

# O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades

*The role of Family Health Support Center in assistance coordination of Primary Health Care: limits and possibilities*

Fabiana de Oliveira Silva Sousa<sup>1</sup>, Paulette Cavalcanti de Albuquerque<sup>2</sup>, Cynthia Maria Barbosa do Nascimento<sup>3</sup>, Luciana Camelo de Albuquerque<sup>4</sup>, Aline Cavalcante de Lira<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro Acadêmico de Vitória (CAV), Núcleo de Saúde Coletiva - Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. [oliveirasilva.fabi@gmail.com](mailto:oliveirasilva.fabi@gmail.com)

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil. Universidade de Pernambuco (UPE) - Recife (PE), Brasil. [paulette.cavalcanti@gmail.com](mailto:paulette.cavalcanti@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Fonoaudiologia - Recife (PE), Brasil. [cynthiabarboza@hotmail.com](mailto:cynthiabarboza@hotmail.com)

<sup>4</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil. Universidade de Pernambuco (UPE) - Recife (PE), Brasil. [lucianacamel@gmail.com](mailto:lucianacamel@gmail.com)

<sup>5</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil. Universidade de Pernambuco (UPE) - Recife (PE), Brasil. [aline\\_cavalcantedelira@yahoo.com.br](mailto:aline_cavalcantedelira@yahoo.com.br)

**RESUMO** O objetivo deste estudo foi o de analisar como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família tem colaborado com as Equipes de Saúde da Família na sua função de coordenação assistencial. Realizou-se um estudo qualitativo do tipo estudo de caso no município de Camaragibe, Pernambuco. A coleta de dados cobriu o período de janeiro a maio de 2015 e aplicou grupos focais, análise documental e observação participante. Os resultados evidenciam que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, atuando segundo a lógica do apoio matricial, pode colaborar com o fortalecimento da função de coordenação assistencial da Atenção Básica.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Assistência integral à saúde.

**ABSTRACT** *The aim of this study was to analyze how the Family Health Support Center has contributed to Family Health Teams in the fulfillment of its assistance coordination function. A qualitative case study was performed in the city of Camaragibe, State of Pernambuco. Data collection was held from January 2015 to May 2015 by means of focal groups, document analysis, and participatory observation. Results demonstrate that the Family Health Support Center, which acts following the logic of matrix support, is able to collaborate for the reinforcement of the Primary Health assistance coordination function.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Access to health services. Comprehensive health care.*

## Introdução

No intuito de garantir o acesso integral à assistência à saúde, uma das estratégias mais discutidas atualmente é a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que têm como diretriz principal a integração entre níveis assistenciais e o fortalecimento da Atenção Básica (AB) para exercer a função de coordenação do cuidado (GIOVANELLA *ET AL.*, 2009). O sucesso das RAS depende da efetividade da AB em três papéis fundamentais: resolubilidade, responsabilização e coordenação (MENDES, 2011).

Em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil definiu a saúde da família como estratégia principal para reorganização do sistema de saúde com a perspectiva de implantar um modelo de atenção primária mais abrangente (SISSON *ET AL.*, 2011). Mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ampliou o escopo e a compreensão da AB, em consonância com o discurso internacional, ao definir as Equipes de Saúde da Família (EqSF) como ponto de contato preferencial de uma rede de serviços resolutivos e de acesso universal. Estabeleceu também que a AB deve coordenar a RAS e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (BRASIL, 2017).

A coordenação assistencial é um atributo importante para mudar o modelo de produção em saúde e, neste artigo, é compreendida como um acordo de todos os serviços que compõem a rede de atenção, independentemente do lugar onde se oferece, de maneira que tais serviços se harmonizem em prol de um objetivo comum. Nessa perspectiva, a coordenação assistencial se centra na interação entre os provedores de serviços de saúde (TERRAZA-NÚÑES; VARGAS; VÁSQUEZ, 2006).

A coordenação assistencial possui três dimensões: informação, gestão clínica e administrativa. A coordenação da informação inclui a transferência e utilização de conhecimento sobre a história clínica e aspectos biopsicossociais do paciente entre os diversos níveis de atenção que ele utiliza (BÉLTRAN,

2006). A coordenação da gestão clínica é a garantia de cuidado de maneira sequencial e complementar pelos diferentes serviços que compõem os níveis de atenção (VARGAS *ET AL.*, 2011) e se caracteriza pelas subdimensões coerência da atenção, acessibilidade entre níveis e seguimento adequado do paciente. E a coordenação administrativa compreende os mecanismos para garantia do acesso do paciente ao longo da linha de cuidado de acordo com as suas necessidades (VARGAS *ET AL.*, 2015). Possui as subdimensões existência de mecanismos para a coordenação administrativa; referência administrativa do paciente à unidade adequada; e programação prévia do atendimento na transição entre níveis.

Diversas estratégias vêm sendo implantadas no Brasil com vistas a fortalecer a resolubilidade da AB e seu papel de coordenação das redes de atenção. Entanto, alguns estudos revelaram que a Estratégia Saúde da Família ainda não conseguiu se concretizar como um serviço de primeiro contato resolutivo e de qualidade. O acesso aos serviços especializados continua sendo muito difícil, apesar dos diversos mecanismos implantados de referência e contrarreferência e das centrais de regulação ambulatoriais que objetivam organizar o fluxo assistencial em diversos municípios (CECÍLIO *ET AL.*, 2012; SOUSA *ET AL.*, 2014).

