

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

NADIELI LEITE NETO DE ALVARENGA

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO
NASF E DA ESF, EM MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE JARDIM-MS**

**CAMPO GRANDE
2019**

NADIELI LEITE NETO DE ALVARENGA

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO
NASF E DA ESF, EM MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE JARDIM-MS**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família, da Universidade
Federal de Mato Grosso do Sul, para
obtenção do título de mestre, sob a
orientação do Prof. Dr. Edson
Mamoru Tamaki

**CAMPO GRANDE
2019**



Ata de Defesa de Dissertação
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
Mestrado

Aos doze dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezenove, às oito horas, na Sala de Educação em Saúde - Clínica Escola/Inísa, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros; Edson Mamoru Tamaki (UFMS), Fernando Pierette Ferrari (UFMS) e Luiza Helena de Oliveira Cazola (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **NADIELI LEITE NETO DE ALVARENGA**, CPF 93558139100, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO NASF E DA ESF, EM MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE JARDIM-MS**" e orientação de Edson Mamoru Tamaki. O presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, o presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR

Dr. Edson Mamoru Tamaki (Interno)
 Dr. Fernando Pierette Ferrari (Externo)
 Dra. Luiza Helena de Oliveira Cazola (Interno)
 Dra. Renata Palopoli Picoli (Interno) (Suplente)

ASSINATURA

[Assinaturas manuscritas]
 Fernando P. Ferrari
 Luiza Helena de O. Cazola

RESULTADO FINAL:

Aprovação Aprovação com revisão Reprovação

OBSERVAÇÕES:

Nada mais havendo a ser tratado, o Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

[Assinatura manuscrita]
 Presidente da Banca Examinadora *[Assinatura manuscrita]*
 Aluna

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Atenção Básica orienta o processo de trabalho das equipes de saúde exigindo a transformação dos serviços na busca primordial pela integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família apresentam dispositivos para a reorganização da atenção à saúde, pela associação dos distintos saberes profissionais em função das necessidades de saúde. Apesar disso, a realidade identificada nos municípios brasileiros evidencia práticas ainda distantes desses princípios, podendo ser agravada pelas particularidades dos municípios de pequeno porte. **Objetivo:** Investigar a integração entre as equipes do NASF e da ESF na perspectiva da integralidade do cuidado nas práticas da APS, nos municípios da microrregião de Jardim, MS. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, com dados quantitativos e qualitativos, envolvendo 19 profissionais de nível superior da ESF e 12 profissionais do NASF de três municípios elegíveis para a pesquisa da microrregião de Jardim, MS. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, analisando-se quatro aspectos da integralidade: abordagem integral nas ações de saúde; garantia da continuidade do cuidado; integração das ações de saúde e integração com a comunidade assim como os limites e potencialidade para o alcance da integralidade do cuidado. **Resultados:** As Ações Multiprofissionais que tiveram predomínio foram: Educação em Saúde, Campanhas Ministeriais, Visitas Domiciliares e Atividades Coletivas, observando-se, no entanto, que ainda são pouco desenvolvidas devido à fragilidade na integração entre as eSF, e destas com o NASF. A falta de integração também é evidente quanto à organização do cuidado continuado, além da carência de infraestrutura e recursos. As Atividades Coletivas e os Projetos próprios dos municípios e se destacaram entre as ações mais realizadas na comunidade. **Conclusão:** A análise dos relatos demonstra o avanço das equipes em direção aos elementos constitutivos da integralidade em suas práticas profissionais, que pôde ser observado por meio da busca pela integração entre as equipes, do reconhecimento da relevância da interdisciplinaridade no cuidado e da construção de projetos próprios em atenção às realidades locais. A organização do processo de trabalho constitui uma fragilidade para as equipes que pode ser impulsionada pelo aparato técnico-pedagógico e clínico assistencial do NASF, por meio de instituição de reuniões, agendas de trabalho compartilhadas e estímulo da gestão. As percepções profissionais acerca de seus limites e potencialidades apresentaram relatos divergentes que apontam posturas profissionais ainda distantes da lógica da integralidade, evidenciando-se, no entanto, o reconhecimento da importância de posturas proativas, do trabalho em equipe e da prática interdisciplinar, porém, que não se concretizam nas práticas. Esses aspectos, aliados à fragilidade dos dispositivos da gestão constituem os desafios a serem superados para a conquista da integralidade do cuidado nos municípios estudados.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; assistência integral à saúde.

ABSTRACT

Introduction: The National Primary Care Policy guides the work process of the health teams, demanding the transformation of services in the primary search for integral care in Primary Health Care. In this perspective, the Family Health Strategy and the Primary Health Care Expanded Support Center have devices for their organization of health care, by the association of the different professional knowledge according to the health needs. In spite of this, the reality identified in Brazilian municipalities shows practices still far from these principles, and may be aggravated by the particularities of small municipalities. **Objective:** To investigate the integration between NASF and ESF teams in the perspective of integral care in Primary Health Care practices in the municipalities of the microregion of Jardim, MS. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional study with quantitative and qualitative approaches, represented by 19 professionals of higher-level professionals from the ESF and 12 NASF professionals from three municipalities of the microregion of Jardim, MS. The data collection was made through forms, analyzing the aspects of integrality, instrumented by a logical framework. The study variables were: integral approach in health actions; continuity of care guarantee; integration of health actions; integration with the community and facilitating elements and barriers or each the integrality of care. **Results:** The Multiprofessional Actions that have predominated were: Health Education, Ministerial Campaigns, Home Visits and Collective Activities, nevertheless observing that they are still underdeveloped due to the fragility in the integration between the Family Health teams, and of these with the NASF. The lack of integration is also evident in the organization of continued care, in addition to the lack of infrastructure and resources. The collective activities and the own projects of the municipalities stood out among the most accomplished actions in the community. **Conclusion:** The analysis of the reports shows the progress of the teams toward the constituent elements of integrality in their professional practices, which could be observed through the search for integration among the teams, recognition of the relevance of interdisciplinarity in care and construction of own projects in attention to local realities. The organization of the work process constitutes fragility for the teams that can be driven by the NASF technical-pedagogical and clinical assistance, through the institution of meetings, shared work schedules and management stimulus. The professional perceptions about their limits and potentialities presented divergent reports that point out professional positions still far from the logic of integrality, evidencing, nevertheless, the recognition of the importance of proactive postures, teamwork and interdisciplinary practice, they do not materialize in practice. These aspects, together with the fragility of the management devices, constitute the challenges to be overcome in order to achieve the integrality of care in the municipalities studied.

Keywords: primary health care; family health; comprehensive health care.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que rege todas as coisas e permitiu a realização desse sonho.

A minha família, alicerce da minha caminhada, meu esposo Edú por compartilhar comigo os momentos de realizações e de dificuldades, assim como, meus pais, irmão e cunhada, sogro e sogra, que estão sempre presentes na minha vida.

Agradeço ao incentivo do meu amigo Daniel que me encorajou na busca pelo mestrado e me auxiliou nas etapas da pesquisa. Ao amigo Jean pela colaboração com as fontes de informações, sempre muito disposto a ajudar.

A toda equipe da secretaria de saúde de Caracol, pelas caronas e por facilitarem o prosseguimento com o curso, suprimindo as minhas ausências.

A secretária de saúde de Jardim, Marcelly, pela compreensão e apoio num momento difícil da minha vida.

Agradeço a todos os profissionais dos municípios de Caracol, Bela Vista e Porto Murtinho, que participaram da pesquisa com muita receptividade, tornando possível a concretização desse projeto profissional.

Agradeço aos familiares e amigos que contribuíram de alguma forma para que eu chegasse até aqui, em especial a tia Dal, tio Derby, tio Ortêncio e Ivana, tio Orlando e tia Sônia, primos Paula, Timóteo, Miri, Gera e Ká e amiga Fabrisa.

Agradeço encarecidamente a todos os colegas de turma do Mestrado pelo compartilhar de saberes e vivências de forma tão singular.

Ao corpo docente e a toda a equipe do curso pela disposição e agilidade nos atendimentos sempre que precisei.

Agradeço aos professores Luiza Helena Cazola, Mara Lisiane dos Santos e Fernando Ferrari pela atenção e pelas ricas contribuições ao meu trabalho.

E finalmente, agradeço ao meu caro orientador, professor Dr. Edson Mamoru Tamaki, pela maestria com que conduziu as orientações, com tamanha sabedoria e paciência, que foram cruciais para a finalização da dissertação.

“É a partir da experiência que temos as bases de uma ética particular e concreta, em que a obra e vida se nutrem sem se reduzirem uma a outra”.

Roseni Pinheiro

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AM - Ação Multiprofissional
APS - Atenção Primária à Saúde
AtC - Atividade Coletiva
CM - Campanha Ministerial
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública
EP - Educação Permanente
ES - Educação em Saúde
eSF - Equipe de Saúde da Família
eSB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA - Hipertensão e Diabetes
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PSF- Programa de Saúde da Família
PTS - Projeto Terapêutico Singular
SB - Saúde Bucal
UBS - Unidade Básica de Saúde
VD - Visita Domiciliar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012.....	17
Figura 2 –	Regiões do Estado de Mato Grosso do Sul.....	23
Figura 3 –	Municípios da microrregião de Jardim, MS e população, Plano Estadual de Saúde , 2016-2019.....	24
Figura 4 –	Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios da microrregião Jardim - MS, 2010.....	24
Figura 5 –	Cobertura ESF e NASF dos municípios da microrregião de Jardim, MS, 2017.....	25
Figura 6 –	Instrumento de análise dos aspectos da integralidade.....	29
Figura 7 –	Número de profissionais de nível superior ESF, SB e NASF por município, 2017.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Ações multiprofissionais quanto à abordagem integral mencionadas pelos entrevistados, eSF.....	33
Tabela 2 –	Participação dos profissionais nas ações multiprofissionais quanto à abordagem integral mencionadas pelas eSF.....	35
Tabela 3 –	Número de ações multiprofissionais realizadas ao mês, de acordo com profissionais do NASF, considerando a abordagem integral.....	36
Tabela 4 –	Ações compartilhadas para a organização da continuidade do cuidado, citadas pelas eSF.....	40
Tabela 5 –	Ações compartilhadas para a organização da continuidade do cuidado, citadas pelo NASF.....	41
Tabela 6 –	Dificuldades apresentadas pelas eSF quanto à organização do cuidado compartilhado.....	43
Tabela 7 –	Dificuldades apresentadas pelo NASF quanto à organização do cuidado compartilhado.....	44
Tabela 8 –	Desafios apresentados pelas eSF quanto à continuidade do plano de cuidado compartilhado.....	45
Tabela 9 –	Desafios quanto à organização do cuidado compartilhado apresentados pelas equipes do NASF.....	46
Tabela 10 –	Aspectos do planejamento para ações multiprofissionais apresentados pelas eSF.....	47
Tabela 11 –	Aspectos do planejamento para ações multiprofissionais apresentados pelas equipes do NASF.....	48
Tabela 12 –	Aspectos chaves destacados pelas eSF nas experiências do cuidado e número de casos/mês.....	49
Tabela 13-	Aspectos chaves destacados pelas equipes do NASF nas experiências do cuidado e número de casos/mês.....	50
Tabela 14 –	Ações realizadas na comunidade mencionadas pelas eSF.....	52
Tabela 15 –	Dificuldades para não realização das ações na comunidade, eSF.....	52
Tabela 16 –	Ações realizadas na comunidade mencionadas pelo NASF.....	53
Tabela 17 –	Dificuldades apresentadas para o desenvolvimento de ações na comunidade, NASF.....	55
Tabela 18 –	Potencialidades descritas pelas eSF para o alcance da integralidade.....	57
Tabela 19 –	Limites para o alcance da integralidade, descritos pelas eSF...	58
Tabela 20 –	Potencialidades para o alcance da integralidade descritas pelos profissionais do NASF.....	60
Tabela 21 –	Limites para o alcance da integralidade descritos pelos profissionais do NASF.....	62

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	A Atenção Primária e o processo de trabalho em saúde.....	12
2.2	A Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Ampliado à Saúde da Família como dispositivos para a integralidade do cuidado.....	15
2.3	O fortalecimento da integralidade do cuidado nas práticas das equipes.....	21
2.4	Municípios do estado de Mato Grosso do Sul e da microrregião de Jardim.....	23
3	OBJETIVOS.....	27
3.1	Objetivo Geral.....	27
3.2	Objetivos Específicos.....	27
4	METODOLOGIA.....	28
4.1	Tipo, local e período.....	28
4.2	Critérios de análise da integralidade.....	28
4.3	Participantes da pesquisa.....	28
4.4	Procedimentos para análise e coleta de dados.....	29
4.5	Organização e análise dos dados.....	30
4.6	Aspectos éticos.....	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1	Características dos profissionais.....	32
5.2	Abordagem integral nas ações de saúde.....	33
5.3	Garantia da continuidade do cuidado.....	39
5.4	Integração nas ações de saúde.....	47
5.5	Integração com a comunidade.....	50
5.6	Limites e potencialidades para o alcance da integralidade do cuidado.....	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	RECOMENDAÇÕES.....	66
	REFERÊNCIAS.....	67
	ANEXO A –PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	73
	APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO(A) GESTOR(A) MUNICIPAL DE SAÚDE.....	77
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA... 	78
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	81
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	84

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil representa marcante conquista histórica proveniente de lutas e mobilizações sociais, que foram asseguradas como direitos constitucionais de saúde, estabelecidos por meio dos princípios da universalização, equidade e integralidade, ordenados na Atenção Primária à Saúde (APS).

Desde então, novos esforços são despendidos, como a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que reorienta o processo de trabalho das equipes de saúde exigindo a transformação dos serviços na busca primordial pela integralidade no cuidado.

Nessa perspectiva foram instituídos os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) para dar suporte as Equipes de Saúde da Família (eSF), complementando as possibilidades de cuidados com a proposta da interdisciplinaridade e da integralidade.

A lógica do processo de trabalho do NASF é orientada pelas diretrizes do Apoio Matricial constituído pela integração com as eSF, por meio do compartilhamento dos problemas identificados nos territórios de atuação e de pactos de intervenções com responsabilização comuns.

Embora as políticas públicas de saúde tenham avançado, ainda existem diversas lacunas operacionais a serem superadas pela reorientação do processo de trabalho das equipes da ESF e NASF como dispositivo para a prática da integralidade na produção do cuidado.

Nesse sentido, a responsabilização compartilhada entre as equipes do NASF e as eSF, possibilitam a materialização da integralidade pelo aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre as necessidades de saúde.

Diante do exposto, ressalta-se a importância de investigar a integralidade do cuidado nas práticas dos profissionais do NASF e da ESF, a fim de oferecer elementos úteis para a reflexão, debate sobre o tema e implementação das ações, oportunizando o conhecimento da realidade dos municípios da microrregião de Jardim - MS, contribuindo para avanços no processo de trabalho em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde

A Atenção Primária à Saúde refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, desenvolvidas conforme as necessidades individuais e coletivas, sendo no Brasil, denominada de Atenção Básica justamente pela amplitude dos sinônimos de básico, como essencial, fundamental, primordial (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

De acordo com Mattos (2004, p.1413), as práticas integrais pautam-se em perceber o usuário para além da doença, incluindo no cotidiano do trabalho “rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas”.

Conforme a Portaria de Consolidação n. 2, em seu art. 2º, a APS é desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional, dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

O processo de trabalho na atenção primária é norteado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por conseguinte, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017a).

Dessa forma, são características do processo de trabalho das equipes de atenção básica:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III. Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.);
- IV. Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e

recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível

superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XXIV-A Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local (BRASIL, 2017a, Anexo 1 do Anexo XXII, Cap. I, item 4.1).

Cecílio e Lacaz (2012) definem as necessidades de saúde como a matéria prima do processo de trabalho em saúde, por conseguinte, Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) afirmam que estão atreladas às necessidades sociais, não se restringindo às demandas biológicas. Além disso, destacam a inserção dos sujeitos nos momentos da produção do cuidado em saúde, no que diz respeito aos modos de vida, de saúde e do sofrer, extrapolando a realidade objetiva.

Nesse sentido, Silva *et al.* (2014) consideram a produção do cuidado como a realização da assistência de forma humanizada, contemplando as necessidades singulares dos sujeitos em seus aspectos pessoais, sociais, espirituais, ultrapassando o suporte puramente técnico e assistencial.

A natureza e a qualidade do processo de trabalho, ou da produção do cuidado, devem resultar do serviço, do encontro, de forma imaterial, por meio de um movimento que reconstrói valores, conceitos e práticas (AYRES *et al.*, 2012).

