



Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/ Brasília
Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu*
Residência Multiprofissional em Atenção Básica (2020-2022)

**O ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO EM SAÚDE
EM UM NASF-AB DO DISTRITO FEDERAL**

ARTHUR ALVES PEREIRA SOUSA
CRISTIANE SOUZA DA SILVA
RAQUEL RODRIGUES DA SILVA BARBOSA

BRASÍLIA, 2022

O ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO EM SAÚDE EM UM NASF-AB DO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Programa apresentado à Fundação Oswaldo Cruz, enquanto requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica – 2020 a 2022.

Orientador: Dr. Marcelo Pedra Martins Machado

ARTHUR ALVES PEREIRA SOUSA
CRISTIANE SOUZA DA SILVA
RAQUEL RODRIGUES DA SILVA BARBOSA

BRASÍLIA, 2022



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

**Arthur Alves Pereira Sousa
Cristiane Souza da Silva
Raquel Rodrigues da Silva Barbosa**

**O ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO EM UM
NASF-AB DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Escola de Governo Fiocruz
como requisito para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica

Aprovado em 16/02/2022.

BANCA EXAMINADORA

Etel Matiello

Cibele Maria de Sousa

Orientador Dr. Marcelo Pedra Martins

Resumo

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de caráter quali-quantitativo que teve como objetivo sistematizar e analisar o acolhimento implementado no Nasf-AB da UBS nº 12 da Ceilândia, no Distrito Federal, descrevendo e analisando as principais características das demandas apresentadas durante os plantões de acolhimento realizados nos meses de abril, maio e junho de 2021. Inicialmente foi feito um levantamento de dados sobre o funcionamento da referida UBS, seus processos de trabalho e o processo de implementação e execução do acolhimento na equipe Nasf-AB. Na sequência, foram coletados, sistematizados e analisados os dados de 246 acolhimentos realizados no período escolhido, nos quais foram identificadas 445 demandas, em formulário criado na plataforma *Google Forms*. Foram apresentadas e analisadas as principais características da população atendida, assim como das demandas de saúde. Concluiu-se que o Nasf-AB recebe uma quantidade expressiva de demandas espontâneas, cumprindo o papel de porta de entrada para a APS em alguns casos acolhidos, e que a categoria mais procurada no acolhimento é o Serviço Social, o que gerava potencial sobrecarga para essa categoria profissional antes da sistematização dos plantões. Ademais, com a organização do acolhimento e participação de toda a equipe Nasf-AB, foi possível instrumentalizar os profissionais para atender demandas variadas, e o acolhimento provou ter um importante potencial de resolutividade das demandas.

Palavras-chave: Acolhimento - Atenção Básica - Nasf-AB – Porta de entrada

Abstract

This study is characterized as a quali-quantitative research, that aimed to systematize and analyze the reception implemented in the Nasf-AB of UBS 12 of Ceilândia, in the Federal District, describing and analyzing the main characteristics of the demands presented during the reception shifts performed in April, May and June, 2021. Initially, a survey was conducted about the operation of the UBS, its work processes, and the process of implementation and execution of the reception in the Nasf-AB team. In the sequence, data from 246 receptions performed in the chosen period were collected, systematized and analyzed, in which 445 demands were identified, in a form created in the Google Forms platform. The main characteristics of the population assisted were presented and analyzed, as well as the main characteristics of the demands. It was concluded that the Nasf-AB receives a significant amount of spontaneous demands, fulfilling the role of gateway to the PHC in some cases, and that the most sought after category in the reception is the Social Service, which generated potential overload for this professional category before the systematization of shifts. Moreover, with the organization of the reception and the participation of the entire Nasf-AB team, it was possible to empower professionals to deal with various demands, and the reception proved to have an important potential for resolving the demands.

Key words: Reception - Primary Care - Nasf-AB - Gateway

Sumário

Introdução.....	6
Objetivo geral	7
Objetivos específicos.....	7
Hipóteses	7
Metodologia.....	8
Capítulo 1 – Processos de trabalho da UBS e suas particularidades	9
1.1 - Características da UBS nº 12 da Ceilândia.....	9
1.2 – O vazio assistencial e a porta de entrada improvisada na APS.....	12
Capítulo 2 – O trabalho do Nasf-AB na atenção básica e o acolhimento como tecnologia de cuidado em saúde.....	16
2.1 – Processo de trabalho do Nasf-AB	16
2.2 – Acolhimento da demanda espontânea realizado pelo Nasf-AB.....	17
2.3 – O acolhimento como tecnologia de cuidado em saúde.....	19
Capítulo 3 – Sistematização de dados coletados nos meses de abril, maio e junho de 2021 ...	22
3.1 - Perfil da população acolhida no período	22
3.2 - Turno dos acolhimentos	22
3.3 - Raça/cor da população atendida	23
3.4 – Gênero.....	24
3.5 - Equipe de referência	25
3.6 - Idade	26
3.7 – Características das demandas apresentadas	28
3.7.1 – Origem.....	28
3.7.2 – Desfecho.....	29
3.7.3 – Encaminhamentos para a rede intersetorial.....	30
3.8 - Tipos de demandas	31
3.8.1 – Demandas para categorias profissionais específicas	31
3.8.2 – Demandas comuns ao Nasf-AB	39
3.8.3 – Saúde Mental.....	40
3.8.4 – Violência	41
3.8.5 – Gestantes, puérperas e lactantes	43
3.8.6 – Dificuldades no acesso às equipes	44
Considerações finais	46
Referências bibliográficas	50

Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, sendo sua porta de entrada preferencial, ou seja, o primeiro contato dos usuários com o SUS, e um modelo de mudança na prática clínico-assistencial. Mediante a portaria nº 154/08, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que posteriormente passou a ser denominado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar sua resolutividade.

O Nasf-AB não deve se constituir enquanto porta de entrada do sistema de saúde para os usuários, tendo em vista que essa é uma função das equipes às quais ele deve estar vinculado, no entanto, durante atuação de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na Unidade Básica de Saúde (UBS) nº 12 da Ceilândia, no Distrito Federal (DF), a partir de março de 2020, percebeu-se que a equipe Nasf-AB da referida UBS recebia grande quantidade de demanda espontânea, sem necessariamente ter a mediação e atendimento prévio das equipes de Saúde da Família.

Anteriormente, o acolhimento dessa demanda espontânea pelo Nasf-AB acontecia sem sistematização prévia, porém, essa forma de organização, ou a falta dela, acarretava em sobrecarga de algumas categorias profissionais em detrimento de outras, tendo em vista que determinadas categorias profissionais eram mais requisitadas pela população e equipes para essa função do que outras, principalmente o Serviço Social, comprometendo a ampliação da rede de cuidados dos usuários, a agenda das profissionais e a rotina institucional.

