programa Microsoft Excel® para seleção de quatro municípios. O convite foi realizado as vésperas das eleições municipais e não houve resposta de nenhum município antes do resultado das eleições. Posteriormente, um dos locais sorteados não manifestou interesse em participar da pesquisa, sob a justificativa de gestão “temporária”, uma vez que o prefeito e o vice-prefeito eleitos foram impedidos de assumir. Entre os três municípios que inicialmente haviam aceitado participar da pesquisa, um desistiu poucas semanas antes das datas previstas para o estudo, sob justificativa de “mudanças locais e muito trabalho, não tem tempo para entrevistas” (sic). Assim, durante a pesquisa de campo, outros dois municípios foram sorteados e contatados, somando-se quatro locais que aceitaram participar.

3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Para definição dos sujeitos de pesquisa, foi utilizada amostragem por conveniência, considerada um dos tipos de amostragem não probabilística principalmente utilizada para geração de ideias em pesquisas exploratórias. Segundo Marotti (2008), tal amostragem é destituída de qualquer rigor probabilístico, sendo possível utilizar critérios subjetivos do pesquisador. Segundo o autor, tal método é utilizado para obter informações de forma mais rápida, uma vez que consiste simplesmente em contatar as unidades convenientes da amostragem, sendo selecionados os membros mais acessíveis da população alvo de pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: ter cargo de gestão (ser secretário de saúde, coordenador de atenção básica ou gerente de unidade); ou fazer parte da equipe da ESF; ou fazer parte da equipe NASF. Para todos os sujeitos era necessário aceitar a participar voluntariamente do estudo, estar desempenhando atividade profissional durante o estudo, e estar vinculado ao serviço a no mínimo 30 dias.

De acordo com dados do CNES obtidos em maio de 2017 (CNES, 2017), a somatória de profissionais desses quatro municípios, considerando profissionais da ESF, NASF e gestores, era igual a 68 pessoas. Durante a pesquisa de campo identificou-se que os dados do CNES eram diferentes do quadro de profissionais, pois três pessoas tinham se desligado dos serviços e um foi sendo transferido para outro setor. Além disso, três profissionais estavam de licença, somando então 61 sujeitos disponíveis no período de estudo. Desse total, 21 sujeitos não se encontravam nas unidades de saúde no período de estudo devido a folgas, falta ou por não ser seu dia/horário de trabalho. Assim, foram encontrados 40 sujeitos em campo e todos foram convidados para pesquisa. Destes, três sujeitos recusaram e sete não participaram devido à agenda de atividades ou impossibilidade horária. No total, 30 sujeitos foram entrevistados, podendo-se considerar que 49,2% dos profissionais em exercício participaram do estudo. Desse total, quatro sujeitos ocupam cargos de gestão, sete estão vinculados ao NASF e 19 são profissionais vinculados a ESF. Posteriormente, um sujeito vinculado ao NASF retirou sua participação.

3.3 PERÍODO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2017, após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexos A e B). Os gestores dos municípios foram contatados previamente, de forma que as datas para a coleta foram agendadas a partir de um consenso entre a disponibilidade da pesquisadora e as preferências das gestões. Porém o estudo não requereu agendamento prévio com os profissionais do NASF e da ESF, uma vez que se optou pela amostragem por conveniência e seriam

abordados os profissionais que estivessem no exercício de suas atividades nos dias das entrevistas.

As três etapas, sendo a primeira delas a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), seguida pelo preenchimento do questionário (Apêndice B) e pela realização da entrevista (Apêndice A), ocorreram individualmente, nas unidades de saúde, e por escolha dos sujeitos entrevistados. O tempo de duração das três etapas com cada participante variou de 23min a 1h28min, com tempo médio de 35 minutos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise de conteúdo.

Também foi utilizado um diário de campo, método este que não tinha sido previsto no início da pesquisa, mas o qual a pesquisadora utilizou para anotar percepções sobre os serviços de saúde. O diário de campo também foi utilizado para anotar informações dadas por sujeitos que não participaram do estudo, como profissionais da secretária de saúde, que não se enquadravam no critério de inclusão da pesquisa mas forneceram dados sobre a organização do sistema de saúde nos municípios.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados sobre o perfil sociodemográfico e perfil profissional foram tabulados com o auxílio do programa Microsoft Excel® 2013, também utilizado para a análise estatística. A análise quantitativa teve como objetivo apresentar indicadores e tendências observáveis, que complementam e contribuem para análise dos dados qualitativos da pesquisa. Os resultados estão apresentados em tabelas de acordo com eixos.

Para estudo das informações coletadas nas entrevistas abertas, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo, técnica que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto (Minayo, 2014). Sabendo que existem diferentes modalidades de Análise do Conteúdo, para este estudo foi utilizada Análise Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação (Minayo, 2014).

A primeira etapa consistiu em transcrever literalmente as entrevistas gravadas e realizar leitura flutuante do material. A segunda etapa foi a realização da exploração do material, através de leitura e releitura das transcrições para identificar unidades de análise. Finalizada a categorização por unidades de análise, na terceira etapa buscou-se interpretar o conteúdo das unidades temáticas.

Foi realizada também a triangulação de dados, método compreendido como uma dinâmica de investigação que integra desde a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, à visão que diferentes autores constroem sobre o projeto (Minayo, 2014). Nesta pesquisa, a triangulação se deu a partir do material coletado nas entrevistas abertas e nos questionários semiestruturados, no diário de campo e na revisão bibliográfica incluindo as políticas de saúde.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2013b), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob registro CAAE 68185517.0.0000.0065 (Anexos A e B). Aos participantes foi assegurado o sigilo de identificação durante a pesquisa e divulgação dos dados, assim como: a explicação dos objetivos da pesquisa antecedendo sua concordância de participação por meio da assinatura do TCLE (Apêndice C); o direito de retirar sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo por isso; e o acesso aos resultados parciais e finais do estudo.

A pedido dos participantes os municípios não são identificados, sendo então denominados como: município A, município B, município C e município D, e os participantes receberam nomes fictícios, acompanhado da equipe a qual cada um está vinculado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar a leitura e compreensão do leitor, os resultados e a discussão são apresentados em subitens. No primeiro subitem é apresentada a caracterização geral da rede de atenção à saúde da região e microrregião estudada; no subitem 4.2 é retratada a caracterização dos perfis geral e profissional dos sujeitos que participaram do estudo; no subitem 4.3 é exibido um panorama da formação continuada dos profissionais e realizada discussão sobre educação permanente e continuada em saúde; no subitem 4.4 são apresentadas as percepções que os sujeitos têm do que é o NASF, seus objetivos e atividades; no subitem 4.5 é retratado e discutido o trabalho do NASF na região, evidenciando principais atividades realizadas e os principais desafios e dificuldades encontrados pelas equipes, que são: trabalho em equipe, comunicação com a gestão e financiamento; no subitem 4.6 é realizada análise dos possíveis modelos assistenciais.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO

No estado de São Paulo, a divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde está organizada em Departamentos Regionais de Saúde (DRS), atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006 (São Paulo, 2006). Dessa forma, o Estado foi dividido em 17 departamentos, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (São Paulo, 2012).

A região a ser estudada é administrada por um Departamento Regional de Saúde localizado ao norte do estado de São Paulo. A região é composta por 22 municípios, com populações que variam entre 3.160 e 318.640 habitantes, mas com predominância de municípios com população inferior a 20.000 habitantes. Segundo dados coletados no site do IBGE, o IDH na região varia de 0,698 a 0,780, mostrando-se abaixo da média estadual, que é 0,783 (IBGE, 2016). A economia na região é

pautada principalmente em serviços, seguido de agropecuária e indústrias. Com relação a densidade demográfica, a região é predominantemente constituída por municípios com até 35,00 hab/km².

Os serviços de saúde, na maior parte dos municípios, são predominantemente municipais e concentrados na AB, sendo este o tipo de atenção exclusiva em 10 dos municípios. Apenas dois municípios tinham mais serviços privados do que públicos. Os atendimentos de alta complexidade são realizados no município de maior porte da região ou em municípios de outra região de saúde.

Todos os municípios apresentam equipes de Saúde da Família implantadas com proporção de cobertura populacional estimada variando de 12,81% a 100%. Dezesesseis municípios contam com Equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas. Doze municípios apresentam Núcleos de Apoio à Saúde da Família, sendo o primeiro implantado no ano de 2010 e o único da modalidade 1. Três municípios dispõem de equipe NASF da modalidade 2, implantadas entre 2013 e 2014 e oito municípios dispõem da Modalidade 3, todas implantadas no ano de 2014.

4.1.1 A microrregião estudada

A região estudada é subdividida em três microrregiões. A microrregião de estudo é composta por 10 dos 22 municípios e tem a maior concentração populacional, embora sete dos municípios tenham menos de 10.000 habitantes. Na atenção à saúde há predomínio de serviços públicos, principalmente de AB, uma vez que os municípios têm pequenas populações. Conta com sete dos doze NASF implantados em toda região, sendo um modalidade 2 e as outras seis equipes da modalidade 3. Para fins de pesquisa, os três municípios que não tinham equipe NASF implantada até junho de 2016 foram descartados e o sorteio aleatório foi realizado entre os 7 municípios restantes, de forma que ao menos 50% das equipes NASF participassem do estudo.

De acordo com o Censo de 2010, os quatro municípios participantes possuem entre 3.160 e 7.588 habitantes e densidades demográficas que variam entre 19,7 hab/km² e 36,71 hab/km². As principais fontes de economia são os serviços e a

agropecuária. Em 2015, a proporção de pessoas em trabalho formal variou de 10,6% (menor taxa da microrregião) a 22,5%, com rendimento mensal de 2 a 2,2 salários mínimos. Também de acordo com o Censo de 2010, a proporção de pessoas com baixa renda, que são aquelas com rendimento mensal de até meio salário mínimo por pessoa, era de 28,3% a 35,1%, que é a taxa mais alta de toda a microrregião. A taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos (2014) na região varia de 9,9% a 32,26%, sendo a taxa no Brasil de 14,4% e no Estado de São Paulo 11,43%. Os dados gerais dos municípios participantes são apresentados na Tabela 4.1.

Tabela 4.1 – Dados gerais dos municípios participantes

Município	Número de habitantes em 2010	Número estimado de habitantes em 2017	Densidade demográfica em 2010 (hab/km ²)	IDH	Principais fontes de economia	Renda mensal até meio salário mínimo por pessoa em 2010 (% da população)	Pessoas ocupadas em 2015 (% da população)	Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos)
Município A	5.914	6.405	36,71	0,707	Serviços e agropecuária	35,1%	10,6%	14,49
Município B	7.588	8.424	19,7	0,734	Serviços e agropecuária	28,4%	15,4%	9,9
Município C	3.436	3.618	21,14	0,740	Serviços	28,3%	22,5%	23,26
Município D	3.160	3.202	22,26	0,703	Serviços e agropecuária	30,5%	21,1%	32,26

Fonte: IBGE (2016).

4.1.2 Composição e organização dos serviços de saúde da microrregião

Os municípios participantes apresentam principalmente serviços públicos de saúde, concentrados na APS. Apenas o município D não apresenta nenhum serviço da rede privada de saúde. O município A é o único que apresenta duas ESF, que estão alocadas em unidades físicas distintas. Os municípios B, C e D contam com uma ESF e com Centros de Saúde, que são as Unidades Básicas de Saúde (UBS). No município B, além do Centro de Saúde há também uma Clínica de Reabilitação para Excepcionais e uma Clínica de Especialidades. Os Centros de Saúde funcionam de 10h a 24h por dia, com atendimentos de médico generalista (pronto atendimento),

bem como de especialidades com agendamento prévio. Os serviços disponíveis, horários de funcionamento e composição das equipes são apresentados na Tabela 4.2. Na coluna equipe são mencionadas apenas os profissionais com Ensino Superior registrados no CNES.

Embora o município B tenha o maior número de habitantes, chama atenção pela grande quantidade de médicos, pois são nove profissionais de oito diferentes especialidades no Centro de Especialidades, onde os atendimentos são agendados previamente; e cinco profissionais médicos, sendo quatro clínicos gerais e um pediatra no Centro de Saúde, para pronto-atendimento. É também o local estudado com maiores possibilidades de procedimentos a serem realizados no próprio local, desde exames a cirurgias. Nesse mesmo município, em 2010, havia 7.588 pessoas e até a data da pesquisa apenas uma ESF estava implantada sem nenhum projeto de criação de uma segunda equipe, observando-se apenas um grande aumento no número de profissionais para o Centro de Especialidades. Também é importante ressaltar que esse é o único município que conta apenas com profissionais médicos no Centro de Saúde e na Clínica de Especialidades. As outras categorias profissionais estão presentes somente na Clínica de excepcionais (onde também há profissional médico) e no NASF. Tal fato é discutido por uma das participantes do estudo, durante a entrevista:

Hoje estamos centrados em médicos, o dinheiro do município está centrado em médicos. Já era para a cidade ter sido dividida em duas, mas não houve governo aqui que interessasse em fazer outra ESF (Maria - ESF).

Feuerwerker (2005) discorre sobre o tema ao destacar que atrelado aos avanços do sistema público de saúde, também houve avanço no subsistema privado. Para a autora, esse subsistema reforça na sociedade a ideia de direito à saúde como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, com uma supervalorização da especialização.

Tabela 4.2 – Características gerais dos serviços de saúde dos municípios participantes

Município	Serviços	Horário de Funcionamento	Equipe
Município A	Centro de Saúde	Segunda a Sexta: 7h as 21h Sábados e Domingos: 7h as 19h	1 Médico Urologista 1 Médico Pediatra 1 Médico Ginecologista/Obstetra 3 Médicos Clínicos Gerais 1 Médico Neurologista 1 Médico Cardiologista 2 Cirurgiões Dentistas 1 Fisioterapeuta 1 Psicólogo
Município B	Centro de Saúde	Segunda a Sexta: 7h as 17h	4 Médicos Clínicos Gerais 1 Médico Pediatra
	Clínica de Especialidades	Segunda a Sexta: 7h as 22h Sábados e Domingos: 7h as 20h	1 Médico Neurologista 1 Médico Otorrinolaringologista 1 Médico Psiquiatra 1 Médico Cardiologista 2 Médicos Pediatras 1 Médico Ortopedista/Traumatologia 1 Médico Radiologista 1 Médico Clínico Geral 1 Cirurgião Dentista
	Clínica de Excepcionais	Segunda a Sexta: 7h as 17h	4 Fisioterapeutas 1 Psicólogo 1 Fonoaudiólogo 1 Clínico Geral 2 Psicopedagogos 1 Nutricionista* (profissional do NASF que atende também nesta unidade)
Município C	Centro de Saúde	Todos os dias, 24h	1 Médico Pediatra 2 Médicos Ginecologistas/Obstetras 2 Médicos Clínicos Gerais 1 Médico Psiquiatra 1 Médico Neurologista 1 Cirurgião Dentista 2 Fisioterapeutas 1 Assistente Social
Município D	Centro de Saúde	Segunda a Sexta: 7h as 19h	1 Médico Pediatra 1 Médico Ginecologista/Obstetra 1 Médico Clínico Geral 1 Cirurgião Dentista 1 Fisioterapeuta 1 Psicólogo 1 Fonoaudiólogo

Fonte: A autora.

Todos os municípios contam com pelo menos dois profissionais médicos especialistas, sendo que o ginecologista/obstetra e o pediatra são comuns entre os quatro locais, especialidades correlacionadas com programas e metas, como saúde da mulher e redução da mortalidade materno-infantil. Cabe lembrar que, embora a Atenção Integral a Saúde da Mulher tenha sido criado como programa verticalizado, foi através dele que surgiram maiores discussões referentes à integralidade e isso proporcionou reflexões em torno dos modelos assistenciais na 8ª Conferência Nacional de Saúde (Paim, 2012). Porém o que se notou através das entrevistas é que há ainda um distanciamento entre esses profissionais alocados nos Centros de Saúde e/ou Especialidades e as eSF.

Com relação a ESF, o funcionamento das unidades em todos os municípios é das 7h às 17h, com fechamento para horário de almoço em três dos quatro locais. A agenda médica é constituída por atendimentos previamente agendados e uma parcela de atendimentos não agendados. Anterior à consulta médica ocorre o acolhimento e/ou a consulta de enfermagem, que nos municípios A e D é realizada por profissional enfermeiro e técnico de enfermagem, e é constituída por escuta do usuário e procedimentos como aferir pressão, temperatura e glicemia. Nos municípios B e C eram técnicas de enfermagem quem realizavam as escutas e os procedimentos. Tanto a consulta médica como a de enfermagem também eram realizadas no domicílio, com agendamento prévio, e em praticamente todos os casos por solicitação dos ACS. As visitas dos ACS eram prioritariamente para usuários que apresentam doenças crônicas ou quadro agudo de outras demandas, para gestantes, e para idosos. Após a implantação do NASF, as visitas e atendimentos domiciliares passaram a ser realizadas também por esses profissionais, inicialmente em conjunto com profissionais da ESF.

A cobertura populacional varia de 44,57% a 100%, estando abaixo da média nacional (63,70%) apenas no município B, que tem população estimada de 8.424 habitantes e apenas 1 eSF implantada. Dois municípios contam com eSB, e todos implantaram equipes NASF da modalidade 3 entre março e setembro do ano de 2014, como apresentado na Tabela 4.3.

Tabela 4.3 – Dados gerais das equipes de saúde da família por município

	Município A	Município B	Município C	Município D
Tipos de Serviços de saúde	Municipais e Privados	Municipais e Privados	Municipais e Privados	Municipais
ESF implantadas	2	1	1	1
Cobertura populacional estimada (ESF)	100%	44,57%	99,91%	100%
ACS implantados	10	6	5	5
eSB implantadas	–	–	1	1
NASF implantados	1	1	1	1
Modalidade NASF	3	3	3	3
Data de implantação NASF	Jun/2014	Out/2014	Mar/2014	Set/2014

Fonte: A autora.

Em consulta ao CNES, constatou-se que as equipes NASF dos quatro municípios são compostas por dois a três profissionais, com carga horária de 20h a 40h semanais. Visto que os dados no CNES obtidos no mês anterior a pesquisa de campo diferem dos dados coletados na pesquisa de campo em três dos municípios, nos resultados desta pesquisa serão utilizados os dados de campo, porém na Tabela 4.4 também é possível visualizar as composições das equipes de acordo com o CNES.

É importante mencionar que, de acordo com a gestão do município B, a profissional de educação física é de outro setor e está prestando serviço temporariamente até a contratação de um profissional de educação física 20h e de terapeuta ocupacional 20h, ambos específicos para o NASF. Após 60 dias da realização da pesquisa, foram consultados os dados referentes a outubro de 2017 no CNES e não houve alteração da equipe. No mesmo município, a nutricionista refere que sua carga horária é dividida entre NASF e outro serviço da rede. Também é importante destacar que houve a inclusão de cirurgião dentista no NASF do município D, que “substituiu” psicólogo no local e não é uma categoria prevista para compor o NASF. Embora seja possível inserir outras categorias profissionais no NASF, a carga horária de outros profissionais não descritos na portaria 154/2008 (Brasil, 2008a) não é considerada no cálculo da carga horária mínima estabelecida para cada modalidade de NASF e não tem efeitos para repasse de recursos.

Tabela 4.4 – Composição das equipes NASF

Município	Fonte	Profissionais e Carga horária
Município A	Dados CNES	Assistente Social 30h; Nutricionista 40h; e Psicólogo 40h.
	Coleta de dados	Não diverge.
Município B	Dados CNES	Nutricionista 40h; Profissional de Educação Física 40h.
	Coleta de dados	Nutricionista 20h; Profissional de Educação Física 20h.
Município C	Dados CNES	Assistente Social 30h; Nutricionista 30h; e Psicólogo 30h.
	Coleta de dados	Assistente Social 20h; Nutricionista 30h; e Psicólogo 30h.
Município D	Dados CNES	Fisioterapeuta 40h; Nutricionista 20h; e Psicólogo 40h.
	Coleta de dados	Fisioterapeuta 30h; Nutricionista 20h; e Cirurgião Dentista (não foi informada carga horária no NASF).

