

CARACTERIZAÇÃO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E INTEGRAÇÃO ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA VINCULADAS

Characterization of Family Health Support Centers and integration into related Family Health Teams

Thaís Titon de Souza¹,
Rodrigo José Knabben², Maria Cristina Marino Calvo³

RESUMO

Este estudo de caso teve como objetivo caracterizar Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com foco no grau de integração às equipes vinculadas. Um formulário semiestruturado foi respondido por 31 NASF e as respostas foram convertidas para escores de 0 a 2, com valoração previamente definida, a partir de revisão de literatura e normativas. Em seguida, os NASF foram estratificados segundo modalidade. Para a caracterização do grau de integração, foram definidos pesos para as dimensões do formulário, com exceção do perfil da equipe, analisado de maneira descritiva. A somatória dos pontos obtidos pelos NASF definiu o grau de integração às equipes apoiadas, que foi considerado incipiente, especialmente entre os NASF Modalidade II. Foi verificado maior percentual de NASF com grau de integração satisfatório na Modalidade I. A definição de estratégias, que promovam mudanças estruturais e de processo na implantação dos NASF, incluindo ajustes no trabalho de ambas as equipes e direcionamento e apoio institucional, é necessária para que a integração e a colaboração esperadas possam ser consolidadas.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

This case study aimed to characterize Family Health Support Centers (FHSCs) focused on the degree of integration into related teams. A semi-structured form was completed by 31 FHSCs and the answers were converted to scores from 0 to 2, with pre-defined valuation based on literature and regulatory review. Then the FHSCs were stratified by type. To characterize the degree of integration, weights were set for the dimensions on the form, except for team profile, which was analyzed descriptively. The sum of points obtained by the FHSCs defined the degree of integration of the supported teams, which was considered incipient, especially among the Type II FHSCs. A higher percentage of FHSCs with a satisfactory degree of integration was found in Type I. The definition of strategies to promote structural and process changes in the implementation of FHSCs, including adjustments to the work of the teams and that of guidance and institutional support, is needed so that the expected integration and collaboration can be consolidated.

KEYWORDS: Primary Health Care; Public Health Policies; Health Assessment.

¹ Nutricionista, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: thayyts@yahoo.com.br.

² Fisioterapeuta, Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

³ Cirurgiã-dentista, Doutora em Engenharia de Produção. Professora Associada da Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes de apoio às equipes mínimas de Saúde da Família (equipes de SF) implantadas com o objetivo de integrar diferentes saberes à Atenção Básica (AB) e desenvolver práticas de saúde interdisciplinares na perspectiva de uma atenção integral e resolutive.¹ A articulação entre os profissionais é considerada essencial, permitindo o compartilhamento de ações e responsabilidades e, progressivamente, a ampliação dos campos de competências dos envolvidos. Dessa forma, espera-se aumentar a capacidade de cuidado de toda a equipe, a partir de uma organização que pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário.¹

Para essa mudança, são encontrados desafios como a insuficiência de arranjos organizacionais e de relações profissionais, no que se refere ao trabalho compartilhado, deficiente formação dos trabalhadores para atuar na lógica preconizada, baixa compreensão e consolidação prática do apoio matricial, manutenção do trabalho fragmentado e insuficiência de mecanismos para monitoramento e avaliação dos resultados alcançados.^{2,3,4,5,6,7,8,9}

Considerando-se os desafios colocados, foi desenvolvido um estudo de caso para caracterização de Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco no grau de sua integração às equipes vinculadas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso de corte transversal na Região de Saúde da Grande Florianópolis, selecionada por abranger a capital de Santa Catarina (SC). Nessa região existem pontos de atenção especializados, que podem ser acessados, quando necessários, minimizando o viés de organização do NASF apenas em função da dimensão assistencial do apoio matricial.

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), foram coletados dados referentes aos NASF existentes em maio de 2015, com diferenciação por modalidade implantada.^{10,11} A Gerência de Coordenação de AB da Secretaria Estadual de Saúde de SC (GEABS) foi consultada, a fim de identificar se ainda existiam NASF cofinanciados com recursos estaduais em funcionamento, considerando-os equivalentes às modalidades federais quanto ao número de equipes apoiadas.

Para caracterização dos NASF e de sua integração às equipes vinculadas, foi aplicado um formulário composto por questões adaptadas do Instrumento de Avaliação Externa dos NASF do Programa Nacional de Melhoria

do Acesso e da Qualidade da AB e do Modelo Lógico de Integração dos NASF na Atenção Primária em Saúde.^{12,13} Foram analisadas variáveis nas seguintes dimensões: perfil da equipe, contexto de atuação do NASF, integração organizacional entre NASF e equipes apoiadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e integração entre NASF e equipes apoiadas para ações de planejamento e assistência.