O estudo de Cruz (2015) refere o predomínio ainda existente de ações de saúde desarticuladas das necessidades dos usuários, destacando a relevância da distinção entre a organização produtiva que resultará num produto, da organização do cuidado com vistas à satisfação das necessidades de saúde.

Entretanto, a APS apresenta os atributos para as práticas de cuidados consonantes com as realidades locorregionais e culturais. Em contrapartida, há um grande desafio em articular as propostas para a produção do cuidado integral, o qual extrapola ações preventivas e curativas, com vistas à desconstrução dos olhares tradicionais, em busca do reconhecimento da integralidade como:

a saúde que demonstre condições dignas a todos os cidadãos, indicadores da saúde que reflitam uma sociedade mais justa, uma relação entre profissional e usuário mais sensível, que priorize a escuta, o acolhimento das demandas, que reúna ao mesmo tempo profissionais acolhedores, conscientes de que sozinhos não irão dar conta das necessidades dos indivíduos e das coletividades, que possam ter um olhar mais complexo para as demandas em saúde, que desconfiem das respostas prontas e saibam trabalhar em rede (OLIVEIRA, 2014, p.83).

Dessa forma, os avanços na produção do cuidado em saúde, de forma a contemplar as necessidades dos sujeitos, serão galgados à medida que a integralidade do cuidado estiver intrínseca nas práticas profissionais, por meio de um olhar ampliado da clínica, do interesse pela realidade social e familiar dos usuários e do trabalho interdisciplinar.

2.2 A Estratégia Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família como dispositivos para a integralidade do cuidado

O Programa de Saúde da Família (PSF) constituído, inicialmente, como um programa vertical, detinha seu enfoque na atenção a saúde materno-infantil e às populações carentes e vulneráveis, no entanto, ainda assim, desde 1998 tem sido a principal estratégia de estruturação da APS devido à reorganização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) inseridas junto às comunidades, integrando ações de promoção da saúde e preventivas (PAIM *et al.*, 2011).

Com a expansão do PSF houve nova configuração na organização das ações de saúde com a perspectiva do território, do vínculo e do diagnóstico participativo nos processos de trabalho, na lógica da interdisciplinaridade em equipe (REIS; DAVID, 2010).

As equipes de Saúde da Família eram compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS),

que variavam de quatro a seis, porém, a partir de 2004, houve a inclusão das equipes de Saúde Bucal (eSB) (PAIM *et al.*, 2011).

Em 2006, é reconhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio da Portaria 648, com a proposta de atenção a uma população adscrita de no máximo 4.000 habitantes, porém, sendo recomendada uma média de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006).

De acordo com a PNAB, existe a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe conforme as especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da APS (BRASIL, 2017a).

Além disso, sob a perspectiva da integralidade, vale ressaltar, as características do processo de trabalho na saúde da família apresentados pela portaria:

VIII - Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população, com a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial (BRASIL, 2017a, Anexo1 do Anexo XXII, Cap. I, item 5).

A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de acordo com sua normatização, direciona as ações para o cuidado integral, tendo na APS o primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, capaz de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde, e na ESF sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção primária (BRASIL, 2017a).

A Estratégia Saúde da Família deve buscar ultrapassar o modelo de atenção centrado na biomedicina, por meio do trabalho em equipe e da interação organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas (SHIMIZU; CARVALHO, 2012).

Além disso, deve contemplar reavaliações periódicas na dinâmica do seu processo de trabalho, por meio do acompanhamento dos indicadores de saúde presentes no território de atuação das equipes (QUEVEDO; OLIVEIRA, 2016).

Considerando as complexidades das necessidades de saúde vivenciadas pelas eSF, com o intuito de alcançar a integralidade do cuidado e a interdisciplinaridade das ações, foram instituídos em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria 154, com vistas a reorientação das práticas profissionais consolidada pela compreensão ampliada do processo saúde-doença (OLIVEIRA, 2014).

As expectativas iniciais do NASF desde a sua criação foram pautadas no alargamento da oferta de serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família, tanto em aspectos quantitativos, quanto em qualitativos (ANJOS *et. al.*, 2013).

Nesse sentido, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), assim denominado pela Portaria nº 2.436 de setembro de 2017, deve ser regulado em conformidade com as demandas identificadas em conjunto com as equipes da APS, trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar, garantindo a longitudinalidade do cuidado, estabelecendo e compartilhando saberes, práticas e gestão do cuidado, além de potencializar as habilidades dos profissionais (BRASIL, 2017a).

Para a definição do território coberto pelo NASF, o gestor municipal divide o número total de equipes de Atenção Básica/Saúde da Família ativas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde pelo número de equipes que pode ser vinculado a cada modalidade de NASF. A partir desse cálculo, obtém-se o quantitativo de NASF que poderão ser implantados no município com financiamento federal, considerando os parâmetros para cada modalidade existente, conforme a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, demonstrada na figura 1 (BRASIL, 2012).

Figura 1 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012

(continua)

Modalidades	Número de equipes vinculadas	Carga horária dos profissionais
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.

Figura 1 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012

(continuação)

NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: BRASIL, 2012.

Essas equipes poderão ser compostas por 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, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014).

O processo de trabalho do NASF é orientado pela Política Nacional de Atenção Básica, destacando-se suas ações:

- a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
- b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários;
- c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (BRASIL, 2017a, Anexo 1 do Anexo XXII, Cap. I, item 3).

Nessa perspectiva do cuidado, o diálogo interdisciplinar e as práticas colaborativas formam os pilares para a integração entre as equipes da ESF e do NASF, exigindo uma postura profissional proativa por parte dessas equipes, distantes daquelas tradicionalmente instituídas, que eram centradas em encaminhamentos. Essa postura envolve a permeabilidade e a disposição para o trabalho colaborativo e para o compartilhamento de responsabilidades e ações,

essenciais para operacionalização do NASF, assim como, o reconhecimento do território de atuação e o estabelecimento de pactos de ações com as equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2014).

Tais posturas e práticas constituem-se como alicerces para o trabalho sob a óptica da integralidade do cuidado, de acordo com as proposições estabelecidas pelo Ministério da Saúde:

A integralidade compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010a, p. 16).

No entanto, questões relacionadas à formação profissional distante da lógica da saúde coletiva têm influenciado na articulação entre as equipes da ESF e do NASF, implicando diretamente na qualidade da assistência prestada (ANJOS *et. al.*, 2013).

A filosofia do NASF direciona-se à qualidade da assistência, em contraposição à ideia de “suprir a demanda”, o que culmina com a mudança da cultura organizacional no SUS, que, historicamente, enfatiza a quantidade de procedimentos, a priorização de indicadores de saúde, o referenciamento aos demais níveis de atenção e a avaliação com abordagem quantitativa (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A organização do processo de trabalho da ESF e NASF pauta-se pelo princípio da integralidade do cuidado, visto que, o enfoque de suas abordagens concentra-se na totalidade dos sujeitos, considerando o seu contexto social, familiar e cultural, além da longitudinalidade do cuidado (SOUSA, 2014).

Entende-se por longitudinalidade do cuidado a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e seus usuários, independente do problema ou necessidade de saúde (BRASIL, 2010a).

As habilidades sociais e políticas construídas pela apreensão profissional dos modos de viver e perceber o mundo pelos usuários devem ser consideradas em todo o processo do cuidado, de forma que os profissionais estejam acessíveis aos seus anseios, cultura e saber, possibilitando a negociação de ações de saúde pertinentes à realidade de seus contextos (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011).

Nesse sentido, Merhy e Onocko (1997) apresentam o trabalho em saúde compreendido de forma complexa, que extrapola a dimensão operativa enquanto atividade, envolvendo a relação homem/mundo em um processo de mútua produção, com a finalidade de atenuar o sofrimento dos sujeitos, sendo relevantes para isso, as intencionalidades dos trabalhadores no cotidiano dos serviços, com suas características, composição das equipes, motivações e objetivos.

Ademais, Campos (1999) expõe o arranjo organizacional para o trabalho em saúde por equipes de referência com apoio especializado matricial, direcionado a subjetividade e à cultura dos profissionais de saúde, por meio da valorização do vínculo terapêutico e da interdisciplinaridade dos saberes e das práticas.

A utilização da ferramenta do Apoio Matricial ocorre por meio do compartilhamento/colaboração entre as equipes, considerando-se as possibilidades de intervenção entre os profissionais que compõem o NASF, articulados com as eSF, o que constitui a dimensão assistencial. Já a dimensão técnico-pedagógica preza pelo aprimoramento das competências e educação permanente das equipes da APS (BRASIL, 2014).

Viegas e Penna (2013) acrescentam que o trabalho em equipe necessita de reflexões por parte dos próprios trabalhadores, e ainda, que a compreensão da integralidade mobiliza a integração da equipe, conscientizando-a quanto à interdependência dos atores na produção do cuidado em saúde.

A articulação e integração entre ESF e NASF deve ampliar a capacidade de compreensão e resolução das eSF no sentido de identificar riscos e vulnerabilidades e eleger casos prioritários e complexos, em harmonia com o suporte técnico-pedagógico estabelecido pelo Apoio Matricial, cujo processo de trabalho se pauta em ações compartilhadas, promovendo a corresponsabilização (ARAÚJO, 2014).

Essa articulação e integração consubstanciam-se no Projeto Terapêutico Singular (PTS) que se desenvolve por meio da identificação das necessidades de saúde, de discussões para diagnóstico ampliado, da definição do plano de cuidado compartilhado, potencializado pela comunicação entre as equipes, buscando abordagens mais resolutivas (BRASIL, 2010a).

Para a concretização da integralidade nas práticas profissionais, deve-se fomentar a autonomia dos usuários, a redução de danos, dos riscos e das vulnerabilidades (BRASIL, 2014).

A integração dos serviços de saúde para a construção de relações de apoio entre as equipes é essencial para reduzir a fragmentação dos modelos assistenciais. Essas medidas exigem novas formas de pactuações entre os serviços de saúde com os profissionais, e conseqüentemente destes com os usuários (CUNHA; CAMPOS, 2011).

2.3 O fortalecimento da integralidade do cuidado nas práticas das equipes

A integralidade constitui-se como um dos princípios do SUS e de acordo com a Lei 8.080/90, em seu artigo 7 e inciso II, a integralidade da assistência é entendida “como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

A atuação na APS subsidia a compreensão da dinâmica interna dos territórios propiciando condições favoráveis à abordagem integral dos indivíduos e famílias, vencendo o modelo de atenção tradicionalmente fragmentado (CANUT, 2017).

No entanto, a ação interdisciplinar, tão relevante nas práticas, representa ainda grande desafio, porque envolve uma relação de interação entre os olhares onde são estabelecidas abordagens de atuação colaborativa entre as diversas categorias profissionais. “O prefixo *inter* assinala um movimento tanto *entre* quanto *dentro* das disciplinas e enseja que tais práticas aconteçam em espaços e tempos de cuidado pré-determinados” (SOUSA, 2014, p.46).

Embora a interdisciplinaridade tenha sido empreendida pelos profissionais do NASF, ainda representa um desafio para as eSF a eles vinculadas, exceto quando há utilização do Apoio Matricial para discussão e condução dos casos. As dificuldades identificadas no estudo de Reis *et al.*(2016), quanto a sua operacionalização foram: pouco tempo disponível para reuniões de equipe, necessidade de aprimoramento para sua implementação, limitada integração organizacional, além de resistência profissional para o distanciamento das práticas fragmentadas.

Dessa forma, o NASF com o dispositivo do Apoio Matricial, articulado às equipes de Saúde da Família, contribuem com a implementação da clínica ampliada, que ocorre por meio da corresponsabilização entre as equipes, impulsionando a

capacidade resolutiva diante da diversidade das necessidades de saúde dos usuários (JORGE *et al.*, 2012).

A organização do trabalho em saúde na APS deve ser orientada pela responsabilização da clínica, valorização do cuidado interdisciplinar e regulação das redes assistenciais, a fim de limitar a fragmentação da atenção, construindo no âmbito gerencial, a cultura organizacional democrática, e no plano científico, o cuidado que reconheça a singularidade dos casos, possibilitando o equilíbrio entre os saberes profissionais de uma equipe ou de uma rede assistencial (CUNHA; CAMPOS, 2011).

No contexto da APS, tem-se a ESF como porta preferencial de entrada ao SUS, o que facilita a reorganização da atenção à saúde com o reconhecimento da relevância do princípio da integralidade. Nesse ínterim, há a necessidade do aprimoramento dos profissionais para o trabalho em equipe, além da organização do processo de trabalho oportunizando os espaços para a abordagem interdisciplinar (SILVA, 2014).

A proposição do NASF visa à qualificação da APS tornando-se viável desde que haja consonância entre o preconizado e o trabalho desenvolvido pelas equipes de apoio, com as práticas propriamente efetuadas no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Além disso, tem a missão de qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada, corresponsável, vencendo a fragmentação do cuidado à saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Nesse cenário, Cecílio (2001) retrata a “integralidade focalizada”, ou seja, a integralidade trabalhada nos espaços bem delimitados dos serviços de saúde, na busca por atender as necessidades de saúde, subsidiada pela integração de todos os recursos de trabalho em saúde articulados entre si, por meio de uma postura interdisciplinar, que se torna possível mediante esforços e compromisso por parte de cada um dos profissionais da equipe.

A discussão de casos clínicos e a construção de PTS constituem-se importantes ferramentas para incluir o olhar clínico às diversas dimensões do cuidado (BRASIL, 2010), sendo estabelecidos especialmente nas reuniões de equipe, com o enfoque nos determinantes do processo saúde-doença (ARAÚJO, 2014).

A dificuldade da compreensão da integralidade está relacionada ao que tange ao seu conhecimento e à sua operacionalização, devido ao conceito abrangente que

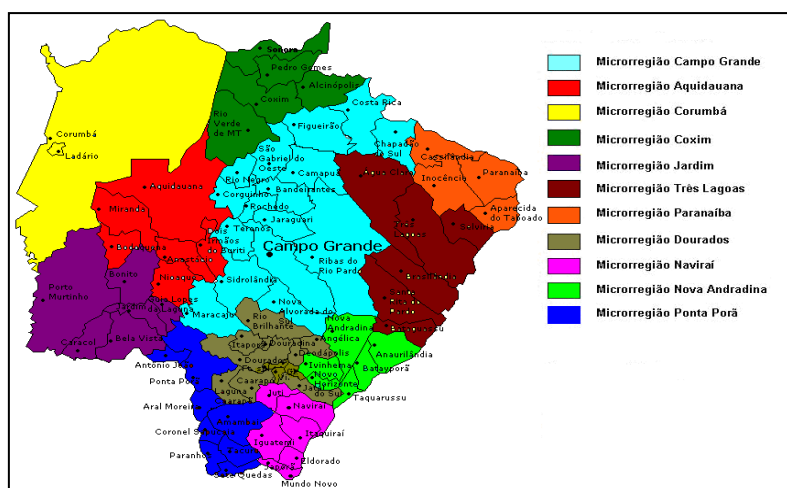
a envolve. No entanto, a proposta do Apoio Matricial vem ajudando nas inquietações dos profissionais da APS, mobilizando-os a um processo de repensar e refazer, pois, na “tentativa de superar a lógica centrada no encaminhamento ao especialista, o apoio matricial tensiona a incorporação na prática clínica, do princípio da atenção integral ao sujeito por meio do vínculo entre equipes e usuários” (SOUSA; TÓFOLI, 2014, p.64).

2.4 Municípios do estado de Mato Grosso do Sul e da microrregião de Jardim

O Estado de Mato Grosso do Sul ocupa 4,19% da área total do Brasil e 22,23% da área da Região Centro-Oeste, correspondendo o sexto lugar do país em extensão territorial, porém com baixa densidade populacional, média de 7,4 habitantes por km² (MATO GROSSO DO SUL, 2015a). E, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2017), sua população estimada é de 2.713.147 habitantes.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) de 2015-2016, definido pela Resolução nº 122 de 24 de novembro de 2015, o estado possui 79 municípios (com a inclusão recente do município de Paraíso das Águas), divididos em 11 Microrregiões de Saúde (Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Jardim, Naviraí, Nova Andradina Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas) e estas organizadas em 04 Regiões de Saúde (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá) (MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

Figura 2 – Regiões do Estado de Mato Grosso do Sul



Fonte: Mato Grosso do Sul, 2011.

Dentre os municípios do estado, 49 (quarenta e nove), tem população inferior a 20.000 habitantes e estão vinculados a um centro urbano de referência, que são as sedes das microrregiões de saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

Figura 3 – Municípios que compõem a microrregião de Jardim, MS e população, Plano Estadual de Saúde – 2016-2019.

