

PERFIL DA PRODUÇÃO DOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE RECIFE

Maria Aparecida Gomes da Silva¹
Tania Macêdo Costa²
Claudenilson Codeceira do Nascimento³

RESUMO

Com o retorno do Brasil ao regime democrático em outubro de 1988, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS). Diante das diversas transformações para melhoria do SUS, o Ministério da Saúde criou o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) com principal objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços. Este trabalho objetiva descrever o perfil da produção das Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família do Município de Recife. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva (análise documental) que utilizou registros do e-SUS AB. Os resultados mostram como o SISAB e o sistema de informação atual, mais completo quando o assunto é buscar informações, relatam os atendimentos individuais, domiciliares, compartilhados e atendimentos em grupo realizados pelo NASF. Embora não tenha sido possível encontrar parâmetros na literatura a respeito das ações do NASF e do SISAB, devido à falta de publicações, nota-se, através do site do e-SUS AB, que foram revelados aspectos positivos com destaque na evolução das informações.

Palavras-chave: Sistemas de informação. Estratégia de saúde da família. Atenção primária à saúde.

Data de submissão: 17/04/2019

Data de aprovação: 06/05/2019

INTRODUÇÃO

Com o retorno do Brasil ao regime democrático em outubro de 1988, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS). A nova carta constitucional, promulgada naquele ano, transforma a saúde em direito de cidadania e dá origem ao processo de criação de um sistema público universal, hierarquizado e descentralizado, com única direção em cada esfera de governo e sobre o controle de seus usuários. Desde a sua

¹ Acadêmica de graduação do Curso de Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade Metropolitana da Grande Recife: maria16silva10@gmail.com

² Fisioterapeuta; Especialista em Gestão de pessoas para o SUS (FIOCRUZ-CPqAM) e em Saúde da Família (UFPE). Coordenadora e Professora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade Metropolitana da Grande Recife: taniamacedo@metropolitana.edu.br

³ Especialista em Sistemas de Informação em Saúde. Coordenador de Informação da Atenção Básica da SMS do Recife: codeceira@recife.pe.gov.br

criação até os dias atuais, o SUS vem passando por vários processos de transformação e aperfeiçoamento, de acordo com a participação popular e perfil epidemiológico de cada região (PAIVA, 2014).

Com a instituição e a implementação das diversas ações, percebeu-se, então, a necessidade de elaborar uma política nacional que não apenas agrupasse as distintas iniciativas, mas revisasse muitas delas, com vista a definir prioridades e otimizar os gastos públicos. Através da portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece uma revisão de normas e diretrizes para organizar a Atenção Básica (AB) no âmbito do SUS (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Diante das diversas transformações para melhoria do SUS, o Ministério da Saúde (MS) criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008. Atualmente regulamentado pela portaria 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017, passando a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de atenção à saúde (RAS), além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB e aumentar a sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2017).

Os NASF-AB são equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e algumas especialidades médicas que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e das equipes de AB, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas na AB que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2014).

A participação do NASF-AB representa uma primeira aproximação formal da equipe multidisciplinar com a AB. Apesar do NASF-AB fazer parte da AB, não se constitui como um serviço com unidades físicas independentes ou especiais e nem são livres para acesso individual ou coletivo. Isso quer dizer que os profissionais do NASF-AB utilizam-se do próprio espaço das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho. Sua composição deve ser definida pelos gestores municipais, mediante critérios de prioridades identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2009).

As equipes NASF-AB são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de equipes localizadas em áreas geográficas delimitadas e desenvolvem atividades de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Traduzem, na prática, os princípios que regem a organização da Atenção Primária à Saúde no mundo: a inclusão de clientela, a acessibilidade, a coordenação da atenção, a continuidade do cuidado, o vínculo, o foco na família e a responsabilização pela saúde. Concepção que ultrapassa os limites anteriormente definidos para a atenção básica no SUS, resultando numa significativa melhora na atenção em saúde e na qualidade de vida do brasileiro, o que reflete diretamente na organização de toda a RAS (BRASIL, 2009).

Pensando no aperfeiçoamento e melhoria das informações em saúde, quanto ao total de atendimentos realizados, acompanhamento de usuários e cadastramento de famílias por limite geográfico, foi desenvolvido o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Este sistema tinha o propósito de dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados das eSF, gerar informações para os gestores, auxiliar e agilizar o processo de tomada de decisões, baseando-se nas necessidades desta população (CARRENO *et al.*, 2015).

