

AVALIAÇÃO DOS IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PARANÁ-RN

R. S. VALENTIM¹, B. G. SENA NETO²

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN¹

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte – IFRN²

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0865-8304>

rsv1989@hotmail.com¹

Submetido 08/03/2019 - Aceito 22/05/2020

DOI: 10.15628/holos.2022.8380

RESUMO

A criação da Estratégia de Saúde da Família no âmbito da saúde pública brasileira melhorou efetivamente as políticas de Atenção Básica no país. Nesse contexto é criado o Núcleo Ampliado de Saúde da Família, com o propósito de ampliar a abrangência das ações de atenção básica, bem como sua resolutividade. Este estudo objetiva avaliar os impactos da implantação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família no município de Paraná-RN. Oriundos do uso de pesquisa qualitativa, a análise dos dados pautou-se na análise de conteúdo. Foram utilizadas na coleta de informações, entrevista individual com questionário semiestruturado e análise

documental. Os resultados apontam para a falta de um trabalho mais consistente na formação de grupos com públicos alvos definidos, uma dificuldade em articular uma integração mais efetiva entre os profissionais do NASF-ESF, como também a falta de apoio por parte da gestão para a realização das atividades e dificuldades no transporte dos profissionais quando as ações acontecem na zona rural. Conclui-se que a garantia de uma equipe multiprofissional integrada a uma gestão eficiente pode fomentar uma avaliação constante da qualidade do serviço, assegurando a tomada de decisão e o planejamento em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe Multiprofissional, Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

EVALUATION OF THE IMPACTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE EXTENDED NUCLEUS HEALTH OF THE FAMILY IN THE MUNICIPALITY OF PARANÁ-RN

ABSTRACT

The creation of the Family Health Strategy within the scope of Brazilian public health has effectively improved Primary Care policies in the country. In this context, the Expanded Family Health Center is created, with the purpose of expanding the scope of primary care actions, as well as their resolution. This study aims to evaluate the impacts of the implementation of the Extended Family Health Center in the city of Paraná-RN. Coming from the use of qualitative research, data analysis was based on content analysis. Information collection, individual interviews with a semi-structured questionnaire and document analysis were used. The

results point to the lack of a more consistent work in the formation of groups with defined target audiences, a difficulty in articulating a more effective integration among NASF-ESF professionals, as well as the lack of management support to carry out the activities and difficulties in transporting professionals when the actions take place in the rural area. It is concluded that the guarantee of a multiprofessional team integrated to an efficient management can foster a constant evaluation of the quality of the service, ensuring decision making and health planning.

KEYWORDS: Patient Care Team, Family Health Strategy, Primary Health Care.



1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil nunca foram uma grande preocupação até meados da década de 1920. E só a partir do movimento pela Reforma Sanitária brasileira, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que os anseios da população foram ouvidos, e assim vieram a fazer parte da Constituição Federal de 1988 (RIBEIRO *et al*, 2014).

A Constituição Cidadã, como ficou conhecida, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), mas só em 1994 surge o Programa Saúde da Família (PSF), prometendo reorganizar as ações da atenção primária no país. Em 2006, o PSF passa a ser Estratégia de Saúde da Família (ESF), sinalizando para um conceito ampliado do modo de se fazer saúde (MACIEL *et al*, 2015). Em 2008, com o intuito de apoiar a consolidação e o aprimoramento da atenção básica no Brasil e assegurar apoio técnico-pedagógico às equipes da ESF, surge o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), através da Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 (MARTINIANO *et al*, 2013; BRASIL, 2008).

O NASF tem por objetivo primordial ampliar a abrangência das ações de atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços, já que promove a criação de espaços para a produção de novos conhecimentos e ampliação da clínica, no entanto não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários (MACIEL *et al*, 2015).

Presentes em grande parte dos municípios brasileiros e por ser uma política pública de saúde recente, os NASFs ainda carecem de estudos que avaliem a operacionalização das equipes. Poucas pesquisas relatam os impactos das ações do NASF na saúde da população assistida, a maioria dos trabalhos preocupa-se com a análise das ações desenvolvidas por cada profissional, sem contemplar o processo de trabalho da equipe que o compõe dentro da organização do serviço e do sistema de saúde. Por conseguinte, novas estratégias implementadas precisam de acompanhamento contínuo e ajustes precisam ser feitos à medida que são observados os problemas (MARTINIANO *et al*, 2013).

Sendo assim, avaliar o processo de implantação do NASF é vantajoso, pois a partir dessa análise pode se identificar as dificuldades e gargalos que afetam o trabalho em equipe, e consequentemente o serviço oferecido à população. Além disso, pode contribuir para identificação de novas demandas de serviços e profissionais que ainda não compõem a equipe, o

que pode melhorar cada vez mais essa política pública de saúde tão importante no contexto da atenção básica de saúde no Brasil.