A partir de uma sugestão da residente nutricionista do PRMAB da Fiocruz inserida nesse serviço, iniciou-se, em fevereiro de 2021, a organização de plantões de acolhimento e a coleta de dados dos usuários acolhidos por esse Nasf-AB, organizando os processos de trabalho dessa equipe e promovendo reflexões sobre a realidade institucional e as demandas apresentadas.

Pretendeu-se com este estudo sistematizar e analisar o acolhimento realizado nos meses de abril, maio e junho de 2021 no Nasf-AB da UBS 12 da Ceilândia, além de descrever as principais características das demandas dos plantões de acolhimento, partindo-se da compreensão do acolhimento enquanto uma tecnologia de cuidado em saúde. Considerou-se os plantões de acolhimento do Nasf-AB como uma tecnologia inovadora de cuidado dentro da UBS, viabilizando melhor fluidez nos processos de trabalho, promovendo o trabalho

interdisciplinar, permitindo que todas as categorias profissionais estejam aptas a atender demandas comuns a todo o Nasf-AB e estabelecendo melhores vínculos entre usuários e profissionais.

No primeiro capítulo descrevem-se os processos de trabalho da UBS nº 12 da Ceilândia e suas particularidades, as características dessa UBS e a definição de vazio assistencial dessa região. No segundo capítulo é explicitado como ocorre o trabalho do Nasf-AB na Atenção Básica, com enfoque nessa UBS, o processo de implementação dos plantões de acolhimento e a compreensão do acolhimento como tecnologia de cuidado em saúde. No terceiro capítulo é feita a sistematização e análise dos dados coletados nos meses de abril, maio e junho de 2021.

Objetivo geral

Sistematizar e analisar o acolhimento implementado no Nasf-AB da UBS nº 12 da Ceilândia, no Distrito Federal.

Objetivos específicos

- Sistematizar os registros e as práticas referentes ao acolhimento do Nasf-AB, da UBS nº 12 da Ceilândia, realizado nos meses de abril, maio e junho de 2021.
- Descrever e analisar as principais características das demandas dos plantões de acolhimento.

Hipóteses

- O Nasf-AB tem cumprido o papel de porta de entrada para a APS em alguns casos acolhidos, em detrimento do papel da ESF;
- A falta de organização do acolhimento provocava sobrecarga de categorias específicas, em especial o Serviço Social;
- O novo formato de acolhimento possibilita o aumento da resolutividade das demandas recebidas, pois capacita diversas categorias profissionais a lidar com demandas comuns a todos os profissionais do Nasf-AB;
- O novo formato de organização evidencia quais as principais demandas recebidas e quais discussões necessitam ser suscitadas nos processos de apoio matricial.

Metodologia

Este estudo foi aprovado pelo projeto de pesquisa com CAAEE nº 48621821.9.000.8027 e caracteriza-se como uma pesquisa de caráter quali-quantitativo, de base descritiva, realizada na UBS nº 12 da Ceilândia, no Distrito Federal. Segundo Fontelles et. al. (2009), a pesquisa descritiva visa observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população.

Inicialmente foi feito um levantamento de dados sobre o funcionamento da referida UBS, seus processos de trabalho e o processo de implementação e execução do acolhimento na equipe Nasf-AB. Após, foram coletados, sistematizados e analisados os dados de 246 acolhimentos realizados, nos quais foram identificadas 445 demandas referentes aos meses de abril, maio e junho de 2021 em formulário criado na plataforma *Google Forms*.

Foram analisadas, neste trabalho, as características do acolhimento e da população acolhida no período (turno dos acolhimentos, raça/cor e gênero da população atendida, equipe de referência e idade). Além disso, foram descritas e analisadas as características das demandas apresentadas (origem da demanda, desfecho, encaminhamentos e tipos de demandas). Entre os tipos de demandas foram analisadas aquelas que são específicas de cada categoria profissional (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Psicologia e Serviço Social), as demandas comuns ao Nasf-AB, bem como demandas de saúde mental, violência, gestantes, puérperas e lactantes e aquelas relacionadas a dificuldades de acesso às equipes.

No que concerne aos riscos da pesquisa, a resolução CNS nº 510/16, em seu art. 2º, inc. XXV define que há possibilidades de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente. Sendo assim, compreendeu-se que os riscos envolvidos nesta pesquisa se relacionaram à possibilidade de que dados de usuários e servidores da UBS contidos nos registros consultados fossem acessados por sujeitos que não estejam envolvidos na pesquisa. Visando amenizar esse tipo de risco, ressalta-se que, durante a coleta de dados, os nomes e endereços encontrados foram suprimidos.

Capítulo 1 – Processos de trabalho da UBS e suas particularidades

1.1 - Características da UBS nº 12 da Ceilândia

Segundo a CODEPLAN (2018), a região administrativa da Ceilândia compreende a maior população do Distrito Federal, com 443.824 habitantes. Nessa região administrativa existe um total de 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), a cobertura total de Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 63,7%, e até julho de 2021, existiam 82 equipes de Saúde da Família (sendo que apenas 68 tem o quadro completo de profissionais) e 7 equipes Nasf-AB (SES/DF, 2021).

A UBS nº 12 da Ceilândia foi inaugurada em março de 1998. De 2009 a 2017, a unidade passou a ser constituída por dois modelos de atenção: tradicional e Estratégia Saúde da Família, ambos coexistindo no mesmo espaço físico. Em fevereiro de 2017 foram lançadas as portarias nº 77 e nº 78 da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), que estabelecem, respectivamente, a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, e regulamenta o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do DF ao modelo de Estratégia Saúde da Família, conhecido como Converte. Na perspectiva de atender as determinações das portarias supracitadas, a UBS nº 12 da Ceilândia iniciou seu processo de transição para o novo modelo em meados de março de 2017 (Nasf-AB - UBS nº 12 da Ceilândia, 2018, material não-publicado).

Até novembro de 2021, ela possuía 11 equipes de ESF. Em Memorando nº 199, de 2 de outubro de 2021, enviado via Sistema Eletrônico de Informações (SEI) às gestões de 7 UBS da Ceilândia, a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) redefiniu a territorialização de algumas UBS da Ceilândia, a partir da criação de um Grupo de Territorialização, para a reorganização do território e suas implicações. Embora não tenha sido mencionado no documento, compreende-se que essa redefinição se tornou necessária, tendo em vista que as UBS vêm atendendo uma quantidade grande de pessoas que não possuem equipe de referência, fazendo parte do chamado vazio assistencial.

O marco temporal é necessário, pois, atualmente, essa unidade de saúde está passando por uma reestruturação, e há a previsão de que 4 equipes sejam realocadas para uma nova UBS que irá inaugurar na região do Sol Nascente/Pôr do Sol até o fim de 2021, sendo assim, este trabalho utiliza dados referentes à composição já estabelecida na UBS, ou seja, com 11 equipes de ESF. Este trabalho tem como base a realidade apresentada antes dessas mudanças, ou seja, até outubro de 2021.