Através desse sistema, não era possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe. As equipes do NASF-AB, desde a sua criação, não registravam as suas produções, pois o SIAB não previa esta atividade (BRASIL, 2013).

Então, por meio da portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, foi instituído o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), passando a ser o sistema de informação da AB vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da política nacional de atenção básica, substituindo o SIAB (BRASIL, 2013).

O SISAB é um sistema de informação em saúde que contempla os dados das equipes da AB, incluindo as equipes dos NASF-AB, Consultórios na Rua (CnR), Programa Saúde na Escola (PSE) e Academias da Saúde, além de outras modalidades de equipes e programas que porventura sejam incluídos na AB (BRASIL, 2013).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a melhoria das condições de infraestrutura, a

automação e a melhoria dos processos de trabalho. Os gestores deverão seguir o cronograma de envio dos dados de produção da AB para o SISAB. A transmissão de dados deverá ser realizada mensalmente, observando as datas limites para cada competência, conforme o cronograma estabelecido pelo MS (BRASIL, 2013).

O objetivo é reduzir a carga de trabalho na coleta, inserção, gestão e uso da informação na AB, permitindo que a coleta de dados esteja inserida nas atividades já desenvolvidas pelos profissionais (BRASIL, 2018).

Visando toda essa abrangência de informações que o SISAB disponibiliza junto a cada equipe que faz parte do e-SUS AB, objetiva-se, através desta pesquisa, descrever o perfil da produção das Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família do Município de Recife.

MATERIAIS E MÉTODO

O presente estudo refere-se a uma pesquisa quantitativa descritiva, do tipo análise documental, que utilizou registros e-SUS AB realizados pelas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, implantadas no Município de Recife (eNASF Recife).

Para Fonseca (2002), as pesquisas quantitativas geralmente são grandes e consideradas representativas da população. Os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. Centra-se na objetividade, influenciada pelo positivismo, considerando que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. (FONSECA, 2002).

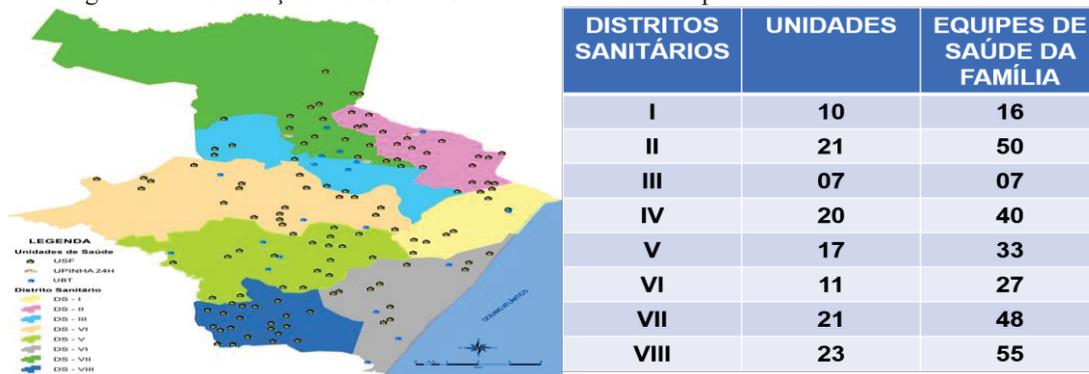
Recife, capital do Estado de Pernambuco, situa-se no litoral nordestino e ocupa uma posição central, a 800 km das outras duas metrópoles regionais: Salvador e Fortaleza. Apresenta uma superfície territorial de 300 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, e a leste com o Oceano Atlântico.

Segundo o IBGE de 2018, Recife possui uma população de 1.637.834 habitantes. A cidade está dividida em 6 Regiões Político Administrativas (RPA) e territorialmente, para à Saúde, em 8 Distritos Sanitários (DS). A cobertura populacional de atenção básica no Município é de cerca de 73% (1.186.675 habitantes), sendo 58% (942.838

habitantes) da eSF e 15% (243.837 habitantes) da Estratégia de Agente Comunitário de Saúde.

Recife apresenta 276 eSF implantadas, instaladas em 130 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas nos 8 (oito) DS, conforme figura 1 (RECIFE, 2015; GGAB-Recife).