Para tanto, o objetivo geral dessa pesquisa é avaliar os impactos da implantação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família no município de Paraná-RN, tendo como objetivos específicos: avaliar a atuação do NASF através do conhecimento e da avaliação de serviços pelos profissionais da ESF, identificar a percepção dos profissionais do NASF em relação ao trabalho realizado por eles, evidenciando quais ações de promoção da saúde são realizadas pela equipe NASF e as limitações para sua efetivação, refletir sobre as perspectivas e os desafios do NASF quanto às práticas em saúde, analisando a implantação do NASF em termos de fragilidades e potencialidades.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Núcleo de Ampliado de Saúde da Família: conceitos, características e funções

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família são configurados como um serviço que proporciona um suporte especializado, com profissionais de diferentes linhas do saber, acionados à medida que a ESF necessita, aumentando a resolutividade das ações na atenção primária. Compostos por equipes multiprofissionais, devem atuar de maneira integrada no apoio às ESFs com o intuito de ampliar o escopo e a resolubilidade das ações da atenção básica (TOMAZI *et al*, 2013).

O NASF tem como objetivo principal a integralidade do cuidado aos usuários, partindo do pressuposto de clínica ampliada, ou seja, a saúde não está pautada apenas em fatores biológicos, mas também sociais, psicológicos, dentre outros, cuja atuação profissional deve entender e consequentemente intervir (ANDRADE *et al*, 2012).

O conjunto das equipes do NASF e ESF tem como responsabilidade primordial atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, a territorialização, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde, e a humanização (ANDRADE *et al*, 2012; MARTINIANO *et al*, 2013).

Sendo assim, são atribuições dos profissionais do NASF: conhecer a realidade socioeconômica e epidemiológica das famílias residentes na área adstrita; identificar, em conjunto com a comunidade e as ESFs, o público prioritário para o desenvolvimento das ações,



além do tipo de abordagem a ser adotada; promover ações interdisciplinares com as ESFs, a partir de discussões de casos realizadas periodicamente. Para tanto, utilizam como estratégias de trabalho o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (PTS) e o projeto de saúde no território (PST) (GONÇALVES *et al*, 2015).

É também importante enaltecer que o processo de trabalho do NASF é dividido em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher; contribuir para a ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de convivência; implementar ações em homeopatia e acupuntura; criar estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso e assistência farmacêutica (MARTINIANO *et al*, 2013).

Para implantar o NASF nos municípios deve-se elaborar um projeto e submetê-lo ao Ministério da Saúde, evidenciando o território de atuação da equipe, as atividades que serão desenvolvidas pelos profissionais, os profissionais e sua forma de vínculo empregatício com detalhamento de carga horária, identificação das equipes do ESF vinculadas ao NASF e da Unidade Básica de Saúde (UBS) que credenciará o NASF, ficando a cargo das Secretarias Municipais de Saúde garantirem a organização das ações do programa, assim como o processo de implantação. Esse projeto deverá ainda ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite de cada estado (MARTINIANO *et al*, 2013).

O NASF compõe uma iniciativa que visa ampliar o número de profissionais vinculados às equipes de saúde da família, a partir das necessidades de cada território. Os núcleos poderão ser compostos por profissionais das mais diferentes áreas de saúde, tais como: médicos (ginecologistas, homeopatas, pediatras e psiquiatras), profissionais de educação física, nutricionistas, acupunturistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (REIS *et al*, 2016; PARENTE *et al*, 2017; SILVA *et al*, 2012).

As parcerias multiprofissionais, semelhantes às que ocorrem entre o NASF e ESF são importantes na busca de um modelo de atenção mais humanizado, integral e de responsabilização dos profissionais e dos usuários (RIBEIRO *et al*, 2014). Logo, em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que priorizam a assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, o NASF está preocupado em superar essa lógica em direção à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado por meio de atendimentos



compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (ANJOS *et al*, 2013).

A Portaria que criou o NASF, em 2008, dispunha apenas sobre as modalidades de NASF 1 (um) e 2 (dois). A primeira modalidade poderia estar vinculada a no mínimo 8 e no máximo 20 ESFs, enquanto a modalidade 2 deveria estar vinculado a no mínimo 3 ESFs. Quatro anos mais tarde, em 2012, visando ampliar as equipes, melhorar o desenvolvimento do seu processo de trabalho, e vendo que as duas modalidades de configuração não contemplavam a maioria dos municípios brasileiros, especialmente aqueles de pequeno porte que possuíam poucas ESFs, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos NASF 1 e 2 e cria uma terceira modalidade: o NASF 3 (TOMAZI *et al*, 2013; PARENTE *et al*, 2017).

Seguindo o percurso temporal das normativas que regulamentam o NASF, a mais recente portaria do Ministério da Saúde que menciona o serviço - a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 - institui o Programa Previne Brasil, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Essa portaria revoga a seções das Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que tratavam sobre o financiamento do NASF. Adicionalmente, a Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, desvincula as equipes multiprofissionais às tipologias de equipe NASF, através dessa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, cabendo a ele definir profissionais, carga horária e arranjo dessas equipes (BRASIL, 2019).

A revogação das equipes NASF pode ocasionar um desmonte das equipes multiprofissionais atuantes na atenção básica em território nacional, visto que os gestores municipais, munidos da autonomia dada pelo Ministério da Saúde, podem apresentar inúmeros entendimentos sobre a temática, cabendo a estes, inclusive, decidir sobre a manutenção ou não das equipes. Além disso, o fim do recurso destinado exclusivamente às equipes NASF, poderá repercutir na qualidade da assistência à saúde, dificultando o acesso da população ao cuidado integral (OLIVEIRA, 2020).