MATO GROSSO DO SUL	2.682.386
1. MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE	1.447.248
1.1 Microrregião de Jardim	
Bela Vista	24.113
Bonito	21.047
Caracol	5.838
Guia Lopes da Laguna	10.136
Jardim	25.473
Porto Murtinho	16.514

Fonte: SES/MS, 2015.

A situação socioeconômica da população residente é mensurada a partir de dados dos censos demográficos delineados conforme os pilares saúde, educação e renda, que constituem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Dessa forma, Mato Grosso do Sul ocupa a 10ª posição no ranking de IDH dentre os estados brasileiros (MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

A realidade do IDH dos municípios que compõem a microrregião de Jardim, MS, é expressa na figura 4.

Figura 4: Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios da microrregião de Jardim - MS, 2010.

Municípios	População	IDH	Ranking Estadual
Jardim	25.473	0,712	14º
Bela Vista	24.113	0,698	29º
Guia Lopes da Laguna	10.136	0,675	44º
Bonito	21.047	0,670	50º
Porto Murtinho	16.514	0,666	54º
Caracol	5.838	0,647	64º

Fonte: SES/MS, 2015.

O Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), estabelecido pelo Decreto 7508 de 2011, assegura acordos de colaboração entre os entes federativos para a ordenação das redes de atenção à saúde para a organização e a integração das

ações e dos serviços de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários, auxiliando a gestão do SUS no planejamento e análises regionais (MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

De acordo com os dados do Departamento de Atenção Básica de agosto de 2017 existem 527 equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas nos 79 municípios do estado de Mato Grosso do Sul, além de 515 equipes de Saúde Bucal. Além disso, o estado dispõe de 61 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, sendo 29 do tipo I, 19 do tipo II e 13 do tipo III (BRASIL, 2017b).

Os dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (2017b) demonstram a cobertura das eSF e NASF nos municípios que compõem a microrregião de Jardim, MS, conforme a figura 5.

Figura 5 – Cobertura ESF e NASF dos municípios da microrregião de Jardim, MS, 2017.

Município	População	ESF (n.)	Cobertura (%)	NASF	
				Equipes (n.)	Tipo
Bela Vista	24.223	06	88%	01	I
Bonito	21.267	04	69%	00	-
Caracol	5.906	03	100%	01	III
Guia Lopes da Laguna	10.063	03	100%	00	-
Jardim	25.617	05	70%	01	I
Porto Murtinho	16.686	04	88%	01	II

Fonte: MS/SAS/DAB

Dos seis municípios da microrregião de Jardim, dois municípios não têm o NASF implantado, sendo que Caracol é o único que não está devidamente dimensionado para o número de eSF existente, que pelas normas estabelecidas deveria ser Tipo II.

Além disso, visitas realizadas em 11 microrregiões de saúde pelas equipes de gestão e planejamento do estado, evidenciaram a necessidade de qualificação das ações de saúde na APS de Mato Grosso do Sul, por meio da organização dos serviços em rede e definição de eixos estruturantes para o planejamento, considerados fundamentais para o fortalecimento da integralidade da atenção (MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

A implementação do NASF unicamente, não garante mudanças no modelo assistencial proposto por esta política, mas sim, a transformação dos processos de

trabalho, por meio de discussões, planejamento e avaliação entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS (FERNANDES *et al.*, 2016).

Nesse sentido, Vieira (2015) aponta que a escassez de serviços dos demais níveis de atenção pode interferir nas demandas da APS, ampliando a complexidade de atuação dos profissionais. Desse modo, a realidade expressa em pequenos municípios exige propostas assistenciais inovadoras, mediadas por protocolos assistenciais, o que representa ainda grande desafio.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a integração entre as equipes do NASF e da ESF na perspectiva da integralidade do cuidado nas práticas da APS, nos municípios da microrregião de Jardim, MS.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Levantar as práticas dos profissionais das eSF e do NASF quanto à integralidade do cuidado;
- 3.2.2 Analisar a operacionalização de ações multiprofissionais das eSF e NASF;
- 3.2.3 Analisar a organização do cuidado continuado entre as eSF e NASF;
- 3.2.4 Analisar a integração das eSF e NASF com a comunidade.
- 3.2.5 Identificar os limites e as potencialidades para o alcance da integralidade nas práticas dos profissionais da ESF e do NASF.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo, local e período

Trata-se de pesquisa descritiva, transversal, de abordagem quantitativa, utilizando-se de dados e informações qualitativas obtidas por meio do levantamento de dados primários, desenvolvida nos municípios da microrregião de Jardim, MS que possuíam NASF. Sendo assim, foram excluídos os municípios de Guia Lopes da Laguna e Bonito por não possuírem o NASF implantado. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro de 2017 a abril de 2019.

4.2 Participantes da pesquisa

Foi estabelecido como critério de inclusão na pesquisa os profissionais de nível superior com atuação mínima de seis meses na equipe, o que não permitiu a participação do município de Jardim uma vez que todos os profissionais do NASF não preenchiam essa condição. Nessas condições fizeram parte da pesquisa, os profissionais dos municípios de Bela Vista, Caracol e Porto Murtinho, tendo-se excluído da coleta de dados os que estavam de férias ou afastados por qualquer outro motivo.

4.3 Procedimentos para a coleta de dados

Os dados para realizar o estudo da integralidade do cuidado nas práticas dos profissionais da ESF e do NASF foram obtidos por meio de entrevistas com os profissionais que preenchiam os requisitos da pesquisa.

Foram construídos dois formulários de entrevista, um para os profissionais do NASF (apêndice B) e outro para os da ESF (apêndice C), com questões mistas. Foi realizado um pré-teste dos instrumentos para verificar a capacidade de se obter os resultados esperados. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora em outubro de 2018, após consentimento dos gestores (apêndice A) e agendamento prévio com os e coordenadores da APS dos municípios estudados.

As entrevistas foram realizadas individualmente, após esclarecimento prévio quanto à pesquisa, com informações sobre os objetivos, metodologia empregada,

riscos e benefícios previstos, motivos da escolha dos participantes e a necessidade da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme o apêndice D.

4.4 Critérios de análise da integralidade

A integralidade é um princípio do SUS que possui várias acepções ou “sentidos” (BRASIL, 2010, p. 16) de forma que se fez necessário definir e explicitar objetivamente os aspectos e os critérios de análise da integralidade que foram utilizados nesta pesquisa.

Para esse fim, foi criado um instrumento de análise dos aspectos da integralidade que seriam abordados nesta pesquisa (Figura 6). O conceito de integralidade foi abordado sob quatro aspectos e, para cada um, foi explicitado a sua definição, o(s) problema(s) identificado(s) como central(is) baseado na literatura abordada na pesquisa e os critérios estabelecidos para verificar se o aspecto em questão estaria sendo respeitado.

Figura 6 - Instrumento de análise dos aspectos da integralidade

(continua)

Aspecto da Integralidade	Definição	Problemas	Critérios de Análise
1. Abordagem integral nas ações de saúde	Levar em consideração os aspectos bio-psico-social e cultural nas ações de saúde pelas equipes do NASF e da ESF.	-Práticas profissionais com enfoque na doença. -Desenvolvimento de ações individualizadas e não multiprofissionais.	-Operacionalização de ações multiprofissionais -Encaminhamentos dos usuários para ações multiprofissionais.
2. Garantia da continuidade do cuidado	Desenvolvimento de ações orientadas sob enfoques e práticas comuns.	- Desarticulação das ações entre o NASF e a eSF; -Descontinuidade nas ações de saúde.	-Organização do cuidado orientada por enfoques e práticas comuns; -Implementação de propostas de cuidados estabelecidas entre NASF e eSF.
3. Integração das ações de saúde	Desenvolver ações de saúde que integrem a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com a necessidade da população.	-Ações de saúde limitadas a uma única etapa do cuidado. - Ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação desarticuladas com as necessidades da população.	-Desenvolvimento de ações que envolvam as etapas necessárias de atenção à saúde (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação).

Figura 6 - Instrumento de análise dos aspectos da integralidade

(continuação)

4. Integração com a comunidade	Atuação do NASF e da ESF junto à população por meio da inserção das equipes no território.	-Carência de ações destinadas a grupos e problemas próprios da comunidade e que não são cobertas pelos programas definidos na esfera federal ou estadual. -A organização dos serviços de saúde não provê recursos adequados para garantir a inserção das equipes do NASF e da ESF na comunidade.	- Organização de ações na comunidade.
---------------------------------------	--	---	---------------------------------------

Fonte: elaborado pela pesquisadora

A elaboração desse instrumento constituiu um elemento chave na construção dos formulários de entrevista, pois permitiu formular questões orientadas para a obtenção dos dados e das informações necessárias para atingir os objetivos da pesquisa.

4.5 Tratamento e análise dos dados

Para preservar o anonimato dos entrevistados eles foram identificados por códigos, utilizando-se a letra “E” para os profissionais da ESF seguido de um número sequencial variando de 1 a 19 e letra “N” para os profissionais do NASF com números sequenciais de 1 a 12.

Em relação às questões abertas, as respostas de todos os entrevistados para aquela questão eram lidas, analisadas e, posteriormente, criadas categorias de análise que permitissem melhor refletir os objetivos da questão.

Para as questões com respostas quantitativas, os dados foram tabulados e, conforme a necessidade, foram feitos os cálculos que permitissem verificar a sua magnitude e importância relativa.

Com os dados e informações obtidos foram construídas figuras e tabelas para o NASF e para a ESF, que foram tratados e analisados separadamente e, nos casos pertinentes, analisados conjuntamente.

Pelo número de entrevistados, a utilização das entrevistas permitiu à entrevistadora/pesquisadora correlacionar os dados e informações fornecidas com o

relato dos entrevistados esclarecendo, aprofundando e consolidando o conhecimento do objeto de pesquisa.

O conjunto de dados, informações e análises foram agrupados segundo os aspectos da integralidade estabelecidos para esta pesquisa.

4.6 Aspectos éticos

Por tratar-se de pesquisa de dados primários, envolvendo os profissionais das ESF e NASF, foi solicitada autorização junto aos gestores municipais para a realização da coleta de dados (Apêndice A), a qual foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do parecer 2.740.662 (Anexo A), em observância aos pressupostos da Resolução nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, mediante esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme Apêndice D.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características dos Profissionais

Participaram do estudo, 12 profissionais que compunham o NASF e 19 profissionais de nível superior das ESF e Saúde Bucal apoiadas, com no mínimo seis meses de atuação nas equipes nos municípios da microrregião de Jardim - MS conforme apresentado na Figura 7.

Foram excluídos da pesquisa dois médicos que estavam de férias, três odontólogos que não estavam presentes nas Unidades de Saúde do município de Bela Vista; um médico que estava a menos de seis meses na eSF do município de Caracol; uma nutricionista que estava em licença maternidade e um sanitarista que não foi localizado, ambos do NASF, além de um odontólogo que se recusou a participar, do município de Porto Murtinho.

Do total dos profissionais participantes do NASF (Figura 7), 91,7% foram do sexo feminino, com a faixa etária predominante entre 30 e 39 anos e média de idade de 35,4 anos. Em relação à formação profissional das equipes do NASF (12), 03 foram psicólogas, 02 nutricionistas, 03 fisioterapeutas, 01 assistente social, 01 fonoaudióloga, 02 profissionais de educação física, observando-se que psicólogas e fisioterapeutas compreendem 50% da amostra. Destes, 67% não possuíam especialização na área de saúde coletiva e 83% não haviam recebido nenhum curso introdutório ou aperfeiçoamento na área de atuação. O tempo de atuação na equipe prevaleceu entre 1 a 2 anos.

Cabe destacar, que além do pouco tempo de atuação, pouca familiaridade com a saúde coletiva, 50% destes profissionais dividia sua carga horária entre NASF e serviço especializado.

Dentre os profissionais da ESF e SB entrevistados (Figura 7), cinco foram odontólogos, cinco médicos e nove enfermeiros, sendo que 52,6% possuíam especialização na área de saúde coletiva; 52,6% foram do sexo feminino e a faixa etária predominou entre 30 e 39 anos, com a média de idade de 36,4 anos; o tempo de atuação na equipe prevaleceu entre 1 a 2 anos.

Figura 7 - Número de profissionais de nível superior ESF, SB e NASF por município, 2017.

Município	Equipe NASF	ESF e SB	Unidade de Saúde da Família
Bela Vista	1 psicóloga 1 nutricionista 1 assistente social 1 fisioterapeuta 1 profissional de educação física 1 fonoaudióloga	1 enfermeiro 1 odontólogo	ESF Dr. Thyerson Loureiro de Almeida
		1 médica 1 enfermeira 1 odontóloga	ESF Dr. Carlos Solano Nunes Primaveras
		1 médico 1 enfermeiro	Unidade de Saúde da Família Fiori Murano
		1 médico 1 enfermeira	Unidade de Saúde da Família Água Doce
		1 enfermeiro	ESF Dr Amauri Nantes Munis João de Barro
Caracol	1 psicóloga 1 nutricionista 1 profissional de educação física 1 fisioterapeuta	1 médico 1 enfermeira 1 odontólogo	ESF Candelária Nunes
		1 enfermeira 1 odontóloga	ESF Lidiane de Oliveira Gardin Galeano
Porto Murinho	1 psicóloga 1 fisioterapeuta	1 enfermeira 1 odontólogo	ESF II Luiz Augusto Miranda Codorniz
		1 enfermeira 1 médica	ESF III

O pouco tempo de atuação em equipe destaca-se entre os profissionais das ESF, podendo estar relacionado a não efetivação destes nos municípios, ou ainda, a rotatividade entre as Unidades de Saúde. Ambas as situações interferem negativamente no vínculo e no processo de trabalho em equipe.

5.2 Abordagem integral nas ações de saúde

As Ações Multiprofissionais (AM) mais citadas pelas eSF foram: Educação em Saúde (58%), seguidas de Campanhas Ministeriais (37%) e Visitas Domiciliares (37%) conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Ações multiprofissionais quanto à abordagem integral mencionadas pelos entrevistados, eSF.

Ações Multiprofissionais*	Bela Vista		Caracol		Porto Murinho		Total	
	(N=10)	%	(N=05)	%	(N=04)	%	(N=19)	%
Atividade Coletiva	01	10	-	-	03	75	04	21
Educação em Saúde	05	50	03	60	03	75	11	58

(continua)

Tabela 1 - Ações multiprofissionais quanto à abordagem integral mencionadas pelos entrevistados, eSF.

	(continuação)							
Campanhas MS	05	50	01	20	01	25	07	37
Visita Domiciliar	04	40	03	60	-	-	07	37
PTS	-	-	01	20	-	-	01	05
Educação Permanente	-	-	01	20	-	-	01	05

* Poderia ser assinalada uma ou mais alternativas.

O número de AM realizadas mensalmente variou entre 01 a 05, nos três municípios (68%), sendo que apenas dois entrevistados (10%) responderam que ocorrem de acordo com as necessidades identificadas pelas eSF e quatro desconhecem (21%).

As informações obtidas apontam que as AM ocorrem de forma pouco expressivas, pois as de maior execução corresponderam a apenas 58%. Foi identificando também, no transcorrer das entrevistas, certa confusão por parte dos profissionais sobre quais eram as atividades multiprofissionais, se contabilizariam aquelas realizadas entre a própria equipe e/ou entre as equipes (ESF e NASF).

Dos 19 dezenove profissionais entrevistados, cinco (26,3%) responderam que não participam de AM, sendo três odontólogos, por falta de interação com a equipe e dois médicos devido à sobrecarga de trabalho. Esses relatos apontaram a postura passiva por parte dos odontólogos no sentido de se inserir na própria equipe, o que acaba interferindo nessa interação.

Quanto à sobrecarga de trabalho segundo relato dos médicos, havia duas situações, a primeira vivenciada pelo município de Porto Murinho, onde das três eSF, apenas uma dispunha desse profissional, retratando a falta de recursos humanos, e a segunda no município de Bela Vista, onde o profissional referiu que permanecia a maior parte do tempo dentro do consultório médico em atenção aos atendimentos/consultas individuais.

Situação semelhante foi observada no estudo de Guimarães (2017), realizado em um pequeno município mineiro que identificou a sobrecarga de trabalho dos profissionais da ESF, relacionando-a, principalmente, ao atendimento à demanda espontânea, o que ressalta a importância do trabalho em equipe.

O trabalho em equipe facilitaria a identificação do objeto de trabalho na saúde coletiva, permitindo que os trabalhadores focalizem sua ação evitando sobrecarga de um profissional (GUIMARÃES, 2017, p.18).

Tabela 2- Participação dos profissionais nas ações multiprofissionais quanto à abordagem integral mencionadas pelas eSF.