Além disso, a inexistência de mecanismos efetivos de integração assistencial e a persistência de um modelo de organização de processo de trabalho centrado em procedimentos que gera um excesso de demandas administrativas e assistenciais para as EqSF dificultam a realização de ações de coordenação assistencial (CECÍLIO *ET AL.*, 2012; SOUSA *ET AL.*, 2014).

Uma das iniciativas implantadas no Brasil com vistas a fortalecer a resolubilidade da AB e o seu papel de coordenação das redes de atenção foi a implantação, em 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2014).

Os Nasf são constituídos por profissionais de diversas especialidades que devem atuar, na perspectiva do apoio matricial, junto

com as EqSF para fortalecê-las por meio da ampliação da sua clínica e do seu escopo de ações assistenciais, além de apoiá-las no exercício da função de coordenação assistencial. Segundo o Ministério da Saúde, esse modo de atuação possibilitaria um arranjo assistencial mais abrangente e resolutivo, ainda no âmbito da AB (BRASIL, 2014).

O formato de atuação do Nasf lhe confere maior possibilidade de 'trânsito' entre diversas equipes e serviços que lhe possibilita maior potência para interlocução com os diversos pontos da rede de atenção (BRASIL, 2014). Quando essa atuação é organizada com o objetivo de favorecer a comunicação e troca entre essas equipes e serviços, o Nasf pode assumir importante papel no fortalecimento da coordenação intranível – entre as equipes que operam na AB – e interníveis – entre a AB e os demais serviços de saúde ou órgãos de outros setores.

A observação empírica das potencialidades do Nasf e a relativa escassez de estudos sobre os resultados da atuação dessas equipes matriciais foram as motivações para realização deste estudo, que teve como objetivo analisar o papel do Nasf no fortalecimento da coordenação do cuidado das EqSF.

## Percurso metodológico

O estudo de caso em Camaragibe (PE) foi escolhido por ser um dos pioneiros na implantação do Nasf, em 2008.

O município está organizado administrativamente em quatro regiões sanitárias, denominadas Territórios de Saúde (TS), e mantém em funcionamento 42 EqSF e quatro de Nasf, que são responsáveis pela AB de quase 95% de sua população. Para coleta dos dados, o TS3 foi escolhido pelo fato de ter sido um dos primeiros territórios a ter um Nasf implantado e, também, por apresentar menor rotatividade na composição da equipe.

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2015 por meio de

observação participante, análise documental e de três Grupos Focais (GF) realizados com a equipe de Nasf do TS3. Participaram também uma EqSF, indicada pela coordenação de AB como uma das equipes com melhor organização do processo de trabalho, e a equipe de um serviço especializado, o Núcleo de Reabilitação Municipal (NRM), que atende os pacientes referenciados pelo Nasf.

No GF da EqSF, participaram oito profissionais, entre ACS, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem. Do Nasf, participaram cinco trabalhadores, entre fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psiquiatra e psicóloga. E do Núcleo de Reabilitação, participaram fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistente social, psicólogo e fonoaudiólogos, perfazendo um total de onze participantes. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os grupos focais foram previamente agendados e realizados em data e local mais conveniente para cada equipe. Cada um durou em média 90 minutos e foi coordenado por duas colaboradoras da pesquisa, uma na função de mediação das discussões e outra na observação do comportamento dos participantes. Durante os grupos focais, utilizou-se um roteiro com as seguintes perguntas norteadoras: (i) a atuação do Nasf tem provocado alteração na quantidade e no perfil de encaminhamentos para Atenção Especializada (AE)? (ii) O Nasf apoia a articulação entre as EqSF e os serviços especializados? (iii) O Nasf apoia a gestão da fila de espera nos serviços especializados? (iv) O usuário atendido em serviços especializados mantém vínculo com a EqSF? E (v) Os serviços de referência comunicam à EqSF ou ao Nasf a alta ou abandono do tratamento dos usuários?

A observação participante foi realizada em reuniões entre EqSF e Nasf; entre as quatro equipes Nasf do município; e entre Nasf e Núcleo de Reabilitação. Nesses encontros, os aspectos mais relevantes sobre a rotina de atividades das equipes, os temas e

pautas discutidas nas reuniões e a interação entre os profissionais foram observadas e registradas em diário de pesquisa.

Após transcrição dos grupos focais, realizou-se a análise temática, onde o conteúdo foi organizado e estruturado seguindo sequência proposta por Minayo (2001), de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Essa autora considera que uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2001).

Na análise documental, foram incluídos o protocolo municipal de práticas e ações do Nasf e as atas de reunião entre as EqSF e Nasf.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), mediante CAAE 37036814.9.0000.5190 e parecer no 915.211, de dezembro de 2014.

## Resultados e discussão

No desenvolvimento da pesquisa, foi possível participar de algumas ações do Nasf, especialmente reuniões, que renderam observações e registros importantes no nosso diário de campo. A observação e análise desse fazer cotidiano revelou algumas características

peculiares do processo de trabalho da equipe do Nasf que são fundamentais para compreender ‘o quê’ as ações dessa equipe podem produzir na rede de cuidado do território estudado e ‘como’ isso acontece.