2.2 Estratégia de Saúde da Família e NASF



As Equipes de Saúde da Família são formadas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares de enfermagem, técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde, que realizam atendimento ambulatorial na UBS ou através de visitas domiciliares. Cada ESF é encarregada do acompanhamento de três a quatro mil pessoas, ou de mil famílias de determinada área adscrita, devendo adequar-se à realidade local, baseando-se sempre nos princípios e diretrizes do SUS (RIBEIRO *et al*, 2014).

Visando consolidar a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, pelo intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família (TAVARES, 2008), o Ministério da Saúde criou o NASF, essa política se apresenta como um serviço que proporciona um suporte especializado com profissionais de determinados núcleos de conhecimento, acionados de acordo com as necessidades da ESF, se configurando como uma potente estratégia para ampliar a abrangência e diversidade das ações da ESF. Sendo o apoio matricial principal ferramenta, pois visa assegurar a retaguarda assistencial às equipes de referência (TOMAZI *et al*, 2013; MACIEL *et al*, 2015).

O NASF, corresponde a um dispositivo estratégico na Rede de Atenção à Saúde para a melhoria da qualidade da atenção básica através da atuação conjunta e articulada com a ESF ampliando a capacidade de resposta a maioria dos problemas de saúde da população e a resolubilidade da atenção primária (PARENTE *et al*, 2017).

Com isso, espera-se, com a implantação do NASF, concretizar o cuidado integral à população e diminuir os encaminhamentos aos outros níveis de atenção, sendo esse apoio pautado em duas correntes: oferta de assistência em saúde especializada diretamente ao usuário e também por meio do apoio técnico pedagógico que os profissionais do NASF desenvolvem com as Equipes de Saúde da Família (GONÇALVES *et al*, 2015).

2.3 Potencialidades e desafios dos serviços oferecidos pelo NASF

Contrastando com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que valorizam principalmente a assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF é a de transcender essa concepção com vistas à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (ANJOS *et al*, 2013).

Sendo assim, o NASF priorizando aumentar a resolutividade, a construção da integralidade e a constituição da atenção básica de saúde como coordenadora da rede, encontra potencialidades a serem exploradas e desafios que estão enraizados mesmo antes da implantação desta nova política de saúde (ANDRADE *et al*, 2012).

2.3.1 Potencialidades dos serviços oferecidos pelo NASF

2.3.1.1 Trabalho em equipe

O NASF é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento e tem uma atuação pautada no trabalho em equipe (VOLPONI *et al*, 2015), essa composição é baseada na proposta de equipe de referência, ou seja, toma por base aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, objetivando ampliar as possibilidades de construção do vínculo entre profissionais e usuários (ANJOS *et al*, 2013).

Nesse contexto, a ESF assume um caráter descentralizador, delegando funções que a equipe não é capaz de resolver sozinha para os profissionais que compõem o NASF, fazendo com que os usuários possam ser atendidos por profissionais especializados, de maneira a atingir um caráter intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional (ANDRADE *et al*, 2012).

2.3.1.2 Planejamento dos serviços oferecidos à população

O planejamento nos serviços de saúde é primordial, principalmente no que se refere à promoção de saúde e prevenção de doenças. Esse planejamento deve ser estratégico, e atuar de forma a prever os possíveis percalços que surgirão quando se pretende passar da situação vivida para uma almejada (ANDRADE *et al*, 2012).

Sendo assim, seguindo as normas ministeriais que criaram o NASF, o planejamento do processo de trabalho e das metas deve contar com a colaboração e articulação de gestores, NASF, as equipes de saúde da família e os usuários (MARTINIANO *et al*, 2013), estabelecendo assim um trabalho em equipe.

Logo, planejar é fundamental para que as ações sejam realizadas de acordo com os objetivos, além de permitir que os profissionais realizem atividades no cotidiano da atenção básica de saúde com mais efetividade e eficiência (ANDRADE *et al*, 2012).



2.3.1.3 Corresponsabilização do cuidado

A articulação entre os serviços do NASF e ESF, formada por meio de uma interligação entre seus diversos profissionais, ações e projetos, promove uma rede de interdependência e corresponsabilização entre todos os envolvidos, garantindo o atendimento integral, concretizando, assim, o conceito de trabalho em rede (FERRO *et al*, 2014).

A proposta de trabalho do NASF visa à superação desta lógica fragmentada e pautada na especialidade, a partir da corresponsabilização (MARTINIANO *et al*, 2013), juntamente com um plano terapêutico conjunto evita que o NASF aumente a sobrecarga que as equipes de saúde da família já enfrentam diante das necessidades de saúde da população, da ineficiência das redes de atenção à saúde, das agendas lotadas e da cobrança da gestão por número de consultas (SILVA *et al*, 2012).

2.3.2 Desafios dos serviços oferecidos pelo NASF

2.3.2.1 Carência de capacitação

A literatura científica aponta que as dificuldades na formação dos profissionais se iniciam ainda dentro das universidades. Elas persistem em formar profissionais de saúde, direcionados a atuações com focos diferentes das necessidades do serviço público de saúde, o que dificulta a atuação dos recém-formados no sistema de atenção à saúde (ANDRADE *et al*, 2012).