O formulário foi previamente validado junto ao responsável pela coordenação do NASF na GEABS. Posteriormente, foi encaminhado aos responsáveis pela coordenação do NASF/AB dos municípios, que possuíam ao menos um NASF implantado. Excepcionalmente, em Florianópolis, o formulário foi respondido por mais de um profissional integrante de cada NASF. Nos demais municípios, foi solicitado que o próprio coordenador do NASF/AB o respondesse ou, caso considerasse mais adequado, que indicasse um profissional do NASF apto a respondê-lo (para sua definição, foi recomendado utilizar critérios como maior tempo de trabalho na equipe e/ou maior conhecimento ou envolvimento com o NASF, garantindo uma melhor qualidade das informações). A coleta foi realizada de outubro de 2015 a junho de 2016, através de contato telefônico e por meio eletrônico.

Para análise, os dados foram digitados no programa Microsoft Excel®. As respostas foram convertidas para escores de 0 a 2, correspondentes ao que se considera adequado (escore 2), parcialmente adequado (escore 1) e inadequado (escore 0). A valoração foi previamente definida com base em revisão de literatura e normativas. Apenas os dados acerca do perfil das equipes NASF não sofreram conversão a escores. Em seguida, os NASF foram estratificados segundo modalidade implantada.

A pontuação total atingida por cada NASF foi definida pela soma dos escores. Em Florianópolis, essa definição ocorreu pela mediana dos escores alcançados tomando-se o cuidado de excluir os profissionais que não responderam a todas as questões ou que responderam mais de uma alternativa em questões com única resposta. Na ocorrência de número par de respondentes, excluíram-se, ainda, profissionais com menor tempo de NASF ou, quando vinculados pelo mesmo tempo, a categoria profissional menos prevalente nos NASF estudados.

Para a caracterização do grau de integração do NASF às equipes apoiadas, foi definido, em função da ênfase do estudo à integração entre as equipes, peso 1 para a soma dos escores da dimensão contexto de atuação da equipe NASF e peso 2 para as dimensões grau de integração organizacional às equipes apoiadas nas UBS e grau de integração para ações de planejamento e assistência. A dimensão perfil da equipe foi analisada de maneira descritiva. Com base na pontuação total passível de ser atingida, fo-

ram definidos tercis para a avaliação de grau insatisfatório de integração às equipes de SF (0 a 29 pontos), grau intermediário de integração (30 a 59 pontos) e grau satisfatório de integração às equipes vinculadas (60 a 88 pontos).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pes-

quisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer 1.248.870) em 29 de setembro de 2015, sendo respeitados os preceitos éticos em sua execução.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

São apresentados na Tabela 1 os dados referentes às

características das equipes NASF e de sua integração às equipes vinculadas.

Tabela 1 - Caracterização dos NASF e sua integração às equipes vinculadas.

Dimensão: Caracterização dos NASF			
Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31) Profissionais (n=171)
Modalidade de NASF	Qual a modalidade de NASF implantada?	NASF I	64,5%
		NASF II	12,9%
		NASF III	22,6%
Número de equipes vinculadas	Quantas equipes estão vinculadas ao NASF?	1 a 2	22,6%
		3 a 4	9,7%
		5 a 9	32,2%
		Segundo categoria	35,5%
Número de UBS vinculadas	Quantas UBS estão vinculadas ao NASF?	1	12,9%
		2 a 3	16,1%
		5 a 9	35,5%
		Segundo categoria	35,5%
Número de profissionais NASF	Quantos profissionais fazem parte do NASF?	3	22,6%
		4 a 5	29,0%
		6 ou mais	48,4%
Categorias profissionais NASF	Quais as categorias profissionais inseridas no NASF?	Assistente social	9,3%
		Farmacêutico	11,1%
		Fisioterapeuta	14,0%
		Fonoaudiólogo	7,0%
		Médico Pediatra	7,0%

Dimensão: Caracterização dos NASF			
Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31) Profissionais (n=171)
Categorias profissionais NASF	Quais as categorias profissionais inseridas no NASF?	Médico Psiquiatra	8,2%
		Médico Veterinário	0,6%
		Nutricionista	13,4%
		Prof. Ed. Física	10,5%
		Psicólogo	18,7%
Formação específica	Os profissionais do NASF têm formação em Saúde Coletiva/Família?	Sim	33,3%
		Não	51,6%
		Não informado	14,0%
Carga horária semanal	Qual a carga horária semanal de trabalho dos profissionais do NASF?	< 20 horas	1,7%
		20 a 29 horas	21,6%
		30 a 39 horas	13,4%
		40 horas	62,0%
		Não informado	1,2%
Vínculo de trabalho	Qual o vínculo de trabalho dos profissionais do NASF?	Estatutário	66,7%
		Celetista	15,8%
		Outro	12,9%
		Não informado	4,7%
Tempo de trabalho no NASF	Qual o tempo de trabalho dos profissionais no NASF?	< 6 meses	7,0%
		6 a 12 meses	16,9%
		13 a 24 meses	13,4%
		> 24 meses	43,8%
		Não informado	18,7%