Profissionais Participantes	Bela Vista (N=10) %		Caracol (N=05) %		Porto Murтинho (N=04) %		Total (N=19)	%
Psicólogo	07	70	03	60	02	50	12	63
Nutricionista	08	80	03	60	-	- *	11	58
Fisioterapeuta	05	50	03	60	02	50	10	53
Prof.Educação Física	04	40	03	60	-	- *	07	37
Enfermeiro	09	90	03	60	02	50	14	74
Médico	-	-	02	40	-	-	02	10
Odontólogo	01	10	-	-	-	-	01	05
ACS	09	90	03	60	02	50	14	74
Fonoaudióloga	-	-	-	-*	-	-*	-	-
Assistente Social	-	-	-	-*	-	-*	-	-

*Não havia este profissional na equipe.

A participação por parte de cada profissional nas AM ocorre de forma equilibrada entre as eSF e NASF dos municípios de Caracol e Porto Murтинho, como demonstrado na tabela 2, podendo estar relacionado às realidades locais, como o pequeno porte, onde as relações entre as equipes podem ser favorecidas pela proximidade, facilidade de acesso de maneira informal.

No município de Bela Vista se observa a participação mais próxima das eSF com o nutricionista (80%) e o psicólogo (70%) do NASF, fato que pode estar relacionado à familiaridade das eSF com o nutricionista devido à sua tradicional inserção nas ações relativas a programas do governo, como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), direcionadas as gestantes, crianças e idosos. A atuação dos psicólogos se relaciona às necessidades das famílias, em suas demandas quanto à saúde mental.

Os municípios de Caracol e Porto Murтинho não dispunham no NASF, de fonoaudióloga e a assistente social, estando estas profissionais inseridas na equipe de Bela Vista, podendo não ter sido mencionadas pelas eSF (Tabela 2), devido ao menor tempo de atuação, sendo 08 e 06 meses, respectivamente.

Nos três municípios investigados, destaca-se a participação diferenciada dos enfermeiros (74%) e ACS (74%) nas AM, sendo observado também no estudo de Galavote *et al.* (2016), que o enfermeiro além das funções de coordenação do trabalho da enfermagem e da supervisão do trabalho dos ACS, acaba envolvendo no engajamento do trabalho da equipe.

Tabela 3 – Número de ações multiprofissionais realizadas ao mês, de acordo com profissionais do NASF, considerando a abordagem integral.

Ações Multiprofissionais	Bela Vista		Caracol		Porto Murтинho		Total	
	(N= 61)	%	(N=63)	%	(N=22)	%	(N. 146)	%
Visita Domiciliar	01	02	01	02	01	05	03	02
Campanhas MS	04	07	05	08	01	05	10	07
Educação em Saúde	04	07	12	19	08	36	24	16
Atividade Coletiva	48	79	42	67	12	54	102	70
Discussão de Caso	04	07	03	05	-	-	07	05

Com relação às AM referidas pelas equipes do NASF nos três municípios, observa-se que as Atividades Coletivas foram as mais frequentes (70%), sendo as mais comuns Caminhadas Orientadas, Atividades Coletivas em grupos como, por exemplo, de alongamentos, de pilates, de ginástica laboral, entre outras. Essas ações são favorecidas pela atuação dos profissionais de educação física e fisioterapeutas dos NASF e, também, pela adesão da Academia de Saúde nos municípios.

A Educação em Saúde foi a segunda AM mais mencionada, no entanto, bem menos expressiva (16%), sendo justamente esta a AM que ocorria com maior aproximação das eSF (enfermeiros e ACS), destinada, principalmente, aos grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes.

As Campanhas Ministeriais, como por exemplo, “Setembro Amarelo”, “Outubro Rosa”, “Novembro Azul”, também foram relatadas nas entrevistas, mas a frequência destas acompanham os calendários ministeriais e tem o intuito maior de sensibilização da população, por meio de ações mais amplas, com envolvimento significativo do NASF, de forma intersectorial.

Os dados apontaram fragilidade no desenvolvimento das AM, que, embora representem um elenco comum de ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, ainda não se concretizam nas práticas, pois esse tipo de atividade “pressupõe a conformação de uma relação de trabalho mais colaborativa, que tradicionalmente não está colocada na organização dos serviços de saúde” (BRASIL, 2014, p.39).

Além dos aspectos apresentados, as AM são elaboradas considerando as perspectivas das equipes, ainda concentradas em grupos de pessoas com doenças crônicas ou condições debilitantes, diferente do esperado sob a perspectiva do exercício da integralidade, apresentadas por Mattioni, Budó e Schimith (2011, p. 270) “a partir da vida das pessoas e não apenas a partir da abordagem de suas doenças e/ ou especificidades”. Na lógica dos referidos autores, as AM seriam

propostas de acordo com as necessidades sentidas pelas equipes em conjunto com os usuários e famílias, com enfoque em suas singularidades, relativo à abordagem integral.

O tipo e número de atividades apresentam-se diferentes entre as equipes da ESF e do NASF, pois, Educação Permanente e PTS foram referidas pelas eSF, não sendo pelas equipes do NASF, assim como, Discussão de Caso referida por profissionais do NASF e não referida pelas eSF.

Dessa forma, observa-se que a implementação das AM entre as eSF e NASF ainda representa um desafio, principalmente, ao que concerne ao apoio matricial, que poderia ser exercido pelo NASF, por meio de Educação Permanente e PTS.

Essas práticas exigem mecanismos de pactuação e de comunicação com as equipes da APS, a fim de se flexibilizar o apoio. No entanto, a predominância da lógica de atenção centrada na doença sob a perspectiva ambulatorial, com o enfoque apenas na dimensão assistencial do apoio matricial, assim como, a dificuldade por parte dos profissionais do NASF em ampliarem suas possibilidades de atuação para além das ações específicas de seu núcleo de saber, representam alguns dos fatores que limitam sua atuação (BRASIL, 2014).

O que se observou, foi um breve deslocamento para a integração entre as equipes do NASF com as eSF examinando as explicações quanto ao desenvolvimento destas atividades.

“[...] a população não gostava porque era só palestrinha, era muito teórico, não aceitava o NASF [...] as agendas para os profissionais do NASF agora estão abertas pra ajudar a equipe” (E11).

Esse relato aponta uma situação inicial de atividade educativa desenvolvida em conjunto (eSF e NASF) que foi aprimorada com o tempo, que denota disponibilidade dos profissionais do NASF para atender as demandas das eSF.

Dentre os profissionais das eSF de Bela Vista entrevistados (10), apenas três encaminham seus usuários para o NASF, sendo estes mais frequentes -referidos por todos os que encaminham- para o nutricionista (média de 08/mês) e o psicólogo (06/mês).

Dos cinco profissionais das eSF de Caracol entrevistados, três responderam que encaminham seus usuários para o nutricionista, dois para o fisioterapeuta e para

o psicólogo, e apenas um para o profissional de educação física, sendo este último, encaminhado ao mesmo tempo para o nutricionista. A média de encaminhamentos da eSF para o nutricionista foi de 07/mês, o fisioterapeuta 06/mês e para o psicólogo 03/mês.

A prática de encaminhar os usuários foi mencionada por três dos quatro profissionais das eSF entrevistados do município de Porto Murinho, sendo que todos estes citaram o psicólogo (média de 01/mês), e, apenas um, o fisioterapeuta (média de 03/mês).

Cabe lembrar que esse último dispunha de apenas dois profissionais na equipe do NASF em exercício, pois a nutricionista esteve em licença à maternidade, retornando ao trabalho no período da entrevista, além disso, o médico sanitário que constava no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como integrante do NASF desde o mês de julho, não estava em atividade.

Em termos quantitativos, os encaminhamentos não se configuram como frequentes, porém, existem práticas habituais centradas em atendimentos clínicos individuais, identificadas junto aos profissionais entrevistados, como, por exemplo, o encaminhamento de todas as gestantes atendidas pelas eSF para consultas individuais com o nutricionista, independentemente do nível de atuação deste, se primário (NASF) ou secundário, bem como, das necessidades de saúde desse público.

A pactuação entre o NASF com as equipes vinculadas, pode ser definida conforme os diferentes espaços, critérios e fluxos, podendo englobar aspectos gerais do processo de trabalho do NASF e/ou específicos por categoria profissional que dele fazem parte, conforme a realidade de cada local. Além disso, podem ser definidas quais situações clínicas serão prioritariamente atendidas individualmente os usuários, e quais os critérios para encaminhamento de pessoas aos grupos específicos do NASF (BRASIL, 2014).

Além disso, alguns relatos dos profissionais do NASF apontam respectivamente, enfoque em atendimentos imediatos e individualizados (N11) e fragilidade na integração com as eSF (N12 e N10).

“Não há apoio matricial, o que existe é precisou chamou”(N11).

“Falta de organização em conjunto do que fazer” (N12)

“Estar participando mais do dia a dia da ESF, não conhecemos a rotina deles”
(N10).

Esses relatos expressam a frustração do profissional do NASF com relação às circunstâncias em que é acionado, e o desejo destes em se integrarem às eSF para realização de ações conjuntas.

A instituição do NASF provém da ideia de ampliar o escopo de ações e a capacidade clínica das equipes da APS, funcionando como equipe de retaguarda por meio do apoio matricial, no entanto, devido ao vasto elenco de atribuições, podem se transformar em atenção especializada na APS (MOURA; LUZIO, 2014).

Também se pode ressaltar que a implementação das AM vem se constituindo como rotina de maneira muito tímida nas localidades estudadas, exigindo mudanças e esforços contínuos por parte dos envolvidos, como exemplificado nas colocações de Silva, Miranda e Andrade (2017):

Não basta apenas conceber a abordagem multidisciplinar a partir da simples composição de um variado leque de profissionais [...] ou mesmo, resumir-se a um agrupamento de trabalhadores que ultrapassa os limites de atuação de cada um [...] a questão é bem mais complexa e exige esforço diário e constante, quando se quer cumprir o que, de fato, propõe a prerrogativa da multidisciplinaridade (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017, p. 596).

Silva (2014) também descreve as dificuldades observadas em sua vivência profissional no momento de inserção do NASF junto às eSF, principalmente, no que se referia à articulação efetiva nas práticas multiprofissionais, salientando a comunicação interdisciplinar como ferramenta potente para o alcance da mesma.

5.3 Garantia da continuidade do cuidado

As eSF organizam o cuidado compartilhado por meio de Visitas Domiciliares, Discussões de Casos (DC), emissão de Relatórios, emissão de Pareceres, Atendimento Compartilhado (AC) na própria Unidade de Saúde e aplicação de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Tabela 4 - Ações compartilhadas para a organização da continuidade do cuidado, citadas pelas eSF.

Organização das Ações	Bela Vista		Caracol		Porto Murinho		Total	
	(N=10)	%	(N=05)	%	(N=04)	%	(N= 19)	%
Visita Domiciliar	05	50	03	60	01	25	09	47
Discussão Caso	05	50	03	60	-	-	08	42
Relatórios	01	10	-	-	-	-	01	05
Pareceres	01	10	-	-	-	-	01	05
PTS	-	-	03	60	01	25	04	21
Atendimento Compartilhado	-	-	-	-	01	25	01	05
Não realiza	03	30	02	40	02	50	07	37

As ações compartilhadas envolvem: o atendimento individual compartilhado, realizado conjuntamente entre o profissional NASF e, no mínimo, um membro da equipe vinculada; o atendimento individual específico, realizado apenas pelo profissional do NASF, após regulação e pactuação com a equipe vinculada, atrelado a um projeto terapêutico produzido conjuntamente; e, ainda, atividade coletiva compartilhada, com apoio para planejamento, programação ou execução conjunta de grupos de educação e saúde, e ações de sensibilização desenvolvidas na UBS ou em outros espaços comunitários (BRASIL, 2014).

As VD foram às atividades mais referidas (47%), quanto ao cuidado compartilhado (realizado conjuntamente entre o profissional NASF e, no mínimo, um membro da equipe vinculada), de acordo com a Tabela 4.

Embora as VD tenham sido mencionadas pela maioria dos entrevistados, bem como Discussão de Casos (42%), ainda são incipientes, e, além disso, os relatos demonstraram que nem sempre havia integração entre as eSF e NASF no desenvolvimento destas atividades, sendo as VD realizadas em momentos separados entre as eSF e NASF, e as “discussões de casos” ocorriam por meio de mensagens telefônicas ou conversas informais.

A ausência de participação na organização do cuidado compartilhado chama a atenção em todas as localidades estudadas, referidos por 30% dos profissionais entrevistados de Bela Vista, 40% de Caracol e 50% de Porto Murinho. Fato, porém, que quando associado a categorias profissionais, como a dos odontólogos, por exemplo, modificam seus percentuais.

O estudo de Carmo Júnior (2014) identificou distanciamento por falta de vínculo entre odontólogos e profissionais do NASF quando descreviam reuniões interdisciplinaridades com o intuito de organizarem ações compartilhadas.

As ações compartilhadas ainda são frágeis, visto que 37% não realizam (Tabela 4). Dessa forma, para que a retaguarda oferecida pelo NASF se concretize, é necessária clareza quanto aos elementos assistenciais e técnico-pedagógicos, que se estruturam pelas práticas colaborativas e integradas (BRASIL, 2014).

Tabela 05 - Ações compartilhadas para a organização da continuidade do cuidado, apresentadas pelo NASF.

Organização das Ações	Bela Vista (N=06)		Caracol (N=04)		Porto Murtinho (N=02)		Total (N=12)	
		%		%		%		%
Visita Domiciliar	05	83	03	75	02	100	10	83
Discussão Caso	06	100	04	100	01*	50	11	92
Relatórios	01	17	-	-	-	-	01	08
Pareceres	01	17	-	-	-	-	01	08
PTS	06	100	04	100	01	50	11	92
Atendimento Compartilhado	-	-	01	25	-	-	01	08

*conversas informais de forma esporádica.

Embora as DC e os PTS tenham sido mencionados pela maioria dos entrevistados do NASF, ambas representando 92% das ações compartilhadas, os relatos evidenciaram que não foram instituídos momentos específicos entre as equipes da ESF e NASF para tratar destas ações.

No município de Bela Vista, por exemplo, são realizados encontros semanais pelos profissionais do NASF destinados às Discussões de Caso, em Caracol e em Porto Murtinho as DC ocorrem em conjunto (NASF e eSF), no entanto, não há uma agenda estabelecida para este fim, e as conversas informais também são consideradas como DC.

Nesse sentido, a operacionalização do NASF implica em ações importantes para a construção do trabalho integrado e corresponsável, como o reconhecimento do território pelo NASF e a realização de pactuações iniciais com as eSF (BRASIL, 2014).

Conforme os relatos nas entrevistas, as ações compartilhadas que tiveram predomínio foram as VD (83%) aos usuários e famílias que apresentavam situações de maior complexidade, ou seja, quando já havia um problema instalado, como, por

exemplo, usuário em estado terminal devido a Neoplasia, ou ainda, usuários em reabilitação devido à sequelas traumáticas e/ou neurológicas.

Nestas situações houve maior integração entre a própria eSF, e destas com o NASF, entretanto, evidencia-se o enfoque biomédico como fator de estímulo para o cuidado interdisciplinar.

Com relação aos PTS, observaram-se interpretações distintas entre os profissionais quanto a essa prática, pois a sua implementação, de acordo com o Caderno de Atenção Básica n. 39, engloba a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado de forma compartilhada e corresponsabilização (BRASIL, 2014). No entanto, alguns relatos denunciaram o enfoque apenas em discussões de casos.

Essas informações indicam que a organização do cuidado de forma compartilhada precisa ser potencializada, e nesta perspectiva, o papel do NASF com seu aparato técnico-pedagógico e clínico assistencial é fundamental.

O estudo realizado por Parente e Paiva (2015) quanto à articulação das ações de apoio técnico-pedagógico e clínico assistencial do NASF para com as equipes da APS, apontaram as Visitas Domiciliares (93,7%) como as principais atividades, enquanto que as consultas compartilhadas, as consultas individuais do profissional do NASF e os grupos terapêuticos ou de educação em saúde representaram 62,5% das ações, e, além disso, 50% referiram não haver apoio no planejamento e gestão da equipe de atenção básica.

Com relação à retomada dos casos, ficou evidente pelas entrevistas, que ocorrem separadamente entre eSF e NASF, e ainda assim, raramente estão presentes médicos e odontólogos nessas discussões. Um profissional do NASF de Porto Murinho referiu não retomarem os casos. Essa realidade indica fragilidade na integração entre as equipes.