Essa realidade da formação superior brasileira implica diretamente na atuação profissional em campo, pautada em uma visão fragmentada em relação ao cuidado, implicando diretamente na qualidade da assistência prestada, seja ela individual ou coletiva (ANJOS *et al*, 2013).

2.3.2.2 Falta de clareza sobre as funções e funcionamento do NASF

O NASF surgiu como proposta tanto para prestar assistência às demandas populacionais não alcançadas pelas equipes que compõem a ESF como para apoiar essas equipes na efetivação da rede de serviços e ampliar sua abrangência, visando melhorar a qualidade da assistência à população no nível da Atenção Básica, que carece de ações mais eficazes (ANJOS *et al*, 2013).

No entanto, ainda são grandes as implicações desta realidade frente ao que foi pensado para o âmbito do trabalho em Saúde da Família. O que está no papel e as ações executadas são contraditórias, uma vez que há deficiência em termos de compartilhamento de responsabilidades, trabalho interdisciplinar efetivo e desenvolvimento de projetos terapêuticos conjuntos (ANDRADE *et al*, 2012).

3 METODOLOGIA

Este artigo tem um caráter descritivo, pois tem o objetivo de descrever as características de um determinado fenômeno, buscando a natureza de suas relações (GIL, 1999), privilegiando a abordagem qualitativa, que possibilita captar os processos históricos e sociais de determinados grupos (MINAYO, 2004).

Quanto aos meios, foi utilizada a análise documental, pois através dela, podemos extrair dos documentos toda a análise, organizando-os e interpretando-os de acordo com os objetivos da investigação proposta (PIMENTEL, 2001). Os documentos considerados importantes para essa pesquisa foram: a Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos Ampliados de Saúde da Família, o Caderno de Atenção Básica Nº 27 do Ministério da Saúde, publicado em 2009, que apresenta as diretrizes de funcionamento do NASF e o Projeto de Implantação do NASF no município de Paraná. Além da análise documental foram realizadas entrevistas semiestruturadas, pois seguem um roteiro elaborado e combinam perguntas estruturadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto (MINAYO, 2004).

A pesquisa de campo foi empreendida nas 2 (duas) equipes de saúde da família e na única equipe NASF do município de Paraná, totalizando 15 (quinze) profissionais. Participaram da pesquisa 2 (dois) médicos, 2 (dois) cirurgiões dentistas, 2 (duas) enfermeiras, 2 (duas) técnicas de enfermagem, 2 (dois) técnicos em saúde bucal, que compõem a ESF I e ESF II, e 1 (uma) nutricionista, 1(uma) assistente social, 1 (uma) profissional de educação física, 1(um) fisioterapeuta e 1 (uma) fonoaudióloga, componentes do NASF.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas no período entre setembro a novembro de 2018. Os instrumentos de coletas de dados foram especialmente elaborados pelo pesquisador, um composto por caracterização do profissional da ESF



entrevistado, investigação do conhecimento dos membros das ESF com relação às atividades do NASF e avaliação dos serviços prestados pela equipe do NASF à população da área adscrita pela ESF, aplicado aos profissionais da ESF, e outro composto por caracterização do profissional do NASF entrevistado, investigação do conhecimento dos membros do NASF com relação às diretrizes e objetivos da estratégia e sobre os desafios e potencialidades enfrentadas pelos profissionais.

As entrevistas ocorreram nas UBSs, localizadas no município de Paraná-RN e todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecidos, em duas vias. A análise dos dados foi pautada na perspectiva de análise de conteúdo, realizada após leitura exaustiva, seguindo o modelo para organização e análise, conforme preconizado pela literatura (MINAYO, 2004).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Caracterização dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e da Estratégia de Saúde da Família

Tabela 1: Caracterização dos profissionais do NASF e ESF

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	4	26,7
Feminino	11	73,3
Faixa Etária		
20 a 30 anos	11	73,3
31 a 40 anos	3	20,0
Acima de 40 anos	1	6,7
Escolaridade		
Ensino Médio	4	26,7
Ensino Superior	6	40,0
Especialização	4	26,7
Mestrado	1	6,6

Fonte: Autoria própria (2018)

Do total de 15 entrevistados, 11 (73,3%) são do sexo feminino, 11 (73,3%) estão na faixa de 20 a 30 anos de idade. A idade mínima observada foi 22 anos e a máxima de 66 anos, e uma idade média de 30 anos, entre todos. No que diz respeito à escolaridade, 10 (66,7%) tem ensino superior e/ou especialização. Apenas um entrevistado relatou ter mestrado.

4.2 Entrevista com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família

Para efeito de sigilo da identidade dos profissionais da ESF, como foi informado aos mesmos no ato da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os entrevistados terão seus nomes omitidos e substituídos por nomes genéricos. Os entrevistados serão discriminados como respondentes, e caso cada pergunta tenha mais de uma resposta relevante para o estudo, levarão em seguida ao termo respondente, os algarismos arábicos (1, 2, 3...).