Fonte: CNES (2017) e a autora.

A partir da Tabela 4.4, constata-se um predomínio de nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e profissional de educação física na composição das equipes NASF, o que se dá também em nível nacional, como mencionado na introdução deste trabalho.

Outra característica importante com relação à organização do trabalho das eSF é que o NASF, em todos os municípios, é um serviço de porta de entrada do sistema, embora em sua portaria conste que

Os NASF não se constituem em 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, 2008a).

Na PNAB aprovada em 2017, ressalta-se que os NASF não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Ou seja, não se configura como um serviço de porta de entrada. Os atendimentos, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica (Brasil, 2017).

Entretanto, nos quatro municípios, grande parte da demanda para atendimento específico não compartilhado dos profissionais do NASF é espontânea ou por encaminhamento médico da própria ESF ou do Centro de Saúde e/ou Especialidades. O acompanhamento era iniciado sem discussão prévia com a ESF ou mesmo entre a própria equipe NASF. O município C dispunha de recepção e espaço físico exclusivo

do NASF, e tanto no município C quanto no B o NASF atuava de forma praticamente independente da ESF.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL

Através do questionário (Apêndice B), foi possível identificar o perfil geral dos profissionais que compõem a AB nos quatro municípios. Dos 29 participantes, um sujeito com cargo de gestão entregou o questionário em branco, alegando falta de tempo para resposta. Dos 28 sujeitos que responderam ao questionário, 82,1% se identificaram como do sexo feminino, com predominância de faixa etária entre 30 e 39 anos, seguida de 20 a 29 anos. A maior parte dos profissionais residem no município onde trabalha, inclusive sendo este um critério para contratação do ACS. Dos 35,7% que residem em outros municípios diferentes dos quais onde trabalham, quatro são profissionais do NASF, três são médicos, um é profissional de psicologia da ESF, um é técnico(a) de enfermagem e um é coordenador(a) de Atenção Básica. Os dados são apresentados na Tabela 4.5.

Preencheram o questionário 11 ACS, dois assistentes sociais do NASF, dois enfermeiros, três médicos, quatro nutricionistas do NASF, um psicólogo clínico da ESF, dois técnicos de enfermagem, e três profissionais que ocupam cargo de gestão, sendo um secretário(a) de saúde e dois coordenadores de AB. Nos itens de formação profissional e instituição de ensino de formação foram consideradas apenas as respostas dos dois profissionais com cargo de nível técnico e dos 15 profissionais com cargo de nível superior. Desses, 41,2% têm de 6 a 10 anos de formado, seguido por 29,4% de profissionais que têm entre 1 e 5 anos de formação. Os dados detalhados são apresentados na Tabela 4.6.

Os três profissionais com tempo de formação maior ou igual a 16 anos foram dois médicos e o psicólogo clínico. Do total de sujeitos, apenas os três médicos que participaram do estudo se formaram em instituições públicas de ensino, enquanto os demais 82,3% dos profissionais se formaram em instituições privadas.

Tabela 4.5 – Perfil geral dos sujeitos entrevistados

Variáveis	Alternativas	N	Percentual
Sexo	Feminino	23	82,1%
	Masculino	5	17,9%
Idade (anos)	20 a 29	6	21,4%
	30 a 39	13	46,4%
	40 a 49	2	7,2%
	50 ou mais	7	25%
Reside no município onde trabalha?	Sim	18	64,3%
	Não	10	35,7%

Fonte: A autora.

Tabela 4.6 – Perfil profissional dos sujeitos entrevistados

Variáveis	Alternativas	N	Percentual
Cargo atual	ACS	11	39,3%
	Assistente Social (NASF)	2	7,1%
	Enfermeiro (ESF)	2	7,1%
	Médico (ESF)	3	10,7%
	Nutricionista (NASF)	4	14,3%
	Psicólogo Clínico (ESF)	1	3,6%
	Técnico de Enfermagem (ESF)	2	7,1%
	Coordenador de AB	2	7,1%
	Secretário de Saúde	1	3,6%
Tempo de formação profissional (anos)	1 a 5	5	29,4%
	6 a 10	7	41,2%
	11 a 15	2	11,8%
	16 ou mais	3	17,6%
Instituição de Ensino Superior ou Técnico	Particular	14	82,4%
	Pública	3	17,6%

Fonte: A autora.

A maior parte dos participantes está pela primeira vez vinculado a AB e apenas 17,9% mencionaram experiência anterior na área, sendo eles dois médicos, um sujeito no cargo de secretaria de saúde, um coordenador de AB e um profissional de enfermagem. Todos os profissionais do NASF estavam pela primeira vez na área de saúde coletiva, saúde da família.

Nos quatro municípios os profissionais da ESF são concursados e em apenas dois os do NASF também são. Nos dois municípios em que a contratação do NASF não se dá por concurso público municipal, o processo seletivo de contratação se dá por uma única Organização Social localizada em outro município na região. A terceirização na área da saúde é recente nos pequenos municípios da região e é utilizada para contratação principalmente de médicos e profissionais da equipe NASF.

Dois municípios adotam a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), enquanto os outros dois mantêm vínculo Estatutário. O tempo de trabalho no cargo atual dos profissionais varia de menos de 1 ano a 12 anos, com predominância entre 7 e 9 anos (28,6%), seguido de 4 a 6 anos (25%). O maior tempo de vínculo é principalmente entre os integrantes da ESF, uma vez que os NASF foram implantados apenas no ano de 2014 nos quatro municípios e apenas um profissional do NASF já estava vinculada a prefeitura do município anteriormente, em outro setor.

Anterior à implantação das equipes NASF, os municípios A, B e D possuíam a equipe NASF intermunicipal. Tal modalidade de NASF foi criada pelo MS como alternativa para municípios que não atingiam as proporções estipuladas para implantação do NASF 2. O NASF intermunicipal tinha um município sede, onde permanecia dois dias da semana, e nos outros três dias realizava ações nos municípios A, B e D. A equipe era composta por 5 profissionais de diferentes áreas de formação. Eram realizados grupos de atividades, eventos, visitas domiciliares e atendimentos individuais, sendo que o controle da agenda de atendimentos e visitas domiciliares era da ESF. Com a criação dos NASF 3, o consórcio intermunicipal foi encerrado em 2013 e a implantação do NASF 3 ocorreu no ano seguinte.

Embora a implantação seja relativamente recente, nenhum dos municípios manteve a mesma equipe NASF. No município C não houve rotatividade, mas a equipe teve início com 4 profissionais, sendo esses o assistente social, o psicólogo, o nutricionista e o terapeuta ocupacional, e após desligamento da profissional de terapia ocupacional, não houve reposição. O município D iniciou com uma profissional de nutrição, e poucos meses depois iniciaram profissionais de psicologia e fisioterapia,

mas o psicólogo se desligou do serviço seis meses antes da pesquisa, sendo substituído por profissional cirurgião dentista. Os municípios A e B mantiveram apenas um integrante desde o início. No Município B, a equipe era composta por profissionais de nutrição, fonoaudiologia e psicologia. Estes dois últimos foram realocados em outros serviços do município, e na data da pesquisa havia apenas nutricionista. A maior rotatividade de equipe ocorreu no Município A, que, embora desde o início teve em sua composição os profissionais de nutrição, psicologia e serviço social, houveram três formações em que apenas nutricionista permaneceu na equipe desde o início. A rotatividade de profissionais, relacionada principalmente a forma de contratação, é apontada por Martinez et al. (2016) e Correia et al. (2017) como um fator que compromete na consolidação da proposta do NASF, o que é relatado por alguns profissionais entrevistados neste estudo. Outro fator significativo associado à rotatividade foi a faixa salarial, que é de um a dois salários mínimos em dois municípios tanto para carga horária de 30h quanto de 40h, e de três salários mínimos nos outros dois municípios, também para cargas horárias de 30h e 40h.

Com relação à ESF, todos os ACS e técnicos de enfermagem recebem entre um e dois salários mínimos, os enfermeiros até quatro salários mínimos e os médicos seis ou mais salários mínimos, demonstrando discrepância no valor de salário entre as diferentes categorias profissionais, mesmo considerando a carga horária. Os gestores, que neste estudo são secretários de saúde ou coordenadores de AB, recebem entre três e quatro salários mínimos. No geral, 57,2% dos sujeitos recebem entre um e dois salários mínimos e 67,9% mencionam receber algum tipo de benefício. Embora todos os municípios tenham sido contemplados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB)³, apenas o município C disponibilizou gratificação financeira aos ACS e enfermeiros da ESF, de forma que apenas 10,7% dos sujeitos entrevistados recebem alguma gratificação financeira vinculada ao PMAQ-AB (R\$300,00 a cada 3 meses, uma gratificação trimestral que equivale a 10,67% do salário mínimo). As informações estão sintetizadas na Tabela 4.7.

³ O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (Brasil, 2016).

Tabela 4.7 – Características gerais de vínculo empregatício

Variáveis	Alternativas	N	Percentual
Primeiro trabalho na AB?	Sim	23	82,1%
	Não	5	17,9%
Tempo de trabalho	Menos de 1 ano	4	14,3%
	1 a 3 anos	4	14,3%
	4 a 6 anos	7	25%
	7 a 9 anos	8	28,6%
	10 a 12 anos	5	17,8%
Faixa Salarial	1 a 2 salários mínimos	16	57,2%
	3 salários mínimos	6	21,4%
	4 salários mínimos	3	10,7%
	5 salários mínimos	0	0%
	6 ou mais salários mínimos	3	10,7%
Tipo de vínculo	CLT	15	53,6%
	Estatutário	13	46,4%
Recebe benefícios?	Sim	19	67,9%
	Não	9	32,1%
Recebe valor adicional do PMAQ-AB?	Sim	3	10,7%
	Não	25	89,3%

Fonte: A autora.

4.3 EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE

A relevância da formação no SUS surge a partir de discussões referentes à fragilidade da formação técnica e superior na área da saúde. Com relação à formação técnica, Pereira e Ramos (2006) publicaram um livro com coletâneas de seus estudos referentes a formação profissional dos trabalhadores de nível fundamental e médio na área da saúde, afirmando que essa tem sido insuficiente tanto qualitativamente como

quantitativamente, sendo frequentemente calcada na reprodução técnica e mecânica dos procedimentos aprendidos no cotidiano de trabalho.

Com relação à formação no ensino superior, Campos et al. (2012) afirmam que um dos maiores problemas é o distanciamento entre o que é ensinado e a realidade dos serviços de saúde. Os autores ainda discutem o fato da graduação ainda carregar marcas do flexnerianismo, centrado na pesquisa biológica e na especialização.

A formação ainda centrada no modelo biomédico também não considera a diversidade dos serviços de saúde pelo país (Campos et al., 2012), que passam por mudanças constantemente diante a implantação de novas tecnologias e mudanças nos processos de trabalho. Para Falkenberg et al. (2014), essa diversidade é um dos fatores que aponta a necessidade de existir algo para além da graduação, com objetivo de tornar os profissionais aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como trabalhadores, e dos usuários e a resolubilidade do sistema. Campos et al. (2012) também ressaltam que a graduação não deve ser compreendida como um processo de formação completo e acabado.

Nas entrevistas abertas, a graduação e a pós-graduação foram mencionadas por três profissionais do NASF, um da gestão e por um profissional de enfermagem. Ambos referem que a formação não os preparou para o trabalho na AB, tanto por não preparar para o trabalho em equipe, para realização de ações coletivas e intersetoriais, como por não apresentar dados concretos e aprofundados sobre o SUS:

Na minha graduação se falava mais em hospital, mais em cozinha, não no SUS. O SUS foi pouco trabalhado, nem era tanto trabalhado. Trabalhava a questão das leis sobre alimentação, mas não se falava em atenção básica. Era muito curta a matéria e não era voltada para AB, falava sobre o SUS, mas não entrava nele. Depois na pós-graduação não foi nada na área, porque foi terapia nutricional para hospital (Shirley - NASF).

Na faculdade você aprende as teorias e parece tudo fácil de conseguir e você se ilude, porque na prática atender visando só as leis e as verbas do município, não conseguimos muito [...] eu tenho carga horária bem extensa com prontuários, protocolos, cotação de preços, relatórios, prestação de contas, então não rende muito e não consigo me capacitar mais, não consigo tempo para estudo devido a ter duas funções (Marcia - NASF).

A gente teve uma formação, foi preparada para uma saúde pública onde a gente não ia ter certos profissionais. Você é preparada para ser meio assistente social, meio psicólogo... eu resolvia tudo, eu ligava no CRAS, eu ligava não sei onde, porque fomos preparados para isso porque não era essa realidade, mas agora está mudando, agora a proposta é você fazer seu serviço e terá alguém melhor para fazer outra coisa. Eu acho que o desafio é esse, de nós sermos ainda centralizadores (Silmara - ESF).

O próprio MS aponta que a formação na graduação e pós-graduação em saúde não capacita o profissional para trabalhar na lógica do apoio matricial e que questões essenciais como o trabalho em equipe, vínculo e coordenação do cuidado são raramente aprofundadas. Diferentes estudos sobre o NASF abordam ou mencionam a formação oferecida nas graduações como insuficiente (Anjos et al., 2013; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Nascimento; Oliveira, 2015; Sampaio et al., 2015; Shimizu; Fragelli, 2016; Moretti; Fedosse, 2016; Martinez et al., 2016; Souza; Calvo, 2016).

A Educação Permanente (EP) tornou-se política nacional através da portaria 198/GM de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004). O MS propõe a EP como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde (Brasil, 2004; 2005). Muitas ações e programas foram criados nas últimas décadas para melhorar a formação e, consequentemente, fortalecer o SUS. A exemplo, o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) foi criado pelo MS, a partir do decreto 7.385 de 8 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010c), para atender às necessidades de capacitação e de EP dos profissionais de saúde que atuam no SUS. A plataforma oferta cursos de extensão, aperfeiçoamento, especialização e mestrado profissional, todos gratuitos e na modalidade a distância. Neste estudo, apenas cinco participantes mencionaram conhecer as plataformas como UNA-SUS, embora alguns sujeitos mencionassem a distância entre a cidade de trabalho e/ou de moradia como um dificultador para realização de cursos de capacitação e de pós-graduação *latu-senso* (especialização).

Ceccim (2005) aborda a relevância e a viabilidade de disseminar capacidade pedagógica por toda a rede do SUS e de descentralizar a gestão deste processo até uma configuração de base local regional, que seria maior que um município, porém menor que o estado. Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde se reestruturou em 2006 e criou os Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ), nos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) a fim de coordenar as articulações regionais da Política de Educação Permanente no Estado de SP.

Em 16 entrevistas houve a menção da realização de algum curso de atualização ou capacitação profissional, com duração de no mínimo 8h, e 23 sujeitos mencionaram cursos com 40h ou mais. Apenas 4 entrevistados não se referiram a nenhuma atividade nesse sentido, de forma que 85,7% dos participantes realizaram entre 1 e 8 cursos nos últimos 10 anos. Entretanto nem todos os participantes se recordaram, sendo que aqueles que se lembravam não sabiam com precisão o nome

e a carga horária, descrevendo apenas o que recordavam por meio de temas e não necessariamente o título correto. Nem todos sabiam a natureza da atividade e quem ofereceu (DRS, município ou outros). As atividades realizadas estão dispostas na Tabela 4.8, de acordo com as categorias profissionais que a mencionaram. A carga horária foi dividida em dois grupos, sendo esses de menor que 40 horas ($< 40h$) ou maior ou igual a 40 horas ($\geq 40h$); o local foi dividido entre externo (na DRS ou outros) e interno (no município).

A partir da Tabela 4.8, conclui-se que todas as atividades educativas foram realizadas fora do município. Nota-se também que apenas dois profissionais realizaram cursos de especialização com tema Saúde da Família, sendo eles um médico e uma enfermeira. Duas nutricionistas referem ter realizado especialização em Terapia Nutricional, com foco para atenção hospitalar. Com relação à residência médica, nenhum dos entrevistados cursou saúde da família e da comunidade. As formações desses foram em pediatria, clínica médica e dermatologia.

Não houve menção sobre a realização de cursos com o tema NASF por nenhum sujeito. Com relação aos gestores e coordenadores, dois realizaram apenas cursos temáticos na área da saúde e um deles realizou apenas cursos de capacitação com temas direcionados para gestão. De uma forma geral, os temas descritos são relevantes na prática de saúde dos profissionais e para as instituições, tal como “Caminhos do Cuidado”, que é um curso de formação em saúde mental (álcool, crack e outras drogas) para ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem da AB. Na região, onde o cuidado em saúde mental se dá quase exclusivamente na AB, o curso foi disponibilizado também para profissionais de nível superior que desejassem aprimorar os conhecimentos na área. No entanto, apenas três mencionam tê-lo realizado.

De acordo com alguns entrevistados, algumas ofertas de capacitação estiveram atreladas a demandas regionais, como a capacitação em controle de vetores, oferecida em 2014, quando a região teve alta incidência de casos de dengue. Outro exemplo é a capacitação para Teste Rápido, que foi um incentivo do Governo de Estado no ano de 2014, com objetivo de ampliar ações com foco nas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), atualmente denominadas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), e houve grande incentivo para que os pequenos municípios implantassem testes rápidos diante do aumento de casos de DSTs. Tal capacitação só pôde ser realizada por profissionais de nível superior e teve como objetivo habilitar os profissionais para realização do teste rápido.

Tabela 4.8 – Cursos realizados por categoria profissional

Categoria Profissional	Cursos Mencionados	N.	Carga Horária	Local
Agentes Comunitários de Saúde	Módulo 1 ACS	10	≥ 40h	Externo
	Caminhos do Cuidado	8	≥ 40h	Externo
	Acolhimento	1	< 40h	Externo
	Gestão de Unidades de Saúde	1	≥ 40h	Externo
	Primeiros Socorros	1	< 40h	Externo
Assistente Social	Caminhos do Cuidado	1	≥ 40h	Externo
	Humanização	1	< 40h	Externo
	Teste Rápido	1	< 40h	Externo
Coordenador de AB	Imunobiológicos	1	< 40h	Externo
	Teste Rápido	1	< 40h	Externo
	Rastreamento de Câncer Cervical	1	< 40h	Externo
	Administração (especialização)	1	≥ 40h	Externo
	Recursos Humanos	1	≥ 40h	Externo
Enfermeiro (a)	Caminhos do Cuidado	1	≥ 40h	Externo
	Saúde da Família (especialização)	1	≥ 40h	Externo
	Humanização	1	< 40h	Externo
	Acolhimento	1	< 40h	Externo
	Controle de Vetores	1	< 40h	Externo
	Imunobiológicos	1	< 40h	Externo
	Teste Rápido	1	< 40h	Externo
	Urgência e Emergência	1	< 40h	Externo
	Gestão de Unidades de Saúde	1	≥ 40h	Externo
	Pré-Natal	1	< 40h	Externo
Médico (a)	Atendimento Avançado em Trauma	1	< 40h	Externo
	Eletrocardiograma	1	< 40h	Externo
	Refluxo Gastresofágico	1	< 40h	Externo
	Imunização	1	< 40h	Externo
	Terapia Intensiva	1	≥ 40h	Externo
	Dermatologia (Residência médica)	1	≥ 40h	Externo
	Saúde da Família (especialização)	1	≥ 40h	Externo
Nutricionista	Terapia Nutricional (especialização)	2	≥ 40h	Externo
	Prescrição de dietas enterais	1	< 40h	Externo
	Doenças Crônicas na Rede de Atenção à Saúde	1	< 40h	Externo
	Assistência domiciliar na AB	1	≥ 40h	Externo
	Teste Rápido	1	< 40h	Externo
Psicólogo (a)	Psicologia Transpessoal (especialização)	1	≥ 40h	Externo
	Teste Rápido	1	≥ 40h	Externo
	Caminhos do Cuidado	1	< 40h	Externo
	Antitabagismo	1	< 40h	Externo
Técnico (a) de Enfermagem	Caminhos do Cuidado	2	< 40h	Externo
	Controle de Vetores	1	< 40h	Externo
	Acolhimento	1	< 40h	Externo
	Humanização	1	< 40h	Externo

Fonte: A autora.