A equipe do NASF e as eSF devem criar espaços de discussões para gestão do cuidado, como reuniões e atendimentos compartilhados, constituindo processo de aprendizado coletivo, constituindo-se a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado às eSF os atributos elementares do NASF (BRASIL, 2010).

O número de casos compartilhados atendidos no mês, nas realidades estudadas segundo as eSF e NASF, variaram de 01 a 05, e o tempo de retomada destes casos variaram de 15 a 30 dias. Um profissional da ESF de Bela Vista

respondeu que retomam de acordo com as necessidades dos usuários/famílias, sendo realizadas muitas vezes, informalmente, por meio de ligações ou mensagens eletrônicas.

Quanto ao acompanhamento dos casos pelas eSF e NASF, os papéis profissionais e os mecanismos para a organização da coordenação do cuidado não se apresentaram bem definidos, valendo lembrar das orientações ministeriais “o pressuposto que deve ser seguido, independentemente da configuração da ação, é a pactuação conjunta sobre o que será realizado e a manutenção da coordenação do cuidado com as equipes de AB” (BRASIL, 2014, p. 48).

Vieira (2015) por meio de estudo de caso realizado em pequenos municípios de Minas Gerais investigou o apoio da equipe multiprofissional integrado à APS, constatando que o modelo das atividades desenvolvidas pelas equipes limitava-se a referências para interconsultas e que não existiam discussões clínicas nem atendimentos compartilhados.

Floresta (2014) realizou projeto de intervenção em bairros do Rio de Janeiro com o objetivo de estimular o desenvolvimento dos PTS, por constatar que são poucos os profissionais que conhecem e menos ainda os que sabem manipular esta ferramenta.

Tais realidades mostram-se semelhantes à presente pesquisa, evidenciando a fragilidade na coordenação do cuidado pelas equipes da APS, a pouca organização de fluxos de cuidados (ESF e NASF) e a carência de instrumentos de integração como fatores preponderantes da falta de integração entre as equipes.

Tabela 6- Dificuldades apresentadas pelas eSF quanto à organização do cuidado compartilhado.

(continua)

DIFICULDADES	Bela Vista		Caracol		Porto Murтинho		Total	
	(N=10)	%	(N=05)	%	(N=04)	%	(N=19)	%
Sobrecarga de trabalho	01	10	-	-	02	50	03	16
Comunicação ineficaz entre as equipes	02	20	-	-	-	--	02	10
Falta de organização do processo de trabalho	01	10	02	40	-	-	03	16
Escassez Infraestrutura e Recursos	03	30	01	20	-	-	04	21
Indefinição de possibilidades e fluxos de cuidado	03	30	-	-	01	25	04	21

Tabela 6- Dificuldades apresentadas pelas eSF quanto à organização do cuidado compartilhado.

							(continuação)	
Falta de integração entre as equipes	01	10	-	-	-	-	01	05
Não encontram	04	40	-	-	-	-	04	21
Não responderam	-	-	02	40	01	25	03	16

No tocante às dificuldades para a continuidade do cuidado apresentadas pelas eSF, a escassez de infraestrutura e recursos, bem como a indefinição de fluxos de cuidados foram referidas por 21% dos entrevistados, mas observa-se que o mesmo percentual (21%) não encontram dificuldades. Ressalta-se, no entanto, a realidade expressa no município de Porto Murinho, devido à escassez de recursos humanos, que explica a sobrecarga de trabalho mencionada por 50% desses profissionais.

No entanto, quando se analisa a quantidade de dificuldades apresentadas pelas eSF no que se refere à comunicação ineficaz entre as equipes, falta de organização do processo de trabalho, indefinição de possibilidades e fluxos de cuidado e falta de integração entre as equipes, observa-se um patamar baixo (de 5 a 21%). Ademais, 16% dos profissionais da eSF não responderam quais são as dificuldades relacionadas a organização do cuidado compartilhado.

Essas informações trazem a reflexão sobre a dinâmica do processo de trabalho das eSF quanto à sua proposta de estruturação, que exige “a interação organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas”, como referidas por Shimizu e Alvão (2012, p. 2406), e o quanto elas interferem nas relações, sendo apresentados nesse mesmo estudo, a falta de integração no ambiente de trabalho, a comunicação entre os funcionários e a falta de clareza na definição das tarefas como aspectos graves nas relações sócioprofissionais (SHIMIZU; ALVÃO, 2012).

Tabela 7- Dificuldades apresentadas pelo NASF quanto à organização do cuidado compartilhado.

DIFICULDADES	Bela Vista		Caracol		Porto Murinho		Total	
	(N=06)	%	(N=04)	%	(N=02)	%	(N=12)	%
Sobrecarga de trabalho	-	-	-	-	01	50	01	08
Falta de organização do processo de trabalho	01	17	04	100	02	100	07	58
Escassez Infraestrutura e Recursos	06	100	-	-	-	-	06	50

Indefinição de possibilidades e fluxos de cuidado	01	17	-	-	-	-	01	08
Ausência de planejamento	01	17	01	25	02	100	04	33

A sobrecarga de trabalho e a ausência de planejamento também evidenciam a escassez profissional por que passava o município de Porto Murтинho, que estava com apenas dois profissionais do NASF em atividade no período das entrevistas (Psicóloga e Fisioterapeuta), sendo que a nutricionista estava em retorno de licença à maternidade. Além disso, o fisioterapeuta do NASF realizava atendimentos individuais na unidade de saúde central.

Outro fator em destaque foi à escassez de infraestrutura apresentada por 100% dos integrantes do NASF de Bela Vista, sendo muito mencionada a ausência de automóvel para o desenvolvimento das atividades de saúde, bem como, o deslocamento até as Unidades Básicas de Saúde. As dificuldades citadas pelas integrantes do NASF de Caracol (100%) apresentam semelhanças com as referidas pelas eSF (40%), ou seja, relativas a organização do processo de trabalho.

Vale destacar a falta de organização do processo de trabalho (58%) e a ausência de planejamento (33%) como aspectos importantes a serem considerados no que se refere às dificuldades quanto à organização do cuidado compartilhado pelo prisma das equipes do NASF, conforme a tabela 07.

Tabela 8 – Desafios apresentados pelas eSF quanto à continuidade do plano de cuidado compartilhado.

DESAFIOS	Bela Vista		Caracol		Porto Murтинho		Total	
	(N=10)	%	(N=05)	%	(N=04)	%	(N=19)	%
Adesão dos usuários/vínculo	02	20	01	20	01	25	04	21
Integrar-se à própria equipe	02	20	02	40	01	25	05	26
Aquisição de automóvel	06	60	-	-	-	-	06	32
Presença de apoiador institucional/gestão	01	10	-	-	-	-	01	05
Organizar o processo de trabalho	-	-	-	-	01	25	01	05
Implantar prontuários/SI interdisciplinares	-	-	01	20	02	50	03	16

Os desafios apontados pelos profissionais de Bela Vista reafirmam o desejo das equipes das ESF (60%) e NASF (100%) em superar a ausência de automóvel para o desenvolvimento das atividades programadas. Em contrapartida, 40% das

eSF de Caracol demonstraram motivação para integrar-se a própria equipe, sendo que os profissionais do NASF deste município reiteram a importância da organização do processo de trabalho (100%), conforme as Tabelas 8 e 9.

A falta de sistema de informação e/ou prontuários interdisciplinares também foram apontados pelos profissionais da eSF de Caracol e Porto Murinho, como instrumentos de apoio para a organização da continuidade do cuidado compartilhado (Tabela 8).

Tabela 9- Desafios quanto à organização do cuidado compartilhado apresentados pelas equipes do NASF.

DESAFIOS	Bela Vista (N=06)		Caracol (N=04)		Porto Murinho (N=02)		Total (N=12)	
		%		%		%		%
Organização do processo de trabalho	01	17	04	100	02	100	07	58
Aquisição de automóvel	06	100	-	-	-	-	06	50
Melhorar a infraestrutura	02	33	01	24	01	50	04	33
Melhorar a Integração entre ESF e NASF	01	17	-	-	-	-	01	08

Dentre a realidade investigada, os desafios apresentados pelas eSF e NASF quanto a organização do cuidado compartilhado - com exceção do problema da falta de automóvel do município de Bela Vista - foram encarados sob óticas diferentes, pois as eSF estão mais focadas em integrarem entre si e melhorarem o vínculos com os usuários, enquanto que as equipes dos NASF, mostram-se mais integradas e aspiram pela melhoria da infraestrutura e pela organização de seu processo de trabalho. A falta de integração entre as equipes da ESF e NASF foi mencionada como desafio por apenas um profissional do NASF.

Considerando-se as observações e relatos quanto às dinâmicas de trabalho nas localidades estudadas, percebe-se que a atuação das equipes das ESF podem ser ampliadas com o trabalho integrado junto ao NASF, porém, o que se observa é que essa necessidade ainda não se tornou clara tanto para as eSF quanto para o NASF, que prosseguem com atribuições ainda desagregadas.

5.4 Integração nas ações de saúde

As eSF referiram que o planejamento para as AM, considerando-se as diversas etapas do cuidado, ocorre por meio de reuniões (68%), com 1 a 5

encontros mensais, no entanto, pelos relatos dos entrevistados, elas ocorrem apenas entre as eSF, raramente com a participação do NASF.

Segundo informações das eSF, consideram-se tanto a programação das equipes (37%), quanto as necessidades dos usuários (32%) para planejar e ações.

A falta de integração com a equipe (21%) representa o fator principal para a não realização do planejamento (32%) de ações entre a própria eSF, bem como, sobrecarga de trabalho (10%), coordenação diversa de odontólogos, além do grande envolvimento com os atendimentos individuais nas unidades de saúde, conforme relatos nas entrevistas.

Tabela 10- Aspectos do planejamento para ações multiprofissionais apresentados pelas eSF.

ASPECTOS	Bela Vista (N=10)		Caracol (N=05)		Porto Murinho (N=4)		Total (N=19)	
		%		%		%		%
Forma de Planejamento								
Programação da equipe	05	50	01	20	01	25	07	37
Necessidades dos usuários	03	30	02	40	01	25	06	32
Não realizam	02	20	02	40	02	50	06	32
Dificuldades para não realização								
Falta de integração com a equipe	01	10	02	40	01	25	04	21
Sobrecarga de trabalho	01	10	-	-	01	25	02	10
N. Encontros/mês								
01 a 05	08	80	03	60	02	50	13	68

Nessa perspectiva, Romagnolli, Carvalho e Nunes (2014) apontam alguns aspectos que influenciam quanto à prática do trabalho coletivo, como a falta de comprometimento profissional, a falta de interação da odontologia com as demais equipes e a não utilização de protocolos.

Tais fatores assemelham-se aos identificados na realidade investigada, observando-se certa resistência por parte de alguns profissionais ao trabalho em equipe, pouca disponibilidade por parte dos odontólogos, pois de cinco entrevistados, apenas um participa ativamente do planejamento e das ações em equipe.

Tabela 11- Aspectos do planejamento para ações multiprofissionais apresentados pelas equipes do NASF.

ASPECTOS	Bela Vista		Caracol		Porto Murtinho		Total	
	(N=10)	%	(N=05)	%	(N=4)	%	(N=19)	%
Forma de Planejamento								
Programação da equipe	06	100	01	20	-	-	07	58
Necessidades dos usuários	-	-	01	20	-	-	01	08
Determinação da gestão	-	-	02	40	02	100	04	33
N. Encontros/mês								
01 a 05	06	100	04	100	-	-	10	83

Foi constatado nas entrevistas que as equipes do NASF e ESF se organizam de acordo com suas agendas próprias (58%). Por exemplo, a equipe do NASF de Bela Vista se reúne às sextas-feiras para Discussões de Casos, porém, sem a participação de algum integrante da eSF, semelhante ao estudo de Araújo (2014, p.55) “os profissionais do NASF relataram, em sua maioria, participação em atividades de planejamento somente com a própria equipe”.

A determinação da gestão apresentado na tabela 11, foi apontada como fator negativo por 33% dos entrevistados do município de Caracol e Porto Murtinho e também ocorria no município de Bela Vista, identificada nos relatos:

“Precisa melhorar a visão da gestão” (N4);

“[...] tive que ir me inserindo nas equipes” (N12);

“Agora a gente desenvolve ações que tem afinidade pra prestar um trabalho onde se sente mais à vontade” (N7).

A resistência quanto à determinação da gestão, esteve presente entre os relatos dos profissionais do NASF, devido a cobranças pela execução de ações incoerentes com as elencadas por estes como prioritárias.

O estudo realizado por Reis *et al.* (2016) em Florianópolis, identificou limitação no diagnóstico do território por parte das eSF, interferindo no desenvolvimento das atividades pelo NASF, principalmente quanto ao planejamento de propostas de ações respaldadas nas necessidades da população,

Dessa forma, à medida que todos os membros das eSF se apropriem das necessidades de saúde de seus usuários, as demandas se tornarão mais claras,

bem como, as formas de solicitar o apoio e, conseqüentemente, de planejar o cuidado.

Entretanto, vale ressaltar, o empenho e o envolvimento dos profissionais junto aos problemas e vulnerabilidades encontradas no contexto das famílias, superando a escassez de recursos, visto que, utilizavam de seus automóveis e combustíveis particulares para prestar assistência.

Tabela 12- Aspectos chaves destacados pelas eSF nas experiências do cuidado e número de casos/mês.

EXPERIÊNCIAS	Bela Vista		Caracol		Porto Murinho		Total	
	(N=10)	%	(N=05)	%	(N=04)	%	(N=19)	%
Aspectos Chaves								
Interdisciplinaridade	08	80	02	40	01	25	11	58
Intersectorialidade	02	20	-	-	01	25	03	16
Vínculo	02	20	02	40	01	25	05	26
Não compartilhou	02	20	02	40	02	50	06	32
N. Casos/Mês								
01	-	-	02	40	-	-	02	10
02	01	10	-	-	02	50	03	16
Esporádicos	07	70	01	20	-	-	08	42

A interdisciplinaridade foi o princípio em destaque (58%) entre as eSF entrevistadas, reafirmada pelos relatos:

“Foi importante esse trabalho da equipe junto, dando o suporte no caso da jovem de 40 anos que foi atropelada, a evolução dessa paciente, com o apoio da psicóloga, da dentista” (E14);

“Tinha um paciente psiquiátrico que não aderiu o tratamento, mas com a ajuda da equipe a gente conseguiu unir a família” (E4);

“[...] a confiança do paciente na nossa equipe, dizendo que não queria ir pra fora, queria ser tratado aqui com a gente” (E18).

Nos relatos, além da interdisciplinaridade, também se observa o vínculo e a confiança entre usuário/família/equipe mencionados como importante.

Nesse íterim, destacam-se alguns aspectos identificados nos relatos no transcorrer das entrevistas: apoio entre equipes ESF e NASF resultando em suporte para os usuários e famílias; estreitamento do vínculo com as famílias, auxiliando-as na compreensão do problema de saúde por elas vivenciado, bem como, nas possibilidades terapêuticas a serem adotadas; suporte às condições de

vulnerabilidade social e a integração intersetorial (CAPS, Hospital, CRAS, CREAS, Escolas, Detran), potencializando os projetos locais já existentes.

Quando analisado o número de casos desse tipo, onde se agregam as diversas etapas do cuidado, chama a atenção que ainda são esporádicos (42%), além do mais, 32% dos profissionais não compartilharam nenhum caso, constatando-se que a percepção e atuação dos profissionais da APS em direção a um contexto ampliado de saúde necessitam de aprimoramento para que possam ser efetivamente estabelecidos como rotina.

Tabela 13- Aspectos chaves destacados pelas equipes do NASF nas experiências do cuidado e número de casos/mês.

EXPERIÊNCIAS	Bela Vista (N=06)		Caracol (N=04)		Porto Murinho (N=02)		Total (N=12)	
		%		%		%		%
Aspectos Chaves								
Interdisciplinaridade	02	33	04	100	-	-	06	50
Intersetorialidade	01	17	-	-	-	-	01	08
Vínculo	04	67	02	50	-	-	06	50
Não compartilhou	-	-	-	-	02	100	02	17
N. Casos/mês								
Esporádicos	06	100	04	100	-	-	10	83

A diversidade na percepção de cada profissional quanto às etapas que contemplam o cuidado como a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação, são muito interessantes, obtendo-se relatos de ações que vão desde abordagens intersetoriais quanto a prevenção de acidentes de trânsito desenvolvidas com crianças e adolescentes, a mobilização de usuários para promoção de seu autocuidado, até a sensibilização à família de um adolescente que estava sendo negligenciado, auxiliando-o a usufruir de seu direito à saúde, exemplificado pelo relato

“É muito importante o trabalho investigativo, quando a equipe quer ver o problema ser solucionado, daí a interdisciplinaridade traz isso, eles vem o problema e perguntam pra gente, o que eu faço?” (N8).

