

Implantação e implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: residência multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de efetivação das políticas públicas do SUS

Implantation and implementation of Family Health Support Centers: multiprofessional residence in Family Health as a strategy for the effectiveness of SUS public policies

Implantación e implementación del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia: residencia multiprofesional en Salud de la Familia como estrategia tan eficaz para políticas públicas de SUS

Antônio Wilker Bezerra Lima¹
Gisele Maria Melo Soares Arruda²
Amanda Cavalcante Frota³
Raimunda Hermelinda Maia Macena⁴
Ricardo José Soares Pontes⁵

RESUMO: A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi ampliada com os Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF). Devido ao ineditismo dos NASF, sua implantação representa um desafio. Diante disso, objetivou-se relatar a experiência de implantação e implementação do NASF, no município de Arneiroz/CE, a partir da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família

1 Assistente Social. Especialista em Saúde da Família em caráter de residência pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Especialista em Educação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenador de Atenção Primária e Imunização do Município de Arneiroz – Ceará.

2 Fisioterapeuta. Mestre e doutora em Saúde Pública. Docente na Universidade Estadual do Ceará e no Centro Universitário Christus.

3 Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Saúde Coletiva. Educadora e pesquisadora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz.

4 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutora em Ciências Médicas. Pós-doutorado em Saúde Coletiva e sistema prisional. Docente na Universidade Federal do Ceará.

5 Médico. Mestre e doutor em Medicina Preventiva. Especialista em caráter de residência em Medicina Preventiva e Social. Professor Titular aposentado do Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (RMSFC-ESP-CE). Trata-se de relato de experiência oriundo da prática gerencial e assistencial, entre julho/2013 e maio/2016, em Arneiroz/CE. As informações emergentes da prática profissional foram registradas em diário de campo e analisadas na perspectiva hermenêutico dialética com base no referencial teórico e nos dados dos sistemas de informação. A implantação dos NASF exige reformulações no processo de trabalho da ESF capazes de promover a interprofissionalidade e intersectorialidade na perspectiva do apoio matricial. Em Arneiroz/CE, esse desafiador processo aconteceu concomitantemente à implantação da RMSFC-ESP-CE, cujas atividades foram essenciais no suporte técnico-pedagógico aos gestores e profissionais do município, facilitando a incorporação e efetivação do preconizado pelo Ministério da Saúde. Quanto às ações educativas em saúde e aos atendimentos de profissionais de nível superior na ESF, houve um aumento importante depois da implantação do NASF, indicando melhoria no acesso e nos indicadores de saúde. Aponta-se ainda o impacto das Residências Multiprofissional em Saúde enquanto estratégia de Educação Permanente em Saúde e subsídio aos processos de gestão municipal em saúde, especialmente em municípios de pequeno porte, de modo a também subsidiar a implementação das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Residência e Internato; Educação Permanente.

ABSTRACT: The Family Health Strategy (ESF) has been expanded with the Family Health Support Centers (NASF). In face of NASF's novelty, its implementation represents a challenge. This study aimed to report NASFs implantation and implementation experience in Arneiroz/CE municipality from Multiprofessional Residency Program in Family and Community Health of the School of Public Health of Ceará (RMSFC-ESP-CE) experience. This is an experience report from management and assistance practice between July/2013 and May/2016 in Arneiroz/CE. The information emerged from professional practice was recorded in a field diary and analyzed in dialectical hermeneutic perspective based on theoretical reference and data of information systems. The NASF's implementation requires reformulations in ESF's work process capable to promote interprofessionalism and intersectoriality in matrix support perspective. In Arneiroz/CE, this challenging process happened concurrently with RMSFC-ESP-CE implementation, whose activities were essential in the technical-pedagogical support to managers and professionals of the municipality, facilitating incorporation and effectiveness of the recommended by Health Ministry. Regarding health educational actions and attendances of higher level professionals in ESF, there were a significant increased after NASF implementation, indicating improved access and health indicators. It also pointed out the impact of the Multiprofessional Residency in Health as a strategy of Continuing Education in Health and subsidy to municipal health management processes, especially in small municipalities, in order to also subsidize public health policies implementation.

Keywords: Family Health; Residence and Internship; Permanent Education.