Figura 1 – Distribuição das USF e eSF da cidade de Recife por Distrito Sanitário 2018



Fonte: GGAB – Recife

O presente estudo não oferece riscos à população, pois se trata de uma pesquisa quantitativa descritiva do tipo análise documental, sem a participação direta dos indivíduos, de maneira que foram utilizados apenas dados numéricos disponíveis em bancos de dados públicos.

Para ter acesso aos dados referentes à produção das eNASF Recife, foi solicitada carta de anuência à Secretaria Municipal de Saúde, através do site do SUS Recife, conforme normatização da Diretoria Executiva de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde. Após análise institucional, a carta de anuência foi obtida e o estudo iniciado.

Os relatórios eleitos para o estudo foram extraídos de banco de dados do e-SUS AB e são os seguintes: Atendimento Individual, Visitas Domiciliares, Atendimentos em Grupo e Atendimentos Compartilhados. Os dados coletados foram do 1º e 2º semestres de 2017 e 1º semestre de 2018.

Os critérios de inclusão foram todos os relatórios eleitos e analisados das 19 eNASF Recife, cadastradas no SISAB, e os critérios de exclusão foram todos os relatório que não se enquadram nos relatórios eleitos e nem no período proposto para coleta dos dados.

Os relatórios de produção das eNASF Recife foram disponibilizados pela Coordenação do Sistema de Informação para a AB da Gerência Geral de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Recife.

Para conhecimento e análise dos resultados, foram utilizados os seguintes conceitos (BRASIL, 2014):

- Atendimento individual (consultas): número de atendimentos individuais por profissionais de nível superior que devem ser realizados pela Atenção Básica (eSF, NASF-AB, CnR, PSE, Academias da Saúde, entre outras);
- Visitas domiciliares: visitas realizadas no espaço privado ou domiciliar, com qualquer que seja a finalidade, exceto as de Inspeção Sanitária. As visitas domiciliares podem ser realizadas por profissional de nível superior, profissional de nível médio e por agente comunitário de saúde;
- Atendimentos em grupo: atividades de promoção e prevenção, de baixa complexidade, saúde bucal, atividade de educação em saúde realizada por profissional de nível superior e médio, exceto agente comunitário de saúde;
- Atendimentos compartilhados: atendimentos realizados por profissionais de duas equipes ou mais eSF/AB com o objetivo de conduzir casos semelhantes com maior autonomia, tornando estas equipes mais resolutivas.

A escolha dos instrumentos de investigação deve atender aos objetivos do estudo. Nesse caso, será utilizada uma análise documental. A partir do olhar de Neves (1996), a análise documental apresenta-se como um método adequado para a presente pesquisa. Ela é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar (COSTA, 2012).

RESULTADOS

Os NASF-AB podem ser organizados em três modalidades: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. O NASF 1, modalidade de implantação utilizada pelo Município de Recife, deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas e cada ocupação, considerada

isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal; cada equipe deverá estar vinculada a no mínimo cinco e no máximo nove eSF.

Recife conta atualmente com 19 eNASF, que dão apoio a 171 eSF correspondendo a 61,95% de cobertura das eSF implantadas no município e, aproximadamente, 584.150 habitantes acompanhados. A tabela 1 descreve a divisão das eNASF Recife por DS:

Tabela 1 – Divisão das eNASF Recife por DS - 2018

Distrito Sanitário	Quantidade de eNASF
I	2
II	3
III	1
IV	3
V	3
VI	2
VII	2
VIII	3

Fonte: GGAB – Recife

As eNASF Recife contam com 153 profissionais e apresentam a seguinte distribuição por categoria profissional (Tabela 2):

Tabela 2 – Distribuição de profissionais eNASF Recife por categoria profissional 2018

Categoria Profissional	Quantidade	CH Total
Assistente Social	29	40h
Fisioterapeuta	24	20h
Fonoaudiólogo	19	30h
Farmacêutico	12	30h
Nutricionista	17	30h
Psicólogo	25	30h
Terapeuta Ocupacional	27	20h
Total	153	200h