Outras ofertas, como acolhimento e humanização que são temas inter-relacionados, correspondem com as necessidades da AB para uma revisão dos modelos assistenciais. As cartilhas da Política de Humanização são tidas como estratégias para implantação de novas tecnologias em saúde, para promover ações de saúde na AB (Martiniano et al., 2014).

De forma geral, as capacitações mencionadas são ações de educação continuada (EC) e estão vinculadas a propostas ministeriais com foco em demandas e necessidades específicas, com poucos temas mencionados estando diretamente relacionados com a prática na APS ampliada. A grande maioria foi realizada na DRS e/ou pela DRS, que possui um papel relevante na EP dos pequenos municípios mas que, segundo os entrevistados, não consegue contemplar as necessidades e demandas, como pode ser visto nos seguintes trechos:

Eu não vejo o município sozinho, porque quando você busca via DRS você tem o respaldo, mas só quando a gente busca. Se você não buscar... Eu acho que o articulador tem um papel muito importante, assim como as capacitações do nível federal. Estou aqui a 7 meses e não tive uma pergunta sobre o NASF, nenhuma oferta sequer sobre capacitação ou treinamento para equipes de ESF e NASF, não tive (Jaqueline - gestão)

É uma coisa que já foi falada e cobrada, a questão de EP, cursos e tal. Mas muito difícil. A DRS oferece alguns cursos, mas tem horas que a equipe não consegue ir, não bate horário (Márcio - gestão)

Durante a pesquisa foi brevemente orientado sobre o que é a educação permanente e pode-se dizer que a maior parte dos sujeitos acredita ser necessária a realização desta, mas nem todos têm clareza sobre a diferença entre a EP e a EC, utilizando ambas as denominações como sinônimos. Ambas são modalidades de educação no trabalho em saúde, mas que de acordo com alguns autores apresentam concepções distintas, como Peduzzi et al. (2009) e Falkenberg (2014).

A EC é um processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área por meio de escolarização formal: educação como transmissão de conhecimento. Já a EP é fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa. Está voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade e é embasada na problematização do processo de trabalho em saúde com objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho (Peduzzi et al., 2009; Falkenberg, 2014).

Porém, Miccas e Batista (2014), ao realizarem metassíntese da literatura sobre os principais conceitos e práticas relacionados à educação permanente em saúde,

encontraram estudos nos quais a mesma está relacionada diretamente à educação continuada, baseada em ações de caráter pontual, fragmentadas, e com metodologias tradicionais de ensino. Os autores ainda mencionam que em alguns estudos os profissionais dos serviços de saúde relacionam a EP à realização de cursos, reuniões de equipe para repasse de informações administrativas e capacitações específicas, o que foi identificado também neste estudo.

Dos 28 sujeitos, 25 responderam que acreditam ser necessária a EP, considerando esta como sinônimo de EC. Duas pessoas não assinalaram nenhuma resposta e apenas uma, que ocupa cargo de gestão, respondeu não acreditar ser necessário a educação permanente para sua atuação. Entre as possíveis propostas, seis pessoas não deram nenhum exemplo e as outras mencionaram de uma a três sugestões temáticas. Os temas propostos de acordo com a categoria profissional podem ser vistos na Tabela 4.9.

Nas entrevistas abertas, tanto os profissionais do NASF como os da ESF discorreram sobre dificuldade em compreender a proposta dos núcleos e/ou falta de conhecimento sobre. Entretanto, apenas um sujeito do NASF mencionou necessidade de atualização ou capacitação sobre conteúdos referentes a ações do NASF.

A chegada dos NASF na AB cria uma demanda de formação das equipes, tanto na qualificação para os cuidados básicos quanto para as mudanças de modelos de cuidado que antes não existiam (Sampaio et al., 2015). Nesta pesquisa, de uma forma geral, foram mencionados cursos de atualização, especialização e capacitação com enfoque nas categorias profissionais e conhecimento por áreas, como nutrição enteral domiciliar, farmacologia, pediatria (mencionada pelo médico pediatra), e doenças crônicas. Também foram citados temas pertinentes para reflexões sobre o cotidiano de trabalho e o modelo assistencial, como “saúde pública” e “saúde da família”. Entretanto, as indicações de temas estão sempre atreladas ao manejo de casos clínicos tidos como complexos, não sendo mencionadas formações voltadas para ampliação e/ou criação de ações de promoção de saúde, como práticas corporais ou artísticas, manejo de grupos, ou outros que não estejam diretamente vinculadas a demandas clínicas.

Tabela 4.9 – Proposta de educação permanente e/ou continuada por categoria profissional

Categoria Profissional	Cursos / Temas Mencionados	N. Sujeitos
Agentes Comunitários de Saúde	Módulo 2 ACS	4
	Temas gerais de Saúde Pública	2
	Humanização	1
	Acolhimento	1
	Saúde mental	1
Assistente Social	Atenção Básica	1
	Temas gerais de Saúde Pública	1
	Direitos Sociais	1
Coordenador de AB	Gestão de Serviços de Saúde (especialização)	1
Enfermeiro (a)	Saúde da Criança	1
	Saúde da Família (atualização)	2
Médico (a)	Pediatria (atualização)	1
	Saúde da Família (atualização)	2
Nutricionista	Nutrição enteral domiciliar	1
	Fitoterapia (especialização)	1
	Nutrição na Atenção Básica	1
	NASF (capacitação ou atualização)	1
Psicólogo (a)	Saúde Mental	1
	Farmacologia	1
Técnico (a) de Enfermagem	Temas gerais de Saúde Pública	1
	Doenças Crônicas	1

Fonte: A autora.

Destaca-se o fato de quatro dos onze ACS mencionaram o módulo 2 do curso de formação para ACS, uma vez que desde que iniciaram o trabalho só realizaram o primeiro módulo e não há previsão de quando realizarão outros. Explicaram que apenas a formação inicial não tem sido suficiente para lidar com a complexidade do cotidiano de trabalho. A formação técnica é um critério para ocupar o cargo de ACS e esse módulo inicial, de duração de 400h, é ofertada e financiada pelo MS (Brasil, 2006; 2008b).

A partir dos questionários e entrevistas, conclui-se que há predominância pela busca de educação continuada, principalmente voltada para doenças crônicas e/ou

melhoria de ações vinculadas a programas estratégicos do MS, como Saúde da Criança, embora nos discursos apareçam elementos significativos que apontem para a relevância da EP na região. Foi mencionado como tema a AB, a Saúde Pública e a Saúde da Família, mas por um número pequeno de sujeitos. Com base nesse resultado e na revisão bibliográfica utilizada, acredita-se que a EP pode ser uma estratégia para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores. O tema será retomado nos capítulos seguintes.

4.4 PERCEPÇÕES SOBRE O NASF

Neste item foi considerada a percepção que cada participante tem sobre o que é o NASF, quais os seus objetivos e atividades de acordo com o que é preconizado pelo MS, ou como eles idealizam esse trabalho, independentemente de como este tem sido realizado nos municípios. Os entrevistados falam de suas percepções a partir do que compreendem como NASF, quais os objetivos desse e quais seriam as suas atividades. As percepções e conhecimentos sobre o trabalho que é realizado será discutido a partir do próximo item, nomeado como o trabalho do NASF nos municípios estudados.

4.4.1 O que é o NASF?

Os NASF são equipes multiprofissionais, que se constituem como apoio especializado na AB, realizando ações compartilhadas com as eSF, o que não significa necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações (Brasil, 2014). De acordo com o MS, não se constitui enquanto ambulatório de especialidades e sua demanda é recebida por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, o que também evita ou qualifica os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção. O NASF ajuda a aumentar a capacidade

de cuidado das equipes de Atenção Básica e agrega novas ofertas de cuidado nas UBS (Brasil, 2010a; 2014).

Através das entrevistas, nota-se que o termo “apoio” surge diversas vezes como meio de explicar a função do NASF. Ele é mencionado em 16 entrevistas: de dois gestores, dois profissionais NASF, sendo as duas da mesma equipe, e de 12 profissionais de ESF dos quatro municípios.

Em duas das entrevistas, ambas do mesmo município, o apoio é direcionado exclusivamente ao ACS, como pode ser visto nos recortes das entrevistas abaixo:

No meu entendimento NASF é um apoio aos ACS, em áreas específicas que eles não têm conhecimento (Márcio - gestão).

O NASF é o núcleo de apoio à saúde da família. Elas vêm para nos ajudar (aos ACS) com os problemas que a gente vê nas visitas domiciliares, a gente vê o problema e passa para elas. Eu acho que NASF é isso, ajudar o agente de saúde ou ESF com visitas, com as ações, com todas as coisas que precisam ser feitas (Noélia - ESF).

Além do apoio estar vinculado ao ACS, na fala de Noélia o “ver o problema e passar” também aponta para o entendimento de apoio como um suporte assistencial, após encaminhamento, sem a discussão de casos ou matriciamento. Tal fato não corresponde com a primeira diretriz federal do CAB 27 (Brasil, 2010a), que prevê atendimentos pela equipe NASF apenas em “situações extremamente necessárias”, pactuados com a eSF, que é a coordenadora do cuidado. Já o documento mais recente, CAB 39 (Brasil, 2014), ressalta o papel do NASF não apenas como apoio para os profissionais da eSF, mas também para os sujeitos matriciados, porém sem especificar quais seriam “situações clínicas prioritárias” para esses atendimentos individuais. Dessa forma, conclui-se que não há uma clareza para definição de critérios para os atendimentos individuais específicos não compartilhados.

Em outras 15 entrevistas, o termo apoio é relacionado à ESF de formas distintas e em alguns momentos como mera reprodução de conceitos pouco compreendidos, como por exemplo, na entrevista de sujeitos que descrevem o NASF como um núcleo de apoio à saúde da família, apenas explicando as siglas sem conseguir explorar o sentido e/ou significado dela:

Um núcleo de apoio à ESF, que surge para agregar ao trabalho da ESF [...] Apoio em todos os campos de atuação da ESF (Jaqueline - gestão).

Um apoio à equipe da ESF [...] os nossos pacientes, famílias cadastradas conosco, ao invés de ir à clínica, que já fica mais para outros pacientes, têm o tratamento deles aqui na ESF (Fernanda - ESF).

Um núcleo de apoio. Supre a necessidade da cidade, do que acaba faltando dentro da unidade (Gil - ESF).

É o apoio do PSF, apoio ao PSF. Tem psicólogo, nutricionista, assistente social (Helena - ESF).

Nas entrevistas em que não foi referido o termo “apoio”, o NASF é subentendido como uma equipe multiprofissional que amplia as especialidades dentro da UBS. Uma possibilidade de ampliação das categorias profissionais dentro da ESF:

Eu entendo que é um meio de abranger uma maior parte de atendimentos em outras modalidades profissionais, como psicólogo, fono, TO, nutricionista (Judite - ESF).

O trabalho do NASF é complementar a atividade que a Estratégia de Saúde da Família desenvolve, complementa as atividades com profissionais de fisioterapia e nutrição, psicologia (Andreza - gestão).

O termo “apoio” é bastante mencionado em todos os documentos que discorrem sobre o NASF, e assim ocorre também nas falas dos sujeitos quando questionados sobre o que é esse núcleo, bem como em outros momentos das entrevistas. Para o MS (Brasil, 2010a), o correto entendimento da expressão “apoio” remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às eSF.

Segundo Castro et al. (2016), o apoio matricial é uma estratégia de cogestão para o trabalho interprofissional e em rede que valoriza, entre outras coisas, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde. Cunha e Campos (2011) afirmam que tal estratégia pretende oferecer tanto a retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Pode favorecer desde

um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos (Cunha; Campos, 2011, p. 964).

Dessa forma, pode-se inferir que a compreensão sobre apoio tida pela maior parte dos entrevistados difere da ideia que é proposta pelo MS e defendida por Cunha e Campos (2011) e Castro et al. (2016), sobre o apoio matricial como um recurso para a organização do trabalho em saúde na APS com objetivo de reduzir a fragmentação da atenção a partir de uma ideia de cuidado interdisciplinar.

Outro ponto relevante é que em todas as entrevistas é mencionado que o NASF é uma equipe, mas nem todos deixam claro que tipo de equipe seria. São mencionados os termos multiprofissional, multidisciplinar e interdisciplinar. De uma forma geral, há predomínio da concepção de equipe multiprofissional, para a definição de equipe NASF na região, mas assim como o termo “apoio” não é muito explorado pelos entrevistados, o termo “equipe” e suas definições emergem de forma vaga.

Do ponto de vista dos entrevistados, a inserção dessas equipes proporciona a elaboração e desenvolvimento de ações diversificadas, para além do que realizam na ESF. Também favorecem a redução de encaminhamentos seja por proporcionar atendimentos dentro de especialidades no próprio município, ou por criar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, evitando a necessidade de acompanhamento futuro na atenção secundária ou terciária:

O NASF é uma forma de ampliar a equipe. Ter as especialidades que muitos municípios não têm [...] ter mais profissional na ESF, o que evita estar mandando essa pessoa para outro local, que às vezes é mais longe para ir. Tendo ele dentro da ESF, fica mais acessível para as pessoas buscarem ajuda (Lúcia - ESF).

O NASF supre a necessidade da cidade, o que acaba faltando dentro da unidade. Eles vêm para complementar, entram diferentes disciplinas, evita encaminhamentos desnecessários, como para o endócrino ou psiquiatra (Gil - ESF).

É uma forma de diminuir gastos com encaminhamentos porque ao invés de transportar o paciente, você tem a facilidade dele ser atendido ali, junto com a ESF, é mais fácil. Antes de existir o NASF, você levava 2 a 3 meses para conseguir uma consulta porque nós não tínhamos e referência é outro município (Judite - ESF).

Os termos “promoção” e principalmente “prevenção de saúde” aparecem diversas vezes no conteúdo das entrevistas de todos os gestores, e da maior parte dos profissionais do NASF e da ESF. Em alguns momentos, os termos surgem para dar ênfase de que o trabalho do NASF não é “curativo”:

Eu entendo e vejo o NASF como uma equipe de apoio às ESF, voltado mais a prevenção e promoção do que ao curativo (Silmara - ESF).

O NASF seria um trabalho de prevenção. Pegar uma população ainda saudável para que a gente pudesse fazer um trabalho mesmo de prevenção, e não de cura (Márcia - ESF).

Embora “promoção” e “prevenção” sejam mencionadas diversas vezes, não há clareza da diferenciação entre essas para os sujeitos. Em suas falas, os termos aparecem atrelados e a eles é atribuído o objetivo de evitar ações curativas a partir da possibilidade de “evitar” a doença, principalmente se essa for crônica. Dessa forma,

acreditam que as principais atividades das eSF sejam de promoção e prevenção para que assim sejam evitados gastos ou cuidados especializados durante e após enfermidades, não sendo então responsabilidade ou foco em outras áreas. Porém, desde a origem do NASF, o MS preconiza que a atuação dessas equipes, junto as eSF deve incluir ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura (Brasil, 2010a).

O entendimento do NASF como equipe que complementa e promove ações de promoção e prevenção é evidenciado quando os sujeitos falam sobre os objetivos e atividades do NASF, que serão discutidos adiante.

Em suma, identifica-se que o NASF é compreendido como uma equipe com profissionais de diferentes especialidades, que apoia ou complementa a ESF com ações que devem ser prioritariamente de prevenção e promoção de saúde, no locus da AB, ampliando a gama de ações e reduzindo encaminhamentos para outros pontos de atenção e/ou outros municípios de referência. Porém cabe salientar que a redução de encaminhamentos está relacionada com a possibilidade de acompanhamento clínico, de diferentes especialidades, dentro do município, o que também será retomado mais a diante.

Desde o primeiro documento ministerial sobre o NASF há a menção do termo “apoio”, mas sem fazer referência direta ao modelo teórico de “apoio matricial”. O mesmo só foi abordado no CAB 27 (Brasil, 2010a), que teve versão preliminar divulgada em 2009 e versão final publicada no ano de 2010. Nota-se que na região estudada há pela maior parte dos sujeitos o desconhecimento sobre o material técnico que norteia as ações do NASF, assim como as ações da ESF. Quando há o conhecimento, ele se dá a partir de iniciativa pessoal e nem sempre há aplicabilidade por diversas razões, tais como dificuldade na comunicação entre as equipes e falta de interesse da gestão local. Sampaio et al. (2013), ao realizarem estudo sobre as acepções atribuídas ao apoio matricial da prática do NASF, identificam uma variabilidade das vertentes do apoio matricial, o que possivelmente permite que cada gestão municipal o direcione da forma que melhor convier à política de saúde que pretende implantar. Os autores ainda afirmam que a escolha de uma ou mais concepções de apoio matricial por uma gestão “não ocorre apenas por opção técnica, mas é influenciada por uma variedade de fatores políticos e econômicos que influenciam a adoção de um determinado modelo técnico-assistencial em saúde” (Sampaio et al., 2013, p. 54).

4.4.2 Os objetivos do NASF

O principal objetivo na criação do NASF foi apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência, a qualidade e o escopo das ações da AB, bem como aumentar sua resolutividade (Brasil, 2010a; 2014). Portanto, faz-se necessário retomar o objetivo da AB, que de acordo com a PNAB (Brasil, 2012b, p. 19) é: “desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e dos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”. Com isso, é possível compreender que o objetivo do NASF está relacionado à ampliação da efetividade e eficácia, promoção da integralidade e do acesso universal, entre outros.

Poucos sujeitos trouxeram em suas falas os objetivos da AB, da ESF ou do NASF. Ao abordar sobre o objetivo do NASF, os entrevistados, de forma geral, discorreram sobre o que é o NASF e quais são suas estratégias de ação. Mencionaram como principal objetivo o apoio, a complementação ou a “ajuda” à ESF, explicando ou exemplificando tal apoio a partir da realização de ações coletivas, eventos e grupos de atendimento, assim como a possibilidade de atendimentos de especialidades. Embora grande parte tenha mencionado o apoio para explicar o que é o NASF, reutilizaram o termo “apoio” para afirmar esse como objetivo.

Sete sujeitos mencionam como objetivo do NASF a redução dos encaminhamentos, explicando que o núcleo possibilita o atendimento que antes ocorreria em outro serviço ou em outro município, na própria ESF, a exemplo de consultas com fisioterapeuta. Também associam o NASF a uma possível redução de gastos da secretaria de saúde, uma vez que não é mais necessário pagar as despesas de deslocamento de usuários para outros municípios e um menor número desses sujeitos associa essa redução de gastos ao fato do NASF proporcionar ações que evitam o agravamento de doenças, consequentemente reduzindo as possibilidades de o usuário demandar serviços de alta complexidade:

[...] acredito que (o NASF) é para reduzir danos, que reduzindo danos reduzimos gastos. Se a gente consegue evitar que o paciente desenvolva obesidade, ele vai evitar desenvolver uma hipertensão ou um diabetes, então acredito que seja redução de danos e posterior redução de gastos (Flávia - NASF).

Evitar os encaminhamentos desnecessários. O NASF ajuda o município a conseguir solucionar de maneira mais simples e mais econômica, porque a

alta complexidade acaba sendo mais cara, então resolve nesse ponto (Gil - ESF).