RESUMEN: Estrategia de Salud de la Familia (ESF) se amplió con los Centros de Apoyo de la Salud Familiar (NASF). Frente a la naturaleza sin precedentes de NASF, su aplicación es un desafío. Por lo tanto, este estudio tiene por objetivo presentar la experiencia de la creación y aplicación de la NASF en el municipio de Arneiroz/CE a partir de la experiencia de la Residencia Multidisciplinar en Salud y Escuela de la Comunidad de Salud Pública de Ceará (RMSFC-ESP-CE). Se trata de un relato de experiencia que surge de la práctica de gestión y atención entre julio/2013 y mayo/2016 Arneiroz/CE. La información emergente de la práctica profesional se registró en diario de campo y se analizaron en perspectiva hermenéutica dialéctica sobre la base de referencia teórica y la fecha de los sistemas de información. La implementación de NASF requiere reexpresión en el proceso

de trabajo de ESF capaces de promocionar interprofissionalidade y el enfoque intersectorial en perspectiva de soporte de la matriz. En Arneiroz/CE, este proceso desafiante ocurrió al mismo tiempo que ha pasado a la aplicación de la RMSFC-ESP-CE, cuyas actividades eran esenciales en apoyo técnico y pedagógico a los directivos y profesionales municipales, facilitando el desarrollo y realización de la recomendada por el Ministerio de Salud. En cuanto a las acciones de educación en salud y la atención de los profesionales de alto nivel en el ESF, hubo un aumento significativo después de la aplicación de NASF, lo que indica mejoría en los indicadores de acceso y de salud. También destacó el impacto de la Multidisciplinar Residencia en Salud como una estrategia de Educación Continua en Salud y subsidio a los procesos de gestión municipal en materia de salud, especialmente en los municipios pequeños, con el fin de subsidiar la implementación de políticas de salud pública.

Palabras clave: Salud de la Familia; Residencia y Prácticas; Educación Permanente.

INTRODUÇÃO

A implantação do Programa Saúde da Família, iniciada no começo dos anos 90 em Quixadá/CE - município de pequeno porte no sertão central cearense, apresentou-se como uma proposta de reorganização dos serviços de saúde brasileiros¹. Em 2001, essa promissora inovação - desde 1994 adotada como programa do Ministério da Saúde - já chegava a 70,2% dos municípios do país². Atualmente, segundo o Departamento de Atenção Básica², o percentual de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no país, em 2016, foi de 97,10%, o que representa um total de 5409 municípios.

Desde o início, a implementação da ESF impulsionou a implementação de um novo modelo de atenção. Essa reconfiguração exigiu e continua a exigir a adoção de princípios éticos, arcabouços jurídicos, filosofias organizacionais, manejos clínicos, e uma leitura da conjuntura epidemiológica e sociocultural condizentes com o projeto sanitário adotado³. Por isso, desde 1994, a ESF encontrou alguns desafios a serem superados, especialmente no que diz respeito à garantia da integralidade, do acesso universal e da equidade, levando a discussões acerca do pleno atendimento das populações, do leque de profissionais que devem compor as equipes e das necessidades de formação para os trabalhadores do serviço^{4,5}.

Quando da criação da ESF, as equipes de referência em Saúde da Família (EqRSF) eram compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e alguns Agentes Comunitários de Saúde. Visando a um cuidado integral à população, em 2000, houve a inclusão do cirurgião-dentista e dos técnicos em saúde bucal na EqRSF⁶ e, em 2008, como fruto do estabelecido pelo Pacto pela Saúde⁷, o leque de profissionais atuando junto à população foi mais uma vez ampliado com a edição da Portaria nº 154⁸ que criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Inicialmente, uma equipe NASF só poderia ser implantada para apoiar no mínimo nove EqRSF. Esse quantitativo impossibilitava a implantação do NASF em municípios de pequeno porte, com 8 ou menos equipes cadastradas. Apenas com a edição da mais recente Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁹, o NASF pode ser implantado para apoio de 3 a 7 equipes e, finalmente, com a Portaria nº 3.124¹⁰, criou-se a terceira modalidade de NASF, podendo cobrir de 1 a 2 EqRSF. Ou seja, a partir de dezembro de 2012, houve a possibilidade de a estratégia NASF contemplar todos os municípios brasileiros.

Podem compor esses núcleos, segundo PNAB⁹, assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico veterinário; algumas especialidades médicas, como acupunturistas, ginecologista/obstetra, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, clínica médica, e médico do trabalho; bem como profissionais com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, com graduação e/ou pós-graduação em saúde pública ou coletiva.

Esses núcleos, ao passo que integram à ESF as dimensões de cuidado de cada uma dessas categorias profissionais citadas, atuam na perspectiva do Apoio Matricial¹¹ junto às EqRSF de forma interdependente às mesmas⁹. O apoio matricial é uma metodologia de trabalho que propõe apoio especializado às equipes que atuam nos territórios de saúde ofertando suporte técnico e pedagógico¹², efetivado por meio da construção compartilhada do cuidado entre as equipes de NASF e EqRSF, construindo uma prática de cuidado interprofissional¹³.

Com a inclusão da equipe de apoio, ampliam-se a abrangência e o escopo de atuação da ESF¹⁴ e, em decorrência do matriciamento, espera-se que haja diminuição dos encaminhamentos dos usuários aos serviços especializados, uma vez que se amplia a resolubilidade do cuidado na ESF¹⁵. O NASF não deve funcionar como mais um ponto de referência da rede de atenção à saúde, mas atuar de modo compartilhado no cuidado em saúde à nível de Atenção Primária à Saúde (APS)⁵. Além disso, com o NASF, torna-se possível a ampliação do vínculo terapêutico entre as equipes da ESF e usuário, especialmente pela realização do acompanhamento terapêutico mais próximo da realidade dos sujeitos, sendo mais facilmente garantida a longitudinalidade e a continuidade do cuidado.