4.2.1 Investigação do conhecimento dos membros das ESF com relação às atividades do NASF

A primeira pergunta da entrevista teve como finalidade elencar quais os profissionais que podem compor a equipe NASF.

Vários profissionais podem fazer parte da composição do NASF, dentre eles: fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, farmacêutico, fonoaudiólogo (Respondente 1).

Nutricionista, médico, psicólogo, educador físico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social (Respondente 2).

Psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, fonoaudióloga (Respondente 3).

Referente à primeira pergunta que indagava sobre quais profissionais podem fazer parte da equipe NASF, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, assistente social e fonoaudiólogo foram os mais citados. Os profissionais menos citados, como psicólogo, médico, farmacêutico, terapeuta ocupacional também podem compor a equipe NASF, embora os profissionais da ESF não tenham contato com esses outros profissionais, já que a equipe NASF no município só é composta pelos cinco profissionais mais citados, pois se trata da modalidade NASF 3, que pode atender de duas a três ESF, caso do município de Paraná, que conta apenas com duas equipes (TOMAZI *et al*, 2013; PARENTE *et al*, 2017).

Em seguida foi questionado à equipe ESF quais são as atividades que os profissionais da equipe NASF podem oferecer à população adscrita.

O NASF, ele vem apoiar as ações da atenção básica, seja por meio do apoio matricial, onde NASF e ESF interagem, seja através de atendimento compartilhamento, projeto terapêutico, ações de educação permanente e ações coletivas (Respondente 1).

Visita, projeto terapêutico singular, promoção de saúde e prevenção de doenças, educação em saúde (Respondente 2).

A segunda pergunta feita aos profissionais da ESF sobre as atividades que os profissionais NASF podem desenvolver, mostrou que o NASF do município está mais preocupado com as atividades de prevenção e promoção de saúde, através da educação em saúde, corroborando com os resultados do estudo de RIBEIRO *et al*, (2014).

Ao indagar os profissionais da ESF sobre o público que pode ser assistido pela equipe NASF, obtemos as seguintes respostas:

A população na qual o NASF está inserido, população adscrita da ESF, pessoas que tem necessidades encaminhadas pela ESF (Respondente 1).

O NASF veio para agregar capacidade de cuidado à atenção básica e atenção a uma série de demandas presentes na saúde do brasileiro contemporâneo. Idoso, obeso e sobrepeso, saúde mental, problemas sociais. Enfim toda a demanda vulnerável identificada pela porta de entrada da Atenção Primária de Saúde que necessite de uma continuidade de cuidados mais especializados (Respondente 2).

De acordo os relatos coletados, todos os profissionais são unânimes em afirmar, que o público-alvo do NASF, são todas as pessoas que estão cobertas pelo território da ESF, seja essa população vulnerável de alguma forma, ou que necessite de cuidados especializados não oferecidos pela ESF, assim como define os Cadernos de Atenção Básica Nº 27, que afirma que o NASF deve focar nas práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade da equipe de saúde da família, como apoiadores e parceiros na promoção e prevenção de saúde (BRASIL, 2010).

4.2.2 Avaliação dos serviços prestados pela equipe do NASF à população da área adscrita pela ESF

Questionados sobre a importância dos serviços oferecidos pelo NASF, os entrevistados responderam assim:

Atenção básica multiprofissional e interdisciplinar com oportunidade de diálogo entre profissionais e atenção à população. O NASF proporciona melhor resolubilidade junto à equipe de atenção básica, uma vez que evita os encaminhamentos desnecessários (Respondente 1).

Os serviços desempenhados pelo NASF são de suma importância, visto que, esse núcleo tem como objetivo apoiar a consolidação da atenção básica, ampliando assim a oferta de saúde na rede de serviços (Respondente 2).

Os profissionais da ESF ao serem questionados sobre a importância do NASF, foram enfáticos e categóricos em afirmar que o NASF traz maior resolubilidade aos problemas de saúde da população, ampliando a oferta de serviços oferecidos e evitando encaminhamentos para

atenção secundária, muitas das vezes desnecessários, segundo afirma TOMAZI *et al*, (2013), GONÇALVES *et al*, (2015) e PARENTE *et al*, (2017).

Sobre a experiência pessoal com os serviços oferecidos pelo NASF, os profissionais relataram as seguintes opiniões:

Por nos proporcionar maior vínculo entre os profissionais (ESF-NASF), horizontalidade no atendimento e uma atuação mais presente nas ações de prevenção, redução de danos e promoção de saúde, considero muito valiosa a minha experiência nesta parceria (Respondente 1).

Excelente. O desempenho da equipe é primordial, através das palestras e atividades. Profissionais capacitados e que ajudam a ampliar, aperfeiçoar a atenção e gestão em saúde (Respondente 2).

Quando se questionou sobre a experiência das ESF com o NASF, observou-se uma boa articulação entre as equipes, o que pode ter influenciado no grau de satisfação destes em relação ao serviço. Essa boa relação impacta uma maior interação dessas equipes que interferem no processo saúde-doença, promovendo uma corresponsabilização do cuidado, confirmando o que traz RIBEIRO *et al*, (2014).

Essa indagação tinha como objetivo medir a satisfação dos profissionais da ESF com os serviços oferecidos pelo NASF.