As ações dos profissionais do NASF extrapolam o suporte às eSF, estando boa parte envolvidos com ações intersetoriais (não exclusivas do NASF), no ambiente escolar e no serviço social. Isso tem como ponto positivo o maior elenco

de serviços prestados pela rede municipal, e como ponto negativo, maior distanciamento com as eSF, que acabam permanecendo descobertas em suas necessidades e fragilizando o NASF como elemento de apoio.

Na pesquisa de Silva (2014), das diretrizes de maior atuação referidas nas práticas profissionais das equipes do NASF, a intersetorialidade obteve destaque.

O seguinte relato demonstra maior integração entre as equipes visando o suporte às necessidades das famílias, por meio da ampliação da clínica e articulação em rede, como descrito:

“A gente se depara com muitos casos de problemas de saúde, mas social também, onde se observa até certa negligência, até mesmo da família, às vezes a gente vê falta de experiência dos profissionais, daí a importância do trabalho interdisciplinar, para a discussão dos casos, a importância de outras avaliações, além das do médico, não só dos da saúde da família, mas do hospital também” (N3).

Na presente pesquisa, evidenciam-se ações profissionais potentes no sentido de integrar as diversas etapas do cuidado, como o comprometimento por parte das eSF e NASF; a busca pelo estabelecimento do vínculo com as famílias, apresentando novas possibilidades de cuidado e oferta de suporte às condições de vulnerabilidade social por meio da integração intersetorial.

No entanto, torna-se evidente que as ações interdisciplinares se estruturam de forma esporádica (83%), prioritariamente aos casos de maior complexidade, não sendo efetivamente incorporadas na rotina das equipes nas unidades de saúde.

Ademais, observa-se dificuldade dos profissionais em pautarem suas práticas considerando-se os determinantes de saúde, em termos de análise, planejamento, implementação e avaliação das ações, situação agravada pela influência da gestão, que determina um elenco de ações divergentes das esperadas pelas equipes.

5.5 Integração com a comunidade

Em relação às ações mencionadas pelas eSF, dois dos entrevistados das eSF de Bela Vista responderam que realizam Atividades Coletivas com a comunidade, no entanto, por se relacionarem às já definidas pelo MS, não foram consideradas nesta pesquisa. Com relação à resposta *não realiza* (42%), esta não

significa que não ocorrem, mas que esses profissionais não estão envolvidos, o que remete a falta de integração com a equipe.

Tabela 14 - Ações realizadas na comunidade mencionadas pelas eSF.

AÇÕES NA COMUNIDADE	Bela Vista		Caracol		Porto Murtinho		Total	
	(N=10)	%	(N=5)	%	(N=4)	%	(N=19)	%
Ações								
Atividade Coletiva	-	-	03	60	02	50	05	26
Projetos próprios do município	03	30	03	60	-	-	06	32
Campanhas	-	-	01	20	-	-	01	05
Não realiza	05	50	01	20	02	50	08	42
Definição das Ações								
Observação das necessidades da comunidade	04	40	05	100	01	25	10	53
Solicitação da comunidade	-	-	-	-	-	-	-	-
Planejamento da equipe	01	10	-	-	01	25	02	11

As Atividades Coletivas (26%) e os Projetos próprios do município (32%) representam as ações realizadas na comunidade, sendo estas desenvolvidas de acordo com a observação das necessidades da comunidade, expressa por 53% dos entrevistados das eSF.

Tabela 15 - Dificuldades para não realização das ações na comunidade, eSF.

DIFICULDADES	Bela Vista		Caracol		Porto Murtinho		Total	
	(N=10)	%	(N=05)	%	(N= 04)	%	(N=19)	%
Falta de apoio da gestão	01	10	-	-	01	25	02	10
Falta de infraestrutura	04	40	-	-	01	25	05	26
Sobrecarga de trabalho	-	-	01	20	01	25	02	10
Falta de adesão da comunidade	-	-	-	-	01	25	01	05

Dentre as dificuldades para a não realização de atividades na comunidade, a falta de infraestrutura foi a mais mencionada pelas eSF, com 26% das respostas, envolvendo falta de local apropriado na comunidade e falta de apoio logístico pela gestão.

Tabela 16 - Ações realizadas na comunidade mencionadas pelo NASF.

AÇÕES NA COMUNIDADE	Bela Vista (N=06)		Caracol (N=04)		Porto Murtinho (N=02)		Total (N=12)	
		%		%		%		%
Ações								
Atividade Coletiva	06	100	04	100	02	100	12	100
Projetos próprios do município	02	33	04	100	-	-	06	50
Definição das Ações								
Observação das necessidades da comunidade	06	100	04	100	-	-	10	83
Solicitação da gestão	-	-	-	-	02	100	02	17

Dentre as atividades na comunidade que se diferem das pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria de Estado de Saúde, as Atividades Coletivas estiveram presentes em 100% dos relatos das equipes do NASF e os Projetos próprios do município em 50%.

Com relação à definição destas ações cabe lembrar que a observação das necessidades da comunidade esteve presente em 53% dos relatos das eSF e em 83% das equipes do NASF, demonstrando que as equipes estão atentas a essas necessidades, mesmo não havendo o envolvimento da comunidade no momento de definição dessas ações.

Destacam-se as atividades apresentadas nos discursos dos profissionais entrevistados:

- Atividades Coletivas no “Campão” no município de Caracol, sendo desenvolvidas pelas profissionais do NASF três vezes por semana, aberta a todo o tipo de público, mas que se tornou feminino pela adesão, onde se realizam alongamentos e caminhada orientada conduzida pela profissional de educação física com auxílio da fisioterapeuta e avaliações antropométricas pela nutricionista. As eSF auxiliam com a sensibilização para a participação e acompanhamento clínico na Unidade de Saúde.

“A auto-estima das alunas na caminhada orientada melhorou a qualidade de vida delas, elas se sentindo mais animadas, fazendo as atividades do cotidiano sem dor” (N7).

Nesse sentido, salientam-se as perspectivas dos autores Mattioni, Budó e Schimith (2011), sobre o modo de produzir saúde conjuntamente, que é realizado

considerando as formas de vida das pessoas nos momentos de encontros entre profissionais e comunidade.

-Atividade Coletiva para rastreamento do câncer do colo uterino com equipe volante em áreas rurais, realizadas anualmente em Caracol com a participação das eSF e NASF. Essa ação expressa à efetiva inserção das equipes no território pela oferta de procedimento coletivo a um grupo vulnerável que poderia permanecer descoberto.

-Projeto “Casa da Mãe Gestante” em Caracol, desenvolvido pelo serviço social e secretaria de saúde com incentivo de confecção e também oferta de enxovais para os recém-nascidos, onde são realizadas atividades educativas quinzenais, desenvolvidas pelas eSF e NASF, por meio de rodas de conversa com as gestantes e seus acompanhantes abordando temas sobre o período gestacional e puerpério. Embora as atividades sejam destinadas a um grupo específico, elas incorporam a integração entre as equipes e destas com os demais setores.

-Atividades coletivas mensais realizadas no Centro do Idoso de Porto Murtinho, executadas pela psicóloga e fisioterapeuta do NASF em conjunto com enfermeiras e ACS das eSF, onde trabalham-se a escuta, alongamentos e assistência aos idosos. Essas ações possibilitam a integração das equipes da ESF e NASF e cooperação junto a um grupo vulnerável, apresentando potencial para ser implementada pelo contato permanente com os idosos.

- Atividades Coletivas com Caminhada Orientada nos bairros, Caminhada Orientada com público do CAPS, Pilates, integração ao projeto do Hospital “Amigos do Peito”, com incentivo ao aleitamento materno. Essas ações além de serem realizadas no contexto da comunidade, são desenvolvidas de forma flexível, aprimorando-as constantemente, conforme os relatos dos profissionais.

Vale destacar o relato de experiência de uma eSF do município de Bela Vista, onde realizam um projeto, desde 2017, denominado “Festa da Primavera”, ideia que surgiu devido ao nome da Unidade de Saúde da Família Primavera. As ações ocorrem uma vez ao ano, com início na primeira sexta-feira da primavera, onde fecham a rua da frente da Unidade de Saúde e ofertam mudas de hortaliças, condimentos e verduras, alfaces e couves prontas para consumo, quites de higiene, “multimisturas” para crianças e idosos, shampoo para piolho com produtos fitoterápicos preparados pela equipe com ervas e sabão de coco, e ainda o hipoclorito para a higienização dos legumes. Para a garantia deste dia de ação, a

equipe conta com várias parcerias como o horto municipal que prepara as mudas de hortaliças três meses antes da ação, assim como de comerciantes locais. Essa experiência remete ao esforço da equipe em atender aos princípios que regem a integralidade do cuidado coletivo, por meio do envolvimento popular e intersetorial, com vistas a atender os sujeitos em suas necessidades cotidianas.

A integralidade está atrelada a humanização e a valorização da dimensão subjetiva do indivíduo, reiterada por Canut, 2017 p. 1180:

A integralidade é uma forma de ampliar o olhar dos profissionais para além da lógica da 'intervenção pura', tentando alcançar os contornos do que se compreende como 'cuidar', no âmbito da construção dos serviços de saúde.

Tabela 17 - Dificuldades apresentadas para o desenvolvimento de ações na comunidade, NASF.

DIFICULDADES	Bela Vista (N=06) %		Caracol (N=04) %		Porto Murtinho (N=02) %		Total (N=12) %	
Falta de adesão para a continuidade da ação	01	17	01	25	-	-	02	17
Falta de planejamento	-	-	-	-	01	50	01	08
Falta de infraestrutura	-	-	01	25	01	50	02	17
Sobrecarga de trabalho	-	-	-	-	01	50	01	08

Os profissionais do NASF responderam unanimemente que desenvolvem ações na comunidade, dessa forma, a análise dos relatos relaciona-se às dificuldades encontradas no processo de execução das mesmas, como observado nos discursos

“[...] primeiramente são ofertadas e depois a gente observa a adesão, e daí vai modificando” “[...] dificuldade de manter o funcionamento” (N5);

“A clientela muitas vezes não se engaja no que os profissionais propõem” (N1).

Esses relatos trazem a reflexão sobre a importância da participação da comunidade desde a etapa de planejamento e definição das ações como dispositivo de integração social, visto que 17% dos profissionais do NASF referiram a falta de adesão da comunidade para a continuidade das ações. Entretanto, a participação da comunidade na definição e planejamento ainda não representa uma realidade, seja

por falta de incentivo dos profissionais e gestão, seja por pouco interesse da própria comunidade.

Além disso, os profissionais expressaram a imposição da gestão no sentido de desenvolver alguma ação, sem direcionar, ou estimular as equipes para práticas concernentes com as necessidades da comunidade.

“[...] a gente precisa desenvolver alguma ação” (N11).

A falta de planejamento (8%), bem como, a falta de infraestrutura (17%) também representaram preocupação por parte das equipes do NASF, observada nos relatos:

“[...] disponibilidade de tempo da equipe, planejamento de equipe e recursos materiais” (N11);

“Falta de planejamento em equipe (ESF e NASF)“[...]a gente poderia se inserir mais no que já tem” (N12);

“Falta de recursos como veículo” (N1);

Nesse sentido, Silva (2014) identificou em seu estudo, a deficiência de infraestrutura como barreira para a articulação de apoio pelo NASF junto às eSF.

5.6 Limites e potencialidades para a integralidade do cuidado

A busca pela compreensão do fator subjetivo estabelecido no cuidado em saúde está fortemente atrelada ao alcance da integralidade nas práticas profissionais por considerar as necessidades de saúde, além dos enfoques biológicos (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Dessa forma, trazer à tona a reflexão da integralidade nas práticas, por meio da análise da percepção dos profissionais em atividade na APS, pode estimular a busca por um cuidado mais próximo de seus princípios.

Tabela 18- Potencialidades descritas pelas eSF para o alcance da integralidade.

POTENCIALIDADES	Bela Vista (N=10)		Caracol (N=05)		Porto Murтинho (N=04)		Total (N=19)	
		%		%		%		%
Disposição e vontade multiprofissional	01	10	02	40	01	25	04	21
Trabalho interdisciplinar	04	40	-	-	-	-	04	21
Trabalho intersetorial	03	30	-	-	-	-	03	15
Integração com a equipe	02	20	02	40	03	75	07	37
Acolhimento	-	-	02	40	-	-	02	10

A integração com a equipe (37%), a disposição e vontade multiprofissional (21%) e o trabalho interdisciplinar (21%) foram os aspectos referidos como mais importantes quanto potencialidade para a integralidade do cuidado pelos 3 municípios estudados.

Entre as eSF do município de Bela Vista, o trabalho interdisciplinar foi apontado como potencialidade para a integralidade por 40% dos profissionais.

Nesse sentido, os profissionais exemplificam o deslocamento às práticas interdisciplinares, como a aproximação do NASF com a eSF, atuando em seus territórios.

“O próprio NASF mudou o enfoque, reformulou o trabalho deles de ir no domicílio” (E13);

“[...] eles conhecem a população, a equipe da ESF e NASF fazem a coordenação do cuidado” (E18).

O discurso de E18 demonstra o reconhecimento da relevância da interdisciplinaridade, porém, quando se refere a “eles” deixa de incluir-se nelas, sinalizando uma postura passiva frente à equipe.

A disposição e vontade multiprofissional, a integração com a equipe e o acolhimento foram potencialidades apontadas de forma semelhante (40%) pelas eSF de Caracol, como observado.

“A equipe é unida e consegue discutir os casos” (E5);

“A equipe multiprofissional ajuda muito com os saberes deles, tem uma visão diversa” (E3).

Embora o termo interdisciplinaridade não tenha aparecido nos discursos como potencialidade pelas eSF, o relato de E3, acima, expressa a prática interdisciplinar.

A integração com a equipe foi mencionada como potencialidade para a integralidade por 75% das eSF de Porto Murinho, afirmadas pelos relatos:

“[...] profissionais dispostos para ajudar a equipe” (E8);

“Boa comunicação com a equipe” (E6).

De maneira geral, a integração com a equipe foi vista como potencialidade para a integralidade pela maior parte dos profissionais das eSF entrevistados, observando-se pelos relatos, a existência de dificuldades em sua estruturação, identificando-se, porém, um processo de busca neste sentido.

Tabela 19 – Limites para o alcance da integralidade, descritos pelas eSF.

LIMITES	Bela Vista (N=10)		Caracol (N=05)		Porto Murinho (N=04)		Total (N=19)	
		%		%		%		%
Escassez de recursos e infraestrutura	07	70	-	-	02	50	09	47
Adequar o tempo entre as equipes	01	10	-	-	-	-	01	05
Falta de integração com a equipe	03	30	03	60	-	-	06	32
Interferência política	01	10	-	-	-	-	01	05
Falta de interesse da comunidade	01	10	01	20	-	-	02	10
Falta de suporte por parte da gestão	02	20	01	20	02	50	05	26

A escassez de recursos e de infraestrutura representaram 47% dos limites referidos pelas eSF para o alcance da integralidade, mais presentes entre as realidades de Bela Vista (70%), reiteradas por E19.

“A integração com as equipes é boa, há vontade, força de trabalho, mas limitado por precárias condições de trabalho, falta infraestrutura e suporte por parte da gestão” “[...] existem micro-áreas descobertas e essa população é carente, vulnerável” (E19).

“[...] falta de incentivo da gestão e recursos materiais” (E17).

A carência de infraestrutura, bem como a falta de profissionalização da gestão também foram identificados por Oliveira e Pereira (2013) como entraves na funcionalidade da APS, e conseqüentemente, no alcance de seus atributos.

Embora a disposição e a vontade multiprofissional tenham sido referidas por 40% das eSF de Caracol como potencialidade, a falta de integração entre a própria equipe, esteve presente enquanto limite para a integralidade em 60% dos relatos, observando-se incoerências, especialmente no relato de E2.

“A atenção está muito voltada ao assistencialismo individual” (E3);

“[...] sinto uma distância, precisa melhorar a fusão da equipe” (E2) – limite para a integralidade.

“[...] não há impedimento, basta colocar em prática e fazer o planejamento” (E2) – potencialidade para a integralidade.

No município de Porto Murtinho a integração com a equipe representou 75% de potencialidade à integralidade, no entanto, observou-se nas entrevistas que há reconhecimento de uma evolução das equipes para a integração, como relatado pelos profissionais:

“[...] saindo aos poucos da prática do encaminhamento” (E7);

“[...] teve início de uma mobilização de integração das equipes” (E9).