De fato, a criação dos NASF foi uma demanda das EqRSF que, há certo tempo, sentiam a necessidade de diversificação das práticas na APS. Nesse sentido, o NASF se propõe a contribuir na efetivação dos princípios da ESF, entretanto, sua inserção exige também reformulações no processo de trabalho estabelecido na ESF, incluindo novas ferramentas clínicas e comunitárias capazes de apreender a realidade e garantir uma prática interprofissional e intersetorial com foco na saúde do usuário do serviço.^{13 5 14} Esse movimento de reorganização do trabalho cotidiano só se faz possível com estabelecimento de estratégias de Educação Permanente em Saúde efetivas e inseridas no contexto de atuação das equipes.

Em Arneiroz, município do sertão cearense com uma população de cerca de 8 mil habitantes, surgiu a viabilidade de implantação e financiamento de uma equipe de NASF em 2012 diante das reformulações já citadas na legislação da ESF¹⁰. Concomitantemente a isso, foram iniciadas no município as atividades do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (RMSFC-ESP-CE), cujo principal objetivo é a interiorização da Educação Permanente no estado por meio da educação pelo trabalho com foco na interprofissionalidade, intersetorialidade e garantia da integralidade do cuidado¹⁷.

A RMSFC-ESP-CE propõe a formação, pelo trabalho, de profissionais de saúde de maneira contextualizada com os princípios do SUS e as modalidades de atuação na ESF, especialmente as EqRSF e o NASF. Deste modo, a capacitação teórica e prática promovida por essa estratégia de Educação Permanente acabou por também amparar a implantação do NASF na realidade de Arneiroz/CE.

Sabe-se que o processo de implantação e implementação dos NASF é complexo,^{5 16 18} especialmente nos municípios de pequeno porte, onde a possibilidade de inclusão dessa equipe multiprofissional é ainda mais recente. A literatura disponível sobre essa dimensão de gestão do trabalho dos NASF é restrita, revelando a lacuna na publicização de tais experiências.

Sendo assim, objetiva-se relatar a experiência de implantação e implementação do NASF no município de Arneiroz/CE a partir da experiência Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (RMSFC-ESP-CE).

DESENVOLVIMENTO

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa do tipo relato de experiência¹⁹ oriundo da prática gerencial e assistencial, descritivo e de abordagem qualitativa²⁰. Segundo Holiday¹⁹, a sistematização de experiências deve ser conduzida a partir de cinco fases, quais sejam: 1) participação na experiência e registro das mesmas; 2) Definição do objetivo, do objeto e do eixo de sistematização; 3) Reconstrução do processo vivido; 4) Análise e interpretação crítica do processo; e 5) Formulação de conclusões e publicização do relato.

Os fatos que servem de base para esse relato aconteceram, entre julho de 2013 e maio de 2016, em Arneiroz, município do sertão cearense localizado a 383 km da capital Fortaleza e cuja população está em torno de 7.776 habitantes²¹.

No período delimitado, as informações relevantes sobre a implantação do NASF e atuação da RMSFC-ESP-CE em Arneiroz/CE, que emergiram da prática profissional de um dos autores desse artigo no município, foram registradas em diário de campo e analisadas no período de junho de 2016 a janeiro de 2017 para construção do presente artigo. As informações sistematizadas em diário de campo foram analisadas na perspectiva hermenêutico dialética⁵ com base no referencial teórico sobre o assunto com triangulação dos dados obtidos do diário de campo e dos sistemas de informação em saúde.

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza apenas informações de acesso público e que aprofunda teoricamente situações que emergiram espontaneamente da prática profissional, não há a necessidade de apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde²², uma vez que não acarreta aos sujeitos envolvidos riscos maiores que os já existentes na vida cotidiana.

Relato da experiência

A realidade municipal do setor saúde

O processo aqui relatado ocorreu no município cearense de Arneiroz, mais precisamente em nível de gestão da SMS e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, onde os profissionais residentes lotados na equipe NASF (NASF-Residência) desenvolveram suas atividades. Uma vez que todas as EqRSF foram apoiadas pelo mesmo NASF-Residência, todos os territórios municipais compuseram o cenário da pesquisa. Por ser um trabalho que não se restringe ao espaço físico da

UBS, a experiência aqui relatada também se operacionalizou em interface com os diversos equipamentos sociais existentes no município, como, por exemplo, Organizações Não-Governamentais (ONGs), associações e instituições religiosas.