Fonte: GGAB – Recife

Nota: CH – Carga horária

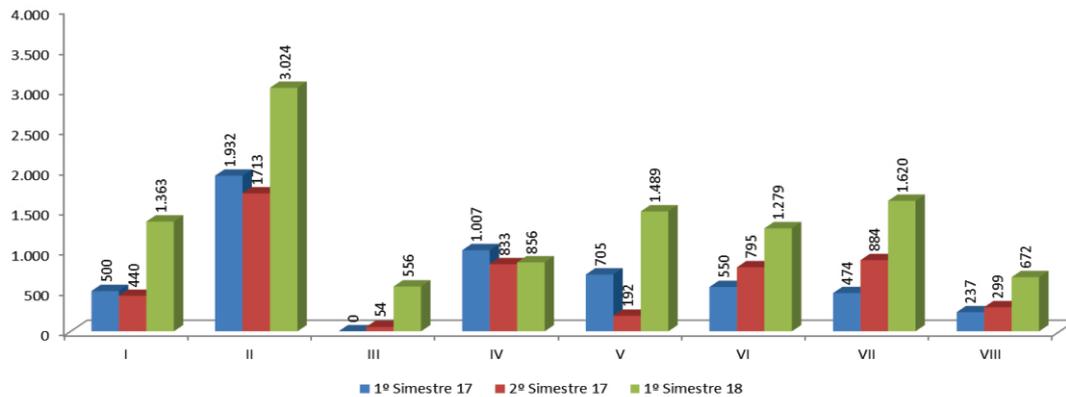
Após análise dos relatórios disponibilizados, foram desenvolvidos cinco gráficos para caracterizar os resultados encontrados.

Atendimentos Individuais

O Gráfico 1 mostra um resumo do total de atendimentos realizados por distrito no 1º e 2º semestre de 2017 e 1º semestre de 2018. Pode ser verificado que, apesar do sistema ter sido implantado em 2013, somente a partir de 2017 é possível obter as

informações de cada eNASF Recife, devido às portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, a partir de 2017, estipulando prazos para registrar as informações no SISAB.

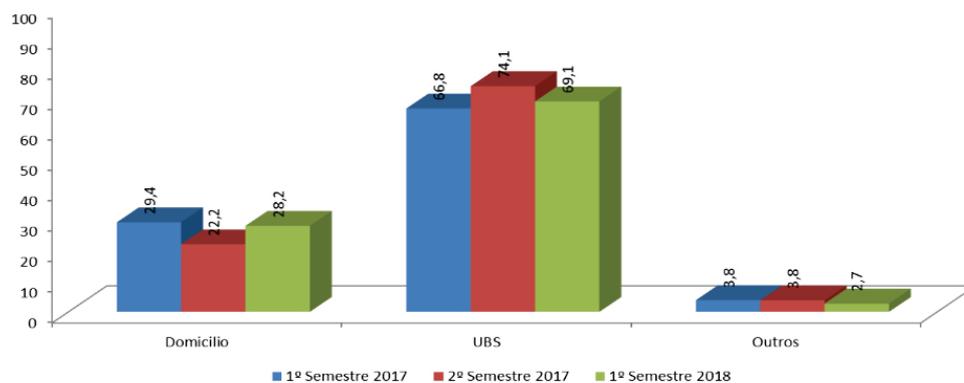
Gráfico 1 - Total de atendimentos realizados pelas eNASF Recife, por semestre, segundo DS



Fonte: e-SUS AB

O Gráfico 2 mostra o percentual do consolidado de atendimentos realizados pelas eNASF Recife, especificando os locais de atendimentos: nos domicílios, nas UBS, assim como nas praças, escolas, centros comunitários, entre outros, cujos registros são previstos nos instrumentos de coleta de dados.

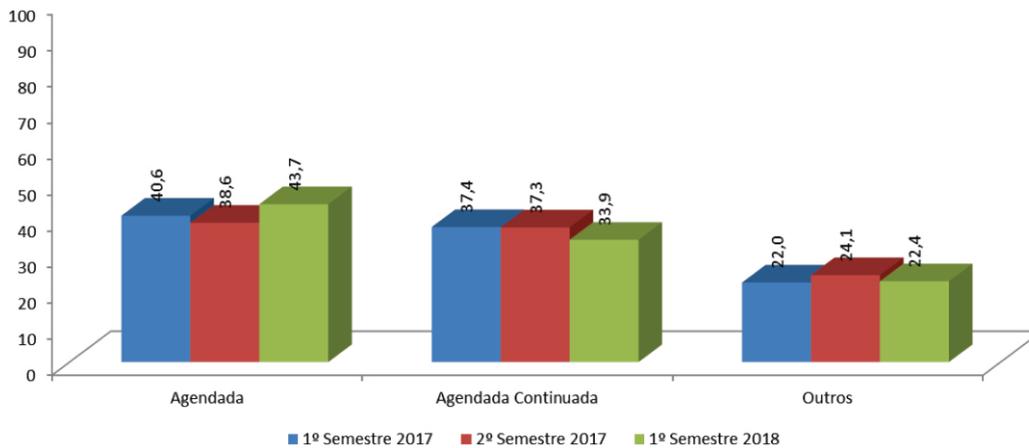
Gráfico 2 - Percentual de atendimentos realizados pelas eNASF Recife por local de atendimento