Consta no referido documento que a UBS nº 12 da Ceilândia atende 62 regiões, localizadas na Ceilândia Norte e Sol Nascente/Pôr do Sol. Dessas, 38 regiões possuem equipes de referência e 24 regiões constituem o vazio assistencial. Não foram encontrados dados oficiais sobre a quantidade de pessoas atendidas em cada equipe e pertencentes ao vazio assistencial. Quanto à cobertura dessa região, para a realização desta pesquisa, questionou-se a gerência da unidade, as equipes e os agentes comunitários de saúde, para compreender se haviam dados oficiais sobre a porcentagem de cobertura e sobre a quantidade de pessoas atendidas pelas equipes e aquelas contidas no denominado vazio assistencial, porém, a sistematização oficial desses dados, até o momento de realização desta pesquisa, não havia sido feita.

Importante ressaltar que a sistematização de dados é uma parte fundamental do trabalho em saúde, tendo em vista que ela pode embasar a produção de intervenções nos territórios, a formulação de políticas públicas e a transparência sobre os serviços prestados à comunidade, portanto, considera-se prejudicial ao serviço e à população que a referida UBS não tenha dados oficiais sobre a cobertura das equipes e sobre a região que, apesar de não possuir equipe de referência na UBS, segue sendo atendida no que é denominado como vazio assistencial, cujo conceito será melhor explicitado neste trabalho.

O fluxograma a seguir tem como base aquele apresentado no Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a, pág. 28), adaptado à realidade da UBS nº 12 da Ceilândia, para sintetizar como ocorre o fluxo de usuários dessa instituição:

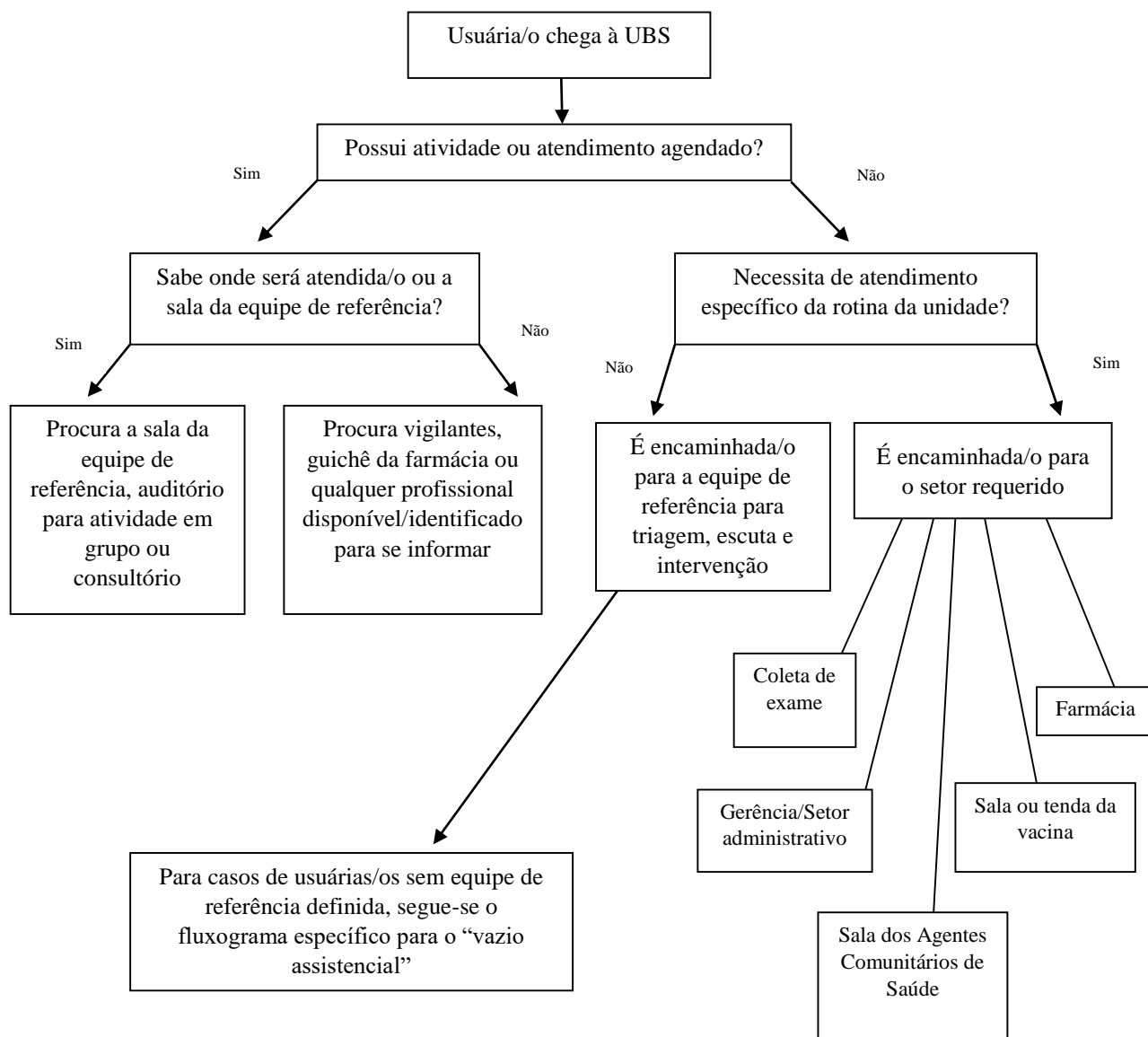


Figura 1 – Fluxo da/o usuária/o na UBS (Fonte: autores)

Conforme demonstrado na Figura 1, não existe uma recepção ou espaço onde a população pode se informar sobre os serviços e rotina da UBS, portanto, caso a população usuária saiba onde fica localizada a sala de sua equipe de referência ou outros locais onde podem haver atendimentos ou atividades em grupo, ela se dirige diretamente a esses locais no momento de sua chegada. Caso contrário, é comum que ela procure a equipe de vigilância, o guichê (onde são feitos agendamentos de exames e regulação de consultas) ou a farmácia, tendo em vista que estão localizados na entrada da UBS. Há ainda casos onde a população aborda qualquer profissional disponível ou que esteja com crachá de identificação ou solicita atendimento com o Serviço Social para obter essas informações, possivelmente porque essa é uma das profissões do Nasf-AB com a qual essa população, em sua maioria socialmente vulnerável, tem maior contato.