A rede de serviços de saúde do município consta de cinco UBS, sendo 2 na sede do município e outras 3 na zona rural; e 1 hospital, que dispõe de 16 leitos para internação em clínica médica, pediátrica e obstétrica. Conforme pactuado no Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), o hospital regional de referência para o município fica localizado no município de Tauá, distante 42 km de Arneiroz, para onde são referenciados os casos de pequena e média complexidade. Já os casos de média e alta complexidade são encaminhados para a capital do estado, Fortaleza²³.

No que tange a gestão municipal, os serviços de saúde são efetivados com 4 EqRSF, das quais 2 atuam na sede do município e 2 na zona rural. Segundo relatórios do sistema SISAB²⁴, a cobertura populacional em relação às ESF é de 100%.²³ No período entre 2008 e 2013, o município não implantou NASF pois haviam apenas 2 EqRSF implantadas e o limite populacional imposto pela legislação vigente não viabilizava tal implantação. Com o advento da Portaria nº 3.124/2012¹⁰, criaram-se as condições necessárias para a implantação do NASF tipo 3 em Arneiroz. E, logo em seguida, com a Portaria 2.355/2013²⁵, que alterou a fórmula de cálculo do teto máximo das EqRSF, houve a possibilidade e a efetivação da ampliação do total de EqRSF, aumentando de 2 para 4, o que permitiu a configuração de NASF tipo 2.

Fazer essa retrospectiva histórica dessa interface entre a legislação da ESF e as possibilidades de organização das ações e dos serviços de saúde no município é importante para trazer à tona a reflexão sobre a peculiaridade da gestão da saúde em municípios de pequeno porte. As características demográficas de tais realidades municipais acabam por inviabilizar, em um primeiro momento, a implantação das inovações propostas pelo Ministério da Saúde. As condições sociais e epidemiológicas desses municípios, entretanto, já apontavam, por demanda dos profissionais e dos gestores, a necessidade de uma equipe multiprofissional que pudesse ampliar o escopo de atuação e a resolutividade dos serviços da ESF.

Prova disso é que, em Arneiroz, durante a 6ª Conferência Municipal de Saúde, em 2013, foi realizada uma avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo apontada a necessária reorganização dos serviços da ESF em busca da integralidade do cuidado, especialmente diante das novas possibilidades apontadas pela PNAB⁹. Tanto profissionais quanto usuários relataram a necessidade que tinham da colaboração interprofissional com outras categorias profissionais até então não incluídas na ESF. À época, essa necessidade era suprida parcialmente pelos serviços ofertados no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) do município e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) regional, que fica a 43 km do município²³. Como encaminhamento prático dessa discussão, a proposta de implantação de uma equipe NASF foi incluída no relatório final da conferência.

A implantação do NASF em Arneiroz

Diante da incumbência atribuída pela 6ª Conferência à SMS em implantar a equipe NASF, procedeu-se a uma avaliação da real necessidade dessa implantação com base nos indicadores de situação e produção em saúde do município. Um dos aspectos avaliados foram as ações educativas realizadas no cenário da ESF, uma vez que estas estão preconizadas nas diretrizes de atuação do

Tomando como base o ano então vigente, 2013, obteve-se a informação disposta na figura 1.

Figura 1. Quantitativo de atividades educativas executadas no contexto da Estratégia Saúde da Família de Arneiroz/CE no ano de 2013 segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Município: 230150 Arneiroz

Procedimento: 0101010010 ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

Período: 2013

Município	Qtd.aprovada	Valor aprovado	Qtd.apresentada	Valor apresentado	Diferença de valor
TOTAL	115	-	115	-	-
230150 Arneiroz	115	-	115	-	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

De acordo com a figura 1, pode-se observar que, no ano de 2013, aconteceram 115 ações de educação em saúde para as 4 equipes de saúde, o que demonstra uma média de 9,58 ações por mês e uma média de 2,39 ações por equipe. Levando em consideração a população do município (7,776 habitantes) e a alta demanda por consultas no hospital municipal observada no período, inferiu-se que o quantitativo de 2,39 atividades educativas por equipe remetia a uma necessidade de maior atuação das equipes nessa vertente da educação em saúde,² o que poderia ser fortalecido com a implantação do NASF.

Outro aspecto observado foi o quantitativo de consultas de profissionais de nível superior na APS (exceto médico) no ano de 2013, conforme figura 2.

Figura 2. Quantitativo de consultas de profissionais de nível superior (exceto médico) realizadas no contexto da Estratégia Saúde da Família de Arneiroz/CE no ano de 2013 segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Município: 230150 Arneiroz

Procedimento: 0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)

Período: 2013

Município	Qtd.aprovada
TOTAL	839
230150 Arneiroz	839

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Nesse período, registrou-se um total de 839 consultas, o que aponta uma média de 69,91 consultas por mês na ESF municipal, incorrendo à média de 17,47 consultas por mês para cada EqRSF implantada. Esse quantitativo apresenta-se como baixo diante do quantitativo populacional que habita os territórios adscritos e depende dos cuidados primários e da coordenação do cuidado devidos à ESF²⁷.