### A engrenagem do cotidiano: breve descrição do processo de trabalho do Nasf

No município estudado, a equipe do Nasf organizou o seu processo de trabalho a partir da diretriz do Apoio Matricial, onde uma equipe multiprofissional de especialistas oferta suporte clínico pedagógico e assistencial a um conjunto de equipes de referência que são responsáveis pelo cuidado de determinada população (BRASIL, 2014). Nesse caso, a equipe Nasf era formada por seis profissionais das áreas de psiquiatria, psicologia, nutrição, fonoaudiologia e fisioterapia, que apoiam dez EqSF do TS3. Cada um dos profissionais cumpre jornada de 40 horas de trabalho semanais, exceto os fisioterapeutas, que trabalham 20 horas semanais cada um.

Desde o início da implantação do Nasf, a gestão do município em conjunto com os profissionais estabeleceu que o processo de trabalho do Nasf seria desenvolvido a partir de quatro atividades básicas: atendimentos específicos e compartilhados; visitas domiciliares; grupos educativos e reunião de equipe (CAMARAGIBE, 2013).

Quadro 1. Elenco de atividades que compõem o processo de trabalho do Nasf no município de Camaragibe (PE)

Atividade	Objetivo	Público-alvo	Periodicidade
Reunião entre as EqSF e Nasf	Discutir e analisar os casos de indivíduos e famílias acompanhados na Unidade de Saúde da Família (USF) e que necessitem de uma intervenção da EqSF e da equipe do Nasf ou necessitem ser referenciados para a rede especializada. Nessas reuniões, são construídos os projetos terapêuticos singulares, planejamento das ações coletivas e a discussão de temas clínicos de acordo com a necessidade da EqSF.	EqSF e equipe do Nasf e, eventualmente, estagiários e residentes, gerente de território e outros profissionais que atuem na rede de serviços de saúde, educação e assistência social.	Mensal.

Quadro 1. (cont.)

Reuniões técnicas entre as equipes Nasf	Promover a integração entre as equipes Nasf e a sua coordenação, priorizando o diálogo, a troca de experiências e a reflexão sobre a organização e desenvolvimento do processo de trabalho no território junto às EqSF, além da construção de formas de avaliação e monitoramento das ações.	Todos os profissionais que compõem as equipes Nasf, os gerentes de território e Coordenação do Nasf.	Mensal.
Reuniões para articulação da rede de serviços	Fortalecer a comunicação entre os serviços com o objetivo de alinhavar o cuidado ao usuário de forma organizada dentro da rede de atenção. Nessas reuniões, acontecem discussões sobre o fluxo assistencial, discussão dos casos mais complexos identificados pelas EqSF e equipe do Nasf ou pelos serviços de referência.	Profissionais que compõem as equipes do Nasf e representantes dos outros serviços da rede de saúde e assistência do município, i.e., Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Reabilitação Municipal, Centro de Referência de Assistência social etc.	Mensal.
Atendimento na USF	Prestar atendimento individual ou compartilhado para avaliação, orientação educativa e terapêutica. Esse atendimento não pode caracterizar-se como ambulatório. Os casos que necessitem de atendimento sistemático devem ser referenciados para os serviços especializados.	Usuários com necessidade de atendimento individualizado ou compartilhado, identificados a partir das reuniões de equipe.	Mensal, podendo variar de acordo com a demanda de cada EqSF.
Visita domiciliar	Visita individual e/ou compartilhado para avaliação, orientação educativa e terapêutica à família e/ou cuidador. Os casos que necessitem de atendimento sistemático devem ser referenciados para os serviços especializados.	Usuários com necessidade de avaliação socioeconômica ou de atendimento, identificados a partir das reuniões de equipes, que sejam acamados ou impossibilitados de deslocamento até a USF.	Variável. De acordo com a demanda de cada EqSF.
Grupos de Educação em Saúde e/ou Terapêuticos	Realizar atividades coletivas com foco educativo ou terapêutico. Essas atividades podem ser realizadas com grupos programáticos das EqSF (Hiperdia, gestante, adolescentes etc.) ou grupos criados a partir do perfil epidemiológico do território (educação postural, terapia comunitária, dependentes de benzodiazepínicos, distúrbios nutricionais etc.). Esses grupos podem ser realizados na sede das USF ou equipamentos sociais.	População adstrita à EqSF.	Variável. De acordo com a demanda de cada EqSF.

Fonte: Construído pelas autoras a partir do Protocolo de Diretrizes e Práticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (CAMARAGIBE, 2013).

Cada uma dessas atividades deve ser desenvolvida de acordo com a necessidade e disponibilidade de agenda das equipes, com exceção das reuniões que têm caráter obrigatório. Essa determinação foi fruto de acordo dos profissionais do Nasf com a gestão do município porque acreditaram que as reuniões de equipes tinham caráter prioritário para estruturar a atuação do Nasf e promover os

encontros necessários para criação de vínculo entre as equipes e o (re)conhecimento de suas necessidades diário de campo.

A partir do referencial teórico adotado sobre coordenação assistencial e da sistematização dos dados dos grupos focais e do diário de campo, identificaram-se três categorias temáticas e quatro subcategorias, conforme *quadro 2*.

Quadro 2. Categorias e subcategorias de análise

Categorias	Subcategorias	
Coordenação da informação	Transferência da informação	- Mecanismos formais - Mecanismos informais
	Utilização da informação	
Coordenação da gestão clínica	Coerência da atenção	- Objetivos clínicos e tratamentos compartilhados - Adequação clínica da transferência do paciente
	Seguimento adequado do paciente	- Monitoramento do acesso - Fragilidade na existência de responsável pelo seguimento clínico - Suporte assistencial da AB até efetivação do acesso na AE - Suporte assistencial da AB até efetivação do acesso na AE
Coordenação administrativa		

Fonte: Elaboração própria.