Dependendo do endereço onde a pessoa reside, ela será encaminhada para uma das salas de acolhimento das equipes de referência dos usuários, chamadas de macro equipes. Atualmente existem 3 macro equipes na unidade: a “Macro R”, que reúne as equipes Branca, Preta, Vermelha e Marrom; a “Macro L”, que reúne as equipes Lilás, Laranja, Cinza e Amarela; e a “Macro N”, que reúne as equipes Verde, Azul e Rosa. Nessas salas a pessoa é informada sobre os atendimentos de demanda espontânea e agendamentos das equipes de referência. Devido à pandemia ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19), as atividades em grupo foram suspensas desde o início de 2020 e ainda não foram retomadas, e a oferta de serviços das equipes de ESF foi drasticamente reduzida, direcionando as agendas dos profissionais para atendimentos de pacientes com sintomas respiratórios e para a vacinação contra a COVID-19.

Importante ressaltar que quem não possui cadastro na APS geralmente é encaminhado à sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou tem seu cadastro feito pela própria equipe de referência. Ademais, pessoas que residem em endereços que não possuem equipe de referência definida, pertencendo ao chamado “vazio assistencial”, são encaminhadas para uma sala destinada à escuta e, se necessário, agendamento dessa população através de encaixes feitos nas agendas de outras equipes da UBS.

1.2 – O vazio assistencial e a porta de entrada improvisada na APS

O acesso à saúde pelos cidadãos de maneira universal e com qualidade é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, sendo que este não se limita a uma simples utilização dos serviços oferecidos, pois também abrange a garantia de utilização dos serviços de forma adequada, visando assegurar os melhores resultados para a promoção da saúde. No entanto o processo de descentralização e regionalização do SUS tem um caráter complexo, devido à grande divergência de realidades e desigualdades regionais, considerando também os múltiplos agentes que resultam na qualidade e na acessibilidade. (SILVA et. al., 2017, pg. 1110).

Compreende-se, neste estudo, que a permanência dessas desigualdades pode afetar diretamente na qualidade do acesso aos serviços de saúde, gerando déficits, o que é comumente denominado de vazio assistencial. Embora esse conceito não apresente um consenso em relação à sua definição, Raksa, Oliveira e Silva (2016) o compreendem, no âmbito das urgências e emergências, como um déficit na quantidade de leitos hospitalares.

Partindo de uma adaptação desse conceito, compreende-se o vazio assistencial na Atenção Básica como a ausência de cobertura de determinadas áreas pelo déficit de equipes de

Estratégia Saúde da Família, profissionais, insumos e/ou pela necessidade de construção de novas UBS no território, devido ao grande quantitativo populacional. Essa ausência de cobertura gera falta de assistência no que concerne às necessidades em saúde dos usuários residentes dessas regiões, levando-os a procurar atendimento preferencialmente em Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e Hospitais, ou seja, quando o quadro de saúde já se encontra agravado.

Considerando que a APS é a porta de entrada para o SUS, quando o usuário não consegue acessá-la, a continuidade do cuidado e promoção de saúde dessa população é severamente afetada. A falta de uma equipe de referência afeta até mesmo sua inserção em outros níveis de atenção em saúde, tendo em vista que esse processo deve ser regulado pela Atenção Básica, em respeito ao princípio da coordenação do cuidado.

O vazio assistencial da UBS nº 12 da Ceilândia é formado por aproximadamente 24 áreas onde se localizam chácaras da região do Sol Nascente/Pôr do Sol, que devido à falta de vinculação a uma equipe de referência, são acolhidas por essa e outras UBS. A estimativa de pessoas que compõem o vazio assistencial total da Ceilândia, segundo a Gerência da unidade, é de 96 mil, no entanto, não há documentos oficiais que comprovem esse número.

Percebe-se que a maior parte do público pertencente ao vazio assistencial apresenta alta vulnerabilidade social e em saúde, e recorre à referida UBS buscando atendimento, sendo acolhida, muitas vezes, pelo próprio Nasf-AB, devido à falta de vinculação a equipes específicas. Azevedo e Costa (2010) afirmam que diante das dificuldades de utilização dos serviços de saúde, a população constrói seus próprios conceitos e estratégias de acesso, sendo assim, diante da ausência de equipes de referência, compreende-se que o Nasf-AB acaba se tornando a principal via de acesso de muitos desses usuários aos serviços da UBS, ou seja, uma porta de entrada improvisada para os serviços da APS.

O fluxograma a seguir visa sintetizar as principais informações sobre o fluxo do chamado “vazio assistencial”, e também foi elaborado a partir de uma adaptação do fluxograma de acolhimento sugerido pelo Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a, pág. 28).