Tendo por base essas informações, o Departamento de Informática (DI) da SMS de Arneiroz elaborou o projeto de implantação de um NASF que atendesse a demanda existente em conformidade com os dados acima expostos. A importância da equipe NASF também foi justificada pelos indicadores de demanda e acesso a cuidados de fisioterapia, psicologia e serviço social, que antes eram registrados pelo CRAS do município e CAPS regional.

Esse projeto, que explanou as peculiaridades do município proponente, sua estrutura sanitária e as garantias de viabilização do funcionamento da equipe, foi aprovado pelo secretário de saúde do município e submetido à apreciação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), da Comissão Intergestores Regional (CIR) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Nessas instâncias deliberativas, o projeto foi aprovado por unanimidade.

Apesar da aprovação, uma das ressalvas apontadas ao projeto, já na última instância - a CIB, foi o fato de considerar a equipe NASF como porta de entrada e indicar uma sede fixa para a equipe. Como essa realidade de uma sede fixa para o NASF existia em vários municípios vizinhos, houve tal equívoco. Com a devida correção, todavia, ocorreu a aprovação final por meio da resolução CIB-CE 013/2014 de 24 de janeiro de 2014 e o consequente credenciamento da equipe por parte do Ministério da Saúde.

Essa confusão sobre o papel do NASF na Rede de Atenção à Saúde é bastante comum, de modo que, em muitos municípios, o NASF atua como porta de entrada e descaracteriza-se enquanto dispositivo de APS, configurando-se como atenção especializada.^{18,28} Entretanto, conforme está explícito na portaria que o regulamenta: “*os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família*”⁸. Ou seja, espera-se que o trabalho desenvolvido entre EqRSF e NASF esteja organizado sob o eixo da colaboração e da gestão participativa do processo de trabalho,¹⁴ no qual o fortalecimento dos atributos e do papel da ESF seja o foco das ações e não a simples transferência de responsabilidade.

Diante disso, cabe às instâncias deliberativas aqui citadas fazer os ajustes nos projetos e orientar quanto aos equívocos na concepção desses núcleos. Considera-se que esse processo de qualificação do projeto ao longo dessas três instâncias é um meio de garantir a qualidade do projeto, bem como constitui-se via de aprendizado para os gestores, que se apropriam das reais expectativas em relação ao serviço que desejam implantar.

Na dimensão da organização do processo de trabalho do NASF, existem várias atividades que podem ser desenvolvidas pelos profissionais da equipe. Estas abrangem tanto a dimensão clínica quando a dimensão pedagógica, ou até as duas ao mesmo tempo, a saber: discussões de casos, atendimento conjunto com profissionais das equipes de referência, atendimentos individuais, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares multiprofissionais, educação permanente, intervenções comunitárias, visitas domiciliares, articulações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, diagnóstico situacional, avaliação e monitoramento das ações de saúde, etc.¹⁴ Todas essas ferramentas de atuação em Saúde da Família concorrem para a integralidade do cuidado. Ao mesmo tempo, essa metodologia de atuação, conduzida por uma equipe multiprofissional, reorganiza o processo de trabalho na ESF, fomentando outros modos de gerenciamento do cuidado.

O ineditismo da metodologia de trabalho do NASF, bem como a impossibilidade de simples importação das experiências de municípios maiores, constituíram-se em desafios para a implantação do NASF em Arneiroz. Entende-se que, nesse contexto, é importante realizar uma adequação loco-regional das estratégias e das diretrizes propostas.

Apesar dos desafios interpostos, em Arneiroz/CE, durante o meio tempo entre a aprovação pela CIB e a efetiva implantação do NASF, a gestão municipal teve a oportunidade de implantar uma equipe da RMSFC-ESP-CE no município, que iniciou suas atividades em março de 2014.

Neste programa, que acontece de modo interiorizado em 22 cidades do Ceará, os profissionais residentes atuam e são formados na perspectiva de trabalho das EqRSF e NASF sob o acompanhamento pedagógico de um corpo docente composto por preceptores, tutores, professores e coordenadores²⁹. Ao longo dos dois anos de formação, fomenta-se que os residentes atuem tal como é preconizado pelo Ministério da Saúde, revisitando, periodicamente, seu processo de trabalho com vistas a uma auto-avaliação^{29, 30}. Além disso, nesse programa, por congregarem as vivências em 22 municípios, torna-se possível uma importante troca de experiências capaz de enriquecer o fazer cotidiano dos envolvidos.