Dimensão: Contexto de atuação da equipe NASF			
Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31) Profissionais (n=171)
Critério para definição de profissionais do NASF	Qual o principal critério para definição dos profissionais que compõem o NASF?	Necessidade das equipes/ território	77,4%
		Existência prévia/ facilidade de contratação	22,6%
Compreensão do apoio matricial pelo NASF	Quantos profissionais do NASF possuem clareza e compreensão sobre a atuação do NASF?	Todos	48,4%
		50% ou mais	51,6%
		Menos de 50%	0,0%
Compreensão do apoio matricial pela equipe de SF	Quantos profissionais das equipes de SF possuem clareza e compreensão sobre a atuação do NASF?	Todos	29,0%
		50% ou mais	45,1%
		Menos de 50%	25,8%
Espaço físico para atividades do NASF na UBS	Quantas UBS possuem espaço físico adequado para atividades do NASF?	Todas	12,9%
		50% ou mais	38,7%
		Menos de 50%	48,4%
Existência de referência para categorias NASF	Quantas categorias do NASF possuem serviços de referência em outros pontos de atenção disponíveis quando necessários?	Todas	25,8%
		50% ou mais	29,0%
		Menos de 50%	45,1%
Periodicidade de reuniões em equipe NASF	A periodicidade de reuniões em equipe NASF é adequada ao preconizado segundo modalidade?	Adequado	77,4%
		Parcialmente adequado	0,0%
		Inadequado	22,6%
Dimensão: Integração organizacional entre NASF equipes apoiadas			
Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31) Profissionais (n=171)
Carga horária profissionais NASF por equipe de SF	A carga horária da maioria dos profissionais do NASF disponível para cada equipe é suficiente?	Suficiente para maioria das equipes	41,9%
		Quase sempre suficiente	22,6%
		Insuficiente para maioria	35,5%

Dimensão: Integração organizacional entre NASF equipes apoiadas			
Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31) Profissionais (n=171)
Periodicidade de encontro entre NASF e equipes SF	A periodicidade para encontro de 50% ou mais dos profissionais com cada equipe é adequada, segundo modalidade?	Adequado	41,9%
		Parcialmente adequado	22,6%
		Inadequado	35,5%
Formas de contato entre equipes	São utilizadas diferentes formas de contato, sendo pelo menos uma delas presencial?	Adequado	74,2%
		Parcialmente adequado	25,8%
		Inadequado	0,0%
Horário de trabalho compatível	Quantos profissionais do NASF possuem horário de trabalho compatível ao das equipes?	Todos	51,6%
		50% ou mais	45,2%
		Menos de 50%	3,2%
Pactuação do cronograma de atividades	Quantos profissionais do NASF pactuam seu cronograma de atividades com as equipes?	Todos	45,2%
		50% ou mais	38,7%
		Menos de 50%	16,1%
Registro em prontuários comuns	Quantos profissionais do NASF registram suas ações em prontuários comuns às equipes?	Todos	61,3%
		50% ou mais	19,3%
		Menos de 50%	19,3%
Contato em situações urgentes ou imprevistas	Quantos profissionais do NASF pactuam contato com as equipes em situações imprevistas/urgentes?	Todos	58,1%
		50% ou mais	25,8%
		Menos de 50%	16,1%
Dimensão: Integração para ações de planejamento e assistência			
Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31) Profissionais (n=171)
Planejamento e monitoramento integrado	Quantos profissionais do NASF realizam planejamento e monitoramento integrado às equipes apoiadas	Todos	12,9%
		50% ou mais	45,2%
		Menos de 50%	41,9%