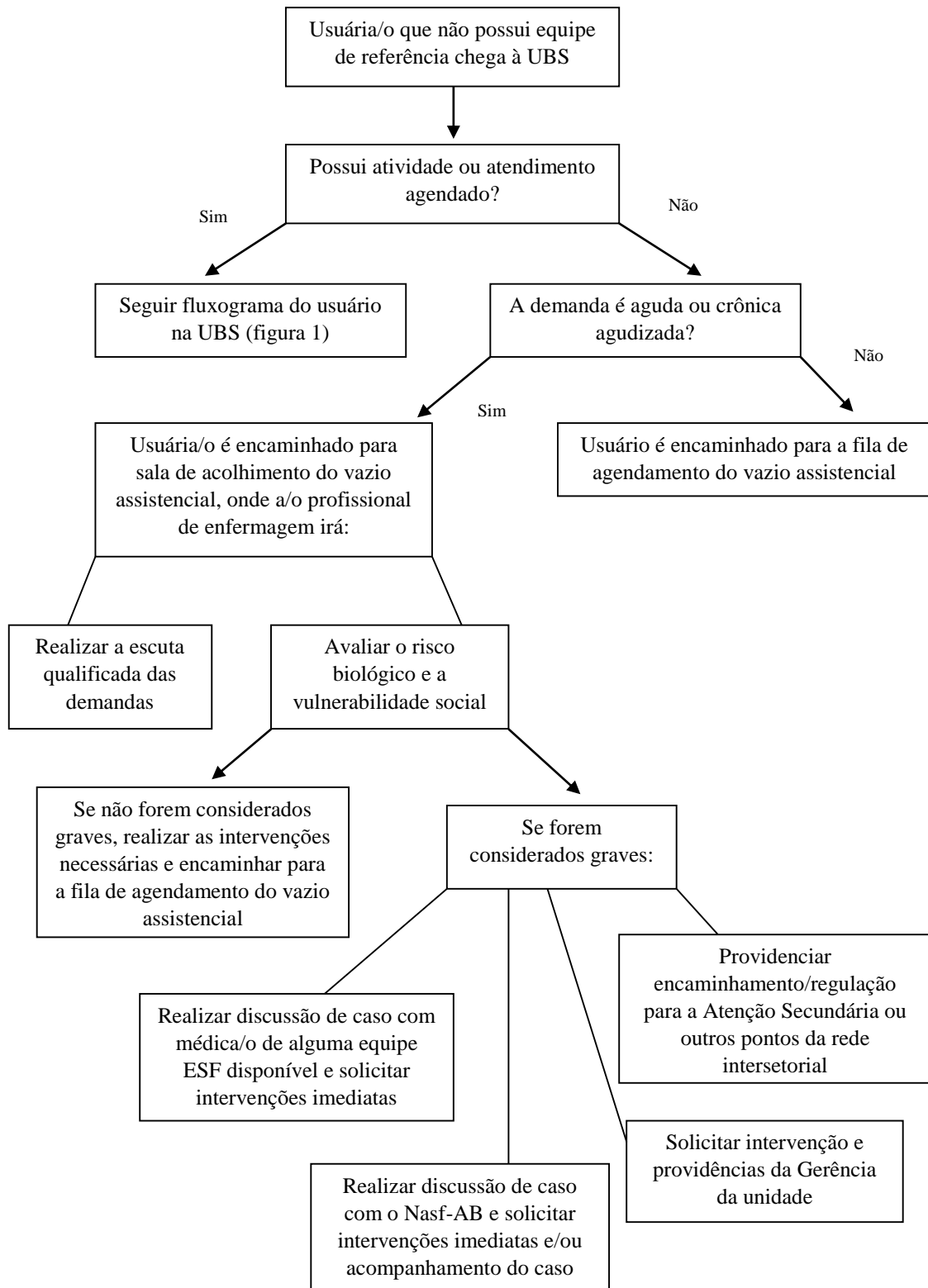


Figura 2 – Fluxo do vazio assistencial (Fonte: autores)

A Figura 2 demonstra que quando o usuário chega à UBS por demanda espontânea e faz parte da região do vazio assistencial, geralmente existem duas opções de fluxo. No caso de demandas agudas ou de doenças crônicas agudizadas, a pessoa será direcionada para a sala de

acolhimento do vazio assistencial, atualmente feito na sala 5, onde será atendida por um profissional da enfermagem, que irá realizar a escuta qualificada, avaliar o risco biológico e a vulnerabilidade social e definir a prioridade de atendimento (ibid., pág. 28). Caso seja detectado risco grave, o profissional deve, prioritariamente: realizar discussão do caso com algum profissional de medicina de outras equipes que esteja disponível e solicitar intervenções imediatas; realizar discussão com o Nasf-AB e solicitar intervenções imediatas e/ou acompanhamento do caso; discutir o caso com a Gerência da unidade e solicitar sua intervenção; ou providenciar encaminhamento ou regulação para a Atenção Secundária ou outros pontos da rede intersetorial.

No caso de demandas que não são agudas, o fluxo sugere que o usuário se dirija à uma fila destinada às pessoas residentes da área do vazio assistencial, para que seja feito agendamento de consulta com médicos e enfermeiros de outras equipes. A agenda atualmente é gerenciada pelos ACS, a pedido da Gerência da unidade, que disponibiliza alguns horários de todas as equipes para que a população do vazio assistencial seja minimamente atendida, especialmente nos casos de pacientes com doenças graves, quadros crônicos, gestantes, nutrizes, dentre outros.

Tendo em vista a grande quantidade de pessoas aguardando agendamento de consulta, essa fila costuma ser longa e essa agenda não tem sido suficiente para atender toda a população que necessita de acompanhamento, o que a leva a desistir do acompanhamento em saúde e procurar a UBS apenas em casos agudos; solicitar intervenção da Gerência da unidade em seu caso; registrar manifestação na Ouvidoria do Governo do Distrito Federal (OUV-DF); ou ainda, procurar diretamente o Serviço Social do Nasf-AB, por acreditar que essa profissão pode interferir na agenda das equipes (o que não condiz com a realidade), ou intermediar o contato com elas.

Até janeiro de 2021, essas e outras demandas espontâneas eram atendidas, majoritariamente, pelas assistentes sociais da equipe, tendo em vista que a população demandava atendimento principalmente dessa categoria profissional, no entanto, conforme explicitado na introdução deste trabalho, em fevereiro de 2021 foram instituídos os plantões de acolhimento de demanda espontânea, conforme será melhor detalhado no próximo capítulo.

Capítulo 2 – O trabalho do Nasf-AB na atenção básica e o acolhimento como tecnologia de cuidado em saúde

2.1 – Processo de trabalho do Nasf-AB

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2010) o Nasf-AB deve atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares, visando a promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura. Como um organismo vinculado às equipes de ESF, o Nasf-AB atua de forma a prestar apoio matricial em duas dimensões de suporte: assistencial e técnico pedagógico, ofertando cuidado clínico direto com os usuários e famílias além de produzir apoio educativo com e para as equipes, a fim de contribuir para o aumento da resolutividade e efetividade da coordenação do cuidado integral na APS.

O apoio matricial foi proposto inicialmente por Campos (1999) como um novo arranjo organizacional da assistência em saúde, com base nos conceitos de equipe de referência e apoio especializado matricial. Esse novo arranjo é capaz de potencializar saberes e práticas, estimular a produção de novos padrões de vinculação entre equipe e usuário, ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e possibilitar superação do modelo médico hegemônico.

Vale destacar que esse novo modelo propõe a alteração da noção de referência e contrarreferência vigente nos sistemas de saúde: quando um paciente utiliza o serviço matricial, ele nunca deixa de ser assistido pela equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de profissionais de saúde (ibid., pág. 396).

Apoio e compartilhamento de responsabilidades são aspectos centrais da missão do Nasf-AB, que deve organizar o seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes, de forma a priorizar o atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, intervenções específicas de profissionais do Nasf-AB com os usuários e suas famílias e ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com a ESF (BRASIL, 2010, pág. 8).

O Nasf-AB da UBS nº 12 da Ceilândia é considerado de modalidade I, ou seja, deveria contar com uma soma de carga horária de no mínimo 200 horas semanais e estar vinculada a no mínimo 5 e no máximo 9 equipes. No entanto, atualmente ele é composto por 4 categorias

profissionais, sendo duas assistentes sociais, ambas com carga horária de 40h, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga, todas com carga horária de 20h. Até agosto de 2021 esse Nasf-AB contava também com um profissional de Fisioterapia de 20h e até outubro de 2021 a profissional de Nutrição cumpria carga horária de 40h.

Levando-se em conta a carga horária atualmente disponível nessa equipe Nasf-AB (140h), ela se encaixaria na modalidade Nasf-AB II. Segundo a portaria nº 3.124/12, os Nasf-AB II devem estar vinculados a no mínimo 3 e no máximo 4 equipes de Saúde da Família, no entanto, conforme previamente exposto, o Nasf-AB da UBS nº 12 da Ceilândia está vinculado a 11 equipes, ou seja, com 7 equipes a mais do que o preconizado, excedendo em 175% a capacidade máxima de uma equipe Nasf-AB tipo II.