Desse modo, como a equipe de NASF composta por trabalhadores municipais ainda não havia sido implantada, os residentes compuseram a primeira equipe de NASF atuante em Arneiroz e desenvolveram processo de trabalho pautado no Apoio Matricial com a efetiva utilização das ferramentas de atuação em Saúde da Família, o que foi de grande importância para a organização do NASF no município. Primeiramente, porque, com a experiência prévia dos residentes, o NASF apresentou-se como proposta viável e executável diante das peculiaridades do município. Em segundo lugar, porque a condução pedagógica da ESP-CE junto aos residentes também serviu como estratégia de capacitação para os servidores municipais, sejam os já lotados nas EqRSF, sejam os gestores ou até mesmos os trabalhadores de Arneiroz que, sendo aprovados no processo seletivo da RMSFC-ESP-CE, tornaram-se residentes²⁹.

Foi realizado, pois, um processo de Educação Permanente com os trabalhadores da APS do município, tanto direta como indiretamente. Esse tipo de iniciativa faz parte tanto dos objetivos da ESP-CE, enquanto autarquia estadual responsável pela execução da Política de Educação Permanente no estado³¹, quanto compõe o escopo de estratégias a serem desenvolvidas pela equipe NASF²⁶.

Além disso, a implantação da RMSFC-ESP-CE promoveu uma aproximação dos gestores locais para com a realidade de atuação da ESF, rompendo com uma postura de desconhecimento, por parte dos gestores, que pode muitas vezes entrar a estruturação do processo de trabalho.¹¹ Essa aproximação tanto aconteceu devido ao convênio de gestão entre a ESP-CE e a SMS, como devido a algumas iniciativas dos profissionais residentes no sentido de elucidar à gestão, aos trabalhadores e aos usuários dos serviços acerca da metodologia do apoio matricial e suas implicações na resolutividade dos problemas existentes no contexto da ESF. Um dos frutos dessa interlocução foi, inclusive, o estabelecimento de um cronograma de apoio da gestão a cada equipe por meio de reuniões periódicas.

Nesse sentido, a atuação da RMSFC-ESP-CE foi essencial nesse matriciamento, uma vez que a gestão municipal e os profissionais podiam contar com o suporte técnico-pedagógico da ESP-CE, bem como porque era possível realizar certa troca de experiências entre diversos municípios (também participantes da RMSFC-ESP-CE) que estavam passando por esse processo de implantação do NASF.

Dentre as atividades desenvolvidas pela equipe NASF – Residência nos primeiros dois anos de implementação do NASF, podem ser elencados os trabalhos de educação em saúde tanto com a comunidade em geral, quanto com grupos específicos, como adolescentes em situação de vulnerabilidade, idosos, mulheres. Estas atividades contavam sempre com a parceria das EqRSF e, especialmente dos ACS, que mobilizavam a comunidade e participavam das ações junto aos residentes. Nesses grupos, eram trabalhados os mais diversos temas, sendo estes escolhidos pelos participantes. Dentre os temas mais abordados, estiveram: menopausa, gravidez na adolescência, doenças que acometem os idosos como diabetes, hipertensão, etc. Essas ações visaram disseminar informações em saúde para que o público alvo obtivesse o conhecimento necessário para a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e a prevenção de agravos individuais e comunitários. Em todas essas atividades, os usuários eram estimulados a atuarem como multiplicadores das informações adquiridas.

Também foram desenvolvidas atividades de educação em saúde nas escolas municipais em parceria com a Secretaria de Educação do município. Por meio de rodas de conversas e metodologias participativas eram trabalhadas temáticas como sexualidade, prática de exercícios físicos, combate às arboviroses, como a Dengue, etc. Essas ações desenrolaram-se, em algumas situações, em atividades práticas, desenvolvidas pelos próprios alunos uma vez que eles eram estimulados a serem multiplicadores das informações recebidas. No caso do combate ao *Aedes aegypti*, alguns grupos de estudantes, juntamente com a equipe de residentes, buscaram os índices de infestação domiciliar e desenvolveram palestras para os demais alunos.

Dentre as atividades, vale também ressaltar o Grupo de Educação Permanente em Saúde desenvolvido com os ACS. Esse grupo surgiu da demanda por capacitação técnica repassada à equipe do NASF-Residência pelos próprios ACS. Por meio de rodas de conversas e exposições dialogadas mensais, os temas elencados pelos ACS foram trabalhados na perspectiva de empoderá-los para a abordagem dos mesmos no seu trabalho cotidiano. Foram abordados temas como Hanseníase, Tuberculose, Métodos contraceptivos, Saúde Mental e demais temas pertinentes ao processo de trabalho dos ACS. Esses momentos mostraram-se fundamentais como meio de agregar conhecimento aos profissionais da ESF e qualificar o atendimento prestado à população assistida, bem como foi importante na ampliação dos vínculos entre a equipe NASF-Residência e os ACS. Vale ressaltar que, para a efetivação desse grupo, fez-se necessária uma pactuação com a Coordenação da Atenção Básica do município, que flexibilizou os horários de trabalho dos ACS, permitindo sua participação efetiva nesses momentos enquanto atividade do calendário mensal desses profissionais.