Fonte: e-SUS AB

O Gráfico 3 mostra o percentual de atendimentos realizados pelas eNASF por tipo de atendimento. São consultas iniciais e, a partir dessas consultas, o indivíduo tem atendimento continuado ou tem alta do episódio. Os outros são os atendimentos de urgência e/ou orientações.

Gráfico 3 - Percentual de atendimentos realizados pelas eNASF Recife por tipo de atendimento

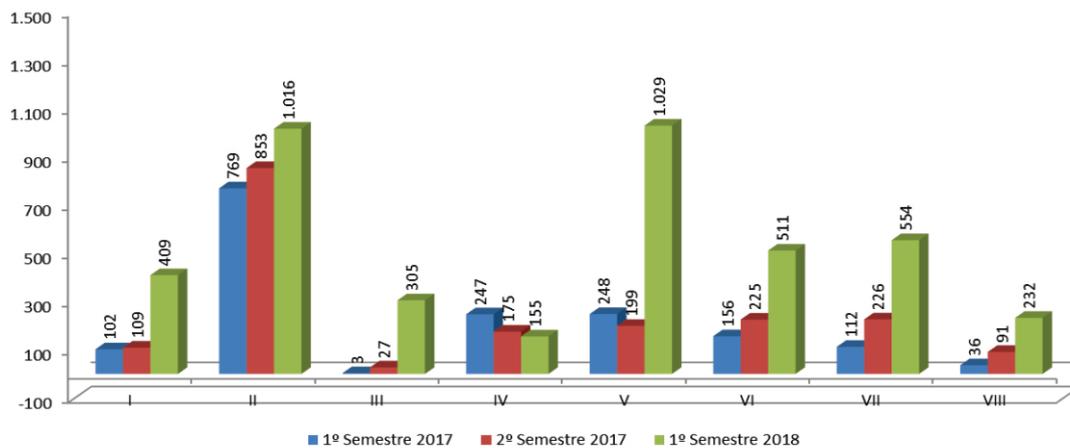


Fonte: e-SUS AB

Atividades coletivas

O Gráfico 4 mostra o total de atividades coletivas realizadas pelas eNASF Recife junto às eSF. As atividades coletivas podem ser reuniões de equipe, educação em saúde, atendimentos em grupos, entre outras.

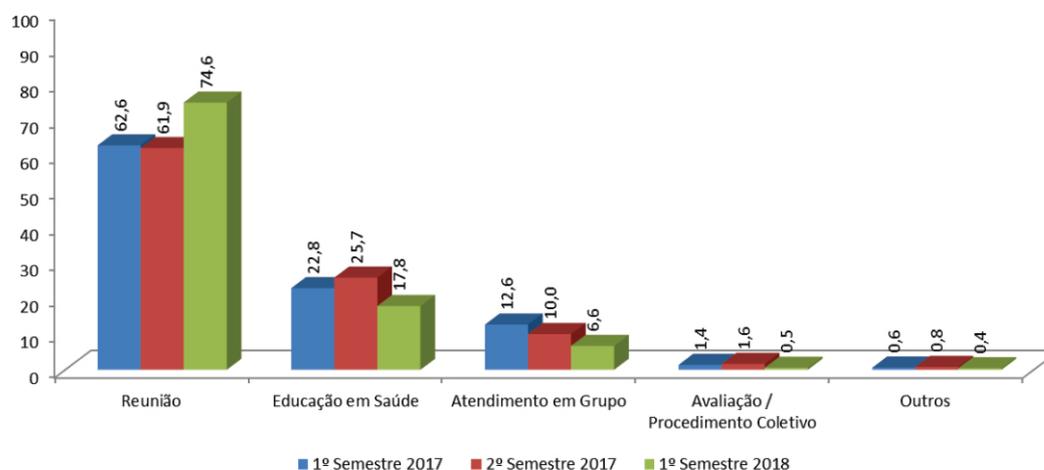
Gráfico 4 - Total de atividades coletivas realizadas pelas eNASF Recife por semestre