2.2 – Acolhimento da demanda espontânea realizado pelo Nasf-AB

Segundo a portaria nº 2.488/11, os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, ou seja, eles não se configuram enquanto porta de entrada para os serviços, sendo que, quando necessário, sua intervenção deve ser mediada pelas equipes de ESF, a partir de um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde. No entanto, conforme ressaltado anteriormente, durante atuação de residentes do PRMAB da Fiocruz, na UBS nº 12 da Ceilândia, a partir de março de 2020, percebeu-se que a equipe Nasf-AB da referida UBS recebia grande quantidade de demanda espontânea, sem necessariamente ter a mediação e atendimento prévio das equipes de Saúde da Família.

Compreende-se que dentre as possíveis explicações para esse fenômeno, está o fato de que a população pertencente ao vazio assistencial não possui equipe de referência, e busca nos atendimentos com o Nasf-AB uma forma de acesso aos serviços da Atenção Básica. Outra explicação possível é a de que a função do Nasf-AB, enquanto mecanismo de ampliação do cuidado, principalmente a partir do apoio matricial, ainda não foi integralmente incorporada no trabalho das equipes de Atenção Básica, sendo assim, “não é incomum encontrar equipes Nasf-AB funcionando como ambulatórios de especialidades” (OLIVEIRA et al., 2017, pág. 296).

De acordo com Reis et. al. (2016), as equipes de saúde também têm dificuldades em incorporar as diretrizes do trabalho na Atenção Básica, voltadas para o cuidado integral, longitudinal e com base no território,

“[...] seja por sobrecarga de trabalho, por falta de capacitação para o diagnóstico e planejamento, seja pela incompreensão do gestor sobre o processo de trabalho no âmbito da ESF, exigindo dos profissionais o cumprimento de agendas ambulatoriais de atendimento.” (ibid. pág. 6)

Nesse sentido, compreende-se que as equipes de saúde, tendo essa lógica institucionalmente imposta em seus processos de trabalho, também são levadas a impô-la ao Nasf-AB. No contexto da UBS nº 12 da Ceilândia, isso pode ser percebido na atual dinâmica entre as equipes e o Nasf-AB, onde tem havido pouca disponibilidade para atividades de apoio matricial, tais como estudos de caso, reuniões e atendimentos conjuntos, dentre outras, e ocorre a reprodução da lógica de referência e contrarreferência, ou seja, os casos são encaminhados ao Nasf-AB, verbalmente ou por escrito, com mínima abertura para o compartilhamento de casos de forma integrada e efetiva. Compreende-se que essa lógica contraria o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e que sua desconstrução abrange uma gama enorme de ações, o que demanda tempo e disponibilidade, e tem sido discutido semanalmente nas reuniões da equipe Nasf-AB dessa UBS.

Enquanto essa mudança não ocorre, demandas espontâneas continuam sendo referenciadas ao Nasf-AB em grande quantidade, tendo, inclusive, um aumento significativo durante a pandemia de COVID-19, onde as equipes de saúde tiveram que se reorganizar para suprir as demandas de atendimento e testagem da população acometida pelo vírus e para promover sua vacinação, reduzindo a oferta de serviços comuns na Atenção Básica. Sendo assim, diante das necessidades de uma população vulnerável, e diante da necessidade de prestar assistência a ela, ainda que de forma transitória, o acolhimento de demandas espontâneas por esse Nasf-AB permanece.

Anteriormente, o acolhimento dessa demanda não programada acontecia sem sistematização prévia, ou seja, os profissionais que se encontrassem disponíveis no momento da chegada da demanda eram aqueles designados para atendê-la. Compreende-se que essa forma de organização, ou a falta dela, acarretava em inconstâncias no que se refere ao acolhimento, na medida em que determinadas categorias profissionais são mais requisitadas pela população para essa função do que outras, como o Serviço Social, por exemplo, comprometendo a ampliação da rede de cuidados dos usuários, a agenda das profissionais e a rotina institucional.

A partir de uma sugestão da nutricionista residente do PRMAB da Fiocruz inserida nesse serviço, iniciou-se, em fevereiro de 2021, a organização e sistematização do acolhimento à demanda espontânea (ou não programada) pela equipe Nasf-AB, com a criação de escalas,

onde um ou mais profissionais são alocados para o acolhimento, nos turnos matutino e vespertino, além da criação de uma tabela para o registro de dados dos usuários acolhidos, da discussão semanal dos casos acolhidos por esses profissionais e da discussão mensal sobre os dados coletados no mês anterior. Os profissionais escalados atendem tanto à população que chega espontaneamente ao serviço quanto às equipes de ESF que solicitam intervenção em algum caso.

Nesse sentido, compreende-se que se possibilitou que fossem melhor organizados os processos de trabalho pela equipe, assim como pôde promover reflexões mais complexas sobre a forma de funcionamento da UBS e, conseqüentemente, desse Nasf-AB, as características das demandas acolhidas, além de instrumentalizar o Nasf-AB para a construção de intervenções junto à ESF.

2.3 – O acolhimento como tecnologia de cuidado em saúde

Em seu Caderno de Atenção Básica nº 28 (BRASIL, 2013a), o Ministério da Saúde define o acolhimento como atitude e tecnologia de cuidado, mecanismo de ampliação do acesso e dispositivo de reorganização do processo de trabalho das equipes, devendo abranger todo o universo de serviços que constituem a Atenção Básica. (ibid., pág. 38). Ressalta ainda que a Atenção Básica, enquanto uma das principais portas de entrada para o sistema público de saúde, deve ser capaz de dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos, utilizando diversos tipos de tecnologias, e intervindo sobre elas de forma resolutiva e abrangente.

Segundo Merhy (2014), o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, marcado não apenas por equipamentos e máquinas, mas principalmente por saberes constituídos para a produção de produtos singulares e para organizar as ações humanas nos processos produtivos. Ele classifica essas tecnologias como leves, que são tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão dos processos de trabalho; leve-duras, que são saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, por exemplo; e as tecnologias duras, que são equipamentos tecnológicos como máquinas, normas e estruturas organizacionais.

O acolhimento tem predominância das tecnologias leves, baseadas “nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos e nas formas de sensibilidade do trabalhador” (BRASIL, 2013a, pág. 22). Considera-se os plantões de acolhimento do Nasf-AB

como uma tecnologia inovadora de cuidado dentro da UBS, viabilizando melhor fluidez nos processos de trabalho, promovendo o trabalho interdisciplinar, permitindo que todas as categorias profissionais estejam aptas a atender demandas comuns a todo o Nasf-AB e estabelecendo melhores vínculos entre usuários e profissionais.