Ao considerar a resolutividade na AB, sabe-se que a qualificação e redução de encaminhamentos e consequente redução de filas de espera de especialidades são relevantes. Isso resultaria na ampliação da capacidade de coordenação e continuidade do cuidado a partir da utilização mais racional dos recursos terapêuticos na RAS (Brasil, 2014), mas as entrevistas apontam para uma visão de NASF/ESF implicado com a redução de gastos.

Não há estudos que comprovem redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) relacionada a implantação e ampliação dos NASF. Contrário a isso, Moretti e Fedossi (2016), ao realizarem estudo exploratório em que coletaram dados referentes à implantação e expansão da ESF e do NASF e as taxas de ICSAB⁴, afirmam que ainda não impactou a redução em populações mais vulneráveis, dentro do contexto de determinantes sociais. Já Giovanella e Mendonça (2012b), afirmam ser possível identificar que os serviços de Saúde da Família apresentem resultados mais positivos quando comparados com AB tradicional, assim como é possível a redução de hospitalização por condições sensíveis à AB em locais onde houve implantação da ESF. O estudo destas autoras está relacionado apenas com a implantação e expansão da ESF.

Moretti e Fedossi (2016) chegaram à conclusão referida diante do fato de que o número dos NASF no Nordeste e a cobertura populacional foram maiores em relação às demais regiões, mas houve uma queda de ICSAB na região Centro-Oeste, onde tinha menor número de NASF implantados. Cabe salientar que as autoras utilizaram dados disponíveis com relação a ESF do ano de 1998 ao ano de 2016, e com relação ao NASF de 2010 a 2013, sendo esse um curto período para análise longitudinal da redução, ou não, das taxas de ICSAB a partir da implantação dos NASF.

Outro aspecto que emerge ao buscar reconhecer os objetivos do NASF é a análise do território. Para alguns sujeitos, a implantação dos núcleos pode aumentar a quantidade e qualidade dos atendimentos na ESF, mas quando as ações condizem com as características e demandas do território:

⁴ As Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde - CSAP são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz.

[...] não é “vamos fazer evento, vamos fazer caminhada”. Acho que não é assim. Está precisando fazer caminhada? Há público alvo para essa caminhada? Acho que o NASF veio para trabalhar em complemento com o que estava faltando no PSF, então não adianta jogar atividade aleatória, tem que ver qual é a realidade, vamos fazer um levantamento do que realmente está precisando? (Mônica - ESF)

Na fala de Mônica podemos identificar a associação do conceito de territorialidade para definição de estratégias para chegar ao objetivo do NASF. Embora o sujeito não demonstre ter clareza sobre tais conceitos, apresenta noções significativas para o trabalho na AB e aponta para a importância de identificar quais são as demandas e necessidades do território para definição do trabalho da equipe. As normativas do NASF mencionam a importância de se considerar a análise do território para o planejamento e realização de ações.

Apenas um participante mencionou que o apoio do NASF à ESF tem como objetivo a reestruturação da AB, apontando a necessidade de reorientação do modelo atual para que a ESF seja a porta de entrada:

[...] o NASF é equipe de apoio para reestruturar a AB, para ela ser mesmo a porta de entrada do serviço de saúde e o NASF ser mesmo um apoio das necessidades da equipe de ESF (Jaqueline - gestão).

A fala acima se distancia das outras por mencionar o NASF como apoio na reestruturação da atenção à saúde do município, enquanto outros sujeitos, em maioria, compreendem como objetivo do NASF a ampliação da abrangência e escopo de ações no âmbito da AB, para prevenção de doenças nos municípios. Ao utilizar o termo “reestruturação”, Jaqueline discorre sobre o desejo de ter a ESF como porta de entrada e como elemento de organização da rede de cuidado do município. Do ponto de vista da APS ampliada, a resolutividade esperada na AB está relacionada a essa reorientação do modelo de atenção à saúde. Seriam então os NASF as equipes que fortaleceriam e promoveriam a reorientação das práticas profissionais para efetivação de novos modos de cuidado em saúde?

O termo “resolutividade” só foi mencionado por um sujeito, quando questionado o objetivo do NASF. Porém se distancia do conceito de resolutividade apresentado pelo MS, uma vez que ela associa à possibilidade de “resolução” dos problemas locais através da efetividade de ações fragmentadas, com foco em programas:

O NASF seria o apoio que a ESF tem, mas nem sempre, depende da vontade do gestor. O gestor que escolhe as profissões e não é pela demanda que realmente temos. A proposta é perfeita porque o Ministério da Saúde está mandando profissionais para prevenção, para terem programas, palestras, com a

ajuda de nós ACS para prevenir, porque os 80% de resolutividade que a AB tem que ter é assim que se faz (Maria - ESF).

Cabe salientar que embora os documentos do MS relacionem a resolutividade com a efetividade do serviço, com a integralidade, com o acesso universal, com a intersetorialidade e outros, a todo o momento a AB é bombardeada por propostas de ações programáticas pelo próprio MS, como campanhas de prevenção de tuberculose, hanseníase, câncer de mama e de próstata, vacinação de HPV (Vírus do Papiloma Humano) e outros.

A fala do sujeito Maria também expõe mais uma vez a necessidade da análise territorial, pois embora seja essencial para o planejamento das ações do NASF (Brasil, 2014), emerge nas entrevistas como crítica à gestão, que não considerou as demandas e necessidades do mesmo para a definição das categorias profissionais; ou como crítica ao NASF, que não se atenta à complexidade do território para definição de suas ações. A análise da realidade local deve ser feita desde o planejamento do NASF, pois o território, em todas as suas dimensões, é um elemento fundamental para a organização e a gestão do processo de trabalho na AB (Brasil, 2010a; 2014).

De forma geral, fica claro que a ampliação da equipe implica em maior variedade e abrangência das ações, que vão desde atendimentos individuais a grupos de atividades. É possível inferir também que na região estudada houve ampliação do escopo de ações e que os sujeitos compreendem tal fato como meta ou objetivo das eSF. Porém tal ampliação reproduz o modelo assistencial que já era predominante no município, e principalmente nos municípios A, B e C nota-se a ampliação das ações tidas como prioritárias ao antigo PSF, como Atenção à saúde materno-infantil e Hipertensão, por exemplo. Também se tornaram prioritárias ações voltadas para o controle de tabagismo e obesidade, com objetivo de reduzir os riscos de comorbidades associadas ao não controle. Em contrapartida, não emerge como objetivo dessa ampliação da equipe a revisão do atual processo de trabalho ou dessas ações desenvolvidas com ênfase na doença ou adoecimento. A partir das descrições sobre o trabalho e objetivo do NASF, nota-se que os profissionais da região não identificam como objetivo do NASF e/ou da ESF a revisão do modelo assistencial.

4.4.3 As atividades do NASF

Ao discorrer sobre o que é o NASF e quais são os objetivos do NASF, 27 sujeitos utilizaram exemplos de ações que idealizavam ou que eram realizadas. É importante mencionar que neste item de análise são apresentadas as percepções dos sujeitos sobre o que acreditam serem as atividades do NASF. O que é realizado no município será discutido no item 4.5 “O trabalho do NASF nos municípios estudados”.

De acordo com MS, o NASF desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico assistencial e técnico pedagógica. Dessa forma, o NASF tem dois “públicos-alvo” diretos: as equipes de AB/Saúde da Família e os usuários em seu contexto de vida (Brasil, 2014). Porém os exemplos mencionados pelos entrevistados são prioritariamente na dimensão clínico assistencial, o que está relacionado com o conteúdo de “apoio à ESF”, já discutido anteriormente.

Apenas um gestor referiu ambas as dimensões, afirmando que o NASF precisa receber apoio técnico científico para ampliar conhecimento em distintas áreas, uma vez que tem o papel de ser o apoio técnico e assistencial da ESF:

Vejo que capacitação é importante sempre, para todos os profissionais, para todas as equipes, mas pelo NASF ser um apoio para reestruturação da ESF, e lidar com diversas áreas, acho que o NASF teria que ter um apoio. Por exemplo: vai trabalhar a hanseníase, diabetes, hipertensão, a capacitação da própria equipe (Jaqueline - gestão).

Na fala é retomado o papel do NASF para reestruturação e há afirmação de que para isso é necessário capacitação profissional. A fala condiz com diversos estudos que apontam a necessidade de revisão da formação técnica e acadêmica, bem como reafirmam a importância da educação permanente, tema discutido no item 4.3 “Educação Continuada e Educação Permanente” e que será retomado no capítulo 6 “Produto”.

Com relação à dimensão clínico-assistencial, são mencionados diversos exemplos de atividades como grupos, eventos e campanhas de acordo com o calendário do MS, reuniões de equipe, atendimentos individuais e compartilhados, na ESF ou no domicílio, e ações intersetoriais. A maior parte dos sujeitos descreve as atividades de forma superficial, apontando como principais e/ou prioritárias as atividades coletivas/grupais principalmente com população que apresenta adoecimento crônico; com gestantes; e as campanhas do MS como outubro rosa e

novembro azul. Abaixo são expostos trechos das falas sobre qual seria o trabalho do NASF, ou quais seriam as atividades:

Eu imaginava que era atendimento de grupo (atividade do NASF), então não teria um trabalho individual, identificaria vários pacientes com mesmo problema e a partir de então passaria a tratar a população de forma igual, apesar do problema de um ser diferente do outro. Mas eu comecei a ver que não é assim. Como as necessidades são diferentes, muitas vezes um grupo não resolve e a partir do momento que o grupo não resolve é necessário esse atendimento individual” (Stela – ESF).

(o trabalho) seria nessa parte de estar vinculando, estaria ajudando o médico, que no caso precisa da ajuda de outro profissional. (Vânia – ESF).

O trabalho do NASF seria principalmente o trabalho com projetos, visando a diminuição de medicamentos, em prol da saúde (Andreia - NASF).

(o NASF) ajuda a abranger todos os aspectos do tratamento, do acompanhamento das doenças crônicas, que é um dos grandes objetivos do PSF (Marco Aurélio - ESF).

Através das entrevistas nota-se pouco ou nenhum acesso e conhecimento da legislação vigente, assim como apontam para uma compreensão de AB seletiva. A fala do sujeito Stela deixa evidente a “mudança de olhar” sobre o trabalho do NASF a partir da prática, indicando também falhas de comunicação que impactam na compreensão e reflexão sobre essas equipes, o que será retomado adiante.

Por fim, os entrevistados não falam claramente sobre as diretrizes que norteiam o trabalho do NASF, que desde a sua criação é orientado pelas diretrizes da AB. Ou seja, deve produzir ou apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade (Brasil, 2014). As diretrizes foram lançadas apenas dois anos após a criação dos NASF, no Caderno de Atenção Básica nº 27 (Brasil, 2010a). Nele é explícito que a integralidade é a principal diretriz a ser praticada, sendo compreendida em três sentidos: a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural, com garantia de cuidado longitudinal; as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (Brasil, 2010a).

Dessa forma, a integralidade no NASF está relacionada não só a uma visão mais ampla do indivíduo, a partir da perspectiva de profissionais especialistas, como pode ser compreendido pelas falas de diferentes sujeitos de pesquisa. Os núcleos, além de favorecer avaliações situacionais mais amplas e qualificadas, também auxiliam na reorganização do sistema de saúde local, a fim de apoiar e qualificar as

ações de saúde mais abrangentes, que não são focadas apenas na prevenção de saúde. Com isso, percebe-se falta de conhecimento e/ou compreensão das diretrizes que norteiam o trabalho dos NASF, bem como das eSF.

4.5 O TRABALHO DO NASF NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

Neste item é importante lembrar que duas das quatro equipes NASF estudadas passaram por reestruturação recente. No município A houve a saída de dois profissionais, um assistente social e um psicólogo, sendo que a contratação de outras duas pessoas das mesmas categorias profissionais aconteceu aproximadamente seis meses depois. No município B, no momento da pesquisa, o NASF tinha apenas um profissional de nutrição na equipe e contava com apoio pontual de um profissional de educação física de outro setor. Até o término do ano de 2016, a equipe contava com fonoaudiólogo e psicólogo. Tanto os municípios A como B permaneceram por mais de quatro meses com apenas um profissional de nutrição na equipe NASF e tiveram corte no recurso federal⁵. Além das mudanças na equipe NASF, três profissionais com cargo de gestão também iniciaram a função a menos de um ano, dos municípios A, B e C.

Com isso, embora o intuito fosse identificar o trabalho atual do NASF, os sujeitos, principalmente do município B, não identificavam ações da equipe NASF atual e discorrem sobre o que era realizado anteriormente.

Para facilitar a leitura e compreensão sobre o trabalho do NASF, os resultados serão apresentados em tópicos: atividades do NASF nos municípios; trabalho em equipe; comunicação com a gestão; e financiamento.

⁵ São suspensos os repasses dos incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde referentes ao NASF, nos casos em que forem constatados, por meio de auditoria federal ou estadual, alguma das seguintes situações, entre elas o descumprimento da carga horária mínima prevista por modalidade NASF, a ausência de alimentação de dados no Sistema de Informação definidos pelo Ministério da Saúde que comprovem o início de suas atividades, e ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica (Brasil, 2013).

4.5.1 Atividades do NASF nos municípios

As entrevistas evidenciam ações na dimensão clínico assistencial, mas em nenhuma entrevista emergem ações referentes a dimensão técnico pedagógica.

No município A, em que duas integrantes da equipe iniciaram suas atividades a pouco menos de 2 meses da data da pesquisa, o trabalho consistia prioritariamente em conhecer as demandas do território, realizado através de reuniões de equipe e coordenação, bem como visitas domiciliares:

Estou a pouco mais de um mês no município, estou conhecendo a população, tenho feito muitas visitas domiciliares com os agentes, poucas eu fiz sozinha sem o agente, no caso fiz com a psicóloga, com quem trabalho muito junto. Mas ultimamente tem sido esse meu trabalho, as visitas (Lucilene - NASF).

Elas trabalham com visitas, hoje está mais focado nas visitas. A gente passa o caso, vai na casa e faz a visita. A partir dessa primeira visita elas identificam se vão continuar com o acompanhamento, se vai agendar na unidade ou se vai continuar sendo visita (Gil - ESF).

Já na fala abaixo, da participante Shirley, há a menção da visita não apenas como estratégia de reconhecimento das demandas para a nova equipe, mas também como uma atividade prioritária para o NASF:

Continuamos com as visitas. Visita sempre tem, sempre aparecem, o trabalho do NASF são as visitas. Eu atendo muito acamados, pessoas com sonda, dando um suporte junto com a técnica de enfermagem (Shirley - NASF).

Nesse mesmo município os profissionais mencionam a realização de reuniões de equipe, eventos relacionados ao calendário do MS, como outubro rosa, grupo de tabagismo e de gestantes, que são realizados por profissionais do NASF e da ESF. Três profissionais do município referem a realização de ação intersetorial entre equipamentos da saúde e da assistência social:

A gente também tem reunião de equipe com o CRAS a cada 15 dias, é uma troca. Eles trazem pra nós e nós levamos casos para eles também para solucionar, porque não adianta tentar resolver aqui e a parte social não ser resolvida. A gente faz essa reunião para fechar casos (Shirley - NASF).

A cada 15 dias a gente reúne no CRAS, vai o NASF, ESF, escola e serviço social da cidade. Reúne, leva os casos mais complicados e escuta os casos deles também (Silmara - ESF).

No município B, todos os profissionais entrevistados mencionam a mudança de equipe como fator de mudança no trabalho do NASF, discorrendo sobre o fim de atividades antes realizadas e sobre a dificuldade em dar continuidade ao trabalho antes realizado:

Não faz o programa junto com a gente, nós não participamos do programa delas hoje, elas que são nosso apoio, mas nem sabemos o que elas fazem hoje. Antes era o contrário. Precisava de uma TO, ou outro dos que tinha, a gente andava, a gente ia fazer visita e hoje não. Hoje elas fazem o programa delas, ficam aqui na sala e a gente não sabe o que fazem (Maria - ESF).

A integrante do NASF afirma que o trabalho, no momento, é prioritariamente o acompanhamento individual:

Atendo no PSF onde se encontra uma sala reservada para a equipe do NASF, o médico do PSF me passa os encaminhamentos específicos, relatando sobre o problema do paciente, por exemplo, diabéticos e hipertensos e sigo acompanhando o estado clínico do paciente, com orientações (Nathany - NASF).

Embora três integrantes estejam na equipe desde o início no município C, as entrevistas evidenciam os impactos da nova gestão municipal no trabalho das eSF. Mencionam redução significativa nos trabalhos com grupo, nas ações coletivas e atividades intersetoriais, que foram substituídos por atendimentos individuais específicos e não compartilhados. Os entrevistados desse local, durante a gravação da entrevistas ou posteriormente às mesmas, referem mudanças no modelo de trabalho a partir de definições da atual gestão municipal, eleita em 2016:

Embora o foco não seja do NASF, no momento o trabalho está sendo principalmente atendimento individual, por conta mesmo de solicitação da gestão. Então hoje a maior parte dos meus atendimentos são individuais, através de encaminhamentos médicos (Andreia - NASF).

Virou um ambulatório. Deixou de ser NASF e virou ambulatório. O que era coisa que a gestão anterior fazia, cortou. Mandou cortar os grupos, não queria trabalho de grupo (Luiz - ESF).

O trabalho é atender não só as pessoas que vem para o PSF e são encaminhadas pelo PSF, mas também a demanda espontânea que chega e procura, e é basicamente isso [...], faz grupos em saúde mental e alimentação, gestantes. São essas as duas formas de atender a população no preventivo [...] precisou tirar alguns grupos, porque tinha uma grande lista de espera para nutricionista, psicóloga (Tatiane - gestão).

Embora Tatiane mencione grupo de saúde mental, integrantes da equipe afirmam que o grupo não estava ocorrendo. Nesse mesmo município, um sujeito NASF tem a carga horária dividida entre NASF e Centro de Saúde, e em seu relato sobre o trabalho no NASF, nota-se a presença de atividades de ambos os serviços, sem uma clara divisão do que seria seu papel em cada um deles:

Meu trabalho na parte da manhã é com preparação de grupos de gestantes, visitas domiciliares, acompanho a parte psicológica junto para ver o que está acontecendo nas famílias, atendo pessoas porque faço planejamento familiar, indicação para vasectomia, então a parte de saúde sexual e reprodutiva eu tenho que fazer, buscar vagas. Na parte da tarde eu atendo duas vezes por semana a pacientes que buscam medicação emergencial, buscam apoio e suporte como bengalas, cadeiras de rodas, consulta de

especialidades, tipoias, fraldas e tudo mais [...] Cuido da internação em clínica, internações compulsórias em clínicas de álcool e drogas, sou eu quem faço os contratos, faço os relatórios sociais, o acerto com o jurídico [...] Realizo curso de gestantes, que ocorre cerca de 2 vezes ao ano, durante 7 semanas cada curso (Márcia).

De forma geral, no município C são realizados grupos de gestantes, grupo sobre alimentação (realizado pela nutricionista) e ações pontuais a população idosa em parceria com o CRAS, realizadas por assistente social e eventualmente psicólogo e nutricionista. São realizados prioritariamente atendimentos individuais, não compartilhados e na própria unidade de saúde. Embora seja realizado grupo de gestantes, esse é um dos municípios com a maior taxa de mortalidade infantil da região (23,26 por nascidos vivos, conforme Tabela 4.1), como apresentado no início deste capítulo. Não há outras ações específicas com o foco na redução dessa taxa.

No município D não houve dissenso nos relatos e todos os sujeitos tanto das equipes como gestão discorreram sobre as mesmas atividades. Em síntese, são realizadas visitas e atendimentos domiciliares, grupos de atividades voltados para área de nutrição e fisioterapia, puericultura realizada pela dentista, atendimentos individuais compartilhados ou não, reunião de equipe semanal e ações coletivas que seguem o calendário do MS, como outubro rosa e novembro azul, bem como ações programáticas estaduais, a exemplo o Agita Galera. Também há menção de um grupo em parceria com a escola, com foco na orientação postural de crianças e adolescentes, realizado pela fisioterapeuta e um grupo aberto de atividades corporais também realizado por essa profissional, com objetivo de promoção da atividade física.