Fonte: e-SUS AB

O Gráfico 5 mostra a porcentagem de atividade coletiva por tipo de atividade. Ele especifica quantas reuniões foram realizadas, quantas estratégias de educação em saúde foram desenvolvidas, quantos atendimentos em grupo aconteceram, além de avaliações/procedimentos coletivos (e outros) que não são especificados nos relatórios.

Gráfico 5 - Percentual de atividade coletiva realizadas pelas eNASF Recife por atividade



Fonte: e-SUS AB

DISCUSSÃO

Em relação ao total de atendimentos realizados pelas eNASF Recife por semestre (Gráfico 1), podemos verificar o total de atendimentos realizados e o quanto vêm evoluindo progressivamente quando se trata de número de informações que podem ser coletadas no SISAB.

Neste gráfico, os atendimentos realizados pelas eNASF Recife foram agrupados por DS. No 1º semestre de 2017 foram registrados 5.408 atendimentos no município, no 2º semestre de 2017 foram 5.210 e no 1º semestre de 2018 foram 10.859. Quando analisamos os dois primeiros períodos estudados, percebemos o quanto ainda era insipiente o registro de produção das 19 eNASF. No 1º semestre de 2018 houve um aumento significativo em relação ao semestre anterior, constituindo um aumento de 108,4%, podendo assim acompanhar com mais precisão quantas pessoas são atendidas e acompanhadas na população adstrita às eNASF.

Quando se analisa o total de atendimento das eNASF de Recife por DS, percebe-se que as eNASF do DS II têm o maior registro de produção no 1º semestre de 2018, sendo, em média, 1.008 atendimentos por equipe. Se considerarmos que cada equipe NASF, tipo I, deverá estar vinculada a no mínimo cinco e a no máximo nove eSF (BRASIL, 2017), e que este padrão de cobertura é seguido em Recife, cujas eNASF acompanham 9 eSF, com 19 eNASF implantadas, o município seria capaz de produzir 19.152 atendimentos no semestre. Portanto, apresenta uma defasagem de 8.293 atendimentos, alcançando, em média, 43,3% do esperado.

Podemos avaliar que as eNASF Recife com baixa produção não devem estar alimentando adequadamente o SISAB através do registro dos dados de produção no eSUS. Essas equipes não estão adequadas à portaria que estabelece o prazo para o envio da produção da Atenção Básica para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), referente às competências de janeiro a dezembro de 2017 e de janeiro a junho de 2018 (BRASIL, 2012).

O perfil descrito suscita alguns questionamentos quanto às possíveis motivações para uma produção com essas características, uma vez que não há disponibilidade de uma padronização ou protocolos nacionais e/ou municipais que estabeleçam uma agenda de trabalho que unifique ou direcione as atividades das eNASF. Não foram encontradas na literatura publicações que tragam evidências científicas quanto ao melhor arranjo de trabalho para as eNASF.

O percentual de atendimentos realizados pelas eNASF Recife por local de atendimento, descrito no Gráfico 2, demonstra especificamente os locais de atendimentos mais utilizados que são os domiciliares e as UBS.

Quanto aos atendimentos realizados em domicílio, pode-se observar que houve uma pequena variação nos três semestres avaliados, sendo pouco significativa, e cuja média é de 26,6 atendimentos em domicílio por semestre. O atendimento individual nas UBS iniciou com 66,8% no primeiro semestre de 2017, teve um aumento no segundo semestre de 2017 (74,1%), voltando a cair para 69,1% em 2018. Essa variação não apresenta relevância na caracterização do perfil de atendimento pelas eNASF Recife, considerando o local de atendimento, que é prioritariamente na UBS.

Os outros locais de atendimento são as praças, escolas, associações comunitárias, entre outros, em que se percebe uma pequena variação nos três semestres avaliados, cuja média é de 3,4% por semestre.

Cada NASF poderá ter características de trabalho diferentes a depender da região, da equipe e do perfil da eSF. Deste modo, as ações devem ser planejadas com base nas necessidades de saúde da população, levando em consideração as particularidades de cada território e em articulação com as equipes de referência (LANCMAN et al, 2013).