O fluxograma da figura 3 descreve como esses plantões de acolhimento têm ocorrido:

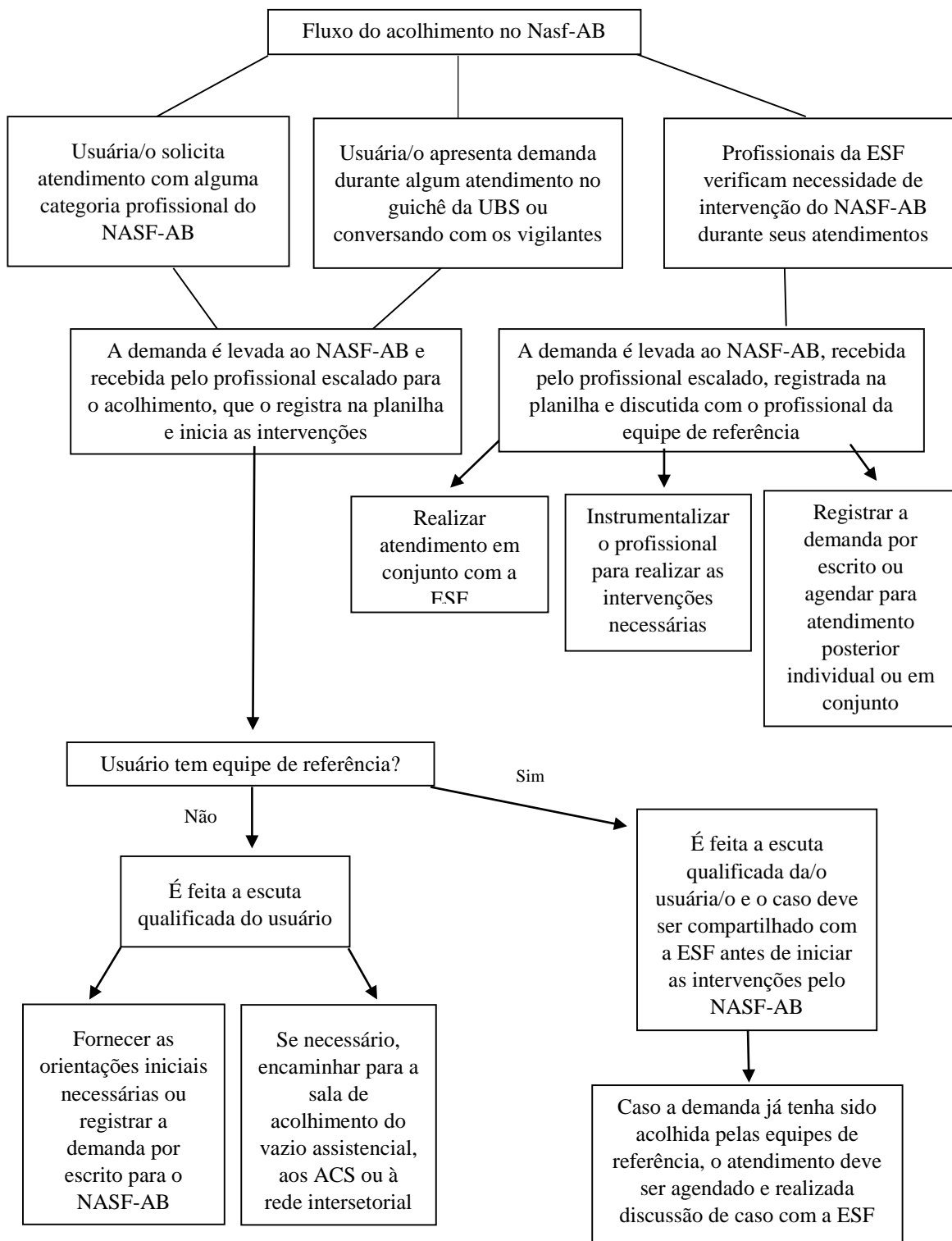


Figura 3 – Fluxo do acolhimento (Fonte: autores)

Considerou-se como demandas espontâneas tanto aquelas apresentadas diretamente pelos usuários, sem mediação da ESF, quanto aquelas apresentadas pelas equipes, tendo em vista que todas são demandas não programadas na agenda dos profissionais do Nasf-AB, exigindo disponibilidade para acolhê-las. A Figura 3 demonstra que quando os usuários procuram diretamente o Nasf-AB ou apresentam sua demanda durante atendimento no guichê, farmácia, ou à equipe de vigilância, convoca-se o Nasf-AB, e o profissional responsável pelo acolhimento realiza a escuta qualificada dessas demandas e a coleta dos dados dos usuários em uma planilha. Caso o usuário possua equipe de referência, a orientação principal é a de que a demanda deve ser compartilhada com ela, e, preferencialmente, que o usuário seja orientado a procurar primeiramente sua equipe de saúde, que deverá discutir o caso com o Nasf-AB posteriormente.

Em situações onde a pessoa reside na área de vazio assistencial, é realizada a escuta qualificada, fornecidas as orientações pertinentes e, se necessário, é feito agendamento para alguma especialidade do Nasf-AB ou para o próprio profissional que realizou o acolhimento. Em casos onde seja constatada a necessidade de intervenção médica ou de enfermagem imediata, o usuário é encaminhado para a sala de acolhimento do vazio assistencial para atendimento de demandas agudas. Há ainda o encaminhamento aos ACS para agendamento de consulta médica ou de enfermagem em casos de demandas não agudas, ou à rede intersetorial.

Nos casos em que a demanda é trazida por profissionais da ESF, a pessoa responsável pelo plantão do acolhimento discute o caso com esses profissionais e poderá instrumentalizá-los para realizar as intervenções necessárias; realizar atendimento em conjunto com esses profissionais; e, caso não seja possível, agendar atendimento com algum profissional do Nasf-AB ou registrar a demanda por escrito para discussão e intervenção posterior, o que pode incluir atendimentos individuais, em conjunto com a ESF, visitas domiciliares e articulação com a rede intersetorial.

Conforme explicitado, os dados coletados em planilhas durante os plantões de acolhimento são discutidos mensalmente, durante as reuniões da equipe Nasf-AB dessa UBS. Nota-se que essas discussões são importantes para a compreensão dos impactos do acolhimento nos processos de trabalho do Nasf-AB, das principais demandas apresentadas e seus desfechos. Este estudo parte da compreensão do acolhimento enquanto uma tecnologia de cuidado em saúde, ou seja, apesar da realidade institucional apresentada, onde o Nasf-AB é levado a exacerbar sua capacidade operacional e seus processos de trabalho para atender a essas demandas, e baseado majoritariamente em tecnologias leves e leve-duras, compreende-se que

o acolhimento realizado por esse Nasf-AB constitui-se enquanto um mecanismo de ampliação do acesso e dispositivo de reorganização do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2010), a partir da produção de vínculo, acolhimento e da gestão dos processos de trabalho (MERHY, 2014).

Capítulo 3 – Sistematização de dados coletados nos meses de abril, maio e junho de 2021

Este capítulo apresenta a sistematização e análise dos dados de 246 acolhimentos realizados durante os meses de abril, maio e junho de 2021, que foram coletados em formulário criado na plataforma *Google Forms*, onde foram identificadas 445 demandas.