O estudo sobre as práticas do NASF, realizado por Leite, Oliveira e Nascimento (2016), identificaram pouca disponibilidade das eSF para a execução de atividades conjuntas, interferindo na integração entre as equipes.

A falta de suporte por parte da gestão ocupou 26% da atenção das equipes com relação aos limites para a integralidade, como apresentam os relatos.

“Falta de um trabalho sistematizado, com fluxo para organizar o trabalho com definição de atividades de forma organizada [...] falta de um coordenador” (E9);

“Melhorar a autonomia como profissional, falta de apoio da gestão” (E7).

As narrativas dos entrevistados expressam carência da figura de um apoiador e/ou coordenador no sentido de direcionar suas práticas na APS.

Essa realidade expressa posturas profissionais ainda passivas, ocasionando em dinâmicas de trabalhos distantes da preconizada pela lógica da ESF, que se configura no trabalho em equipe. No entanto, foi observado preocupação e vontade desses profissionais em integrarem-se com suas equipes, mas fragilizadas diante de suas relações interprofissionais, necessitando da figura de um apoiador em suas práticas.

Romagnolli, Carvalho e Nunes (2014), apontam situações comuns vivenciadas nas práticas profissionais na APS em pequenos municípios, como o acúmulo de atividades gerenciais além das assistenciais; a falta de reconhecimento da função gerencial; a proximidade com o secretário de saúde e a ingerência política, reiterando a importância da gerência para a implementação de mudanças nos serviços de saúde rumo à integralidade do cuidado.

Tabela 20 - Potencialidades para o alcance da integralidade descritas pelos profissionais do NASF.

POTENCIALIDADES	Bela Vista (N=06)		Caracol (N=04)		Porto Murinho (N=02)		Total (N=12)	
		%		%		%		%
União e integração em equipe	05	83	02	50	-	-	07	58
Trabalho interdisciplinar	01	17	-	-	-	-	01	08
Integração entre equipes ESF e NASF	01	17	-	-	-	-	01	08
Mobilização para a interdisciplinaridade	01	17	01	25	01	50	03	25
Construção do Vínculo com a comunidade	-	-	01	25	-	-	01	08

A união e integração entre a própria equipe (58%) obteve destaque entre as respostas das equipes do NASF como potencialidade para a integralidade, exemplificada pelos relatos:

“Equipe multiprofissional rica em várias áreas e essa visão enriquece o nosso trabalho... “também por ser unida, temos um bom relacionamento e boa troca de experiência e comunicação” (N1);

“Fazer o melhor, exercitar em equipe” (N9);

“A união, a relação da equipe NASF, e também a ESF está aceitando e chamando pra ir para área deles” (N12);

“Grupo do NASF unido, os acordos são cumpridos” (N7).

Cabe destacar que esses relatos apresentam a integração entre os profissionais do NASF apenas, caminhando para a inserção nas práticas das eSF.

“As ESF procuram o NASF, vem trabalhando constantemente” (N5).

Concomitantemente a esse processo, nota-se que o trabalho interdisciplinar (25%) tão relevante para o alcance da integralidade, ainda é incipiente, presente nos relatos:

“Hoje já compreendem que o trabalho do NASF não é terapia domiciliar, foi alcançado essa visão da diferença de serviço especializado para o trabalho interdisciplinar” (N10);

“Sintonia sobre o que é o NASF, aí a coisa mudou” (N4);

“Hoje a ESF aciona mais o NASF” (N3);

“Melhorou a adesão pelas ESF e estão entendendo mais um pouco sobre o NASF” (N7).

O reconhecimento e a percepção sobre integralidade e interdisciplinaridade são relevantes para que a integralidade realmente se consolide nas práticas profissionais, reafirmando que “esse saber deve ser incorporado pelos profissionais de saúde, principalmente no que se refere ao processo de trabalho e na articulação dos profissionais do NASF e da ESF” (SILVA, 2014, p. 106).

Nessa perspectiva chama a atenção o discurso que remete ao processo de construção do conhecimento sobre a própria atuação enquanto NASF

“Discutindo, conhecimento do que é NASF, tanto da saúde da família, quanto NASF, estudando, compreendendo, compartilhando o papel do NASF (N8).

Ademais, o discurso de N2 revela a incompreensão ainda existente por parte da comunidade sobre a atenção primária, destacando-se que a construção do

vínculo com a comunidade foi apresentada como potencialidade por apenas 8% dos profissionais (Tabela 20).

“Os pacientes começam a entender o que é atenção básica, Saúde da Família e NASF [...]o pouquinho que a gente já fez, já surtiu efeito neles”(N2).

Tabela 21- Limites para o alcance da integralidade descritos pelos profissionais do NASF.

LIMITES	Bela Vista (N=06)		Caracol (N=04)		Porto Murinho (N=02)		Total (N=12)	
		%		%		%		%
Escassez de recursos e infraestrutura	04	67	03	75	01	50	08	67
Falta de adesão da comunidade nas ações	-	-	01	25	-	-	01	08
Falta de integração entre equipes (ESF NASF)	04	67	01	25	01	50	06	50
Falta de organização e planejamento	-	-	-	-	01	50	01	08
Falta apoio da gestão	-	-	01	25	01	50	02	17
Imposição da gestão	01	17	-	-	01	50	02	17

Com relação aos limites para o alcance da integralidade apresentados pelos profissionais do NASF, 67% deles relacionam-se à escassez de infraestrutura, como referido pelos profissionais:

“Falta de recursos materiais, automóvel” (N11);

“Falta de recursos, como por exemplo, um automóvel para realização das visitas” (N2);

“Falta recursos, automóvel para atender as demandas” (N9);

“Tem que disponibilizar recursos financeiros específicos para ações do NASF” (N5).

Outro fator de relevância apontado pelas equipes do NASF, é a importância da integração com as eSF, que ainda não ocorre, como expressa por 50% dos profissionais, revelados em seus discursos.

“Falta a compreensão da ESF sobre o trabalho do NASF” (N12);

“Falta melhorar mais ainda a parceria com as ESF”, ainda não olham o NASF como apoio” (N5);

“Estar participando mais do dia a dia da ESF, não conhecemos a rotina deles [...] acesso a reuniões e cronograma deles” (N10).

A integração entre as equipes encontra-se em processo de construção, como demonstrada pelo relato:

“Ter a ESF como ambiente de trabalho, fazer parte do cronograma da equipe da ESF, já melhorou a integração, mas tem que melhorar mais” (N8).

Além disso, as equipes do NASF vêm buscando atingir o reconhecimento e apoio da gestão, como referido pelos profissionais:

“Falta de organização em conjunto do que fazer” “[...] equipe escassa, agora que está se estruturando” (N12);

“[...] aumentar a equipe de trabalho” (N11);

“[...] fragilidades em enxergar a importância do papel do NASF” (N3);

“A visão da gestão precisa melhorar, porque a gente acaba usando os recursos próprios” (N4).

Ademais, o vínculo e o reconhecimento por parte dos usuários e famílias mostraram-se importantes para superar os limites da integralidade, presente no relato de N2:

“A clientela muitas vezes não se engaja no que os profissionais propõem [...] a dificuldade de entendimento por parte dos pacientes das orientações que ofertamos, talvez pela própria linguagem que usamos” (N2).

Santos, Boechat, Rodrigues e Toledo (2017) ressaltam a habilidade profissional para a comunicação e para trabalhar em equipe, como fundamentais para impulsionar a atuação do NASF, que, por conseguinte, auxiliará na reorganização das práticas das eSF.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Ações Multiprofissionais ainda são pouco desenvolvidas nas práticas das eSF e NASF na região investigada, devido principalmente à falta de integração entre as equipes. Essa realidade está atrelada a fatores como dificuldade de interação entre os profissionais da própria equipe e ao enfoque em atendimentos clínicos individuais nas ESF. As AM destinam-se essencialmente a grupos de pessoas com doenças crônicas, sendo consideradas as perspectivas das equipes em seu processo de planejamento e organização, tanto pelas equipes da ESF quanto do NASF, identificando-se discreta mobilização ao trabalho integrado, potencializada pela presença de enfermeiros e ACS.

No que se refere à organização do cuidado continuado, a falta de integração também é evidente, relacionada a fatores como: a não participação profissional na programação do cuidado e a fragilidade na coordenação do cuidado pelas eSF; a dificuldade na organização de encontros entre as equipes da eSF e NASF para tratar dos casos e a deficiência na organização de fluxos de cuidados e de instrumentos de integração nas práticas dessas equipes.

A carência de infraestrutura e recursos também foram apontados como dificuldade à continuidade do cuidado, principalmente pelas equipes do NASF que precisam se deslocar até as eSF.

Ademais, a organização do processo de trabalho representa desafio para as equipes, podendo ser impulsionada pelo aparato técnico-pedagógico e clínico assistencial do NASF, por meio da instituição de reuniões, agendas de trabalho compartilhadas e estímulo da gestão.

Os relatos das ações e projetos próprios dos municípios, desenvolvidos na comunidade, expressam potencial em direção à integralidade, devido à inserção dessas equipes no território, por meio do olhar atento aos grupos de maior vulnerabilidade, da flexibilidade na execução dessas atividades aprimorando-as em respeito às necessidades identificadas.

A análise dos relatos demonstra o avanço por parte das equipes aos elementos constitutivos da integralidade em suas práticas profissionais, como a integração entre as equipes, o reconhecimento da relevância da interdisciplinaridade no cuidado e a construção de projetos próprios em atenção às realidades locais, no

entanto, estes ainda vêm sendo estruturados de maneira tímida no cuidado, não sendo instituídos realmente como rotina entre as equipes nas regiões estudadas

Além disso, quando examinadas as percepções dos profissionais acerca dos limites e potencialidades para o alcance da integralidade do cuidado, observou-se relatos divergentes que indicam posturas profissionais ainda distantes da lógica da integralidade, evidenciando-se, no entanto, o reconhecimento da importância de posturas proativas, do trabalho em equipe e da prática interdisciplinar, porém, que não se concretizam nas práticas. Esses aspectos, aliados à fragilidade dos dispositivos da gestão em estimular a integração entre as equipes da ESF e do NASF constituem os desafios a serem superados para a conquista da integralidade do cuidado nos municípios estudados.

RECOMENDAÇÕES

Considerando os achados e as conclusões da presente pesquisa, foi possível identificar uma série de ações que poderiam contribuir para superar as dificuldades encontradas na implementação da integralidade na APS nos municípios estudados.

-Incentivar processos formativos das equipes de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde a fim de estimular a problematização do processo de trabalho e das necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades.

-Fortalecer o protagonismo da ESF como via de acesso principal e rotineiro, por meio de definições precisas das atribuições das eSF e destas com o NASF.

-Valorizar a expansão das atribuições gerenciais e clínicas dos enfermeiros a fim de aumentar a resolutividade no território da APS.

-Potencializar a atribuição do ACS como elo de integração entre o território real à rede formal do cuidado.

-Incentivar o trabalho interdisciplinar por meio do apoio matricial do NASF, instituindo-se reuniões e agendas de trabalho compartilhadas entre ESF e NASF.

-Mobilizar infraestrutura e recursos que assegurem o desenvolvimento de atividades multiprofissionais e intrasetoriais.

-Investir na comunicação entre profissionais e serviços, com incentivo às equipes, reconhecendo-se que estes não são processos espontâneos e que precisam ser estimulados e facilitados.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O.; VILELA, A. B. A; BOERY, R. N. S. O.; SENA, E. L. S. Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto às Práticas em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 672-680, out./dez. 2013.
- ARAÚJO, R. E. **Análise exploratória dos Indicadores de resultado dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): a experiência de Belo Horizonte**. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.
- AYRES, J. R. C. M.; CARVALHO, Y. M.; NASSER, M. A.; SALTÃO, R. M.; MENDES, V. M. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar. 2012.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 399/2006. Cria o Pacto pela Saúde. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em 12 dez. 2006.
- BRASIL. Portaria GM nº154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 152 p.: il. – Série A. Normas e Manuais Técnicos (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Brasília: 2010.
- BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 31 dez. 2012. Seção 1, p. 223.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília: 2014.

BRASIL. Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 2 , de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, 2017a. Disponível em:
< <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-2-Politic.html> > Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2017. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>
Acesso em: 08 de out. 2017b.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 393-403, 1999.

CANUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out. /dez. 2017.

CARMO JÚNIOR, E. H. **Análise da dinâmica do trabalho dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto aos odontólogos na Secretaria de Desenvolvimento Regional de Joaçaba**. 2014. 63 f. Monografia (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**, Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.113-126.

CECILIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. O Trabalho em Saúde. Projeto Formação em Cidadania para Saúde: Temas Fundamentais da Reforma Sanitária. 74 p. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, 2012.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DATASUS. 2018. Disponível em:

<http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp> Acesso em: 01 de agosto de 2018.

CRUZ, K. T. **Agires Militantes, Produção de Territórios e Modos de Governar: conversações sobre o governo de si e dos outros.** 2015. f. 232-236. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, 2015.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Sociedade**, v.20, n.4, p. 961-970. 2011.

FERNANDES, J. M.; RIOS, T. A., SANCHES, V.; SANTOS, M. L. M. NASF's tools and practices in health of physical therapists. **Fisioter. Mov.**, v. 29, n. 4, p.741-750, oct./dec. 2016.

FLORESTA, W. M. C. **O Fomento à construção dos Projetos Terapêuticos Singulares: uma ação do NASF.** 2014. 24 f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

GALAVOTE, H. S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A. C. P.; FREITAS, P. S. S.; SEIDL, H., CONTARATO, P. C.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D.O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 90-98, jan./mar. 2016.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2 ed. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2012.

GUIMARÃES, J. B. **Sobrecarga de Trabalho dos Profissionais da Equipe de Saúde da Família Bem Viver: dificuldades e estratégias de enfrentamento no município de Alfredo Vasconcelos- Minas Gerais.** 2017. 24 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, 2017.

IBGE. Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ms>>. Acesso em: 29 de julho de 2017.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; VASCONCELOS, M. G. F.; PINTO, A. G. A.; SOUZA, R. S.; PINTO, E. C. C. R. C. Ferramenta matricial na produção do cuidado

integral na Estratégia Saúde da Família. **Escola Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 26-32, jun. 2012.

LEITE, D. F.; OLIVEIRA, M. A. C.; NASCIMENTO, D. D. G. O trabalho de Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva dos seus trabalhadores. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.15, n. 3, p. 553-560, jul./set. 2016.

MATTIONI, F. C.; BUDÓ, M. L. D.; SCHIMITH, M. D. S. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 263-271, abr./jun. 2011.

MATO GROSSO DO SUL. **Secretaria de Estado de Saúde. Educação Permanente em Saúde**: plano estadual de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, out. 2011.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**, Campo Grande, 2015a.

MATO GROSSO DO SUL. Resolução nº 122, de 24 de novembro de 2015, **Diário Oficial [do] Mato Grosso do Sul**, Campo Grande, MS, 30 dez. 2015b, p. 24.

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

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n.1, p. 19-25. 2011.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface**, v.18, supl.1, p. 957-970.

NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n.1, p. 92-96. 2010.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66 (esp), p.158-164, 2013.

OLIVEIRA, K. S. **Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado**. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J.O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Saúde no Brasil 1 (Séries), p. 11-32, mai. 2011.

PARENTE, A. S.; PAIVA, D. K. T. T. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Município de Salgueiro – PE. 2015. Disponível em: <http://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/7611/mod_folder/content/0/TCC_Alaine%20Santos%20Parente.pdf?forcedownload=1> Acesso em: 31 de março de 2019.

QUEVEDO, M. P.; OLIVEIRA, F. R. O cuidado como prática reflexiva. In: SANTOS, M. L. M.; KODJAOGLANIAN, V. L.; FERRARI, F. P. **O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das Equipes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, cap. 1, p. 13-50.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

REIS, M. L.; MEDEIROS, M.; PACHECO, L. R.; CAIXETA, C. C. Avaliação do trabalho multiprofissional do núcleo de apoio à saúde da família (NASF). **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 01-09, 2016.

ROMAGNOLLI, A. P.B; CARVALHO, B. G.; NUNES E. F. P. A. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 13, n. 27, p.162-74, 2014.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n.3, p. 861-870, 2018.

SANTOS, M. C.; BOECHAT F. M.; RODRIGUES, S. M.; TOLEDO, F. E. Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): Importância da Qualificação Profissional. **Saúde e Transformação Social**, v. 8, n.2, p.60-69, 2017.

SHIMIZU, H. E.; ALVÃO, D. C. J. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n. 9, p.2405-2414, 2012.