Dimensão: Integração para ações de planejamento e assistência			
Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31) Profissionais (n=171)
Monitoramento das solicitações de apoio	Quantos profissionais do NASF monitoram as solicitações de apoio das equipes?	Todos	19,3%
		50% ou mais	48,4%
		Menos de 50%	32,3%
Avaliação dos resultados sobre as equipes	Quantos profissionais do NASF avaliam os resultados de suas ações sobre as equipes?	Todos	3,2%
		50% ou mais	51,6%
		Menos de 50%	45,2%
Oferta de apoio em ciclos de vida e situações clínicas	Quantos profissionais do NASF oferecem apoio em todos os ciclos de vida e tipos de problemas/necessidades?	Todos	51,6%
		50% ou mais	41,9%
		Menos de 50%	6,4%
Encontro periódico com todas as equipes	Quantos profissionais garantem encontros periódicos com todas as equipes?	Todos	22,6%
		50% ou mais	54,8%
		Menos de 50%	22,6%
Ações assistenciais e técnico-pedagógicas	Quantos profissionais do NASF oferecem ações de apoio assistencial e técnico-pedagógico?	Todos	32,3%
		50% ou mais	51,6%
		Menos de 50%	16,1%
Instrumentos gerenciamento conjunto casos	Quantos profissionais do NASF utilizam instrumentos de gerenciamento conjunto de casos com as equipes?	Todos	12,9%
		50% ou mais	32,3%
		Menos de 50%	54,8%
Uso de mecanismos de devolutiva de casos	Quantos profissionais do NASF utilizam mecanismos de devolutiva dos casos e ações?	Todos	6,4%
		50% ou mais	67,7%
		Menos de 50%	25,8%
Oferta de apoio às situações imprevistas	Quantos profissionais do NASF oferecem apoio às equipes em situações imprevistas?	Todos	58,1%
		50% ou mais	41,9%
		Menos de 50%	0,0%

Dimensão: Integração para ações de planejamento e assistência			
Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31) Profissionais (n=171)
Principal forma de compartilhamento de casos	Como geralmente ocorre o compartilhamento de casos entre 50% ou mais do NASF e equipes?	Regulados pela equipe SF	58,1%
		Parcialmente regulados	3,2%
		Não regulados	38,7%
Tempo médio para atendimento às solicitações	Qual o tempo médio para atendimento de solicitações de apoio por 50% ou mais dos profissionais do NASF?	Até 1 mês	70,9%
		Mais de um mês	29,0%

Fonte: dados da pesquisa.

Perfil das equipes NASF

Foram identificados 33 NASF implantados, sendo 21 equipes na Modalidade I (63,6%), 4 NASF Modalidade II (12,1%) e 8 NASF Modalidade III (24,2%), dos quais 31 equipes (93,9%) responderam ao formulário. Oferecer apoio a 5 ou mais equipes de SF, estar vinculado a 5 a 9 UBS e possuir 4 ou mais profissionais foram condições predominantes, o que se justifica pelo fato de a maioria das equipes analisadas estar implantada sob a Modalidade I.

Em 35,5% dos NASF, os respondentes indicaram que o número de equipes de SF e UBS vinculadas varia em função das categorias profissionais existentes, podendo chegar a até 12 UBS e 30 equipes de SF apoiadas, em desconformidade com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.^{1,10} Tais profissionais indicaram oferecer apoio a até 3 NASF, ainda que inscritos no CNES em apenas uma equipe. Salienta-se a necessidade de investigar essa conformação, especialmente quanto à capacidade de integração dos profissionais de apoio às equipes vinculadas, à possível sobrecarga a que estão expostos diante do número excessivo de equipes e UBS vinculadas e aos resultados alcançados.

Na composição dos NASF, observou-se predominância das categorias de psicologia, fisioterapia, nutrição e farmácia. A maior frequência de psicólogos nas equipes é condizente com a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais no país.¹⁴

A indicação majoritária de vínculo estatutário e a baixa rotatividade dos profissionais de apoio estudados são algumas das características que podem contribuir para sua

integração às equipes de SF.¹⁵ Por outro lado, são fragilidades identificadas o baixo percentual de profissionais com formação específica em Saúde da Família ou Saúde Coletiva diante da incipiente discussão sobre apoio matricial nas graduações em saúde e o número excessivo de equipes apoiadas para algumas categorias profissionais que compõem os NASF estudados.¹⁵

Contexto de atuação das equipes NASF

Os profissionais de apoio possuem maior clareza sobre a lógica de atuação do NASF quando comparados aos profissionais apoiados. Esse desconhecimento pode levar à desvirtuação da proposta de trabalho integrado entre NASF e equipes de SF ao orientar a utilização da equipe de apoio como substituta das Redes de Atenção à Saúde, direcionando-a à atuação especializada, tal como identificado em outros estudos.^{16,17}

A consolidação de um trabalho focado na interdisciplinaridade e na integralidade é dependente da relação estabelecida entre as equipes, sem negar a influência da própria organização das RAS e o direcionamento das gestões municipais em sua estruturação. Dessa forma, além da compreensão restrita da lógica de atuação do NASF, limitações do ponto de vista estrutural também podem influenciar o trabalho previsto. Nesse estudo, a maioria dos respondentes indicou parcial ou total inadequação quanto à disponibilidade de espaços na UBS, para contemplar as ações programadas pelos profissionais do NASF, assim como para a existência de serviços de referência em outros pontos de atenção disponíveis às categorias do NASF. Os serviços de referência foram considerados aqueles que

deveriam promover a articulação das categorias para a integralidade do cuidado, sempre que necessária, para que o NASF não atuasse como substituto da atenção especializada.