Em todos os municípios o trabalho do NASF é descrito em atendimentos individuais, visitas e atendimentos domiciliares e realização de grupos temáticos, que antes eram realizados pela ESF e com a implantação do NASF passaram a ser realizados em conjunto (município A) ou que foram criados pelo NASF e são realizados com apoio da ESF (Município D) ou somente pelos profissionais do NASF (município C).

Os termos “visita domiciliar” e “atendimento domiciliar” foram utilizados em diferentes momentos e como sinônimos por alguns sujeitos, enquanto outros distinguem visita de atendimento, considerando o primeiro como um contato inicial do NASF, normalmente compartilhado com ACS, para conhecer/reconhecer demandas. Já o atendimento domiciliar, do ponto de vista deles, seria uma intervenção específica longitudinal, por categoria profissional, que ocorre a partir dessa avaliação inicial.

No momento do estudo apenas os municípios B e C não estavam participando das ações que seguem o calendário proposto pelo MS, como campanhas de vacinação e de rastreio do câncer de mama. Atendimentos e visitas domiciliares compartilhadas são identificados apenas nos municípios A e D. Atendimentos domiciliares específicos, não compartilhados, só não são mencionados no município B. As reuniões de equipe entre NASF e entre NASF e ESF, são realizadas apenas pelos municípios A e D e no primeiro deles são realizadas reuniões também com outros setores. As ações intersetoriais só não são mencionadas pelos sujeitos do município B. Nos municípios B e C há maior foco nos atendimentos individuais, sendo importante referir que ambos os NASF contam com espaços exclusivos para isso, sendo inclusive separado da ESF no município C, onde o NASF tem salas de atendimentos no mesmo terreno da ESF, mas com entradas e recepções separadas.

Para elucidar as atividades do NASF, a Tabela 4.10 apresenta as atividades propostas e previstas para as equipes NASF segundo o CAB 39 (Brasil, 2014), e ao lado os municípios que as realizam.

As práticas a partir das academias da saúde são realizadas apenas pelo município D, que é o único que conta com fisioterapeuta na equipe NASF. As atividades ocorrem semanalmente, em parceria com os ACS. Os outros municípios associam a prática de atividades corporais apenas aos profissionais de educação física e fisioterapia e por isso, segundo alguns entrevistados, não realizam nem mesmo grupos de caminhada. Embora o município B conte com profissional de educação física, essa é de outro setor e presta apoio pontual. O município C é o que mais dispõe de academias da saúde, mas as mesmas não são utilizadas por profissionais de saúde. Fica claro a responsabilização do NASF pela realização de grupos, uma vez que as ações coletivas e grupais ficam atreladas ao núcleo de conhecimento profissional e deixam de acontecer quando esse não está presente.

Tabela 4.10 – Correlação de atividades propostas pelo Ministério da Saúde e os municípios que as realizam

Atividades propostas/previstas CAB 39		Municípios que as realizam
UBS	Educação permanente	Nenhum Município
	Atendimento individual específico	Todos os municípios
	Atendimento individual compartilhado	Municípios A e D
	Reunião de equipe, discussão de casos	Municípios A e D
	Atendimento em grupo	Municípios A, C e D
	Atendimento domiciliar	Municípios A, C e D
Escola	Apoio às ações do PSE	Não há PSE nos municípios
	Ações de educação em Saúde	Municípios A e D
Academia da Saúde	Práticas corporais	Nenhum Município
	Grupos Educativos	Município D
	Encontros comunitários	Nenhum Município
	Ações para a promoção de modos de vida saudáveis	Município D
CRAS	Discussão de casos	Município A
	Construção compartilhada de PTS	Nenhum Município
	Ações Coletivas para produção de cidadania.	Municípios A e C

Fonte: Brasil (2014) e a autora.

Além das atividades mencionadas na tabela 4.10 também são previstas ações com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas não há esse serviço nos municípios e/ou na região.

O MS ainda dispõe de proposta de ações por áreas estratégicas, como saúde da criança, práticas integrativas e complementares; e reabilitação. De forma geral, é previsto que o NASF contemple prioritariamente reuniões de matriciamento, atendimentos individuais, atendimentos domiciliares, grupos e atividades coletivas, que disponha de tempo e espaço para elaboração de materiais de apoio, rotinas protocolos e outras ações de educação permanente, e reunião entre os profissionais do NASF.

As ações de EP, embora não sejam mencionadas no momento, já foram realizadas nos municípios C e D, por pequeno período e por iniciativa de profissionais que se desvincularam dos serviços.

Como mencionado anteriormente, é preconizado que o trabalho do NASF deve ser orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial (Brasil, 2010a; 2014), porém o matriciamento não é mencionado na fala de nenhum dos sujeitos durante toda a pesquisa. Porém, ao compreender o mesmo como um espaço destinado à problematização, ao planejamento, à programação e à execução de ações colaborativas entre NASF e equipes de AB, que engloba discussões de casos e temas, pactuações entre o NASF e as equipes vinculadas, planejamento e programação de ações de vigilância em saúde, monitoramento e outras (Brasil, 2014), pode-se inferir que os sujeitos dos municípios A e D têm se aproximado do mesmo nos momentos destinados a “reunião de equipe”, que engloba também discussões sobre temas e situações clínicas, aproximando-se da ideia de apoio técnico pedagógico:

A gente senta toda segunda-feira, das 11h às 12h. Na reunião nós discutimos os casos que foram visitados, os que precisam ser visitados e discute. Discute também outras coisas, como problemas na unidade, ou o que vai ser falado no grupo, qual vai ser o tema da semana no grupo, as vezes vemos o que tem naquele mês a respeito de saúde, a gente discute. Falamos de várias coisas (Vânia - ESF).

Tem reunião toda semana. Eu acho que é uma coisa de extrema necessidade para o funcionamento da ESF por que nessas reuniões a gente discute problemas da ESF, problemas que cada integrante tem no trabalho, nossas dificuldades para estar realizando nosso trabalho. Porque apesar de estar a muito tempo essa equipe, a gente ainda encontra algumas dificuldades no dia a dia. Então o NASF nos ajuda, orienta em algum caso específico, por exemplo, o caso de um usuário de drogas. Então eu chego e “gente, eu estou com problema com um usuário de drogas, o que a gente pode fazer?” E toda equipe participa, inclusive o NASF. Elas vêm com experiências que não são daqui e trazem experiências de onde elas vieram e nos ajudam na resolução dos nossos problemas [...]. E é engraçado porque apesar de elas serem novas elas são muito parte da equipe, elas vivem nossas vivências, muitas vezes a gente fica muito triste com algo que aconteceu e elas ficam tristes junto, é um espaço de troca de experiências e troca de vivências (Stela - ESF).

Nenhum município menciona a utilização Projeto Terapêutico Singular (PTS) para a construção e a organização da terapêutica e o acompanhamento das ações desenvolvidas em casos considerados mais complexos, nesse momento. Vale destacar que no município A um profissional do NASF refere ter realizado PTS uma única vez, para um dos casos mais complexos que foi acompanhado pela eSF. Justifica que foi utilizado pois demandava de atenção domiciliar com visitas e atendimentos diários no próprio município, como internação e intervenções no município de referência para alta complexidade e a ferramenta auxiliava nessa organização.

O PTS corresponde a um conjunto de “propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, que pode ser apoiada pela equipe NASF” (Brasil, 2014, p.72).

Ao retomar o que os entrevistados entendem como trabalho do NASF e comparar ao trabalho que realizam, há distinções principalmente nos sujeitos dos municípios B e C, que falam do NASF como uma equipe multiprofissional, que trabalha em parceria com ESF, principalmente com foco na promoção e prevenção, mas que de forma geral têm trabalhado de forma individualizada, realizando atendimentos individuais de prevenção e de recuperação.

Tendo como base o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (Brasil, 2014), identifica-se que as ações realizadas em todos os municípios são prioritariamente de prevenção com pouco ou nenhum foco na promoção de saúde. Apenas no município D identificou-se possíveis ações de promoção.

O que identifica-se então, é uma possível “subutilização” dos NASF, em que segundo Tesser (2017), há uma “preferência”, seja essa da gestão (município C) ou da própria equipe (município B) à assistência direta e com uma tendência de reproduzir ambulatórios especializados dentro da ESF, com agendas que rapidamente lotam, sem construção coletiva de projetos terapêuticos; ou há um desvio desses atendimentos especializados, pela própria equipe, que tende a atuar mais reuniões, grupos, prevenção (município A).

Tesser (2017) ressalta que deve haver um equilíbrio entre a assistência especializada e o apoio matricial no tocante do suporte técnico pedagógico, pois a realização de um não exclui o outro. O MS, ao incluir o NASF como parte da AB, estimula que os profissionais especialistas participem/realizem ações generalistas, o que gera ambiguidade e superposição entre funções das eSF e NASF. Tal fato fica evidente na pesquisa, uma vez que todas as equipes NASF realizam ações tidas como “generalistas” e os atendimentos individuais lotam as agendas devido a ausência de matriciamento (exceto no município D em que há discussão prévia sobre os casos), que qualificaria os atendimentos a serem realizados por especialistas. Muitos dos atendimentos individuais são de prevenção de saúde, assim como as ações coletivas

que em grande parte não estão relacionadas com o exercício do cuidado especializado. Dessa forma, a assistência individual e a participação nas atividades mencionadas fortalecem a lógica de pacote mínimo, baseado em ações focais e seletivas.

4.5.2 Trabalho em equipe

Com relação ao trabalho de equipe identifica-se que nos municípios B e C, onde no momento o trabalho tinha como foco os atendimentos individuais não compartilhados, os sujeitos apresentam conteúdos em suas falas que tornam evidente a dificuldade de comunicação entre as equipes, o que vêm interferindo na realização de ações conjuntas:

A comunicação (entre NASF e ESF) é individual. Se você precisa de alguma coisa ou eles precisam, de um usuário específico, de um caso específico, a gente conversa. Mas trabalho de rede, de discutir, de fazer campanha, de correr atrás, isso não (Luiz - ESF).

O trabalho do NASF? Não estou bem por dentro do trabalho do NASF [...] (Kamila - ESF).

O médico tem que ficar muito na parte assistencial e de consultas, acaba distanciando um pouco da real situação. Acho que isso acontece em todos os PSF, isso é um mal que acontece devido a gestão de saúde, que ainda é muito precária, pois entra gente na área de saúde que as vezes não tem uma qualificação boa para esse entendimento de que a coisa precisa ser integrada. Acho que esse é o maior empecilho que existe nos ESF (Marcelo - ESF).

Eu não falo nem que existe dificultador, mas também não existe diálogo (entre NASF e ESF), não tem (Andréia - NASF).

Atividade do NASF não está tendo, eu quase não vejo. Tem grupo de gestantes que eu sei, e o 'Alimente-se Bem' que elas colocaram ali o papel (Helena - ESF).

As falas deixam claro o distanciamento no trabalho entre as equipes NASF e ESF, que desconhecem o trabalho que está sendo realizado, ou não compartilham dessas ações, principalmente nos municípios B e C, nos quais alguns entrevistados correlacionam tal distanciamento com a saída de profissionais que ampliavam o elo de comunicação entre as equipes.

Em alguns municípios, profissionais da ESF afirmam não ter conhecimento da agenda dos médicos especialistas, que mesmo vinculados a AB, não vêm desenvolvendo ações em rede com as eSF. Dessa forma, a ESF, que é responsabilizada pelo cuidado longitudinal dos sujeitos, não tem conhecimento de quem são os usuários que procuram as especialidades e a razão pela busca, dificultando na elaboração de um possível projeto terapêutico. No município C, a exemplo, os atendimentos psiquiátrico e neurológico são realizados na ESF. A demanda é em grande parte espontânea e a consulta pode ser agendada por qualquer profissional de saúde, considerando esses os membros do NASF, Centro de Saúde e ESF, incluindo os ACS. Também pode ser realizado por profissional da área de educação da escola municipal ou pela recepção da unidade de saúde, sem passar por acolhimento da equipe ou atendimento com médico generalista. Não é realizado matriciamento, nem reunião de equipe para discussão dos casos.

Outro ponto mencionado por diferentes pessoas ao discorrer sobre o trabalho em equipe foi a rotatividade de profissionais do NASF, principalmente nos locais A e B, e com menos ênfase no C e D:

Quando nós entramos era tudo novo, já tinha saído um outro NASF, eles (ESF) tinham receio porque nessas mudanças de profissionais você acaba perdendo, fica sempre mudando. Você tem um vínculo e a pessoa sai, ou o município troca, isso é um lado negativo (Shirley - NASF).

“Essa mudança de profissional (do NASF) que tem acontecido muito aqui, tem sido um problema. Nosso NASF não fixa, muda muito. Às vezes quando o profissional está conseguindo engatar o serviço tem que mexer e isso está sendo um problema grande. Aquele vínculo que se cria é quebrado e tem que criar outro e isso vai ficando complicado (Gil - ESF).

“A dificuldade aqui é contratar profissionais, porque está sendo difícil ter eles aqui. Eles contratam, mas não ficam, vive com essa mudança, fica um tempo, de repente sai, muda (Lúcia - ESF).

A rotatividade é então apontada como um fator que interfere no trabalho das equipes e entre essas. A saída dos profissionais é vista como uma “quebra” de vínculo tanto entre trabalhadores, como entre trabalhadores e comunidade. A frequência de mudanças vem mudando os processos de trabalho e é um dos possíveis fatores que vêm reduzindo o número de ações compartilhadas entre o NASF e ESF. É importante mencionar que a rotatividade é maior nos municípios em que os profissionais do NASF são terceirizados e possuem menores salários.

No município D com maior frequência e no A com menos, existem ações compartilhadas entre membros do NASF e entre NASF e ESF e nesses,

principalmente, a maior parte dos sujeitos entende a comunicação como facilitador do processo de trabalho, alguns afirmando que nem sempre a mesma ocorreu, mas que no momento, há boa comunicação:

Tem o grupo com a fisioterapeuta, com a nutricionista, as agentes, eu, a técnica, um trabalho em conjunto, em equipe e você vê que o resultado é bem melhor lá na frente, fala uma língua só [...] A nutricionista trabalha alinhadinha com a fisioterapeuta (Telma - ESF).

Vou ser sincera, quando chegaram eu fiquei meio assim... A gente já trabalha e aí vem esse pessoal todo e tal..., mas depois você vai vendo resultado, aí mudamos a cabeça. Acho que assim, foi um estranho no ninho, a gente já estava e chegam pessoas que nós não conhecemos. As vezes vai falar de um paciente que é seu paciente, parece que está entrando no meio. Falando por mim, eu fiquei meio assim, mas depois eu adaptei e deu resultado” (Sandra - ESF).

Segundo Ciampone e Peduzzi (2000), o trabalho em equipe é uma prática em que a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho. As autoras destacam que há duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: a articulação das ações e a interação dos profissionais. A primeira refere-se à recomposição de processos de trabalho distintos; e a segunda está relacionada à integração da equipe que demanda “preservar as diferenças técnicas e flexibilizar as fronteiras entre as áreas profissionais” (p.145). Principalmente nos locais B e C, a flexibilização e articulação é dificultada não apenas pelas diferenças técnicas entre as diferentes categorias profissionais, mas também por uma lógica hierarquizada nos serviços de saúde, que refletem o modelo assistencial na região. A exemplo, nos municípios B e C os sujeitos explicam que ainda é utilizada referência e contra referência entre médico da ESF e NASF, deixando claro uma abordagem clínica centrada no cuidado individual e na assistência médica, o que é comum nos modelos hegemônicos, o que será retomado no item 5.6 “NASF e a reflexão sobre os modelos assistenciais”.

4.5.3 Comunicação com a gestão

A relação com a gestão municipal também emerge no conteúdo das entrevistas, principalmente como um fator dificultador na efetivação do trabalho das

eSF. Grande parte dos entrevistados refere comunicação falha, ou ruim, ou ineficaz com a gestão, como pode ser visto no trecho abaixo:

A população quer do jeito deles e não do jeito que funciona realmente, então muitas das vezes somos submetidos a fazer da forma que querem e não da forma que a proposta inicial é dada pelo MS. [...] se não for do jeito deles o acesso ao prefeito é muito fácil e eles vão até o prefeito e começam a reclamar, não sabem se o que eles estão falando é verdade, eles não entendem o que estão falando e o prefeito vai pelo lado de quem? Pelo lado de quem está reclamando (Rodrigo - ESF).

No município C, onde houve a participação de sete pessoas, quatro discorreram sobre “imposições” da gestão sobre o trabalho, e três desses dizem não existir possibilidade de diálogo. No município B, dos seis entrevistados, três mencionam que as definições políticas não discutidas previamente impactam e modificam o trabalho de forma negativa. No município A também aparecem relatos sobre essa discordância entre gestão e eSF, mas de um número menor de participantes e no município D a única menção com relação à gestão é de boa comunicação.

A ausência ou dificuldade no diálogo para definição dos processos de trabalho fica evidente quando os entrevistados falam sobre a implantação do NASF. Com exceção do município D, não houve discussão prévia com a eSF sobre nem sobre a implantação (como seria) nem com relação a definição das categorias profissionais que iriam compor o NASF. Nos municípios B e C apenas um profissional, em cada município, refere ter participado de alguma discussão sobre a implantação e composição das equipes, mas sem discussões aprofundadas em equipe. Como pode ser visto nas falas abaixo:

Eu já estou a quase sete anos e já passaram vários NASF. Não houve essa discussão. A gente é obrigada a aceitar o que vem para nós (Maria - ESF).

A escolha dos profissionais tem que ser de acordo com necessidade da população e o projeto dá a escolha dos profissionais, então tem que escolher de acordo com a demanda da população que será atendida. Aqui foi feito de acordo com promessa política (Mônica - ESF).

Tinha trocado de gestão quando foi trocar para esse modelo de NASF. Ele, o secretário, chamou e conversou, perguntou o que a gente pensava, que profissional a gente achava que contratava [...]. Houve essa discussão sim, mas não com todo mundo. Eu lembro que discuti comigo. Eu passei o que eu achava, ele fez o projeto (Silmara - ESF).

De acordo com o MS, a equipe NASF é definida pelo gestor municipal e pelas eSF “mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais

e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações” (Brasil, 2008a; 2010a; 2014). O portal DAB modifica a definição afirmando que

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais e equipes de Saúde da Família e deve considerar os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades do território e das equipes de saúde que serão apoiadas (DAB, 2017).

É então referida a necessidade de compor uma equipe com base também em dados epidemiológicos e a partir das necessidades das equipes de saúde que serão apoiadas; e deixa de afirmar que deve ser pautada na disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Porém apenas o município D promoveu discussões com a eSF e utilizou dados epidemiológicos, enquanto os municípios A e C convidaram apenas um profissional para tal discussão e se pautaram nos dados e informações desses. No município B os sujeitos entrevistados afirmam que houve nenhuma discussão. Cabe salientar que embora o município D tenha utilizado critérios epidemiológicos para definição do NASF, esse é o município estudado com maior taxa de mortalidade infantil (32,26 por mil nascidos vivos, conforme Tabela 4.1) e não foram mencionadas ações específicas, para além da pesagem e vacinação, elaboradas e realizadas pelas eAB para redução dessa taxa.

É possível inferir que em três dos quatro municípios não houve participação das eSF para definição das categorias profissionais do NASF, assim como não houve análise prévia sobre as reais demandas do território. Também não houve uma identificação prévia das necessidades técnico pedagógicas, nem clínico assistenciais das eSF. Tal fato demonstra claramente a ausência de comunicação que os entrevistados referem ao longo das entrevistas.