Boa, porém acho que deveria haver um maior entrosamento ESF-NASF (Respondente 1).

Muito boa! Sempre encontro resolubilidade quando necessito desses profissionais (Respondente 2).

Quando perguntados sobre a satisfação com os serviços oferecidos, todos se mostraram satisfeitos, ainda que, segundo um entrevistado relatou “deveria haver uma maior entrosamento entre a equipe NASF e a equipe da ESF.” Isso mostra que, mesmo apresentado um bom trabalho junto aos profissionais da ESF, melhorias ainda precisam ser feitas, a fim de aperfeiçoar cada vez mais o trabalho desempenhado pelos profissionais do NASF, conforme RIBEIRO *et al*, (2014) aponta.

Esse questionamento teve como finalidade identificar se o NASF leva em consideração nas suas ações à realidade local, segundo os profissionais da ESF.

Sim, através do intenso planejamento, objetivos e metas traçadas, refletem o social local, agindo de maneira intrínseca e efetiva (Respondente 1).

Sim, tanto no atendimento individual como no coletivo, as ações são voltadas de acordo com a realidade local (Respondente 2).

De acordo aos resultados obtidos, o NASF leva sim em consideração a realidade local, estabelecendo prioridades a partir das demandas identificadas na comunidade. Isso é muito importante, pois só assim, as ações serão voltadas para os reais problemas da população, evitando ações sem propósito e sem nenhum apelo que convença a sociedade da real necessidade da prevenção e promoção de saúde, segundo relata ANDRADE *et al*, (2012).

Essa pergunta objetivou identificar se o NASF é acessível à população.

Sim, porém necessitam de mais atividade educativas e formação de grupos (grupos de hipertensos, diabéticos, idosos, etc.) (Respondente 1).

Creio que sim, porém é restrita devido à dificuldade de locomoção tanto pela equipe, como pela população (Respondente 2).

Ao serem indagados sobre a acessibilidade do NASF quando se leva em consideração a participação, os entrevistados afirmaram que sim. No entanto, pontuaram alguns problemas como a dificuldade de locomoção tanto dos profissionais como da população, corroborando com o trabalho de RIBEIRO *et al*, (2014), que afirma que a distância e as condições de acesso geográfico dificultam a atuação do NASF.

Esse último questionamento teve como intuito saber se o NASF prioriza atividades coletivas.

Sim. Através de palestras, reuniões e debates à respeito de temas relacionados à saúde, vida geral e temáticas que são direta ou indiretamente relacionadas ao atendimento holossistêmico (Respondente 1).

Prioriza sim! Uma das principais formas de atuação do NASF se dá por meio das atividades coletivas, através da formação de grupos (Respondente 2).

De acordo com as entrevistas colhidas, as atividades coletivas são as principais ferramentas utilizadas pelo NASF a fim de promover saúde. Essa maneira de promover saúde é através de grupos formados por idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, que veem nesses grupos uma chance de relatarem seus problemas e encontrar apoio junto aos profissionais e também junto a outras pessoas que partilham do mesmo problema. Nessa lógica, segundo relata

MACIEL *et al*, (2015), o espaço físico da UBS deixou de ser apenas um espaço político-operativo do sistema de saúde, passando a ser um local no qual se verifica a interação entre uma população específica e os serviços oferecidos pelos profissionais ali lotados.

4.3 Entrevista com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Para efeito de sigilo da identidade dos profissionais do NASF, como foi informado aos mesmos no ato da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os entrevistados terão seus nomes omitidos e substituídos por nomes genéricos. Os entrevistados serão discriminados como respondentes, e caso cada pergunta tenha mais de uma resposta relevante para o estudo, levarão em seguida ao termo respondente, os algarismos arábicos (1, 2, 3...).

4.3.1 Investigação do conhecimento dos membros do NASF com relação às diretrizes e objetivos da estratégia

A primeira questão feita aos profissionais NASF objetivou identificar se eles conhecem as diretrizes da política.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família tem como principal diretriz a integralidade, que a população tenha promoção e prevenção da saúde, que cada indivíduo seja respeitado no que diz respeito a sua raça, gênero e religião (Respondente 1).

Tem como responsabilidade central atuar e reforçar a atenção à saúde com ações interdisciplinares e intersetoriais, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (Respondente 2).

A segunda pergunta teve como finalidade observar se os profissionais NASF são conhecedores dos objetivos dessa política de saúde.

O NASF tem como principal objetivo apoiar a Estratégia de Saúde da Família, dessa forma o NASF amplia e ajuda na gestão da ESF (Respondente 1).

De ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. O NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS (Respondente 2).

Analisando as perguntas que indagavam os profissionais do NASF sobre as diretrizes e os objetivos da política, observou-se que os profissionais são realmente conhecedores dos

pressupostos que norteiam a atuação do NASF, o que mostra o comprometimento da equipe em conseguir mostrar na prática o alcance de tudo que essa proposta estabelece, corroborando com os estudos de ANDRADE *et al*, (2012); MARTINIANO *et al*, (2013) e REIS *et al*, (2016).

4.3.2 Desafios e potencialidades enfrentadas pelos profissionais do NASF

A terceira pergunta aos profissionais NASF objetivou identificar quais são os principais desafios que a equipe enfrenta.