Foi indicada a existência de referência de um ou mais serviços nas seguintes áreas: saúde mental (61,3%), assistência social (48,4%), fisioterapia (35,5%) e, em menores proporções, em serviços hospitalares, policlínicas, universidades e outros. Para os respondentes, as áreas com maior carência de serviços de referência em outros pontos de atenção para a atuação do NASF são a atenção psicológica (51,6%), a referência secundária para especialidades não médicas (32,2%), especialmente para as áreas de nutrição (25,8%) e reabilitação fisioterapêutica (19,3%) e a área de promoção da atividade física (16,1%) (dados não apresentados). É válido destacar que algumas dessas áreas estão também dentre aquelas citadas com maior oferta pelos profissionais do NASF.

O panorama dos serviços acessados pelos profissionais do NASF e daqueles percebidos como necessários pode ter sido influenciado tanto pela composição das equipes estudadas quanto pela situação epidemiológica atual verificada no Brasil, com evidência para as questões psicossociais envolvidas no processo saúde-doença e para a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Por outro lado, a indicação da existência e da necessidade concomitantes de serviços para algumas áreas profissionais indica que a organização das RAS não tem privilegiado uma interação cooperativa entre os pontos que as conformam, podendo resultar em descontinuidade da atenção e perda da possibilidade de coordenação do cuidado pela AB. Ao mesmo tempo, sinaliza que a ampliação do acesso às categorias do NASF torna visível a necessidade de outras ações além da AB, demandando atenção focalizada em casos que necessitam de acompanhamento em longo prazo.

A ampliação dos pontos de atenção, portanto, pode ser necessária ao mesmo tempo em que se deve buscar a qualificação dos mecanismos de integração nas RAS, por meio de estratégias de qualificação das equipes, para a detecção de problemas no território e de intervenções adequadas, do fomento à cooperação junto aos serviços especializados e do fortalecimento da coordenação do cuidado dos usuários pela AB.¹⁸ A organização dos profissionais do NASF também pode apresentar potencial para favorecer a integração, tendo-se identificado grande adequação de periodicidade de encontro em equipe NASF, segundo modalidade implantada, o que deve fortalecê-lo enquanto equipe para a oferta de apoio.¹⁹

Integração organizacional entre NASF e equipes apoiadas nas UBS

Dentre os NASF Modalidade I, 40% das equipes consideraram a carga horária disponível suficiente para a maioria das equipes apoiadas, ao passo que 51,1% dos NASF Modalidade III consideraram-na insuficiente ou parcialmente suficiente. Essa contradição pode ser em parte justificada pela falta de clareza de algumas equipes sobre o trabalho integrado entre NASF e equipes vinculadas, ressaltando-se a fragilidade do trabalho interdisciplinar.^{20,21} Problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, podem também favorecer o desenvolvimento de ações fragmentadas e especializadas.

Dessa forma, os NASF Modalidade III, ao invés de praticarem a clínica ampliada em conjunto com as equipes de SF, podem passar a atuar em uma lógica ambulatorial com menor oportunidade de ampliação da capacidade dos profissionais da AB para a produção do cuidado.¹⁹ Em municípios de menor porte, comumente existe uma menor disponibilidade de serviços especializados de maneira que esses profissionais assumem a responsabilidade pelo cuidado clínico específico.²²

Quanto aos principais motivos elencados pelos NASF, nos casos em que a carga horária não foi considerada suficiente, destacam-se: demanda excessiva para os profissionais, especialmente das áreas de psicologia e fisioterapia (38,7%); número excessivo de equipes ou UBS apoiadas (29,0%); deslocamento dos profissionais para o desenvolvimento de ações na atenção especializada ou em farmácias de referência (19,3%); profissionais do NASF vinculados a número maior de equipes do que o limite estabelecido segundo modalidade implantada (16,1%); e, dificuldade em trabalhar na lógica do apoio matricial (16,1%) (dados não apresentados).

Considera-se que a disponibilidade do NASF às equipes apoiadas tem potencialidade para qualificar a atenção, melhorando sua vinculação e relação, possibilitando maior conhecimento do NASF sobre o território de abrangência e sobre a organização do processo de trabalho nas UBS e facilitando a pactuação e a avaliação das ações realizadas conjuntamente.²³ A existência de periodicidade mínima de realização de encontros entre NASF e equipes apoiadas é uma estratégia com potencial para alcançar esses resultados, pois facilita a comunicação entre as equipes (Brasil, 2014). A percepção dos respondentes sobre adequação total ou parcial quanto à periodicidade de encontros foi condizente com a adequação de carga horária disponibilizada para cada equipe vinculada.