4.5.4 Financiamento

De acordo com o estabelecido na PNAB, os valores transferidos para os municípios variam segundo a modalidade da equipe, carga horária dos profissionais, categoria do NASF e número de ACS registrados.

Poucos sujeitos demonstram conhecimento sobre as formas de financiamento no SUS. Mencionam saber que o custeio de saúde nos municípios é da AB, e levantam críticas a forma que é utilizado o recurso, uma vez que há alto investimento com

médicos especialistas nos Centros de Saúde e menor investimento nas ESF e NASF. Embora todos os municípios tenham sido também contemplados com o PMAQ-AB, todos os sujeitos que mencionam tal programa, afirmam que não acreditam ter sido feito bom uso do recurso financeiro e/ou desconhecem as formas que foi utilizado o mesmo.

Com relação ao financiamento do NASF modalidade 3, o valor de incentivo federal para o custeio do núcleo é uma verba inicial, para implantação, de R\$ 8.000,00 e posterior a isso é transferido o mesmo valor para custeio mensalmente.

Nenhum dos sujeitos tinham clareza de como era usado tal recurso, nem mesmo os participantes com cargo de gestão especificam como é feito uso desse valor. Alguns sujeitos mencionam acreditar que o valor é utilizado inteiramente para pagamento de salários:

Falta uma política financeira do MS, um apoio financeiro para tocar os programas como deveria ser feito. Nós fazemos, a agente corre atrás só que muitas vezes tira recurso do próprio bolso para fazer algum evento, isso acontece. No papel a proposta é a ideal, só que na realidade diverge um pouco [...] O valor tem sido usado para salário, não sobra para compra de material, tem que usar do PMAQ ou recurso da prefeitura (Márcio - gestão).

O que o município recebe a nível de governo federal para o NASF é insuficiente, porque o custeio é do município, então o valor é insuficiente para salários e os encargos ficam com o município. Além disso tem a parte de colocar o trabalho em prática, que tem custo também. Precisa da participação maior do Estado e da esfera federal (Jaqueline - gestão).

O que limita um pouco é o limite de gastos, porque as vezes eles (eSF) querem fazer alguma coisa diferenciada e precisa ver se vai liberar verba, como por exemplo para os grupos de alimentação. É tudo muito regrado, as vezes não se pode fazer uma coisa que atrai mais pessoas (Judite - ESF).

As vezes queremos fazer um grupo, trabalhar a noite, de repente fazer evento maior e eles queixam que vai ter que gastar, vai ter que pagar hora extra, vai ter que dar folga (Flávia - NASF).

Falta incentivo principalmente financeiro. Não sei se te falaram antes sobre o PMAQ. A gente recebe PMAQ, mas a única vez que a gente teve algum incentivo do PMAQ foi quando a gente começou. Veio incentivo para uniforme, nos deram tênis e bicicleta e nada mais, nunca mais vimos. Não temos nem noção de quanto vem, a gente procura saber para onde foi repassado e ninguém sabe. Era um dinheiro para ser usado não só para nos beneficiar, mas para todas as ações que estou te falando (Rodrigo - ESF).

Especificamente aqui, não existe problema financeiro. O que existe é que quem comanda e gerencia a saúde, que acaba ditando as normatizações da saúde local não tem conhecimento específico para gerir isso (Marcelo - ESF).

O financiamento do SUS é tema constante de discussões. A fala do sujeito “Márcio” afirma que há falta de política financeira, porém o financiamento do NASF é abordado desde a portaria 154/2008 (Brasil, 2008a) e os valores foram fixados na

portaria 548/2013 (Brasil, 2013a), onde é revisto o valor para equipe NASF modalidade 2 e é incluído o valor de custeio para o NASF modalidade 3. É importante mencionar que desde então não houve revisão desses valores e há um consenso entre a maior parte dos entrevistados no que se refere ao valor ser insuficiente, com exceção do sujeito Marcelo, que afirma que no município em questão o problema não é o valor, mas sim a forma como este é utilizado.

Embora as formas de utilização desse recurso mensal sejam raramente discutidas, o DAB afirma que assim como os demais recursos advindos do PAB Variável⁶, o recurso referente ao NASF se destina ao custeio de ações em saúde e não a compra de equipamentos. Porém, parte dos profissionais NASF e ESF mencionam sobre a falta de compreensão da gestão municipal e federal sobre a necessidade e importância de materiais gerais, tanto de consumo, como itens de papelaria, quanto materiais permanentes, a exemplo de jogos, brinquedos, e equipamentos eletrônicos, como computadores e impressoras.

Segundo Santos Neto et al. (2017), o financiamento da saúde é um dilema desde o processo da reforma sanitária e mesmo após passados vinte e oito anos da criação do SUS, ainda não está claro de que forma será seu financiamento. Os autores reconhecem que há problemas de gestão de gastos, mas afirmam que para obtenção dos objetivos, o financiamento está muito aquém do necessário.

Tal tema se tornou relevante nesta pesquisa uma vez que a gestão dos recursos, bem como os valores emergem em diferentes falas, sempre sendo apontado como uma dificuldade e/ou desafio para o trabalho das eSF. Emerge principalmente quando se justifica a rotatividade das equipes NASF devido aos baixos salários ofertados; a não realização de ações que exigem compra de materiais ou jornada extra; a não ampliação das equipes de eSF para cobertura total do município; e principalmente nas críticas ao investimento dado aos Centros de Saúde e de Especialidades, quando comparado com eSF.

É importante mencionar que em dezembro do ano de 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional de número 95, que instituiu um novo regime fiscal para vigorar

⁶ Consiste em montante de recursos financeiros destinados a a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família (SF); ACS; Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais; Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário.

por 20 anos. A partir dessa EC, chamada de “congelamento dos gastos”, só será utilizado o valor gasto no ano anterior, corrigido pela inflação, o que pode impactar na gestão de saúde por parte dos municípios, que dependem principalmente do recurso federal. Além disso, a partir da publicação da revisão da PNAB em 2017 há uma maior “flexibilização” do financiamento do SUS, que transfere aos estados e municípios a responsabilidade de decidir em quais programas e serviços de saúde serão aplicados os recursos.

4.6 NASF E A REFLEXÃO SOBRE OS MODELOS ASSISTENCIAIS

A partir dos resultados apresentados a partir dos questionários e entrevistas é possível afirmar que as definições organizativas e gerenciais no âmbito da gestão municipal, principalmente nos municípios B e C vêm influenciando diretamente na prestação da atenção pelas eSF. Em diferentes momentos da entrevista nota-se um dissenso entre o que os entrevistados nesses locais acreditam ser o trabalho do NASF e da ESF, e entre o que realizam a partir das definições e imposições, principalmente no município C, da gestão municipal. Diante disso, a identificação do modelo assistencial perpassa uma análise “ampliada” e sistêmica, como apresentado na introdução deste trabalho baseado em Teixeira e Solla (2006), mas aqui é apresentada com um foco no processo de trabalho das eSF, considerando o NASF como parte dessas.

Como antes apresentado na introdução deste projeto, não há uma única definição para modelos assistenciais e neste estudo a análise dos modelos vigentes na região em questão será a partir da compreensão de modelo apresentada por Paim (2001, p. 7-8):

Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as

intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo de intervenção em saúde).

Através do relato dos participantes, pouco se identifica com relação aos determinantes sociais de saúde no território estudado. Poucos sujeitos abordam as demandas e necessidades do ponto de vista da população, e quando há menção sobre, é de forma superficial. Nota-se que as principais ações relatadas são propostas pelo MS e pela Secretaria Estadual de Saúde, de forma que a elaboração de atividades da eSF, sejam essas coletivas ou não, está vinculada a demandas gerais a partir de dados epidemiológicos do próprio MS sem necessariamente considerar a particularidade de cada território para elaboração e ampliação das ações. As poucas ações que não estão vinculadas às propostas ministeriais estão atreladas ao núcleo de saber do profissional especialista e representam uma demanda dele, baseada no seu conhecimento técnico, gerando evasão o que é percebido através de falas sobre o esvaziamento nos grupos de atividades/palestras.

Dessa forma, pode-se inferir que na região o processo de trabalho é orientado por modelos hegemônicos, que nos seus fundamentos não contemplam o princípio da integralidade, pois concentram sua atenção no controle de agravos ou em grupos populacionais específicos que representam um “risco”, sem estimular a participação da comunidade nesse processo.

No município B há grande aproximação com o modelo médico, voltado para o individualismo e medicalização dos problemas, privilegiando a medicina curativa. É ainda possível inferir uma grande aproximação com o modelo médico assistencial privatista, que é comum em Centros de Saúde e hospitais, mas pode ser visto aqui como possível organizador da AB, que nesse local é composta principalmente por serviços médicos no Centro de Saúde e no Centro de Especialidades, e apresenta a menor cobertura da ESF entre os municípios estudados, e uma das menores de toda a microrregião.

Paim (1999; 2012) afirma que o modelo médico assistencial privatista é centrado na clínica, voltado para o atendimento de demanda espontânea e baseado em procedimentos e serviços especializados. Segundo o autor, nesse modelo o objeto é a doença ou o doente e seu agente é o médico, sobretudo o especialista; volta-se para os indivíduos que diante de algum sofrimento buscam o serviço e, conseqüentemente as pessoas e os grupos populacionais que não percebem a

existência de problemas de saúde ou que não estejam alertas para a promoção de saúde e para medidas de prevenção, não seriam atendidas por não constituírem demanda espontânea.

A baixa cobertura de ACS no território desse município reforça essa ideia uma vez que se torna inviável realizar visitas para além das que são solicitadas a pedido do público (demanda espontânea) ou por outro profissional (baseada em critérios de risco). Outras características também significativas que reforçam essa ideia são: o alto investimento na ampliação/contratação de profissionais especialistas para os Centros de Saúde; a baixa cobertura da ESF, que no momento apresentava ações “ambulatoriais” como descrito por parte dos profissionais entrevistados; o NASF é composto por uma única profissional que realizava exclusivamente atendimentos individuais por meio de referência e contra referência do médico, e por demanda espontânea; a única ação coletiva realizada pela ESF é o grupo de “Hiperdia”, que tem como objetivo o controle de hipertensão arterial e/ou de diabetes mellitus das pessoas que buscam tratamento para tais doenças.

A organização dos serviços de saúde dos municípios A, C e D também se aproximam de modelos hegemônicos, porém mais próximos ao modelo sanitário. Diferente do município B, nos locais A e C percebe-se que o objeto predominante são os fatores de risco, embora em alguns momentos ainda permaneça sendo o doente ou a doença; e no município D o objeto é o fator de risco. Segundo Paim (1999; 2012), a partir do foco nos fatores de risco, a atuação centrada no médico especialista vai sendo substituída pela centralidade na equipe de profissionais que compõem os serviços. Nesses três municípios há predomínio de intervenções voltadas para problemas ou necessidades de saúde coletivos, por meio de ações estratégicas como controle de vetores, imunização, atenção a doença crônica e educação em saúde através de campanhas com objetivo de gerar informações para a população, sendo as mais mencionadas neste estudo: outubro rosa, novembro azul, dezembro vermelho e Agita Galera. Também há um esforço coletivo para o controle de determinado agravamento à saúde, como as atividades de cessação do Tabagismo, vinculadas ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Essas ações são realizadas com base no que é pré-estabelecido, ou seja, nas datas sugeridas e com o material técnico disponibilizado pelas Secretarias Nacional e Estadual de Saúde. Tal fato é discutido por Feuerwerker (2005), que afirma que ao mesmo tempo em que esses programas

definem, limitam o repertório de ação dos trabalhadores, pois desconsideram as singularidades e oferecem poucas tecnologias para o cuidado e para lidar com os aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e adoecer.

A limitação do repertório se estende às estratégias utilizadas pelos profissionais na realização dessas ações. Há um predomínio pelas palestras informativas, como mera reprodução das informações contidas em materiais de apoio, complementadas com conhecimentos dos núcleos de conhecimento dos profissionais da equipe.

Embora os três municípios apresentem semelhanças, destaca-se o fato do município C ter tido mudanças significativas na organização do trabalho em saúde, a partir da mudança da gestão municipal que assumiu em 2017. Tal fato acarretou em uma transformação do processo de trabalho principalmente do NASF, que antes realizava ações intersetoriais com assistência social, educação, esportes e meio ambiente e em diferentes espaços do território, tais como Casa da Cultura, escolas, creche e praças. As propostas abrangiam a promoção, prevenção e recuperação de saúde de toda população, não apenas de quem fazia busca ativa do serviço. No momento da pesquisa, a lógica orientadora, segundo o profissional coordenador da AB, é suprir a demanda reprimida. Diante disso, o NASF realiza prioritariamente atendimentos individuais não compartilhados, e algumas ações pontuais para esclarecimento e/ou informações à população, como o grupo de gestantes; assim como grupo de controle de agravo a saúde, que é o grupo de reeducação alimentar.

Com isso, é possível afirmar que o município vem passando por constante transformação no modelo assistencial: anterior à implantação do NASF, era orientado por modelo biomédico hegemônico, mas com a implantação do NASF em 2014 passa a rever e se aproxima de modelos alternativos, como o de oferta organizada. Este, de acordo com Paim (2012), redefine as características da demanda, contemplando necessidades epidemiológicas identificadas e mantendo relações funcionais e programáticas com a demanda espontânea da unidade. Nessa proposta, as noções de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico reorientam o planejamento da saúde para a uma população específica. Ao mesmo tempo que a eSF estaria preocupada em atender a demanda espontânea, estaria voltada para a execução de ações sobre o ambiente, o indivíduo e os grupos populacionais, visando ao controle de agravos, doenças e riscos, bem como ao atendimento das necessidades da comunidade (Paim, 2012). Porém, com a mudança da gestão

municipal volta a ser orientado por modelo hegemônico sanitaria, tendendo ao modelo médico hegemônico.

No município D observa-se o início da discussão de propostas mais abrangentes na AB, visando a integralidade da atenção a partir da integração entre NASF, ESF e outros setores, utilizando como estratégia grupos abertos, direcionados a diferentes públicos e sem o foco na doença ou adoecimento, além dos atendimentos específicos de cada categoria profissional. As ações têm se dividido entre as campanhas e as atividades pensadas no e com o território da UBS, o que indica a possibilidade de revisão do modelo vigente em direção a propostas alternativas, como a de oferta organizada, já mencionada anteriormente. Entre os locais estudados, pode-se dizer que o município D foi o qual houve maior mudança na estrutura de trabalho na AB a partir da chegada do NASF.

De uma forma geral, pode-se dizer que todos os municípios apresentam APS simplificada, orientada pelo modelo hegemônico, sendo no B pelo modelo médico e nos municípios A, C e D predominantemente pelo modelo sanitaria. Também é possível afirmar que a implantação do NASF se deu nesse contexto, reproduzindo esses modelos e que embora os núcleos tenham possibilitado alguma reflexão sobre o trabalho das eSF, mantiveram-se na estrutura anterior a sua chegada nos locais A, B e C.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral identificar os modelos assistenciais a partir da implantação dos NASF em uma região do interior de São Paulo, composta principalmente por municípios com menos de dez mil habitantes.

Embora desde a década de 1990 a ESF seja tida como uma proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da APS, em conformidade com os princípios do SUS, anterior ao estudo era sabido que a região estudada tinha fraca orientação à APS, com funcionamento da ESF ainda próximo a proposta inicial do PSF. Embora a criação do NASF seja recente no âmbito nacional e ainda mais recente em pequenos municípios, a preposição desta pesquisa foi identificar possíveis mudanças ou reflexões sobre os modelos assistenciais desenvolvidos pelas eSF, após a implantação desses núcleos, a partir da descrição e da compreensão que os profissionais de saúde da ESF, equipes NASF e gestores têm a respeito do trabalho desenvolvido na AB.

O que se identificou a partir do conteúdo gerado na pesquisa de campo demonstra falta de clareza sobre o tema, assim como sobre quais seriam as propostas alternativas aos modelos hegemônicos, e o como seria possível essa reorientação diante da complexidade do modelo organizacional da AB na região. Há um aparente dissenso entre os documentos e a prática instituída pelo próprio MS, que faz menção à necessidade de mudança do modelo hegemônico, sem clareza de quais as alternativas a esse, assim como não há consistência do referencial de modelo de atenção para uma avaliação mais precisa. O MS mantém um grande foco nas ações programáticas em que propõe serviços prioritários a nível nacional, o que nas gestões municipais se tornaram “metas prioritárias” e até mesmo únicas da ESF e consequentemente do NASF.

É perceptível que a maior parte das ações do MS são reproduzidas pelos quatro municípios sem a análise territorial e sem considerar os determinantes sociais de saúde. Os atendimentos individuais de acordo com o que é apresentado pela demanda espontânea, também sem análise dos contextos. Tal fato também justifica o baixo número e variedade de ações intersetoriais e interdisciplinares em toda a região, embora nas falas tenham emergido indícios significativos que justificam a realização de ações em conjunto com o CRAS, por exemplo.

Embora diferentes pesquisas apontam para uma mudança significativa no processo de trabalho a partir da mudança da definição da ESF como estratégia de reorientação, o que está impactando positivamente na saúde da população atendida, neste estudo identificou-se que a Saúde da Família ainda não é uma estratégia prioritária e central no nível local. Dessa forma, permanece a dificuldade em incorporar o caráter substitutivo, mesmo após implantação do NASF.

Com isso, conclui-se que o NASF, inserido nesse contexto complexo e sem apoio técnico, gera tensionamentos e reflexões, mas reproduz o modelo já instituído, seja por falta de conhecimento ou por falta de apoio da gestão local. Tornou-se uma estratégia municipal para ampliação da rede de assistência especializada com financiamento do MS e é utilizado para esse fim sem estar orientado pela lógica do apoio matricial. Nessa região, com exceção de um município, há pouco incentivo financeiro e a RAS é composta apenas por serviços de AB que contam com poucos profissionais especialistas. A inserção do NASF favoreceu a ampliação da clínica e acabou assumindo a chamada “demanda reprimida”, que está relacionada com a dificuldade de acesso a serviços ambulatoriais em toda a região. Diante do desconhecimento sobre as diferenças entre a AB e os serviços ambulatoriais, suprir a demanda reprimida é avaliado como propício e resolutivo por grande parte dos participantes deste estudo.

A inserção dos núcleos foi avaliada de forma positiva pelos entrevistados, que consideram relevante a elaboração e realização de ações diversificadas. Porém, o que se observa é o NASF dividindo sua agenda principalmente entre atendimentos individuais específicos não compartilhados (demanda ambulatorial) e atividades generalistas que são preconizadas pelo MS, como os grupos de gestantes e tabagismo, mencionados por dois municípios. O município D foi o único que apresentou atividades de promoção e prevenção de saúde diversificadas.

Nenhum município sistematizou avaliações que pudessem identificar o impacto da inserção do NASF na saúde e qualidade de vida da população atendida e considerando o pouco tempo de implantação bem como a rotatividade da equipe, não é plausível avaliar se houve mudança nos indicadores de saúde.

A dificuldade em avaliar a aptidão dos NASF para a reorientação do modelo assistencial não é um desafio só nessa região e a partir do estudo, identifica-se que seria importante a sistematização de avaliações, bem como a análise de indicadores de saúde longitudinalmente. Há registro documentado das ações do NASF na região,

mas não há uma avaliação/reavaliação sobre o processo de trabalho a partir desses registros. Ressalta-se a relevância de avaliações e averiguação pelo MS, uma vez que nem mesmo os critérios de carga horária mínima do NASF e contratação de profissionais listados na portaria, estão sendo seguidos por dois dos quatro municípios.