Há dificuldades em criar possibilidades para atuação conjunta, integrada e intersetorial com a comunidade e com a ESF, a divulgação do NASF e suas atividades, a capacitação dos profissionais, assim como fazer com que a comunidade tenha acesso a informações a cerca das reais funções do NASF (Respondente 1).

Falta de transporte, falta de material, falta de apoio das equipes, mostrar a população a importância que são as ações de prevenção e promoção de saúde (Respondente 2).

Segundo relato dos entrevistados, existem alguns desafios a serem encarados pela equipe NASF, principalmente no que diz sobre a educação permanente, a falta de clareza sobre as reais funções do NASF por parte dos profissionais da ESF e também da população, como também a falta de suporte material, de engajamento das equipes. Ainda foi relatado, a dificuldade de sensibilizar a população da importância da prevenção e promoção da saúde, resultados esses que aparecem no trabalho de ANDRADE *et al*, (2012) e MACIEL *et al*, (2015).

A quarta indagação visou identificar as principais potencialidades que a equipe NASF apresenta.

Conseguir fazer junto à equipe: potencializar o grau de intervenção e construir novas ações para aumentar a resolutividade dos serviços (Respondente 1).

A realização de grupos programáticos (hipertensos, diabéticos, grávidas), o apoio às ESFs, o trabalho intersetorial (Respondente 2).

Referente as potencialidades que a equipe NASF apresenta, podemos destacar o trabalho em equipe, já que o trabalho multiprofissional abrange várias possibilidades de significados na articulação do trabalho, de acordo com ANDRADE *et al*, (2012). Outro ponto forte destacado foi a realização de grupos com públicos-alvo definidos, oferecendo suporte e apoio a ESF nessas demandas.

O quinto e último questionamento feito aos profissionais NASF teve como intuito identificar as limitações enfrentadas pela equipe NASF

*Falta de recursos para planejamento e execução das ações (Respondente 1).
Suporte para realização das ações e adesão da população nas ações de prevenção (Respondente 2).*

A falta de recursos ainda é um problema comum na área da saúde, e com o NASF não é diferente, segundo os profissionais faltam insumos para realização de planejamento e principalmente para a realização das ações, o que compromete o sucesso do trabalho feito pela equipe, conforme relata RIBEIRO *et al*, (2014).

A partir da análise dos resultados, é possível observar algumas implicações práticas que esse estudo pode proporcionar aos profissionais da ESF, NASF e gestores em saúde. Quando cada ator implicado no processo saúde/doença/cuidado toma conhecimento do papel do outro, isso facilita a comunicação entre todos, garantindo uma atuação profissional mais resolutiva dos problemas de saúde dos indivíduos, assegurando que o processo de referência e contra referência ocorra satisfatoriamente.

A identificação das fragilidades que o NASF apresenta serve de gatilho para disparar ações conjuntas de profissionais e gestão para tentar minimizar os problemas que podem estar comprometendo o bom funcionamento do serviço. Assim, todas as informações geradas nesse estudo podem servir para a tomada de decisões e planejamento em saúde, o que pode subsidiar uma avaliação contínua dos serviços prestados à população.

Outro apontamento prático que esse estudo pode desencadear diz respeito à composição profissional da equipe. Ao identificar os profissionais que fazem parte da equipe NASF e analisar as funções e atividades que estes desempenham, podemos examinar se as reais necessidades de saúde do município estão sendo supridas, se há necessidade de outro profissional entrar na conformação da equipe ou se há um gasto desnecessário com um profissional que não tem demanda de pacientes.

5 CONCLUSÃO

As Unidades Básicas de Saúde, onde a ESF se materializa em cuidado e atenção em saúde são as portas de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde brasileiro. E o NASF, atuando



em parceria com os profissionais da ESF, conseguem resolver boa parte dos problemas de saúde da população, evitando assim a demanda exacerbada no nível de atenção secundária e terciária.

Conforme os resultados apontam, os profissionais que compõem as duas equipes ESF no município de Paraná-RN veem o NASF como uma ferramenta importante no processo saúde-doença da população. No entanto, ainda que desempenhado suas atividades adequadamente, os profissionais da ESF ainda sentem a falta de um trabalho mais consistente na formação de grupos com públicos alvos definidos (diabéticos, hipertensos), mas também afirmam que esse problema é decorrente da distância e das condições de acesso geográfico que dificultam a atuação do NASF.

Para os profissionais que compõem a única equipe NASF do município de Paraná-RN há uma dificuldade em articular uma integração mais efetiva entre os próprios profissionais do NASF, como também entre a equipe NASF e ESF. Há também na população da cidade uma resistência em reconhecer as reais funções da política do NASF. E ainda, assim como os profissionais da ESF ponderaram, os profissionais do NASF também identificaram a falta de apoio por parte da gestão para a realização das atividades e dificuldades no transporte dos profissionais quando as ações acontecem na zona rural.

Conforme os resultados apontam, a equipe NASF observou potencialidades e fragilidades, sendo necessários ajustes para que a prestação de serviço seja mais eficaz e eficiente. Dentre as potencialidades observadas o trabalho em equipe e manutenção de grupos programáticos foram relatados, já as fragilidades observadas foram: a falta de recursos para planejamento e execução das ações e uma dificuldade de adesão da população nas ações de prevenção.