Outras ações que favorecem a integração são a definição de formas de contato, inclusive em situações urgen-

tes ou imprevistas, o trabalho em horário compatível e a pactuação de cronogramas de atividades, para as quais as

Integração entre NASF e equipes apoiadas para ações de planejamento e assistência

Experiências desenvolvidas demonstram heterogeneidade e incompletude na implantação de processos de trabalho e ferramentas de planejamento pelas equipes de SF, o que poderia ser modificado com o apoio dos NASF.²³ Esse apoio, entretanto, parece ainda incipiente nos Núcleos estudados. O resultado pode ser reflexo das dificuldades relatadas pelos respondentes, como a demanda excessiva para os profissionais que compõem o NASF e a dificuldade em trabalhar na lógica do apoio matricial.

O monitoramento de solicitações de apoio das equipes de SF pelo NASF e a avaliação dos resultados de suas ações sobre as equipes apoiadas apresentaram baixo grau de adequação, apesar de sua potencialidade para orientar a integração, podendo beneficiar simultaneamente as equipes de SF e a população assistida.²⁴ É reconhecida a existência de diferentes modelos de atuação do NASF, com variação de resultados segundo categoria profissional.²⁴ Concluiu-se ser necessária maior integração entre o planejamento das equipes para alcançar um trabalho colaborativo, especialmente no tocante às ações compartilhadas por não dependerem unicamente do NASF.²⁴

O uso de instrumentos como listas de acompanhamento de casos compartilhados, ainda que incipiente entre os NASF estudados, facilita o monitoramento das ações pelas equipes, contribuindo para a gestão conjunta de casos na Atenção Básica e fornecendo mais subsídios para planejar, organizar, monitorar resultados e coordenar as ações de cuidado. Mecanismos de devolutiva dos casos acompanhados e de ações realizadas e realização de encontros periódicos com todas as equipes apoiadas, garantidas por todos os profissionais do NASF em apenas 22,6% das equipes estudadas, também, podem auxiliar o acompanhamento de casos compartilhados.

Em contrapartida, o compartilhamento de casos entre

equipes apresentaram alto grau de total ou parcial adequação.²³

50% ou mais dos profissionais do NASF e equipes vinculadas ocorre geralmente em momentos presenciais, por meio de discussão de casos e consultas conjuntas, indicando a potencialidade de espaços não formalizados como reuniões específicas para matriciamento na AB. Na realidade de algumas equipes, a realização de encaminhamentos por escrito e o agendamento de consulta diretamente na agenda do NASF ainda se mantêm, apesar de sua inadequação para promover integração entre as equipes envolvidas. O contato telefônico como a principal forma de compartilhamento, informado por uma equipe estudada, foi considerado uma estratégia parcialmente adequada por indicar que os profissionais de apoio estão pouco disponíveis presencialmente na UBS.

Quanto às ações ofertadas pelo NASF, observa-se que em 67,7% dessas equipes não são todos os profissionais que mesclam em suas intervenções aspectos assistenciais e técnico-pedagógicos, bem como em apenas 51,6% dos NASF houve total adequação na oferta de apoio em todos os ciclos de vida e situações clínicas do escopo da AB. Esse panorama pode limitar sua atuação e o alcance de melhores resultados, sendo necessário extinguir a imposição prévia de barreiras de acesso de qualquer natureza ou a limitação do tipo de ações desenvolvidas com base em apenas uma das dimensões do apoio matricial.

Contraditoriamente, ao serem questionados diretamente sobre as ações realizadas por 50% ou mais dos profissionais do NASF, 100% das equipes analisadas indicaram mesclar aspectos assistenciais e técnico-pedagógicos do apoio matricial em sua prática. Ações específicas do NASF e compartilhadas com as equipes de SF (individuais ou coletivas) e atendimentos domiciliares são realizados por todos os NASF analisados, enquanto o monitoramento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) conjuntamente apresentou a menor ocorrência, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 - Ações desenvolvidas por 50% ou mais dos profissionais do NASF

Variável	NASF (n=31)
Ações específicas do NASF (atendimentos individuais/coletivos)	100%
Ações compartilhadas com as equipes SF (individuais ou coletivas)	100%
Atendimentos domiciliares	100%

Variável	NASF (n=31)
Discussão de casos com as equipes SF	90,3%
Discussão de casos que podem gerar encaminhamentos	90,3%
Atividades comunitárias	87,1%
Articulação com outros pontos de atenção e outros setores	74,2%
Organização de intervenções no território com equipes SF	67,7%
Discussão de temas com as equipes SF	64,5%
Discussão sobre processo de trabalho	54,8%
Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)	54,8%
Gestão de casos compartilhados	41,9%
Articulação com recursos comunitários	38,7%
Revisão conjunta de listas de casos para apoio	32,2%
Monitoramento de PTS em conjunto com equipes SF	22,6%

Fonte: dados da pesquisa.