O Gráfico 3 mostra a porcentagem de atendimentos realizados pelas eNASF por tipo de atendimento. Os tipos de atendimentos individuais podem ser por Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado, Consulta Agendada ou Demanda Espontânea (Escuta Inicial/Orientação, Consulta no Dia e Atendimento de Urgência) (BRASIL, 2018).

Os dois tipos de consultas que se destacam são Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado, que constituem ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, as quais necessitam de acompanhamento contínuo, por exemplo gestantes, crianças, idosos, pessoas com doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes) (BRASIL, 2018); e Consulta Agendada, consulta realizada com agendamento prévio, oriunda da demanda espontânea ou por agendamento direto na recepção, de caráter não urgente e que não foi atendida no mesmo dia da procura, mas agendada para outro dia (BRASIL, 2018).

Considerando a média nos três semestres, as agendadas ocupam 41% das consultas realizadas, as consultas para cuidado continuado 36,2%, os demais tipos de consulta 22,8%.

Os atendimentos individuais ou coletivos da eNASF, quando necessários, devem ser regulados pelas eSF, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto das equipes (BRASIL, 2017). Os demais tipos de consultas estão relacionados com as demandas espontâneas, de urgência ou não, mas atendidas no mesmo dia, e não são de livre acesso para atendimento pela eNASF, pois essas equipes não constituem porta de entrada da AB (BRASIL, 2017), mas podem acontecer em momento oportuno, por exemplo, quando um dos membros da eNASF está presente na USF no momento da procura pelo usuário.

Os Gráficos 4 e 5 demonstram o total de atividades coletivas realizadas pelas eNASF em conjunto com as eSF e os tipos de atividade coletivas, respectivamente. As atividades coletivas apresentam dois focos: as ações coletivas de saúde para a população (como atividades de educação em saúde, atendimentos e avaliações em grupo, e mobilizações sociais) e as ações coletivas para a organização da equipe (reuniões de equipe, reuniões com outras equipes, ou reuniões com outros órgãos) (BRASIL, 2018).

No Gráfico 4 as atividades coletivas realizadas pelas eNASF Recife foram agrupadas por DS. No 1º semestre de 2017 foram registradas 1.663 atividades no município, no 2º semestre de 2017 foram 1.905 e no 1º semestre de 2018 foram 4.221. Quando analisamos os dois primeiros períodos estudados, percebemos o quanto ainda era insipiente o registro de produção das 19 eNASF. No entanto, no 1º semestre de 2018, houve um aumento relevante em relação ao semestre anterior, constituindo um crescimento de 121,6%.

Quando se analisa o total de atividades coletivas das eNASF Recife por DS, percebe-se que as eNASF dos DS II e V têm o maior registro de produção no 1º

semestre de 2018, sendo, em média, 341 atividades por equipe. Se considerarmos que cada equipe NASF, tipo I, deverá estar vinculada a no mínimo cinco e a no máximo nove eSF e que este padrão de cobertura é seguido em Recife, cujas eNASF acompanham 9 eSF, com 19 eNASF implantadas, o município seria capaz de produzir 6.467 atividades coletivas por semestre. Portanto, apresenta uma defasagem de 2.265 atendimentos individuais, em média, 53,8% do esperado (BRASIL, 2017).

Podemos avaliar que as eNASF Recife com baixa produção não estão alimentando adequadamente o SISAB, através do registro dos dados de produção no eSUS. Essas equipes não estão adequadas à portaria que estabelece o prazo para o envio da produção da Atenção Básica para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), referente às competências de janeiro a dezembro de 2017 e de janeiro a junho de 2018 (BRASIL, 2012).

Quanto aos tipos de atividades coletivas realizadas, visualizadas no Gráfico 5, destaca-se a predominância das reuniões nos três semestres estudados. Considerando a média nos três semestres, as reuniões ocupam 66,4% das atividades coletivas realizadas, as atividades de Educação em Saúde 22,1%, os Atendimentos em Grupo 9,7%, Avaliação/Procedimento Coletivo 1,2% e outras atividades 0,6%.

No estudo de Gonçalves *et al.* (2015), as equipes NASF realizam várias tarefas, algumas com periodicidade determinada. As reuniões de equipe, por exemplo, tinham uma frequência semanal. Outras, porém, se caracterizavam a partir das demandas das eSF e da população e, dessa forma, possuíam frequência flutuante.