Das três dimensões que compõem o conceito de coordenação assistencial, encontramos evidências que mostram o papel do apoio do Nasf no exercício da coordenação da informação e da gestão clínica por parte das EqSF. Vale salientar que essas evidências são limitadas para a relação da AB com alguns dos serviços especializados, como o Núcleo de Reabilitação Municipal (NRM) e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que se subdividem nas modalidades assistenciais: infantil, transtorno e álcool e outras drogas.

Essa especificidade da experiência estudada foi relatada pelos profissionais do Nasf como decorrente da maior abertura que os Caps e o NRM apresentaram para construir ações de forma compartilhada e pela iniciativa das coordenações desses serviços em estimular reuniões entre as equipes. Os outros serviços municipais especializados, constituídos predominantemente por especialidades médicas, têm o seu acesso organizado a partir de uma central de marcação e de um sistema de cotas mensais que definem quantos pacientes podem ser referenciados para algumas consultas especializadas e exames complementares, conforme o diário de campo.

Franco (2006) argumenta que para a

atuação dos serviços e equipes em rede é necessário o fortalecimento dos dispositivos que favoreçam os encontros, a comunicação e a criação de vínculo entre os trabalhadores tanto como a implantação de serviços e sistemas logísticos. Nesse sentido, as reuniões entre as EqSF e Nasf são fundamentais para a educação permanente e para construção de planos de intervenção conjuntos entre Nasf e as equipes vinculadas. Esse tipo de reunião também é denominada ‘matriciamento’ em alguns lugares, porque possibilita a troca de saberes e a ampliação do olhar de todos os envolvidos sobre os problemas de saúde e as possibilidades de intervenção (BRASIL, 2014). Para ser mais efetiva, deve ter periodicidade regular e contar com a participação ativa dos profissionais do Nasf e das EqSF. Quando assim acontece, é uma das ações que mais impacta a coordenação assistencial.

### **A coordenação assistencial possível: potencial e limites da experiência analisada**

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua proposta de reorganização dos sistemas de saúde, apresenta a AB como ordenadora,

coordenadora ou gestora do cuidado de saúde em razão da posição de centralidade que deve assumir na operacionalização das redes de cuidado (WHO, 2008). Alguns autores brasileiros são bastantes críticos dessa concepção e argumentam que, apesar de todos os esforços já realizados, existe uma grande distância entre a idealidade dos modelos de atenção à saúde vigentes e as práticas sociais concretas realizadas por usuários e profissionais de saúde nos espaços de produção de cuidado. Exemplificam com o fato de a AB nunca ter alcançado plenamente seu papel de porta de entrada preferencial para o conjunto de serviços de saúde (CECÍLIO ET AL., 2012).

Considerando os limites da AB para o pleno exercício da função de coordenação, outro grupo de autores formulou um conceito que compreende a coordenação do cuidado como um atributo organizacional dos serviços de saúde, ou seja, do sistema como um todo, exercendo a AB papel importante na garantia desse atributo, mas não exclusivo (ALMEIDA ET AL., 2010; MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014). Essa compreensão parece bastante adequada para explicar os resultados encontrados neste estudo, onde foi possível identificar evidências que a AB pode exercer coordenação de atenção, quando apoiada por outras equipes que também atuam nesse mesmo nível de atenção e operam com processo de

trabalho onde há maior possibilidade de integração com outros níveis assistenciais.

### COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Para que a AB exerça a coordenação da atenção é fundamental que exista troca de informação entre serviços/profissionais (CHUERI, 2013). Diversos estudos apontam que as condições e a possibilidade de gestão da informação são questões importantes para organização e gestão do cuidado, nesse sentido, a informatização dos prontuários tem sido apontada como potente mecanismo para viabilizar a troca de informações assistenciais (ALMEIDA ET AL., 2010).

Os resultados da avaliação realizada pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2012 revelam que apenas 14% das equipes de AB utilizam prontuário eletrônico (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014). Apesar dessa baixa informatização, podem existir múltiplas formas de diálogo entre profissionais de diferentes serviços que possibilitem algum nível de coordenação de cuidado (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

Os resultados desse estudo demonstram que as equipes utilizam alguns mecanismos para transferência das informações intranível do Saúde da Família e do Nasf e das inter-níveis das AB e AE.

Quadro 3. Evidências discursivas sobre coordenação da informação

Dimensão: Coordenação da Informação		
	Resultado encontrado	Evidência
Transferência de informação intranível	Mecanismo formal: Reunião de equipe e registro no prontuário da família	<i>A comunicação sobre os casos clínicos se dá basicamente por meio das reuniões. (Prof.3_Nasf). Aqui com o Nasf, junto com a gente discutindo o caso, a integração é bem mais interessante. (Médico.1_SF).</i>  Os profissionais do Nasf registram as orientações, prescrições e encaminhamentos realizados durante os atendimentos e visitas domiciliares no prontuário da família, no diário de campo.
	Mecanismo informal: telefone e mensagens	<i>[...] a gente se comunica por WhatsApp, por telefone. [...] não existe burocracia de só falar no dia da discussão de caso. (Prof.1_Nasf).</i>  <i>Quando a gente vem para o atendimento, para uma visita... A gente interage muito, a comunicação é ampla. (Prof.3_Nasf).</i>

Quadro 3. (cont.)