De modo geral a criação da modalidade 3 do NASF possibilitou a implantação dessas equipes em pequenos municípios, mas o recurso financeiro tem sido insuficiente para manter uma equipe com maior número e diversidade de profissionais, ou até mesmo para elaborar atividades que exijam recursos mesmo que de baixo custo. Acredita-se que a não revisão dos valores de repasse desde o ano de 2013 é um dificultador diante do aumento do valor de custeio das equipes, o que pode ser agravado a partir da Emenda Constitucional 95/2016, que institui um “teto de gastos” por 20 anos.

Embora seja significativa a presença de em média três diferentes categorias profissionais nos NASF, os municípios não contam com serviços especializados e diante da heterogeneidade da demanda na AB, a ESF tem se deparado com dilemas e dificuldades no cuidado da população. Para promover efetivamente a ampliação do escopo da ESF, abrangendo ações nas diversas áreas de atuação, os municípios demandam profissionais com formações em diferentes áreas de conhecimento. Um exemplo é a implantação das academias de saúde em todos os municípios, que é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, mas necessita de profissionais qualificados para tal.

Com isso, infere-se que embora a proposta seja relevante e favoreça mudanças parciais nos serviços municipais de saúde, ainda é insuficiente diante da variedade e complexidade da AB. Dessa forma, a revisão dos valores de incentivo do NASF, bem como a formação mínima das equipes NASF modalidade 3 demanda revisão.

Instituir redes de atenção à saúde com capacidade de oferecer à população uma assistência contínua e integral, coordenada pela APS, é um desafio nesses municípios que ainda desenvolvem suas atividades centradas na doença e dependem de serviços de atenção secundária e terciária de outros municípios, ampliando a distância e dificuldade para a comunicação em rede. Percebe-se que, de forma geral, a existência de uma equipe multiprofissional não promoveu de forma efetiva a reformulação das práticas de cuidado em rede nem mesmo no próprio município, ainda que tivesse potencial para isso.

Embora seja enfatizado a todo momento que o NASF deve trabalhar pela lógica do apoio matricial, prestando assistência especializada ao usuário do serviço de saúde, assim como apoio técnico-pedagógico as equipes, é questionável o quanto é possível “exigir” que os núcleos promovam esse apoio após uma graduação que vem se mostrando insuficiente para lidar com as necessidades gerais de saúde pública.

Repensar a formação dos profissionais de saúde é relevante para transformar o cenário de saúde não apenas na região, uma vez que é sabido que a graduação, ainda baseada no modelo biomédico, representa uma das grandes dificuldades para uma APS abrangente. Dessa forma a EC e a EP dos trabalhadores da saúde surge como alternativa para amenizar a defasagem e o abismo entre a formação acadêmica e a prática em saúde, contribuindo para a viabilização e implementação de ações e projetos concomitantes às propostas do SUS. Porém, a realização apenas de EC, como foi observado, mantêm o trabalho centrado na especialidade de cada profissional, pouco ampliando discussões e práticas pautadas na integralidade em saúde.

Diante as dificuldades da RAS em regiões compostas por pequenos municípios, repensar os papéis que o NASF tem assumido e o porquê disso deve ser considerado. Embora existam críticas da saúde coletiva com relação à realização de um grande número de atendimentos individuais especializados pelos profissionais dos núcleos, é importante refletir sobre a organização dessa rede, que além de ofertar número insuficiente de vagas para o acompanhamento ambulatorial, o limita ao momento de agudização do quadro, o que dá origem a uma demanda de acompanhamento que não se enquadra no “perfil” da atenção especializada ambulatorial, nem da AB. Nesse aspecto, vale ressaltar a importância do equilíbrio entre as ações desenvolvidas nos âmbitos da promoção, prevenção e reabilitação, para não transformar o NASF em um ambulatório isolado dentro da ESF, como têm sido principalmente nos municípios B e C.

Nesta pesquisa também emergiram falas sobre um possível uso político dos serviços de saúde, a exemplo a contratação de profissionais e definição das ações da equipe NASF como “campanha política”, sem considerar as reais demandas e necessidades da população, ou os princípios e diretrizes do SUS e da AB. A maior parte das falas se concentram em dois dos municípios, com destaque para um deles onde os sujeitos referem falta de autonomia profissional em detrimento de imposições da gestão, o que pressupõe a necessidade de maiores estudos sobre esse aspecto.

A título de conclusão, este estudo possibilitou aprofundar a compreensão sobre a AB na região e identificar os modelos assistenciais que orientam as práticas das ESF e NASF nesses municípios, e identificar a necessidade de EP na região como uma possível alternativa para reflexões dos profissionais sobre o próprio trabalho.

A capacitação e qualificação profissional apareceu neste estudo também como demanda da maior parte dos entrevistados, o que motivou a construção de uma proposta de EP como produto desta pesquisa, que será apresentada para a DRS. A proposta visa ampliar e implantar o uso de ferramentas propostas pelo MS e identificadas por diferentes autores como meios de promoção de saúde pautada na integralidade, como as reuniões de equipe com ESF e outros serviços, o matriciamento, os atendimentos compartilhados, e o Projeto Terapêutico Singular. Ou elaborar ferramentas em conjunto com as eSF e gestores, com objetivo de promover a integralidade no cuidado.

6 PRODUTO

A partir das necessidades e demandas identificadas através dos relatos e do perfil dos participantes, identifica-se a importância da promoção da EP na região como alternativa e estratégia para a qualificação do trabalho do NASF e da ESF.

O planejamento da atividade - sua estrutura e formato, tem como bases a compreensão de ensino/aprendizagem abordadas por Paulo Freire no livro “Pedagogia da Autonomia – Saberes necessários para a prática educativa”, publicado em 1996 (Freire, 1996); e a definição de EP apresentada por Peduzzi et al. (2009), que foi mencionada no capítulo 5 deste trabalho.

Para Paulo Freire, ensinar não é transferir conhecimento, mas sim criar possibilidades para a sua construção. Isso envolve o movimento dinâmico e dialético entre o fazer e o pensar sobre o fazer, o que só se dará a partir do conhecimento sobre a realidade do “educando”, o que engloba, principalmente, a identidade cultural desses. Para Freire, a partir daí é possível promover ações que condizem com as necessidades dos educandos, estimulando neles a curiosidade. E essa, que até então era uma curiosidade “ingênua”, caminhará naturalmente para a curiosidade “epistemológica”, construída pelo exercício crítico da capacidade de aprender.

Ao contrário de diversas propostas de educação continuada no âmbito da saúde, com temáticas voltadas a demandas específicas, que seguem moldes de ensino tradicionais, treinando o profissional de saúde, ou então “domesticando”, como dizia Freire (1996), o produto desta pesquisa é uma proposta de reflexão crítica sobre o trabalho em saúde. Para tanto, serão utilizados estudos de casos e a partir da problematização desses, serão promovidos debates e apresentadas ferramentas para a qualificação do trabalho na AB, com ênfase no matriciamento. A escolha inicial das ferramentas se deu a partir do CAB 39 e da revisão bibliográfica realizada para este estudo.

A proposta (Apêndice D) será apresentada à DRS, com objetivo de que as oficinas sejam realizadas em parceria entre pesquisadora e interlocutores da regional de saúde. Será apresentada a proposta com três oficinas já estruturadas, que poderão ser modificadas de acordo com os desdobramentos durante os encontros. Na terceira oficina será realizada a proposta de cada município realizar um estudo de caso in loco, utilizando as ferramentas que acreditarem ser necessárias. A proposta é que realizem

em equipe e coloquem em ação. Será agendado posteriormente um quinto encontro para que as equipes discutam os resultados desse trabalho.

6.1 OBJETIVOS DAS OFICINAS

- Compartilhar experiências entre os profissionais dos diferentes municípios.
- Estimular discussões sobre a atenção à saúde na AB.
- Promover o debate sobre o apoio matricial.
- Ampliar as discussões referentes as ferramentas utilizadas pelas eSF, sendo enfatizadas neste estudo: atendimento compartilhado entre NASF e entre NASF e outras equipes; genograma; ecomapa; PTS;
 - Elaborar possíveis ferramentas de acordo com as necessidades territoriais.
- Provocar a reflexão sobre os papéis de cada equipe e das categorias profissionais, instigando a reflexão sobre generalista x especialista.
- Instigar os participantes a promover o cuidado ampliado e em equipe na rede de AB municipal.

6.2 PARTICIPANTES

O convite será realizado aos profissionais da ESF, do NASF, gestores e responsáveis técnicos pelos Centros de Saúde e Centro de Especialidades dos quatro municípios participantes do estudo. Após a realização das oficinas, será avaliada a possibilidade de levar as oficinas para um maior número de municípios.

6.3 LOCAL

Os encontros circularam os quatro locais. Embora a distância entre os municípios A e C seja maior do que a distância entre eles e a DRS, a rotatividade de local pode favorecer a participação dos sujeitos ao menos quando realizada no próprio local de trabalho. Em caso de não aceite do município, será remanejado para outro município. Os encontros só serão realizados na DRS se nenhum município puder ofertar infraestrutura.

6.4 FREQUÊNCIA

São previstos três encontros, quinzenalmente, em dias fixados com pelo menos dois meses de antecedência para que seja possível a organização das agendas nas unidades de saúde, o transporte e a reserva de espaço físico. Cada oficina terá duração prevista de 4h. Na terceira oficina será realizada a proposta de que os participantes promovam a discussão sobre os temas abordados nas oficinas em seus locais de trabalho, a fim de implantar ou aperfeiçoar as reuniões de equipe e espaços de matriciamento. Um quarto encontro será realizado 3 meses após a quarta oficina, com objetivo de avaliar como se deram essas discussões em equipe e identificar novas demandas e necessidades para EP na região.

REFERÊNCIAS⁷

Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde Debate*. 2013;37(99):672-80. doi:10.1590/S0103-11042013000400015

Bonaldi AP, Ribeiro MD. Núcleo de apoio à saúde da família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. *Rev APS*. 2014;17(2):195-203.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2007. [Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8]

Brasil. Constituição 1988. Emenda constitucional no. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Seção 1, p. 2.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Portal da Saúde [Internet]. 2012a [citado 13 junho 2016]; [1 tela]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de gestão da atenção básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF; 2015. [Boletim 1]

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012b.

⁷ De acordo com o estilo Vancouver.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010a. [Série A. Normas e Manuais Técnicos]

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68-76.

Brasil. 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). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88-93. 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49. 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.662 de 11 de novembro de 2008. Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 nov. 2008. Seção 1, p. 42. 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 fev. 2004. Seção 1, p.37-41.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 548 de 15 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 abr. 2013. Seção 1, p. 59. 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59. 2013b.

Brasil. Presidência da República. Decreto no. 7.385, de 8 de dezembro de 2010. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 9 dez. 2010. Seção 1, p.1. 2010c.

Brasil. Presidência da República. Lei no. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 out. 2006. Seção 1, p.1.

Britten N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 23-31.

Campos, FE, Aguiar RAT, Belisário SR. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

Campos GWS, Bedrikow R. História da clínica e a atenção básica: o desafio da ampliação. São Paulo: HUCITEC; 2014.

Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(5):1625-36. doi:10.1590/1413-81232015215.19302015

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):975-86. doi:10.1590/S1413-81232005000400020

Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000 dez;53(esp):143-7.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [Internet]. 2017 [citado 18 maio 2017]; Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

Corbo ADA, Morosini MVGC, Pontes ALM. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores.

Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2007. p. 69-106.

Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos núcleos de apoio à saúde da família (Nasf). *Saúde Debate*. 2017;41(esp):345-59. doi:10.1590/0103-11042017s25

Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Rev. Saúde Soc*. 2011;20(4):961-70. doi:10.1590/S0104-12902011000400013

DAB – Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família [Internet]. 2016 [citado 9 mar. 2016]; [24 telas]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.

DAB – Departamento de Atenção Básica. Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) – perguntas frequentes. [Internet]. 2017 [citado 12 jun. 2017]; Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça, MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2):164-76.

Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(3):847-52. doi:10.1590/1413-81232014193.01572013

Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*. 2005 set/dez;9(18):489-506.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996. [Coleção leitura]

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012a. p.493-546.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES; 2012b.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [Internet]. 2016 [citado 9 mar. 2016]; [28 telas]. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=35>.

Keen J, Packwood T. Usando estudos de caso na pesquisa em serviços de saúde. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.61-9.

Machado MPM. O NASF no Brasil: panorama atual e novas diretrizes de organização [Internet]. Apresentação no I Encontro Estadual NASF em Santa Catarina; 3-4 dez. 2012 [citado 23 nov. 2016]; Florianópolis, SC: 2012. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2414&Itemid=404

Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. Rev Odontol Univ São Paulo. 2008 maio-ago;20(2):186-94.

Martinez JFN, Silva MS, Silva AM. O Núcleo de apoio à saúde da família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. Saúde Debate; 2016 jul-set;40(110):95-106. doi:10.1590/0103-1104201611007

Martiniano CS, Sampaio J, Silveira SAS. Os desafios do núcleo de apoio à saúde da família para a consolidação da atenção primária à saúde. In: Vasconcelos KEL, Costa MDH, organizadores. Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 353-90.

Matta GC, Fausto MCR. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD'A. Modelos de atenção e a saúde da Família. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2007, p.43-68.

Mendes EV. A construção social da atenção primaria à saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.

Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira RC. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento; v. 1. 9-14 ago. 1992; Brasília, DF: 1992.

Miccas FL, Batista SHSS. Educação Permanente em Saúde: metassíntese. Rev Saúde Públ. 2014;48(1):170-85.

Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Moretti PGS, Fedosse E. Núcleos de apoio à saúde da família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. Fisioter Pesq. 2016;23(3):241-7.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família. Mundo Saúde. 2010;34(1):92-6.

Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2007.

OMS – Organização Mundial de Saúde / UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância. Cuidados primários de saúde. Brasília, DF; 1979. [Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. UNICEF]

Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012. p. 459-92.

Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.

Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. ANVISA – Seminários Temáticos Permanentes [Internet]. Brasília, DF, 28 mar. 2001 [citado 3 mar. 2017]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6168>

Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(30):121-34. doi:10.1590/S1414-32832009000300011

Pereira IB, Ramos MN. Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO, Souza Neto AA, Sobrinho GDO. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev Bras Ciên Saúde*. 2012;16(3):317-24.

Sampaio J, Martiniano CS, Rocha AMO, Souza Neto AA, Oliveira Sobrinho GD, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF. Núcleo de apoio à saúde da família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática. *Rev Bras Ciên Saúde*. 2013; 17(1):47-54.

Sampaio J, Melo MC, Grigório MC, Soares RS. Processos de trabalho dos núcleos de atenção à saúde da família junto a atenção básica: implicações para a articulação de redes territoriais de cuidados em saúde. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2015;19(1):41-8.

Santos Neto JA; Mendes AN; Pereira AC; Paranhos LR. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1269-80.

São Paulo. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. *Diário Oficial [do] Estado de São Paulo*, São Paulo, SP, 29 dez. 2006. Seção 1, p. 1.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Regionais de Saúde [Internet]. 2012 [citado 21 jan. 2016]. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>.

Shimizu HE, Fragelli TBO. Competências profissionais essenciais para o trabalho no núcleo de apoio à saúde da família. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(1):216-25. doi:10.1590/1981-52712015v40n2e02702014

Silva LA, Casotti CA, Chaves, SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde coletiva*. 2013 jan;18(1):221-32.

Silva Junior AG, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2007. p. 27-42.

Souza TT, Calvo MCM. Resultados esperados dos núcleos de apoio à saúde da família: revisão de literatura. *Saúde Soc*. 2016;25(4):976-87. doi:10.1590/s0104-12902016163089

Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA; 2006.

Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(62):565-78. doi:10.1590/1807-57622015.0939

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Questões

1. O que você entende como sendo o trabalho do NASF?
2. Descreva o trabalho do NASF no seu município. Se você é do NASF, descreva também qual o seu trabalho.
3. Como você compreende a proposta do Ministério da Saúde para o trabalho do NASF?
4. Do seu ponto de vista, quais são as potencialidades e dificuldades na concretização do trabalho do NASF?

APÊNDICE B – Questionário de identificação do perfil profissional**Identificação**

Identidade de Gênero: ____ Feminino ____ Masculino

Data de nascimento (mês\ano): ________

Local onde reside (cidade\estado): _____

Formação Acadêmica

____ Ensino médio ____ Técnico ____ Graduação ____ Especialização ____ Mestrado

Curso de graduação: _____

Faculdade/Universidade: _____

Período da graduação (mês/ano): Início ____ / ____ Término ____ / ____

Cursos de extensão com objetivo de atualização/capacitação (cursos com carga horária igual ou maior que 8h):

1- Curso: _____ Local e ano: _____

2- Curso: _____ Local e ano: _____

3- Curso: _____ Local e ano: _____

4- Curso: _____ Local e ano: _____

5- Curso: _____ Local e ano: _____

Cursos de pós-graduação (cursos com carga horária igual ou maior que 40h):

1. Curso: _____ Local e ano: _____

2. Curso: _____ Local e ano: _____

3. Curso: _____ Local e ano: _____

4. Curso: _____ Local e ano: _____

Experiência profissional

Atual local de trabalho (serviço e cidade): _____

Vínculo empregatício: ____ CLT ____ Estatutário ____ Autônomo ____ Cooperado

Mês/ano de início do trabalho: ____ / ____ Carga horária semanal: _____

Faixa salarial: ____ 1 a 2 salários mínimos ____ 3 salários mínimos ____ 4 salários mínimos ____ 5 salários mínimos ____ 6 ou mais salários mínimos

Benefícios ofertados pelo empregador (Vale refeição, Vale alimentação, cesta básica, Vale transporte, Convênio médico. Considerar neste item valor adicional pelo PMAQ):

Está vinculado em mais de um serviço de saúde: ____ SIM ____ NÃO

Se SIM, em qual serviço e cidade: _____

Mês/ano de início do trabalho: ____ / ____ Carga horária semanal: _____

Três últimos locais de trabalho e período de permanência em cada um deles:

1- Local: _____ Início/Término: _____

2- Local: _____ Início/Término: _____

3- Local: _____ Início/Término: _____

Você tem maior afinidade com alguma área\local específico de atuação? Qual?

Se fosse para pontuar sua satisfação com a atual área de atuação, em uma escala de 0 a 10, sendo 0 nenhuma satisfação e 10 total satisfação, que nota daria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Atualmente, no campo de trabalho, você sente necessidade de capacitação profissional? ____ SIM ____ NÃO

Se SIM, gostaria de mencionar tipo de formação (capacitação, atualização, especialização, etc.) e temas? _____

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**Dados de identificação do sujeito da pesquisa**

Nome: _____

Documento de Identidade: _____

Identidade de gênero: ____ Feminino ____ Masculino

Endereço: _____ n. ____ apto. _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Dados sobre a pesquisa**Título:** Modelos Assistenciais na Atenção Primária à Saúde: percepções a partir do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**Pesquisadora:** Lucy Talita da Silva**Vínculo Institucional:** Aluna do programa de pós-graduação em Formação Interdisciplinar em Saúde, na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO/USP); Terapeuta Ocupacional na Organização Social Santa Catarina (OSSC).**Pesquisadora Responsável:** Profa. Dra. Eucenir Fredini Rocha**Informações sobre o estudo**

O senhor(a) está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: ***“Modelos Assistenciais na Atenção Primária à Saúde: percepções a partir do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)”***, aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, CAAE: 68185517.0.0000.0065. A pesquisa será realizada através do programa de pós-graduação intitulado *Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde*, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, sob orientação da Dra. Eucenir Fredini Rocha do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP. A pesquisa almeja identificar os modelos assistenciais que norteiam as práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) através das percepções dos

profissionais que fazem parte dos NASF, das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e gestores locais.