Sendo assim, para reforçar as potencialidades e mitigar as fragilidades um diálogo com a gestão municipal de saúde é necessário. Esse diálogo influenciará diretamente a dinâmica da organização dos serviços de saúde e da articulação e integração entre ESF e NASF, pautando-se no conhecimento dos problemas de saúde de cada equipe, objetivando a mudança efetiva nas práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica.

Por fim, a garantia de uma equipe multiprofissional capaz de suprir a demanda do município com relação às necessidades de saúde da população, integrada a uma gestão eficiente através de um bom processo de comunicação entre todos, pode fomentar uma avaliação constante da qualidade do serviço, assegurando a tomada de decisão e o planejamento em saúde.



6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, L. M. B., Quandt, F. L., Campos, D. A., Delziovo, C. R., Coelho, E. B. S., Moretti- Pires, R. O. (2012). Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde e Transformação Social*, 3(1), 18-31.

Anhos, K. F., Meira, S. S., Ferraz, C. E. O., Vilela, A. B. A., Boery, R. N. S. O., Sena, E. L. S. (2013). Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde Debate*, 37(99), 672-680.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Ministério da Saúde. http://http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. (2008). *Diário Oficial da União*. Brasília, n. 43, p. 38-42, 24 de jan. 2008. Seção 1. [http://https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)

Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. (2019). *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 97, 13 nov. 2019. Seção 1. [http://https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html)

Ferro, L. F., Silva, E. C., Zimmerman, A. B., Castanharo, R. C. T., Oliveira, F. R. L. (2014) Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *Mundo da Saúde*, 38(2), 129-138.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). Atlas.

Gonçalves, R. M. A., Lancman, S., Sznalwar, L. I., Cordone, N. G., Barros, J. O. (2015). Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil, *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 59-74. <https://doi.org/10.1590/0303-7657000078013>

Maciel, M. S., Coelho, M. O., Marques, L. A. R. V., Rodrigues Neto, E. M., Lotif, M. A. L., Ponte, E. D. (2015) Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família – NASF. *Revista Saúde (Santa Maria)*, 41(1), 117-122. <https://doi.org/10.5902/2236583413283>

Martiniano, C. S., Sampaio, J., Magalhães, F. C., Souza, F. F., Marcolino, E. C., Rocha, A. M. O. (2013). Avaliação do processo de implantação das equipes dos núcleos de apoio à saúde da família. *Revista de Enfermagem*, 7(1), 53-61. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i1a10203p53-61-2013>

Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (8ª ed.). Hucitec.



Oliveira, J. (2020). Esclarecimento sobre o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde. Conselho Federal de Fonoaudiologia. <https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/2020/01/esclarecimento-sobre-o-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-a-saude/#>

Parente, A. S., Mesquita, F. O. S., Sarmiento, S. S. (2017). Análise da distribuição e cobertura do NASF na IV Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco. *Revista Multidisciplinar e Psicologia*, 11(36), 435-453.

Pimentel, A. (2001). O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa, Série V*(114), 179-195.

Reis, M. L., Medeiros, M., Pacheco, L. R., Caixeta, C. C. (2016). Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Texto Contexto Enfermagem*, 25(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720160002810014>

Ribeiro, M. D. A., Bezerra, E. M. A., Costa, M. S., Branco, C. E. C., Araújo Neto, J. D., Moreira, A. K. F., Filgueiras, M. C. (2014). Avaliação da atuação do núcleo de apoio à saúde da família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 27(2), 224-231. <https://doi.org/10.5020/2426>

Silva, A. T. C., Aguiar, M. E., Winck, K., Rodrigues, K. G. W., Sato, M. E., Grisi, S. J. F. E., Brentani, A., Rios, I. C. (2012). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(11), 2076-2084. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100007>

Tavares, S. M. G. (2008). A implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a inserção da Saúde Mental no território NASF/ESF. *Saúde Mental, São Paulo, Série V*(45), 10-12. <https://doi.org/10.52753/bis.2008.v.33620>

Tomasi, A. R. P., Rizzotto, M. L. F. (2013) Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. *Saúde Debate*, 37(98), 427-436.

Volponi, P. R. R., Garanhani, M. L., Carvalho, B. G. (2015). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. *Saúde Debate*, 39 (Esp), 221-231. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005418>.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Valentim, R. de S., & de Sena Neto, B. G. (2020). AVALIAÇÃO DOS IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PARANÁ-RN. *HOLOS*, 7. <https://doi.org/10.15628/holos.2020.8380>

SOBRE OS AUTORES

R. S. VALENTIM

Mestre em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0865-8304>
E-mail: rsv1989@hotmail.com



B. G. SENA NETO

Doutor em Educação Profissional – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte.
Professor Assistente – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5922-5093>

E-mail: nettosena@hotmail.com

Editor(a) Responsável: Francinaide de Lima Silva Nascimento

Pareceristas *Ad Hoc*: Mateus Dias Antunes e João Victor Batista Cabral



Recebido: 08 de março de 2019

Aceito: 22 de maio de 2020

Publicado: 28 de dezembro de 2022