Transferência de informação internível	Mecanismo formal: Ficha de encaminhamento ao especialista e reunião para articulação de rede	<p><i>A reunião de articulação de rede serve para estabelecer a triagem e os critérios de riscos que a gente utiliza na fila de espera para conseguir organizar a fila de espera. (Prof.1_Nasf).</i></p> <p><i>Os pacientes vêm referenciados da atenção básica com aquela ficha de encaminhamento do especialista; quando a gente dá alta, a gente faz a contrarreferência. Então a gente diz qual foi o tratamento para o posto, como foi que aquele paciente evoluiu e como é que ele deve continuar [...] eu sempre digo: 'olha, agora você vai pegar esse papel aqui e você vai entregar para aquela fisioterapeuta lá do Nasf que está lhe acompanhando'. (Prof.1_NR).</i></p>
	Mecanismo informal: telefone e mensagens	<p><i>Quando eu ligo para articular, para agilizar o processo do paciente. (Prof.1_Nasf).</i></p>
Utilização da Informação	As informações compartilhadas sobre as condições sociais em que vivem os pacientes e a sua história clínica são consideradas na construção das condutas terapêuticas de todas as equipes.	<p><i>Essas informações sobre o paciente são tratadas nas reuniões para trazer as devolutivas. (Prof.4_Nasf).</i></p> <p><i>As informações sociais dadas, principalmente, pelos agentes de saúde e as condutas clínicas são consideradas pelos profissionais do Nasf e Saúde da Família na condução terapêutica dos pacientes. Nas reuniões com serviços especializados, os casos mais complexos também são discutidos e as especificidades dos pacientes são consideradas nas decisões terapêuticas, está registrado no diário de campo.</i></p>

Fonte: Elaboração própria.

A atuação do Nasf junto às EqSF no enfrentamento cotidiano das demandas e necessidades do território pode proporcionar possibilidades de interação e trocas de informações que ultrapassam as estratégias formais de integração entre equipes.

A reunião entre a EqSF e Nasf para discussão de casos é citada como um mecanismo formal e bem consolidado que contribui diretamente com a coordenação da informação. Além dessa reunião mensal, essas equipes utilizam o mesmo prontuário para registro de todas as ações desenvolvidas com o paciente, constituindo, assim, outro mecanismo formal para transferência de informação intranível, conforme o diário de campo. Os profissionais também relatam a liberdade de comunicação que possuem e como utilizam outros meios para troca de informações, como telefone, mensagens eletrônicas e diálogos curtos nos intervalos entre atividades clínicas.

As reuniões de articulação de redes com as equipes de serviços especializados do Núcleo de Reabilitação e Caps ajudam no conhecimento interpessoal dos profissionais das diferentes equipes e são utilizada para discutir gestão da fila de espera, critérios de

prioridade e de alta, dentre outros. Esse tipo de mecanismo de coordenação que favorece o contato pessoal dos profissionais parece ser mais efetivo para melhorar a integração entre profissionais de diferentes níveis de atenção, criando espaços para a comunicação e favorecendo a troca de informações e o ajuste e compartilhamento de estratégias terapêuticas (HENAQ ET AL., 2009).

Uma observação importante é a de que as reuniões entre equipes da AB estavam bem mais consolidadas do que as reuniões de articulação de rede. A primeira atividade tem calendário fixo acordado com todas as EqSF apoiadas pelo Nasf. Em que pese o fato de a reunião com os serviços especializados ter um calendário mais sujeito a variações e ser obrigatória, nem todos os profissionais do Nasf participavam com periodicidade conforme o diário de campo.

Apesar de esses resultados serem limitados às áreas de reabilitação e saúde mental, representam evidência importante de que é possível exercer coordenação assistencial. Principalmente no contexto nacional, onde os resultados do PMAQ demonstraram que apenas 15% das

equipes de AB mantêm contato frequente com outros serviços de saúde para troca de informações relacionadas ao cuidado assistencial. Dos mecanismos utilizados para viabilizar a troca de informações, os instrumentos de referência e contrarreferência e discussão de casos foram os mais citados (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

Com a intenção de garantir uma boa coordenação e, conseqüentemente, compartilhar informações e projetos, o matriciamento se destaca como uma das inovações implantadas para reduzir o distanciamento e aproximar especialistas e profissionais de AB, além de possibilitar a discussão sobre as dificuldades encontradas pelas EqSF em seu próprio espaço de atuação (ALMEIDA ET AL., 2013).

A integração da rede de serviços de AB aos outros níveis assistenciais é condição importante para se contrapor a uma concepção seletiva do nível primário, compreendido como um pacote restrito de serviços de baixa qualidade e dirigido a pobres (WHO, 2008).

A construção de uma rede de serviços é uma das estratégias essenciais na lógica de trabalho das equipes Nasf; por isso, a criação de espaços internos e externos de discussão é tão importante. Nessas ações, o Nasf deve superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado de forma corresponsável com as EqSF e os outros equipamentos e serviços presentes no território, tais como saúde, educação, esporte, cultura etc. (BRASIL, 2014).