A realização de uma tarefa, muitas vezes, demandava ou desencadeava o desenvolvimento de várias outras. Isso ocorria devido à variabilidade nas características e nas demandas dos usuários e dos serviços, dos recursos disponíveis na comunidade, da dinâmica das unidades de saúde e das eSF/eNASF, da pactuação que era feita entre as equipes e ainda da formação e capacitação dos profissionais (GONÇALVES *et al.*, 2015).

A atuação do NASF torna possível que cada trabalhador e equipe delineiem o trabalho a partir dos desafios e necessidades identificados na prática cotidiana. As ações são pactuadas diante das demandas que surgem das eSF, das necessidades do território e até da formação e experiência profissional de cada trabalhador (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Importante destacar que não há disponibilidade de uma padronização ou protocolos nacionais e/ou municipais que estabeleçam uma agenda de trabalho que

unifique ou direcione as atividades das eNASF. O estudo de Gonçalves *et al.* (2015) demonstra que há diversas variáveis que precisam ser consideradas quanto ao estabelecimento de uma agenda de trabalho, incitando a necessidade de parâmetros para a uniformização.

Moura e Luzio (2014) destacam a necessidade de repensar a estratégia, por ainda estar em construção. Portanto, torna-se indispensável a realização de pesquisas que contribuam para ampliar as discussões sobre o acesso, o planejamento, a realização das ações, a articulação entre as equipes e a avaliação do impacto na qualidade do cuidado prestado aos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não tenha sido possível encontrar parâmetros na literatura a respeito das ações do NASF e do SISAB, devido à falta de publicações, nota-se, através do site do e-SUS AB, que foram revelados aspectos positivos com destaque na evolução das informações a respeito da produção das atividades coletivas do cronograma, das diferentes formas de comunicação como nas visitas domiciliares, consultas compartilhadas e individuais.

Apesar da existência de diferentes ações, é importante observar não apenas os aspectos quantitativos, mas também a qualidade das práticas desenvolvidas. Os resultados evidenciam o papel do NASF na ampliação de possibilidades na eSF. Sob o olhar dos profissionais, a inserção desse serviço possibilita a resolução dos problemas de saúde da população, contribuindo para ampliar a capacidade do cuidado e a resolubilidade da atenção primária.

Apontam-se como fragilidades da pesquisa a questão de repasse das informações, principalmente no 1º semestre de 2017, já que possuía uma portaria informando da obrigatoriedade dessas informações e recomenda-se a realização de estudos com uma abordagem qualitativa, contribuindo para um maior aprofundamento da organização e articulação do NASF e eSF's, principalmente no município de Recife.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. *et al.* **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017)**. Rev. Panam. Salud Publica. 2018, 42 e 180.

BRAGHINI, C. C. *et al.* **Atuação do fisioterapeuta no NASF: percepção dos coordenadores e da equipe.** *Fisioter. Mov.* v. 29, n. 4, Curitiba: Out./Dec. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. **Abc do SUS: doutrinas e princípios.** BRASÍLIA- DF 1990. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso em: 20 set. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Cadernos de atenção básica; Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio à saúde da família.** n° 27, Brasília: 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Cadernos de atenção básica. Núcleo de apoio à saúde da família.** v. 1. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica, n° 39. Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual para preenchimento das fichas de coleta de dados simplificada – CDS.** Brasília: 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_CDS_3_0.pdf. Acesso em: 17 dez. 2018.

BRASIL. Portaria N° 1.412 de 10 de julho de 2013. **Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. Portaria N° 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Política nacional de atenção básica.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 jul. 2017.

BRASIL. Portaria N° 21 de 10 de janeiro de 2018. **Prazos para o envio da produção da Atenção Básica para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).** 15/01/2018. Edição 10, Seção 1, p. 45-48. Acesso em: 24 maio 2018.

CARRENO, I. *et al.* **Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa.** *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, n. 20 (3), mar. 2015.

GONÇALVES, R. M. A. *et al.* **Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. São Paulo: Rev. Bras. Saúde Ocup., São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

LANCMAN, S. *et al.* **Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Revista de Saúde Pública, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. **O apoio institucional como uma das faces da função de apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes**. Interface (Botucatu) v. 18, p. 957-970, 2014.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, jan-mar. 2014, p.15-35.