Para tanto, serão realizados questionários sobre o perfil profissional e entrevistas abertas sobre o trabalho do NASF, bem como revisão bibliográfica e releitura das políticas públicas de saúde. O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar desta pesquisa por meio de um questionário com questões abertas e fechadas sobre o seu perfil profissional, com duração de aproximadamente 20 minutos e uma entrevista com questões abertas com duração média de 1 hora. As entrevistas vão procurar levantar o seu ponto de vista sobre os dados colhidos e subsidiarão a elaboração de um relatório com propostas de educação permanente aos profissionais, de acordo com as necessidades que surgirem.

Todas as entrevistas serão gravadas pelo entrevistador. Todos os dados coletados serão discutidos a luz de literatura específica e depois será feito um relatório com propostas de educação permanente para os profissionais da Atenção Básica à Saúde e gestores locais, que será apresentado à Diretoria Regional de Franca (DRS 8), bem como será apresentado à Comissão de Pós-graduação da FO/USP para obtenção do Título de Mestre. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, seminários ou em revistas de estudo de saúde ou educação, em formato de *posters*, resumos e/ou artigos científicos.

A pesquisa oferece riscos mínimos com relação à segurança física, social e moral dos participantes e a participação não acarretará em prejuízos aos participantes, uma vez que não haverá identificação dos sujeitos na divulgação dos dados coletados. Sua participação será acordada com a gestão local a fim de não gerar prejuízos com relação ao trabalho.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas e/ou desistência de participação nesse, sem qualquer prejuízo à continuidade de sua relação com a Instituição. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a pesquisadora e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):

EUCENIR FREDINI ROCHA (orientador/responsável)

CPF: 012044778 92

Rua Cipotânea, n. 51, 1º andar, sala 03 - Cidade Universitária - São Paulo/SP- CEP 05360-160. Fone: (11)3091 7457 ou 3091 7454 - email: eucenir@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br.

Você terá direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais e finais da pesquisa a qualquer momento que desejar. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Modelos Assistenciais na Atenção Primária à Saúde: percepções a partir do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)”.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Assinatura do Profissional / Gestor

Data ____ / ____ / ____

Declaramos que obtivemos de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante do estudo.

Profa. Dra. Eucenir Fredini Rocha

Lucy Talita da Silva

Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE D – Oficinas**OFICINA 1****Data:** a definir.**Horário:** das 8h às 12h30.**Local:** a definir.**Facilitadora:** a pesquisadora.**Moderadores:** Interlocutores da Atenção Básica (AB) e de Educação Permanente da Diretoria Regional de Saúde.**Objetivo geral:** Instigar a reflexão sobre a prática na AB com vistas a Atenção Primária à Saúde abrangente a partir de um estudo de caso.**Cronograma**

Horário	Atividade
8h às 8h30	Apresentação geral, que será realizada individualmente por cada participante. Nesse momento a pesquisadora explicará sobre a proposta.
8h30 às 9h45	Apresentação do estudo de caso e divisão dos participantes em subgrupos para promoção do debate em “equipes”.
9h45h às 10h	Intervalo.
10h às 10h40	Apresentação das pontuações de cada grupo.
10h40 às 12h00	Debate sobre o estudo de caso: reflexões realizadas, qual o manejo do caso, quais as ações pensadas, quem são os atores. Apresentação de possíveis ferramentas para organização do trabalho.
12h00 às 12h30	Síntese facilitadora/moderadores e avaliação pelos pares.

Estudo de Caso 1:

Ana, 56 anos, viúva, procurou a ESF para entregar uma solicitação de fisioterapia para a irmã, Marta, divorciada, 54 anos. Em acolhimento na ESF, Ana explicou que Marta esteve 4 meses internada e voltou para casa a 8 dias. Esta, com dificuldade de deambular, não se adaptou ao uso de cadeira de rodas e não consegue mais realizar atividades do dia a dia de forma independente. A internação ocorreu após uma parada cardiorrespiratória causada por uso abusivo de medicamentos, que segundo ela, eram tomados para aliviar a dor causada por uma possível inflamação que sentia na mama devido a uma queda na qual teria batido o peito contra a escada. Após um mês da internação, equipe diagnosticou Carcinoma Metaplásico na mama esquerda e Marta foi encaminhada ao serviço de referência para o tratamento do Câncer na mama, onde permaneceu por mais 3 meses. Se recusou a fazer cirurgias, bem como a dar seguimento no tratamento, negando o quadro clínico, embora a equipe médica tenha alertado sobre a gravidade. Dizia ter esse “caroço” na mama a mais de 10 anos e não iria perder a mama para poder retirá-lo. Durante a internação, Marta apresentou complicações que aumentaram sua fraqueza muscular. Ana afirma que sua irmã passou os 4 meses deitada na cama do hospital, se negando a fazer qualquer esforço, se locomovendo em cadeira de rodas apenas para fumar quando era permitido. Iniciou o uso de tabaco a 22 anos, após a separação do marido e intensificou o uso nos últimos 5, dizendo que “fumar e comer são seus únicos prazeres” (sic). Embora Ana e Marta estejam cadastradas na ESF desde que se mudaram para o território de cobertura a cerca de 7 anos, ambas só comparecem a unidade para retirada de insumos para o tratamento de Diabetes Mellitus (DM) do irmão mais novo, Paulo. Ele é solteiro, tem 49 anos, é bastante conhecido por todos do território devido aos constantes “passeios” de ambulância até a emergência hospitalar devido ao descontrole glicêmico. Paulo teve perda total da visão devido à DM. Não faz uso adequado de medicação, não segue recomendações da equipe da UBS e não aceita os convites para realizar grupo de alongamento e de caminhada, realizados pela ESF e NASF. Após perda de visão, se tornou mais dependente das irmãs Ana e Marta. Paulo e Marta moravam com a mãe, que morreu a 11 anos e Ana passou a morar junto deles a 6 anos, após episódio depressivo diante da morte do marido. Ana teve uma filha que se mudou para outro país após o casamento a 4 anos. Paulo e Marta não tiveram filhos. Não há outros familiares próximos a eles.

A última consulta médica de Ana foi a 2 anos e a de Marta a 5 anos. Ana pede ajuda da ESF para que Marta inicie o quanto antes a fisioterapia, com expectativa de que a irmã recupere a força muscular e volte a ter independência nas atividades cotidianas. Ana é funcionária em uma lanchonete e tem chegado atrasada devido a situação familiar. Relata ter faltado ao serviço na data de ontem por sentir cansaço e muita dor na coluna após esses dias auxiliando a irmã na transferência da cama para cadeira, no banho e na troca de roupas. Também diz estar preocupada com o fato de Marta permanecer a maior parte do tempo apenas fumando e assistindo televisão, sem desejo de realizar nenhum dos exercícios que o fisioterapeuta do hospital recomendou.

Perguntas norteadoras:

- A partir do caso apresentado, como a equipe de trabalho pode intervir?
- O manejo desse caso demanda de outros serviços da rede de Atenção à Saúde?
- O manejo desse caso demanda articulação intersetorial?
- Esse é um caso possivelmente selecionado para elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)? Qual seria o objetivo do PTS? Quais as possíveis atividades propostas nesse PTS?

OFICINA 2

Data: a definir.

Horário: das 8h às 12h30.

Local: a definir.

Facilitadora: pesquisadora.

Moderadores: Interlocutores da Atenção Básica (AB) e de Educação Permanente da Diretoria Regional de Saúde.

Objetivo geral: Instigar a reflexão sobre a prática na AB com vistas a Atenção Primária à Saúde abrangente a partir de um estudo de caso.

Cronograma

Horário	Atividade
8h às 8h30	Apresentação geral, que será realizada individualmente por cada participante. Nesse momento a pesquisadora explicará sobre a proposta.
8h30 às 9h45	Apresentação do estudo de caso e divisão dos participantes em subgrupos para promoção do debate em “equipes”.
9h45h às 10h	Intervalo.
10h às 10h40	Apresentação das pontuações de cada grupo.
10h40 às 12h00	Debate sobre o estudo de caso: reflexões realizadas, qual o manejo do caso, quais as ações pensadas, quem são os atores. Apresentação de possíveis ferramentas para organização do trabalho.
12h00 às 12h30	Síntese facilitadora/moderadores e avaliação pelos pares.

Estudo de Caso 2:

A cinco semanas atrás Maria José, uma mulher com 32 anos, procurou a ESF em busca de um encaminhamento para que a filha “passasse” com a psicóloga. Explicou que ao entrar no quarto da filha, Mônica, de 15 anos, percebeu que os braços da garota estavam cortados e ao abordar, embora a filha tentasse argumentar, assumiu que havia feito os cortes porque “queria morrer”. Imediatamente a recepção da ESF chamou a enfermeira, que realizou uma escuta inicial bastante brevemente e ao pensar na possibilidade de suicídio, encaminhou o caso para psicóloga do NASF. Três dias depois, Maria José voltou ao serviço, relatando que percebeu os mesmos cortes no braço de Julia, amiga de sua filha e que também tem a mesma idade. Explicou que procurou a escola e a coordenadora informou que já estavam averiguando pois perceberam a automutilação nos braços de pelo menos 3 adolescentes, além de Júlia e desconheciam os cortes em Mônica. ESF informou que não sabia desses casos, mas que conversaria com a psicóloga do NASF para ver o que seria possível fazer. Reafirmou uma data de acolhimento com a psicóloga para semana seguinte, pois havia muita demanda para acolhimento.

No dia seguinte, a enfermeira do serviço de pronto atendimento entrou em contato com a ESF relatando que Mônica havia ingerido diversas medicações (dorflex, dipirona e tylenol) que encontrou em casa, como tentativa de suicídio. Um profissional da ESF e do NASF foram juntos realizar visita para adolescente e acolhimento para Maria José, que chorou dizendo o quanto se sentia culpada por não perceber o que a filha estava fazendo, e por ter medo da filha realmente se matar. Acredita que essas coisas podem estar relacionadas com o fato da filha ter se envolvido com um garoto da escola, que divulgou uma foto dela apenas de roupas íntimas no grupo de whatsapp da classe e isso se espalhou por toda a escola. Isso ocorreu a dois meses e desde então Mônica passou a matar aulas, ou quando ia para escola se escondia no banheiro, onde viu uma amiga (Ana Clara, 14 anos) mutilando as próprias pernas com um estilete e então passou a se auto mutilar. Maria disse ter procurado a escola novamente e soube que Além de Mônica, Ana Clara também teve fotos íntimas divulgadas e a direção já estava apurando os fatos para punir os envolvidos. Ao sair da escola, Maria recebeu a ligação de uma professora que pediu que ela não contasse a ninguém o que ouvia. Essa professora disse que ao menos 12 alunos estão de auto mutilando. Explicou que duas meninas iniciaram isso após serem filmadas se

beijando, o que levou aos pais saberem da relação homossexual e punirem as meninas. Entre os outros adolescentes que se auto mutilam está um garoto de 12 anos que sofre preconceitos devido a deficiência na perna; Mônica e Ana Clara que tiveram fotos íntimas divulgadas; meninas e meninos que haviam terminado relacionamentos amorosos ou que estavam em conflitos com os pais, afirmando que todos passaram a se auto mutilar.

No atendimento apenas com Mônica, essa dizia estar arrependida, pois percebeu que não queria morrer, mas sentia medo e vergonha e não sabia como “fugir” disso. Chora ao falar que a mãe se casou novamente a 8 meses e que devido às dificuldades financeiras, foram morar na casa do padrasto, que inicialmente parecia ser “muito bom para elas” (sic) mas que a dois meses percebeu que ele a observava muito e em alguns momentos, quando estavam apenas os dois em casa, ele permanecia muito próximo a ela, tocando sua cintura e em alguns momentos suas pernas. Nessa mesma época, ao sair com um garoto da escola, permitiu que ele tirasse uma foto íntima sua para “guardar” (sic), mas poucos dias depois essa foto foi divulgada para a escola. Ficou com medo de contar sobre o padrasto e sobre a foto para sua mãe, pois além de ter medo da mãe não compreender ou não acreditar, Maria José é trabalhadora informal/autônoma e está sem trabalho a algumas semanas e bastante preocupada com a situação financeira agora que está na sétima semana de gestação do seu segundo filho.

Perguntas norteadoras:

- A partir do caso apresentado, como a equipe de trabalho pode intervir?
- A partir desse caso, identifica-se necessidade de repensar/organizar fluxos de atendimento?
- O manejo desse caso demanda de outros serviços da rede de Atenção à Saúde?
- O manejo desse caso demanda articulação intersetorial?
- O caso apresentado tem foco em uma demanda individual ou em uma necessidade coletiva? Ou ambos?
- O trabalho com grupos, coordenadora/realizado entre NASF e ESF é uma alternativa plausível?

OFICINA 3

Data: a definir.

Horário: das 8h às 12h30.

Local: a definir.

Facilitadora: pesquisadora.

Moderadores: Interlocutores da Atenção Básica (AB) e de Educação Permanente da Diretoria Regional de Saúde.

Objetivo geral: Instigar a reflexão sobre a prática na AB com vistas a Atenção Primária à Saúde abrangente a partir de um estudo de caso.

Cronograma

Horário	Atividade
8h às 8h30	Apresentação geral, que será realizada individualmente por cada participante. Nesse momento a pesquisadora explicará sobre a proposta.
8h30 às 9h45	Apresentação do estudo de caso e divisão dos participantes em subgrupos para promoção do debate em “equipes”.
9h45h às 10h	Intervalo.
10h às 10h40	Apresentação das pontuações de cada grupo.
10h40 às 12h00	Debate sobre o estudo de caso: reflexões realizadas, qual o manejo do caso, quais as ações pensadas, quem são os atores. Apresentação de possíveis ferramentas para organização do trabalho.
12h00 às 12h30	Síntese facilitadora/moderadores e avaliação pelos pares. Proposta de atividade para ser realizada nos municípios.

Estudo de Caso 3:

No município de Nova Aldeia há 4.790 habitantes, com um número significativo de idosos. Grande parte deles reside sozinho ou com conjugue e uma menor porcentagem reside com familiares. Devido a essa população idosa, Nova Aldeia tem se mobilizado para ofertar serviços e ações para essa população, como um grupo da terceira idade, vinculado à secretaria de assistência social. Com relação aos serviços de saúde, há um serviço de pronto atendimento e uma unidade de ESF, que a dois anos conta com a equipe multiprofissional do NASF, composta por assistente social, psicóloga e fisioterapeuta. Não há ações específicas com essa população, que em grande parte está cadastrada na ESF. Entre os idosos cadastrados, há um grande número com doenças crônicas, como Diabetes Melitus e Hipertensão Arterial. A equipe da ESF comenta que essa população procura muito o serviço, mas ressalta que são sempre os mesmos que comparecem na unidade. Também afirma que têm aumentado o número de idosos que sofreram quedas tanto no domicílio como na rua, pois a cidade tem calçadas irregulares, ruas esburacadas e poucas rampas de acesso. Alguns desses idosos têm procurado a ESF para falar sobre o sofrimento emocional com o qual se deparam após a perda de familiares ou conjugues, ou relacionado a outras perdas como financeira. Muitos deles se sentem sozinho e “sem ter o que fazer” (sic). Outros apresentam conflitos familiares, que apontam para situações de negligência familiar, violência psicológica e violência financeira. Há também alguns familiares que procuraram a ESF e o NASF em busca de avaliações neurológicas e psiquiátricas, relatando que os pais ou avós se apresentam cada vez mais confusos, desorientados. Há também um grande aumento no número de idosos acamados.

Embora existam também outras demandas para o serviço de saúde, há um predomínio referente ao envelhecimento da população.

Há poucas atividades de lazer para essa população. São elas: grupos de artesanato e de pintura, ambos na igreja, e um centro de convivência da terceira idade, onde há bailes mensalmente, organizados e custeados pelos próprios idosos em um espaço cedido pela prefeitura.

Na ESF há prioritariamente atendimentos individuais dessa população, que são realizados pelo médico e enfermeira e quando esses identificam outras demandas,

encaminham para fisioterapeuta (se a demanda é motora), para psicólogo (quando a demanda é psicológica) ou para assistente social (quando há dificuldade financeira e/ou necessidade de algum benefício ou insumo específico).

Perguntas norteadoras:

- A partir do caso apresentado, como a equipe de trabalho pode intervir?
- A partir desse caso, identifica-se necessidade de repensar/organizar fluxos de atendimento?
- O manejo do caso de Nova Aldeia demanda de outros serviços da rede de Atenção à Saúde e/ou da articulação intersetorial?
- Quais as possíveis ferramentas de trabalho: trabalho com grupos? Atendimentos compartilhados? Atendimentos específicos individualizados?
- O matriciamento entre ESF e NASF poderia favorecer a definição e proposta de cuidado em saúde a essa população? Porque?

OFICINA 4

Data: a definir.

Horário: das 8h às 12h00.

Local: a definir.

Facilitadora: a pesquisadora.

Moderadores: Interlocutores da Atenção Básica (AB) e de Educação Permanente da Diretoria Regional de Saúde.

Objetivo geral: Identificar e avaliar a como se deu na prática a proposta as oficinas.

Cronograma

Horário	Atividade
8h às 8h30	Apresentação geral, que será realizada individualmente por cada participante. Nesse momento a pesquisadora explicará sobre a proposta.
8h30 às 10h15	Apresentação dos casos, propostas e ações. Discussão e avaliação sobre o processo.
10h15 às 10h30	Intervalo.
10h30 às 11h30	Debate sobre as possíveis ferramentas para organização do trabalho.
11h30 às 12h00	Síntese facilitadora/moderadores. Avaliação pelos pares.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Modelos Assistenciais na Atenção Primária à Saúde: Percepções a partir do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Pesquisador: Eucenir Fredini Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68185517.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.185.521

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de avaliação cognitiva de gestores em modelos assistenciais de atenção primária em uma região. O projeto é descritivo e qualitativo, como estudo de caso e não há intervenção nos profissionais entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

Modelos Assistenciais na Atenção Primária à Saúde: Percepções a partir do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Visa determinar apenas o grau de conhecimento de gestores de atenção primária sobre os modelos assistenciais que estão empregando.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE é adequado e apenas garante ao entrevistado o sigilo da informação e o acesso aos dados demográficos de cada região

Recomendações:

Nenhuma

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.185.521

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_787880.pdf	07/05/2017 14:54:08		Aceito
Outros	Cadastro_protocolo_de_pesquisa_Assinado.pdf	07/05/2017 14:53:07	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Outros	Carta_aceite_787880.pdf	07/05/2017 14:49:41	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Outros	Carta_aceite_787880.pdf	07/05/2017 14:46:04	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Eucenir_Fredini_Rocha_Projeto_Lucy.pdf	02/05/2017 21:43:27	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLTS.pdf	27/03/2017 20:51:28	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/01/2017 21:15:12	Eucenir Fredini Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Julho de 2017

Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (emenda)

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Modelos Assistenciais na Atenção Primária à Saúde: Percepções a partir do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Pesquisador: Eucenir Fredini Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68185517.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.695.383

Apresentação do Projeto:

Trata-se de adição de novos centros participantes, com anuências individuais adequadas.

Objetivo da Pesquisa:

Modelos Assistenciais na Atenção Primária à Saúde: Percepções a partir do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterados

Recomendações:

Ciência

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.695.383

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1145682_E1.pdf	28/05/2018 09:16:48		Aceito
Outros	Carta_aceite_20180527.pdf	27/05/2018 17:05:06	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Outros	Carta_aceite_20180527.pdf	27/05/2018 17:04:31	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Outros	Cadastro_protocolo_de_pesquisa_Assinado.pdf	07/05/2017 14:53:07	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Outros	Carta_aceite_20170507.pdf	07/05/2017 14:49:41	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Outros	Carta_aceite_20170507.pdf	07/05/2017 14:46:04	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Eucenir_Fredini_Rocha_Projeto_Lucy.pdf	02/05/2017 21:43:27	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLTS.pdf	27/03/2017 20:51:28	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/01/2017 21:15:12	Eucenir Fredini Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 06 de Junho de 2018

**Assinado por:
Antonio de Padua Mansur
(Coordenador)**

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br