Acredita-se que a baixa compreensão das equipes sobre o apoio matricial, especialmente em relação às ações técnico-pedagógicas, pode ter contribuído para a contradição identificada. Em muitas situações, os profissionais têm o entendimento restrito de que apenas ações focadas na discussão de temas apresentam caráter técnico-pedagógico, desconsiderando que ações compartilhadas, como atendimentos individuais e coletivos conjuntos e discussão de caso têm grande potencial para a educação per-

manente das equipes apoiadas.

Por fim, para 70,9% dos NASF estudados, o tempo médio que 50% ou mais dos profissionais de apoio necessitam para atendimento de uma solicitação das equipes apoiadas é menor do que um mês, o que deve contribuir para melhor acessibilidade à AB e resultar em maior satisfação dos usuários assistidos e, especialmente, das equipes apoiadas.

Grau de integração entre NASF e equipes apoiadas

São apresentados na Tabela 3 os dados referentes ao

grau de integração entre NASF e equipes apoiadas, segundo modalidade implantada.

Tabela 3 - Grau de integração entre NASF e equipes apoiadas.

Variável	NASF (n=31)	%
NASF I (n=20)		
Satisfatório	08	40,0
Intermediário	12	60,0
Insatisfatório	00	0,0

Variável	NASF (n=31)	%
NASF II (n=04)		
Satisfatório	00	0,0
Intermediário	01	25,0
Insatisfatório	03	75,0
NASF III (n=07)		
Satisfatório	01	14,3
Intermediário	04	57,1
Insatisfatório	02	28,6

Fonte: dados da pesquisa.

Independente das características de implantação, os NASF devem trabalhar de maneira integrada e colaborativa com as equipes apoiadas, tendo como foco de atuação a integralidade da atenção e o trabalho interdisciplinar, a partir do referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Entretanto, no caso em estudo, apenas 30% das equipes atingiram grau satisfatório de integração, verificando-se que os NASF Modalidade II apresentaram maior grau de insatisfatória integração às equipes vinculadas.

Um dos desafios para a consolidação do trabalho integrado é a existência de diferentes lógicas de organização de trabalho entre NASF e equipes de SF, com grande demanda por atendimentos direcionada às equipes de referência, enquanto o trabalho do NASF prioriza discussão, pactuação e o fazer em conjunto, demandando disponibilidade e tempo dos envolvidos.¹⁷ Esse descompasso pode gerar resistências e conflitos relacionados ao trabalho colaborativo e à mudança de modelo de atenção, tornando necessários ajustes no trabalho de ambas as equipes, uma vez que são indissociáveis e interdependentes.

A deficiente formação em saúde para o trabalho na lógica da Saúde da Família e, especialmente, em relação ao apoio matricial, a imaturidade em relação ao trabalho pautado nessa lógica, a inexistência de parâmetros claros para a inserção das categorias, que integram o NASF na AB e as tensões econômicas em relação ao financiamento da saúde no país interferem diretamente em sua configuração e atuação, influenciando, também, sua capacidade de integração às equipes de SF.⁶ Essa conjuntura resulta, inclusive, na (in)definição em relação ao número de equipes a serem apoiadas e de pessoas sob sua responsabilidade sanitária, em constante reavaliação.

No caso estudado, o grau de integração entre NASF

e equipes de SF foi considerado incipiente, especialmente entre os NASF Modalidade II. Maior percentual de NASF com grau de integração satisfatório foi encontrado entre aqueles inseridos na Modalidade I. A priori acreditava-se que os Núcleos com menor número de equipes apoiadas pudessem estabelecer uma relação mais colaborativa com as equipes vinculadas, com resultados mais significativos sobre a qualidade e a resolubilidade da AB, assim como sobre sua capacidade de articulação com outros pontos das RAS. Dessa forma, potencializaria a prática da clínica ampliada e permitiria maior intensidade e aprofundamento de ações e relações entre os profissionais e serviços envolvidos e desses com os territórios e os usuários adscritos.¹⁹ Para além da agregação de mais ações ou da oferta pontual ou isolada de ações específicas do NASF, esperava-se, portanto, uma maior capacidade de trabalho interdisciplinar quanto menor o número de equipes apoiadas.¹⁹

Compreende-se que diferentes fatores técnicos, políticos, econômicos e culturais existentes nas diversidades de contextos em que os NASF estão implantados podem interferir sobre os resultados verificados. Reflete-se que os NASF Modalidade II e III são implantados em municípios com menor estrutura assistencial devido ao seu porte populacional. Esses municípios contam com menor número de serviços de referência para as categorias profissionais que conformam o NASF e, em muitas situações, o profissional de apoio é deslocado parcialmente para outras funções na atenção especializada, buscando dar conta dos serviços para responder às necessidades e demandas da população, ou mesmo para ações administrativas, o que pode explicar, em parte, o resultado verificado.²⁵ Em comparação aos NASF Modalidade III, os NASF Modalidade II apoiam um maior número de equipes, o que pode

justificar os piores resultados destes Núcleos em relação àqueles.