Durante esse processo de implementação do NASF, foram firmadas parcerias intersetoriais com o CRAS, as escolas e outras políticas públicas, como ONGs, associações sem fins lucrativos e instituições religiosas para o desenvolvimento de ações de saúde junto a seu público alvo.

Na dimensão clínica de atuação do NASF, inscrevem-se os atendimentos individuais e compartilhados com os profissionais, que aconteciam na UBS, no domicílio dos usuários (nas visitas) ou em algum equipamento social do território. A profissional de Educação Física da equipe, além da UBS,

desenvolvia suas atividades específicas também no Polo municipal da Academia da Saúde.

Como impacto do trabalho desenvolvido pelo NASF-Residência sobre os indicadores de saúde do município, pode-se demonstrar a melhoria dos dois indicadores avaliados no momento de elaboração do projeto: o quantitativo de atividades educativas e de consultas de profissionais de níveis superior (exceto médico) na APS, conforme figuras 3 e 4.

Figura 3. Quantitativo de atividades educativas realizadas no contexto da Estratégia Saúde da Família de Arneiroz/CE no ano de 2016, segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Município: 230150 Arneiroz

Procedimento: 0101010010 ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

Período: 2016

Município	Qtd.aprovada	Valor aprovado	Qtd.apresentada	Valor apresentado
TOTAL	888	-	888	-
230150 Arneiroz	888	-	888	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Figura 4. Quantitativo de consultas de profissionais de nível superior (exceto médico) realizadas no contexto da Estratégia Saúde da Família de Arneiroz/CE no ano de 2016, segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Município: 230150 Arneiroz

Procedimento: 0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)

Período: 2016

Município	Qtd.aprovada	Valor aprovado	Qtd.apresentada	Valor apresentado	Diferença de valor
TOTAL	2.076	-	2.076	-	-
230150 Arneiroz	2.076	-	2.076	-	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Diante da figura 3, pode-se observar que, no período pós-implantação do NASF-Residência, houve um crescimento de 776,17% nas ações de educação em saúde, passando a apresentar uma média de 74 ações por mês, com uma média de 18,5 ações mensais por EqRSF. Esse dado indica uma mudança na forma de organização do processo de trabalho com foco na promoção da saúde, na prevenção de agravos e na disseminação do conhecimento sanitário.

Já a figura 4, aponta um aumento no número de consultas realizadas na ESF do município, passando de 839 em 2013 (antes da implantação do NASF e RMSFC-ESP-CE) para um total de 2076 consultas no ano de 2016, o que representa 247,43% de aumento no total de atendimentos. A ampliação da assistência na ESF pode ser associada com um maior acesso da população aos serviços de saúde, como também com a maior resolutividade em nível de APS sem a necessidade

do encaminhamento para pontos de atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazendo uma avaliação de toda essa experiência, pode-se classificá-la como bem-sucedida, especialmente porque, devido ao processo de implementação ter acontecido concomitantemente à atuação da equipe de residentes, houve um suporte técnico-pedagógico do corpo docente da ESP/CE, facilitando a incorporação das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde e possibilitando o intercâmbio de experiências com outros municípios que vivenciavam situação semelhante.

Esse relato reveste-se ainda de peculiar relevância por apontar o impacto da implantação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) na dimensão da inovação e da qualificação da gestão e da atenção em saúde. Acredita-se que as RMS são estratégias de Educação Permanente interconectadas com os campos de prática e, por isso mesmo, com maior potencial de transformação das práticas estabelecidas rumo à integralidade e à qualificação do cuidado. Tradicionalmente, esses programas foram implantados em grandes centros urbanos e conseguem interferir positivamente nos processos de atenção à saúde.

Entretanto, a experiência desencadeada pela ESP-CE, levando tal estratégia formativa para os municípios de pequeno porte, demonstra que, pelas peculiaridades dos pequenos municípios, além de impactar na atenção em saúde, as RMS podem subsidiar e enriquecer os processos de gestão sanitária municipal. Desta feita, este artigo assume sua originalidade e contribuição científica ao publicizar o relato da experiência de implantação do NASF desde a concepção da ideia pela gestão até a execução prática do trabalho pela equipe, enfatizando sempre o suporte fornecido, direta e indiretamente, pela concomitância da formação em caráter de residência operacionalizada na realidade municipal.

Infere-se, pois, que estratégias de Educação Permanente integradas aos campos de prática devem ser levadas a cabo em todos os municípios, de pequeno ou grande porte, de modo a também subsidiar a implementação das políticas públicas de saúde. As RMS e o modelo pedagógico adotado pela RMSFC-ESP-CE apresentam-se como potentes metodologias de ensino-aprendizagem-atuação para que se alcance tal objetivo.