Iniciativas que favorecem o conhecimento pessoal e intercâmbio de experiências entre profissionais da AB e AE têm sido consideradas mais exitosas para fortalecer

a integração entre níveis e criar uma cultura de colaboração (ALMEIDA ET AL., 2013).

#### COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA CLÍNICA

A coordenação da gestão clínica se define a partir do acesso à assistência necessária com garantia de coerência dos objetivos da atenção e do seguimento adequado do paciente entre os diferentes níveis assistenciais. A implementação de protocolos assistenciais, guias de referência e contrarreferência, reuniões clínicas compartilhadas e consultas de seguimento são exemplos de estratégias para fortalecer a gestão clínica na rede de assistência à saúde (VARGAS ET AL., 2011).

No Brasil, de modo geral, os resultados do PMAQ evidenciaram que há muita deficiência na gestão clínica de pacientes que necessitam de cuidado continuado. Embora, essa questão seja alvo de constantes intervenções dos gestores de saúde, seja em processos formativos ou na formulação de protocolos, o que se percebe é uma importante lacuna entre o que é preconizado e a realidade dos serviços de saúde (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

Neste estudo, apurou-se que a atuação do Nasf junto às EqSF tem colaborado no fortalecimento da coordenação de gestão clínica dos usuários referenciados para AE, especialmente na área de reabilitação e saúde mental. A existência de protocolo do Nasf, as diversas modalidades de reuniões entre equipes e o monitoramento do acesso dos pacientes que as equipes da AB realizam são alguns dos mecanismos utilizados na experiência estudada e que oportunizam a gestão clínica do cuidado.

Quadro 4. Evidências discursivas sobre a coordenação da gestão clínica a partir da coerência da atenção

Dimensão: Coordenação de Gestão Clínica		
	Resultado encontrado	Evidência
Coerência da Atenção	Existência de objetivos clínicos e tratamentos compartilhados intraníveis e interníveis	<p>Nas reuniões entre equipes, são construídos os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos casos mais complexos. Além disso, cada profissional compartilha as informações sobre os atendimentos que fez de maneira individual e pergunta como vai o acompanhamento desses pacientes por parte das EqSF e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em algumas dessas reuniões, profissionais do Caps AD (Álcool e Drogas) e transtorno também participam e constroem PTS junto com Saúde da Família e Nasf, tanto em momentos de alta de alguns pacientes do Caps como em divisão de atividades quando o paciente está em atendimento semi-intensivo. Está registrado no diário de campo.</p> <p><i>Nós fazemos reunião aqui uma vez por mês, onde são trazidos todos os casos e discutidos junto com o Nasf. Aí, a gente vai direcionar cada caso: se vai precisar de uma consulta, de uma visita, de um encaminhamento.</i> (Enfermeira.1_SF).</p> <p>Nas reuniões de articulação de rede também acontecem discussões de casos e são realizadas pactuações sobre o momento da alta da atenção especializada, pactuando o que é necessário e possível fazer na AB. Está registrado no diário de campo.</p>
	Adequação clínica da transferência do paciente	<p><i>Às vezes, não sei bem para onde vai e o Nasf me ajuda a entender. Às vezes, aquilo que eu achava que era de um determinado profissional, descubro que não é, que tem que ir para outro profissional, e isso serve como conhecimento até para um próximo paciente, uma próxima consulta que eu fizer.</i> (Médico.1_SF).</p> <p><i>No processo de implantação do Nasf, foi realizada uma oficina entre Nasf e serviços especializados para definir os perfis de pacientes que deveriam ser encaminhados para cada serviço, assim como as demandas que o Nasf poderia ajudar a resolver na AB. Esse produto da oficina já foi discutido e ajustado algumas vezes em reuniões para articulação de rede.</i> (Prof.2_Nasf).</p> <p><i>Alguns casos apresentados pela EqSF nas reuniões de equipe são atendidos pelos profissionais do Nasf para fazer uma escuta ou avaliação mais especializada e ajudar na decisão pelo encaminhamento para AE. Essa atuação ajudou a triar melhor quem e quando deve ser referenciado.</i> (Prof.5_Nasf).</p>

Fonte: Elaboração própria.

As reuniões entre equipes intranível e interníveis, além do uso de registros compartilhados, como prontuário único e fichas de encaminhamento, colaboram para aumentar a coerência da atenção. Essas reuniões interdisciplinares oportunizam frequentemente a discussão de casos, o planejamento compartilhado de ações e a avaliação da condução de projetos terapêuticos para um determinado usuário ou família.

Apesar de não contarem com sistemas de informação verticais – como, por exemplo, prontuários eletrônicos – que permitam verificar o acesso e alta de todos os pacientes referenciados à AE, os profissionais da EqSF relataram como a atuação do Nasf ajuda o monitoramento do acesso dos pacientes na AE em reabilitação e saúde mental, conforme diário de campo.