Além disso, há o risco de que a implantação do NASF ocasione, ao contrário do que se espera, maior fragmentação da atenção resultando em desresponsabilização frente à ênfase em aspectos parciais dos usuários.¹⁴ Para Cunha e Campos²⁵, isso pode ocorrer, em algumas situações, em decorrência do próprio modelo de atenção à saúde biologicista predominante no setor e pela falta de serviços de saúde especializados nas RAS, cuja insuficiência pode conduzir o NASF a uma forma de funcionamento inadequado com resultados menos extensivos do que aqueles observados nos processos focados na colaboração entre equipes.

CONCLUSÃO

É importante destacar algumas limitações deste estudo. O primeiro aspecto diz respeito ao caráter autoaplicativo do instrumento para caracterização das equipes NASF e de seu grau de integração às equipes apoiadas, não sendo possível afirmar se de fato o que foi indicado vem sendo praticado, pois os dados podem explicitar a percepção dos respondentes em relação aos questionamentos e não à realidade vivenciada. O segundo ponto levantado é o número reduzido de NASF na Modalidade II existente no caso estudado, o que pode ter limitado o reconhecimento das características dessas equipes para uma análise mais aprofundada dos resultados verificados. Indica-se, portanto, a realização de novos estudos, que possam ampliar o escopo de fontes e dados coletados, bem como de NASF analisados.

A despeito desses fatores limitantes, conclui-se que, independentemente da modalidade de NASF implantada, o baixo grau de integração identificado demonstra a dificuldade das equipes em superar a lógica tradicional de fragmentação do trabalho, operando, em geral, com baixo grau de colaboração junto às equipes apoiadas. Em consequência, as ações produzidas pelo NASF podem se restringir a ofertas pontuais ou isoladas de ações específicas, com menor capacidade para alcançar resolubilidade e qualidade na AB.

Para que a integração e a colaboração esperadas possam ser consolidadas, além de atentar à quantidade de equipes vinculadas por NASF, que pode ser determinante para a qualidade das ações e dos resultados alcançados, deve ser prioritária a definição de estratégias que promovam mudanças estruturais e de processo em sua implantação, incluindo ajustes no trabalho de ambas as equipes e direcionamento organizativo e político local que privilegie o trabalho interdisciplinar para uma atenção íntegra.^{19,26}

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.
2. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Colet*. 2003; 8(2):569-84.
3. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(6):1171-81.
4. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2):399- 407.
5. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da saúde*. 2010; 34(1):92-6.
6. Pereira KG. Conflitos éticos no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um município de Santa Catarina/SC [dissertação]. Florianópolis: Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
7. Menezes CA. Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda: estudo de caso [monografia]. Recife: Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
8. Matuda CG. Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP) [dissertação]. São Paulo: Mestrado em Ciências, Universidade de São Paulo; 2012.
9. Costa MML. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): contextualização de sua implantação na Atenção Básica à Saúde no Brasil [monografia]. Brasília: Graduação em Serviço Social, Universidade de Brasília; 2013.
10. Brasil. Portaria no 3.124, de 28 de Dezembro de 2012. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 28 dez. 2012b.
11. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [Internet]. Consulta de equipes NASF no estado de Santa Catarina em maio de 2015 [Citado 2015 jun. 13].

Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Instrumento de avaliação externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

13. Zepeda JES. Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária [dissertação]. Rio de Janeiro: Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Caderno de Atenção Básica no 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

15. Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(3):603-14.

16. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2013; 47(5):867-75.

17. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznalwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. Rev. Bras. Saúde Ocup.. 2015; 40(131):59-74.

18. Gryschek G, Pinto AAM. Saúde mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? Ciên Saúde Colet. 2015; 20(10):355-62.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica no 39 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

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

21. Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, Branco CEC, Neto JDA, Moreira AKF, et al. Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev Bras Promoç Saúde. 2014; 27(2):224-31.

22. Tanaka OY, Drumond Junior M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Úni-

co de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2010; 19(4):355-366.

23. Telessaúde-SC. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB/ NASF SC: AMAQ-NASF SC. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.

24. Souza TT, Martini D. Monitoramento e avaliação como ferramentas de gestão do processo de trabalho integrado entre Núcleos de Apoio à Saúde da Família e equipes de saúde da família. Revista de Saúde Pública de Florianópolis. 2014; 2(2):14-8.

25. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde Soc. 2011; 20(4):961-70.

26. Magalhães FC. Avaliação do processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Campina Grande – PB [monografia]. Campina Grande: Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande; 2011.

Submissão: setembro de 2016

Aprovação: abril de 2017