SILVA, R. V. G. O. **O processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a integralidade**. 2014. 294 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface**, v.21, n. 62, p.589-599, 2017.

SOUSA, M. L. T.; TÓFOLI, L. F. Apoio matricial e integralidade na atenção primária à saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.6, n.13, p.47-70, 2014.

SOUSA, R. **O Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) e a humanização do cuidado às pessoas com transtorno mental**. 2014. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, 2014.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A Construção da Integralidade no Trabalho Cotidiano da Equipe Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 17, n.1, p. 133-141 jan./mar. 2013.

VIEIRA, E. W. R. **Grau de integração da Atenção Primária à Saúde na rede de serviços de saúde em município de pequeno porte**. 2015. 142 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas, Escola de Enfermagem, 2015.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTEGRALIDADE EM SAÚDE NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO NASF E DA ESF, EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DE MATO GROSSO DO SUL

Pesquisador: NADIELI LEITE NETO DE ALVARENGA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91325318.6.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.740.662

Apresentação do Projeto:

A INTEGRALIDADE EM SAÚDE NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO NASF E DA ESF, EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DE MATO GROSSO DO SUL

Resumo:

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orienta o processo de trabalho das equipes de saúde exigindo a transformação dos serviços na busca primordial pela integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). Nessa perspectiva, foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para ampliar as possibilidades de cuidados junto a Estratégia Saúde da Família (ESF). A implementação do NASF ganha uma maior complexidade quando se confronta com as particularidades de municípios de pequeno porte. O presente estudo tem por objetivo analisar a integralidade do cuidado nas práticas dos profissionais do NASF e da ESF nos municípios da microrregião de Jardim, MS. Para tanto, será realizado estudo descritivo, no período de fevereiro de 2017 a dezembro de 2018, contemplando abordagens quantitativas e qualitativas, com base no levantamento de dados primários e secundários, utilizando-se de entrevistas abertas, análise documental e observação participante, relacionando os sentidos da integralidade à sua operacionalização na rotina das equipes. As variáveis do estudo são: características dos profissionais; organização do processo de trabalho; garantia de cuidado longitudinal; integração das ações de saúde e organização que garanta acesso integral.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.740.662

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar a integralidade do cuidado nas práticas dos profissionais do NASF e da ESF nos municípios da microrregião de Jardim, MS.

Objetivos Específicos

Levantar as características dos profissionais das equipes do NASF e dos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família.

Identificar as práticas dos profissionais do NASF e das ESF quanto à integralidade do cuidado.

Analisar os elementos facilitadores e as barreiras para o alcance da integralidade nas práticas dos profissionais do NASF e ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Os riscos relacionados à participação na pesquisa serão mínimos, como por exemplo, algum constrangimento em responder a entrevista, sendo garantida a recusa do participante, em qualquer momento.

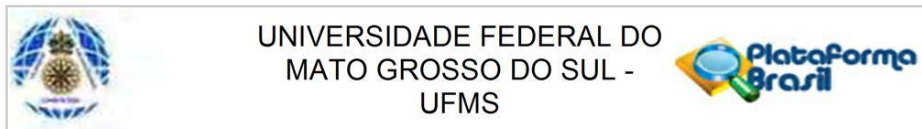
Benefícios:

Os benefícios serão obtidos quando os resultados da pesquisa forem utilizados pelos profissionais e pelos gestores dos municípios, sendo estes resultados divulgados por meio de banner exposto para devolutiva aos participantes. Todos os dados coletados ficarão sob guarda da pesquisadora por um período de cinco anos sem que haja possibilidade de acesso aos mesmos. Não haverá nenhuma previsão de ressarcimento, tendo em vista que o contato com o participante será apenas quanto à aplicação de instrumento de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante ao tema proposto.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.740.662

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram devidamente anexados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem inadequações.

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_1136018.pdf	01/06/2018 10:47:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	01/06/2018 10:36:49	NADIELI LEITE NETO DE ALVARENGA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	01/06/2018 10:36:15	NADIELI LEITE NETO DE	Aceito
Outros	compromisso.pdf	01/06/2018 09:48:29	NADIELI LEITE NETO DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.docx	01/06/2018 09:46:51	NADIELI LEITE NETO DE ALVARENGA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	01/06/2018 09:46:09	NADIELI LEITE NETO DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicao.docx	01/06/2018 09:45:07	NADIELI LEITE NETO DE ALVARENGA	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	14/05/2018 18:29:42	NADIELI LEITE NETO DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.740.662

CAMPO GRANDE, 27 de Junho de 2018

Assinado por:
Edilson José Zafalon
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO(A) GESTOR(A) MUNICIPAL DE SAÚDE

Algumas equipes de Saúde da Família e do NASF de seu município serão convidadas a participar da pesquisa “A INTEGRALIDADE EM SAÚDE NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO NASF E DA ESF EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DE MATO GROSSO DO SUL” pelo programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS: Mestrado Profissional em Saúde da Família. Para tanto, precisamos de sua permissão para obter informações referentes ao processo de trabalho destas equipes.

A finalidade deste estudo é analisar a integralidade do cuidado nas práticas dos profissionais do NASF e da ESF nos municípios da microrregião de Jardim, MS. Estarão participando os profissionais do NASF, assim como os médicos, enfermeiros e odontólogos das ESF apoiadas.

Caso seja permitida a realização desta pesquisa em seu município, seu nome e identidade, bem como os nomes e identidades dos profissionais serão mantidos em sigilo e não haverá nenhum prejuízo.

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de artigos científicos e de apresentações em reuniões específicas, com o intuito de fortalecer a Atenção Primária, oferecendo elementos úteis para a reflexão e o debate sobre o tema, principalmente quanto aos pequenos municípios.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para (67) 3495-1719, (67) 99972-7881, Nadieli Leite Neto de Alvarenga.

Declaro que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pela pesquisadora e que autorizo a realização deste estudo com os profissionais do NASF e das Equipes de Saúde da Família apoiadas.

Assinatura do Gestor(a)

Município, _____ - MS, ____/____/____.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

INFORMAÇÕES GERAIS

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do pesquisador: _____

Município: _____

Nome da USF: _____

Iniciais do profissional: _____

CARACTERÍSTICA DOS PROFISSIONAIS

Sexo: _____ Idade: _____ Formação: _____

Tempo de atuação na APS: _____ Tempo de atuação na equipe: _____ Vínculo Profissional: _____

Possui curso ou especialização na área da saúde coletiva? Qual(is) _____

FORMULÁRIO

1 ABORDAGEM INTEGRAL

1 Você desenvolve ações interdisciplinares ou multiprofissionais envolvendo os demais profissionais do NASF e/ou das eSF?

Se sim:

1.1 Que tipo de ação multiprofissional (nos diagnósticos, nas avaliações, nos acompanhamentos)?

1.2 Quais profissionais participam?

1.3 Quantas ações desse tipo ocorrem semanalmente ou mensalmente? _____

Se não:

1.4 Quais dificuldades você encontra para não realizar ações interdisciplinares ou multiprofissionais?

2 Em média, ao longo de uma semana/mês, quantos casos você costuma encaminhar para:

Fisioterapeuta _____

Psicólogo(a) _____

Nutricionista _____

Assistente social _____

Educador(a) físico (a) _____

Terapeuta ocupacional _____

Fonoaudiólogo (a) _____

Farmacêutico (a) _____

Outro _____

2.1 Faz encaminhamentos para mais de um profissional ao mesmo tempo?

Se sim, informar para quais profissionais são encaminhados: _____

2.2 Em média, quantos encaminhamentos desses tipos fazem por semana/mês? _____

2 ORGANIZAÇÃO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO

1 Como vocês organizam o cuidado compartilhado frente aos casos (indivíduo/família)?

Interconsultas () atendimentos compartilhados () solicitação de parecer multiprofissional (), discussão de caso (), aplicação de Projeto Terapêutico Singular (), outra: _____

2 Quantos casos, em média, são atendidos conjuntamente em uma semana ou no mês? _____

3 Com qual periodicidade na semana/mês a equipe retoma o mesmo caso para análise e discussão? _____

4 Quais dificuldades vocês encontram quanto a organização do cuidado compartilhado?

Sobrecarga de trabalho (), ausência de planejamento (), indefinição de possibilidades e fluxos de cuidado (), dificuldade de trabalhar em equipe (), falta de interesse (), outro: _____

5 Quais são os desafios relacionados a continuidade do plano de cuidados estabelecido em equipe?

Sobrecarga de trabalho (), ausência de prontuários ou instrumento para registros interdisciplinares () descumprimento de pactos profissionais (), outro: _____

3 INTEGRAÇÃO NAS AÇÕES DE SAÚDE

1 Vocês realizam em conjunto, ações que integrem todas as etapas do cuidado (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação)?

Se sim:

1.2 Como elas são planejadas?

De acordo com as necessidades dos indivíduos/famílias/grupos (), por determinação da gestão () Outra _____

1.3 Em média, quantos encontros a equipe realiza no intervalo de um mês, para tratar do planejamento desse tipo de ação?

1.4 Compartilhe uma experiência bem sucedida que envolveu as diversas etapas do cuidado (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) ?

1.5 Em média quantos casos desse tipo costuma ocorrer ao longo de uma semana ou mês?

Se não:

1.6 Quais dificuldades são encontradas?

Sobrecarga de trabalho (), falta de interesse (), falta de estímulo (), falta de recursos (), outro _____

4 INTEGRAÇÃO COM A COMUNIDADE

1 Existem ações de saúde desenvolvidas na comunidade?

Se sim:

1.1 Quais?

1.2 Como foram definidas?

Indicadores de saúde (), perfil epidemiológico (), observação das necessidades da comunidade (), solicitação da comunidade (), outros

1.3 Como são realizadas?

1.4 Profissionais envolvidos:

Se não:

1.5 Quais dificuldades são encontradas para a não realização dessas ações?

5 INTEGRALIDADE

1 Quais são os limites e as potencialidades para o alcance da integralidade nas práticas das equipes?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

INFORMAÇÕES GERAIS

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do pesquisador: _____

Município: _____

Nome da USF: _____

Iniciais do profissional: _____

CARACTERÍSTICA DOS PROFISSIONAIS

Sexo: _____ Idade: _____ Formação: _____

Tempo de atuação na APS: _____ Tempo de atuação na equipe: _____ Vínculo Profissional: _____

Possui curso ou especialização na área da saúde coletiva? Qual(is) _____

FORMULÁRIO

1 ABORDAGEM INTEGRAL

1 Você desenvolve ações interdisciplinares ou multiprofissionais envolvendo os demais profissionais do NASF e/ou das eSF?

Se sim:

2.3 Que tipo de ação multiprofissional (nos diagnósticos, nas avaliações, nos acompanhamentos)?

2.4 Quais profissionais participam?

2.5 Quantas ações desse tipo ocorrem semanalmente ou mensalmente? _____

Se não:

2.6 Quais dificuldades você encontra para não realizar ações interdisciplinares ou multiprofissionais?

3 Em média, ao longo de uma semana/mês, quantos casos você costuma encaminhar para:

Fisioterapeuta _____

Psicólogo(a) _____

Nutricionista _____

Assistente social _____

Educador(a) físico (a) _____

Terapeuta ocupacional _____

Fonoaudiólogo (a) _____

Farmacêutico (a) _____

Outro _____

3.1 Faz encaminhamentos para mais de um profissional ao mesmo tempo?

Se sim, informar para quais profissionais são encaminhados: _____

3.2 Em média, quantos encaminhamentos desses tipos fazem por semana/mês? _____

2 ORGANIZAÇÃO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO

1 Como vocês organizam o cuidado compartilhado frente aos casos (indivíduo/família)?

Interconsultas (), atendimentos compartilhados () solicitação de parecer multiprofissional (), discussão de caso (), aplicação de Projeto Terapêutico Singular (), outra: _____

2 Quantos casos, em média, são atendidos conjuntamente em uma semana ou no mês? _____

3 Com qual periodicidade na semana/mês a equipe retoma o mesmo caso para análise e discussão? _____

4 Quais dificuldades vocês encontram quanto a organização do cuidado compartilhado?

Sobrecarga de trabalho (), ausência de planejamento (), indefinição de possibilidades e fluxos de cuidado (), dificuldade de trabalhar em equipe (), falta de interesse (), outro: _____

5 Quais são os desafios relacionados a continuidade do plano de cuidados estabelecido em equipe?

Sobrecarga de trabalho (), ausência de prontuários ou instrumento para registros interdisciplinares () descumprimento de pactos profissionais (), outro: _____

3 INTEGRAÇÃO NAS AÇÕES DE SAÚDE

1 Vocês realizam em conjunto, ações que integrem todas as etapas do cuidado (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação)?

Se sim:

1.2 Como elas são planejadas?

De acordo com as necessidades dos indivíduos/famílias/grupos (), por determinação da gestão () Outra _____

1.3 Em média, quantos encontros a equipe realiza no intervalo de um mês, para tratar do planejamento desse tipo de ação?

1.4 Compartilhe uma experiência bem sucedida que envolveu as diversas etapas do cuidado (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) ?

1.5 Em média quantos casos desse tipo costuma ocorrer ao longo de uma semana ou mês?

Se não:

1.6 Quais dificuldades são encontradas?

Sobrecarga de trabalho (), falta de interesse (), falta de estímulo (), falta de recursos (), outro _____

4 INTEGRAÇÃO COM A COMUNIDADE

1 Existem ações de saúde desenvolvidas na comunidade?

Se sim:

1.3 Quais?

1.4 Como foram definidas?

Indicadores de saúde (), perfil epidemiológico (), observação das necessidades da comunidade (), solicitação da comunidade (), outros

1.3 Como são realizadas?

1.4 Profissionais envolvidos:

Se não:

1.5 Quais dificuldades são encontradas para a não realização dessas ações?

5 INTEGRALIDADE

1 Quais são os limites e as potencialidades para o alcance da integralidade nas práticas das equipes?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa, intitulada “A INTEGRALIDADE EM SAÚDE NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO NASF E DA ESF EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DE MATO GROSSO DO SUL” e tem o direito de decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar esta decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que você tiver.

Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Nadieli Leite Neto de Alvarenga do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, pelo programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, sob a orientação do pesquisador Edson Mamoru Tamaki.

Esta pesquisa está sendo realizada com o objetivo de analisar a integralidade do cuidado nas práticas dos profissionais do NASF e da ESF nos municípios da microrregião de Jardim, MS, por meio do levantamento das características dos profissionais das equipes do NASF e dos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família, da identificação da integralidade do cuidado em suas práticas e análise dos elementos facilitadores e das barreiras relacionadas ao alcance da integralidade no cuidado.

Não participam dessa pesquisa os profissionais que tiverem menos de seis meses de atuação e aqueles que estiverem ausentes dos serviços por licenças ou férias.

Caso decida participar desta pesquisa, farei algumas perguntas relacionadas à integralidade do cuidado nas práticas das equipes da ESF e NASF, e elas serão registradas no nosso equipamento por meio de gravação. A entrevista não passará de 40 minutos e você tem a liberdade de desistir dela a qualquer momento. Mesmo depois de terminada, se você quiser desistir de participar, pode informar para mim pessoalmente, pelo telefone ou e-mail que se encontra mais abaixo.

Os riscos em sua participação na pesquisa serão mínimos, portanto, caso sinta algum constrangimento em responder a entrevista ou até mesmo alguma pergunta da entrevista, fica garantida a recusa, sem prejuízo em sua participação.

Quanto aos benefícios, você não será identificado na pesquisa e não haverá qualquer compensação financeira para os participantes que decidirem ser entrevistados.

Os benefícios serão obtidos quando os resultados da pesquisa forem utilizados pelos profissionais e pelos gestores dos municípios, sendo estes resultados divulgados por meio de banner exposto para devolutiva aos participantes.

Os dados da pesquisa ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora, por um período de cinco anos, e ninguém além da pesquisadora, saberá das suas respostas. Em nenhum momento você poderá ser identificado, ou seja, os dados da pesquisa são anônimos e apenas a pesquisadora e você terão acesso a este documento em que consta o seu nome. Isso significa que se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora Nadieli Leite Neto de Alvarenga pelo telefone (67) 99972-7881, ou email: nadielileite@yahoo.com.br. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, pelo telefone (67) 3345-7187 ou endereço: Av. Costa e Silva S/N, Bairro Universitário, CEP 79070-900, Campo Grande, MS.

Você receberá uma via deste termo de consentimento, rubricada na primeira página e assinada na segunda, ficando a outra via com a pesquisadora.

Declaro que li e entendi este termo de consentimento, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que concordo em participar desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Participante _____

Data: _____ Telefone (Opcional) _____

Nome e Assinatura da Pesquisadora _____

Data: _____