Também podem ser apontados como limites do presente trabalho: o fato de ele ter abordado apenas uma realidade, na qual gestão e atenção eram conduzidas em parte pelos mesmos sujeitos, facilitando a interlocução ao longo do processo; a sabida omissão de informações registradas nos sistemas de informação, o que interfere na análise de impacto realizada; e a pouca exploração dos dados quantitativos que possam sinalizar o impacto da implantação do programa de residência.

Sugere-se que futuras investigações sejam conduzidas para, por meio dos dados disponíveis nos sistemas de informação e bancos de dados municipais, possam identificar o real impacto da inserção de equipes de residência na atenção em saúde nos municípios.

REFERÊNCIAS

1. Guedes JS, Santos MB, Lorenzo RVD. A implantação do Programa Saúde da Família

(PSF) no estado de São Paulo (1995-2002). Saude soc. 2011;20(4):875-883.

2. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS, TABNET: Informações em Saúde. [Online].; 2017 [acesso em: 2017 janeiro 07. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabnet>.

3. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo:Fiocruz;2009:783-836.

4. Cotta RMM. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2006;15(3): 7-18.

5. Andrade L, Quandt F, Campos D, Delzियो C, Coelho E, Moretti-Pires R. Análise da implantação dos núcleos de apoio a saúde da família no interior de Santa Catarina. Sau & Transf. Soc. 2012;3(1): 18-31.

6. Brasil. Portaria Nº 1444 de 28 de dezembro de 2000, estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do programa saúde da família. [Online].; 2000 [acesso em: 2017 janeiro 05. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>.

7. Brasil. Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde - consolidação do SUS e aprova diretrizes operacionais do referido pacto. [Online]; 2006 [acesso em: 2016 dezembro 27. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

8. Brasil. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria os núcleos de apoio a saúde da família - NASF. [Online]; 2008 [acesso em: 2016 dezembro 20. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf.

9. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

10. Brasil. Portaria Nº 3124 de 20 de novembro de 2012 que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF modalidade 1 e 2 às equipes de saúde da família, cria a modalidade NASF 3 e dá outras providências. [Online]; 2012 [acesso em: 2017 janeiro 05. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html.

11. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública.2007;23(2);399-407.

12. Campos GWS. Saúde Paideia. In Campos GWS. Coleção Saúde e Debate. São Paulo: HUCITEC; 2003;9-48.

13. Matuda C, Aguiar D, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no

Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. Saude Soc.2013:22(1);173-186.

14. Brasil. Caderno de Atenção Básica nº 39: Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

15. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm.2011:20(3);493-302.

16. Martiniano CS, Sampaio J, Magalhães FC, Souza FF, Marcolino EC, Rocha AMO. Avaliação do processo de implantação das equipes dos núcleos de apoio à saúde da família. Rev enferm UFPE on line.2013:7(1);53-61.

17. Escola de Saúde Pública do Ceará. Regimento Interno da Residencia integrada em Saúde. [Online].; 2014 [acesso em: 2017 janeiro 01. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br>.

18. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioter. Mov.2010;23(2);323-330.

19. Holliday OJ. Para Sistematizar Experiências. 2 ed. Brasilia: Ministerio do Meio Ambiente; 2006.

20. Minayo C. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9 ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.

21. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Consolidado de informações dos municípios. [Online].; 2017 [acesso em: 2017 janeiro 10. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

22. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510 de 07 de Abril de 2016. Brasil, Ministério da Saúde:2016.

23. Secretaria Municipal de Saúde de Arneiroz. Relatório Anual de Gestão. Arneiroz: Secretaria de Saúde de Arneiroz, Coordenação de Atenção Básica; 2016.

24. Brasil. Sistema de Informações Para a Atenção Básica - SISAB: Ministério da Saúde. [Online].; 2017 [acesso em: 2017 dezembro 05. Disponível em: <http://sisab.saude.gov.br/>.

25. Brasil. Portaria 2355, de 10 de Outubro de 2013, Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. [Online].; 2013 [acesso em: 2017 janeiro 10. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html.

26. Brasil. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

27. Mendes EV. As redes de atenção a saúde Brasília: Organização Pan-Americana de

Saúde; 2011.

28. Soares GMM, Bezerra MIC. Estratégias, Possibilidades e Conquistas da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: Estudo de Caso. Rev. Fisioter. S Fun.2014;3(1):45-52.

29. Arruda GMMS, Barreto ICHC, Pontes RJS, Loiola FA. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Tempus, actas de saúde colet, 2016, 10(4),187-214.

30. Escola de Saúde Pública do Ceará. Regimento interno da residência integrada em saúde. Fortaleza, 2014. 40 p.

31. Mamede S, Penaforte J, Schmidt H, Caprara A, Tomaz JB, Sá H. Aprendizagem baseada em problemas: Anatomia de uma nova abordagem educacional. 1 ed. Fortaleza: HUCITEC; 2001.

Relato apresentado em julho de 2018

Relato aprovado em maio de 2020

Relato publicado em agosto de 2021