Quadro 5. Evidências discursivas sobre a coordenação da gestão clínica a partir do seguimento adequado do paciente

Dimensão: Coordenação de Gestão Clínica		
	Resultado encontrado	Evidência
Seguimento adequado do paciente	Monitoramento do acesso	<i>Quando vem a reunião do Nasf, tem aquela troca de como foi aquele paciente, como foi encaminhado, para onde foi, o que aconteceu com ele. (ACS.3_SF). Se ele não teve acesso, coloca o caso na discussão e a equipe toda interage e vê qual o melhor caminho. (Prof.4_Nasf).</i>
	Fragilidade na existência de responsável pelo seguimento clínico	A responsabilidade de acompanhar o seguimento do paciente geralmente fica a cargo do ACS, porque visita o paciente, ou do Nasf, porque participa de reuniões com a AE e monitora se o paciente acessou. Mas isso não acontece de maneira uniforme com todas as EqSF. Nas unidades onde o processo de trabalho parece ser menos organizado ou os ACS não são tão colaborativos, o seguimento do paciente é prejudicado está registrado no diário de campo.
	Suporte assistencial da AB até efetivação do acesso na AE	<i>Mesmo que o acesso demore, ela não solta o paciente. Está demorando, mas mande para mim de volta, deixa eu ver de novo, vamos ver como é que a gente pode fazer, vamos tentar outro caminho...está entendendo, então assim não deixa de ajudar, não para ali. Pronto, eu encaminhei e acabou-se. (Enfermeira.1_SF).</i>  No intuito de evitar o agravamento da sequela, o paciente fica sendo atendido na AB, pela Saúde da Família ou Nasf, até conseguir o acesso no serviço especializado está registrado no diário de campo.
	Continuidade de vínculo com AB	<i>Não quer dizer que ele passa a ser da referência; esse paciente continua sendo monitorado. Então, realmente ele fica sendo acompanhado pelo serviço de referência, mas não significa que não é mais nossa responsabilidade. A qualquer momento a gente sabe que pode também ser acionada para ajudar nesse cuidado. (Prof.3_Nasf).</i>

Fonte: Elaboração própria.

Uma fragilidade importante é o fato de não existir a definição de um profissional diretamente responsável pelo seguimento clínico dos usuários referenciados para AE. Geralmente, esse papel é desempenhado de forma pouco estruturada pelo ACS que tem maior vínculo com os usuários e monitora se o paciente já acessou outro nível assistencial, se está melhorando etc. Na prática, é o ACS que atua como ‘coordenador do cuidado’.

Na experiência analisada, não se trabalha com o conceito de Técnico de Referência (TR), como acontece em outras experiências de Nasf e, mais frequentemente, na saúde mental. O TR é uma possibilidade de arranjo assistencial onde cada profissional aproxima-se de maneira especial de certo número de pacientes e passa a monitorar seus projetos terapêuticos, assumindo a responsabilidade pelo acompanhamento de cada uma de suas etapas e articulando as discussões para ajustes sempre que necessário

(FURTADO; MIRANDA, 2006). Esse tipo de organização poderia dar mais solidez ao seguimento clínico dos pacientes referenciados e fortalecer, mais especificamente, a coordenação da gestão clínica.

Um aspecto que chama à atenção é o nível de interação entre as EqSF e Nasf, dado que possibilita a formação de forte vínculo entre profissionais e maior conhecimento do território acompanhado. As equipes chegam mesmo ao ponto de conseguir pensar conjuntamente estratégias de suporte, inclusive assistencial, para atender às necessidades de cuidado dos usuários que são referenciados, mas demoram a acessar os serviços especializados. Durante a coleta de dados, foi possível acompanhar várias discussões de casos pacientes que já haviam sido referenciados para o núcleo de reabilitação, mas que, diante da dificuldade de conseguir acesso, o que poderia demorar até seis meses, continuavam sendo atendidos pelos profissionais

do Nasf para aliviar o sofrimento e evitar a progressão de perdas funcionais, conforme diário de campo.

Esses (re)arranjos organizativos sobre a oferta do Nasf tanto no suporte educativo como no assistencial parecem colaborar para a ampliação do escopo e da resolutividade da AB. No entanto, é muito importante ressaltar que os profissionais do Nasf não podem substituir o papel dos serviços especializados e que sua atuação junto às EqSF deve ter como suporte a AE e de alta complexidade, de forma a que essas equipes de Nasf sejam um potencializador da Rede de Atenção à Saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

#### COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA

Considerando os mecanismos mais utilizados para coordenação administrativa (VARGAS ET AL., 2015), o município conta com uma central de marcação de consultas e exames especializados, mas com ação limitada às especialidades médicas. Algumas vezes, os profissionais do Nasf precisam referenciar pacientes para especialidades médicas – como neurologia ou endocrinologia, por exemplo – e o tempo de espera é muito longo. Além disso, não recebem informações de como foi o tratamento realizado nesses serviços especializados, conforme diário de campo. O mesmo problema também é relatado pela EqSF

*A gente não tem a contrarreferência, normalmente, de outro profissional, nem por escrito a gente tem. Se eu mando pra um especialista, não tenho resposta, como é que vai ser o tratamento? (Médico\_SF).*

Ao discursarem sobre o acesso na AE, os profissionais ainda se queixaram de barreiras organizacionais que impõem aos pacientes muito tempo em listas de espera.

Excetuando-se a existência do protocolo municipal de atividades do Nasf e os critérios definidos para referenciamento de

pacientes aos serviços especializados, que contaram com a participação ativa dos profissionais na sua construção e revisão, não se identificaram evidências da colaboração do Nasf na coordenação administrativa.

## Considerações finais

O marco normativo apresenta o Nasf como uma proposta cujo objetivo principal é fortalecer a atenção primária à saúde no seu papel de ordenadora do modelo de atenção à saúde e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Mas essa é uma proposta em pleno processo de construção e que tem operado com formas de organização muito diversa.

Em cada território onde é implantado o Nasf, enfrenta-se o desafio de adaptar as diretrizes normativas ao seu contexto político, às especificidades de sua rede de serviços e às possibilidades existentes em cada território. Daí a importância de estudos como este, porque, ao analisar experiências concretas vivenciadas no cotidiano do SUS, podem ajudar a compreender o modo como as equipes Nasf têm atuado, seus resultados e os aspectos organizacionais que influenciam determinados modelos de atuação.

Neste estudo, evidenciou-se como o Nasf pode e tem contribuído com o objetivo de fortalecer a AB no seu papel tão importante de coordenação assistencial, principalmente nas dimensões de coordenação da informação e da gestão clínica. A organização do processo de trabalho baseada no apoio matricial proporciona condições concretas para integração entre equipes na AB e em níveis assistenciais diferentes. A forma de organização do processo de trabalho, com priorização de reuniões entre equipes para discussão de casos, planejamento compartilhado e construção e avaliação dos projetos terapêuticos mostrou-se um dos mecanismos mais relevantes na transferência de informação e coordenação da gestão clínica ainda no âmbito da AB. Além disso, o registro em

prontuário único pelos diversos profissionais também colabora muito para compartilhar informações e evitar superposição de condutas terapêuticas.

Na coordenação do acesso interníveis, as reuniões entre equipes Nasf e profissionais de serviços especializados também foram evidenciados como importante mecanismo de integração entre profissionais e compartilhamento de informações. A aproximação dos profissionais viabiliza o compartilhamento de estratégias terapêuticas, a revisão de condutas e a gestão da fila da espera, encurtando, em muitos casos, o tempo de espera pelo acesso em outro nível assistencial. As fichas de encaminhamento e o seu adequado registro, além do uso de mecanismos informais como telefone e mensagens, também foram citados como mecanismos de transferência de informação e gestão clínica por profissionais do Nasf e serviços especializados.

Esses resultados indicam caminhos de possibilidades para o exercício da coordenação assistencial por parte da AB. Mas também revelam alguns limites, já que o uso desses mecanismos só aconteceu por meio da atuação do Nasf e da interface com serviços especializados da área de reabilitação e saúde mental. Alguns obstáculos parecem ser geradores ou agravadores desses limites, tais como ausência de reuniões entre equipes da AB e demais serviços especializados, inexistência de prontuários eletrônicos e má utilização das fichas de encaminhamento capazes de ajudar na transferência de informações. A central de marcação de consultas é um mecanismo de coordenação administrativa, embora, segundo relatos, com pouco impacto na garantia do acesso na transição de níveis assistenciais.

Assim, os avanços identificados estão diretamente relacionados ao suporte que o Nasf

dá às EqSF e ao seu modelo de atuação inspirado no apoio matricial. O que leva a deduzir que sem o apoio das equipes matriciais os resultados encontrados não seriam possíveis.

Este estudo pode contribuir para a construção de modelos de atenção mais integrados e tão necessários, principalmente quando se trata de pessoas que necessitam de cuidados contínuos, como é o caso da reabilitação, saúde mental e outras condições crônicas. No entanto, ainda é necessário um número maior de estudos com estratégias metodológicas diversas para que se possa avaliar em profundidade os resultados da atuação do Nasf na articulação de redes de cuidado e no fortalecimento da coordenação dessas redes a partir da AB.

## Colaboradores

FOS Sousa trabalhou na concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados e redação final. PC Albuquerque trabalhou na concepção, delineamento, interpretação dos dados e redação final. LC Albuquerque, CMB Nascimento e AC Lira trabalharam na coleta de dados e revisão crítica.

## Agradecimentos

As autoras agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo fomento à pesquisa; a todos os sujeitos que participaram desta pesquisa; e a toda equipe do grupo de pesquisas Acessus, pelas inúmeras contribuições ao seu delineamento. ■

## Referências

- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 29, n. 2, p. 84-95, fev. 2011.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-98, fev. 2010.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-15, set. 2013.
- BELTRÁN, P. *Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación* (Tesina de Máster). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, Máster en Salud Pública, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 5 out. 2017.
- CAMARAGIBE. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de Diretrizes e Práticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família* – NASF. Camaragibe, 2013.
- CECILIO, L. C. O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas: qual pode ser o seu papel. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2893-902, nov. 2012.
- CHUEIRI, P. S. *Proposta de instrumento de avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das RAS pela APS no Brasil*. 2013. 115 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.
- FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 508- 24, set. 2006.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 783-94. jun. 2009.
- HENAO, D. *et al.* Opinión de directivos y profesionales sobre los mecanismos de coordinación de las organizaciones sanitarias integradas de Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 21, n. 2, p. 34, 2009.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v. 51, p. 14-29, out.2014.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- SISSON, M. C. *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saude Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 991-1004, dez. 2011.
- SOUSA, F. O. S. *et al.* Do normativo à realidade do

Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-93, abr.2014.

TERRAZA-NÚÑEZ, R.; VARGAS, I.; VÁZQUEZ, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, Barcelona n. 20, v. 6, p. 485-95, nov./dez. 2006.

VARGAS, I. *et al.* Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res*, Londres, v. 15, p. 213, jan. 2015.

VARGAS, I. *et al.* *Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de*

*Salud*. Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Primary Health Care. Now more than ever. *The World Health Report 2008*. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2017.

---

Recebido para publicação em maio de 2017

Versão final em outubro de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa contou com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Edital Universal 14/2014)