3.1 - Perfil da população acolhida no período

No período analisado foram realizados 246 acolhimentos de demandas não-programadas, ou seja, aquelas que não foram previamente agendadas pela equipe Nasf-AB. No mês de junho foi registrada a quantidade mais significativa de acolhimentos (43%), seguido pelo mês de maio (29%) e abril (28%). O gráfico 1 ilustra esses dados:

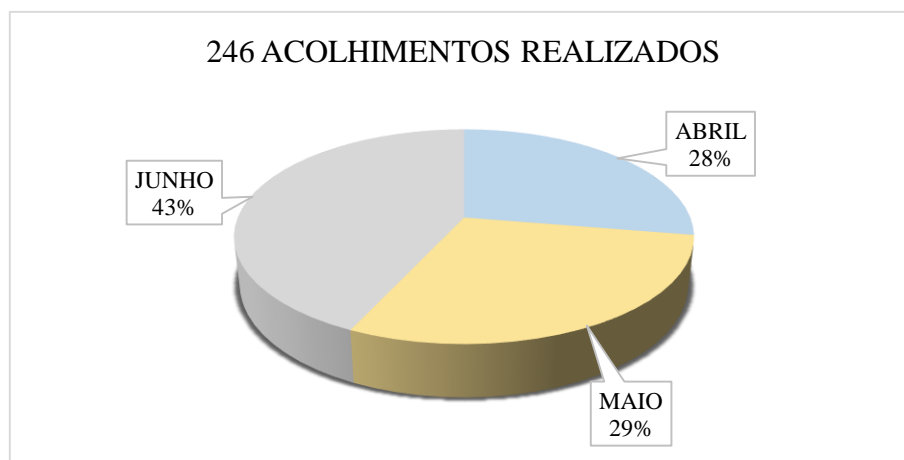


Gráfico 1 - Quantidade de acolhimentos (Fonte: autores)

3.2 - Turno dos acolhimentos

O gráfico 2 demonstra em quais turnos (manhã ou tarde) foram realizados os acolhimentos no período observado:

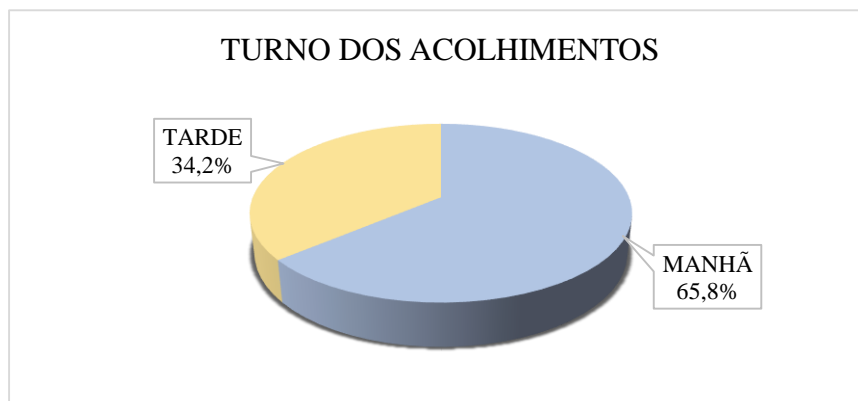


Gráfico 2 – Turnos (Fonte: autores)

Com relação ao turno dos plantões de acolhimento, 65,8% foram realizados no período da manhã e 34,2% foram realizados no período da tarde, indicando que a procura por serviços na UBS é mais expressiva no período da manhã.

3.3 - Raça/cor da população atendida

O gráfico 3 demonstra os dados relativos à raça/cor da população acolhida:

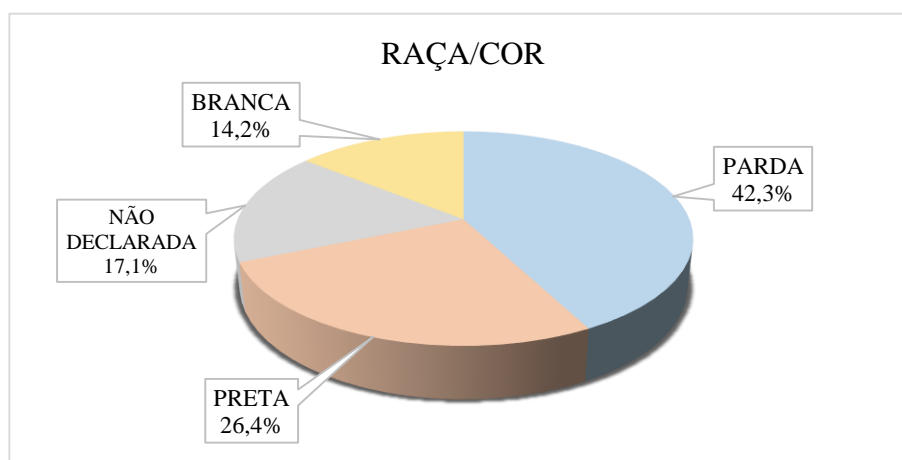


Gráfico 3 - Raça/cor (Fonte: autores)

De acordo com a portaria nº 344/17 do Ministério da Saúde, a coleta de dados sobre a raça/cor dos usuários do SUS é obrigatória. Ressalta-se que a orientação para todos os profissionais do Nasf-AB é a de que esse dado seja coletado seguindo critérios de autoidentificação, ou seja, a pessoa acolhida deve declarar com qual raça/cor se identifica, tendo sido oferecidas as mesmas opções das pesquisas do IBGE (preto, pardo, branco, indígena ou amarelo), no entanto, foi feita uma adaptação da categoria “amarela” para “asiática”, visando esclarecer à população e profissionais que essa categoria abarca pessoas de origem ou descendência asiática.

Quanto ao quesito raça/cor, 42,3% se declararam pardos, 26,4% se declararam pretos, 14,2% se declararam brancos e em 17,1% dos acolhimentos esses dados não foram registrados, seja porque os usuários preferiram não declarar essa informação ou porque os profissionais que os atenderam não registraram esse dado. Não houveram pessoas que se identificaram como indígenas ou asiáticas no período.

Segundo Osório (2003, pág. 23), pesquisas que utilizam os critérios de raça e cor para determinar os perfis populacionais costumeiramente agregam as categorias “preto” e “pardo” em um mesmo grupo, denominado “negro”. Para ele, essa agregação se justifica duplamente, pois estudos com base em evidências empíricas mais sólidas demonstraram haver nenhuma ou pouca diferença entre os grupos de pretos e pardos em qualquer indicador de situação ou posição social. Além disso, ele afirma que as discriminações, potenciais ou efetivas, sofridas por ambos os grupos, são da mesma natureza, ou seja, é pela sua parcela preta que os pardos são discriminados. Nesse sentido, considera-se que a grande maioria dos acolhimentos realizados no período informado (68,4%) foi de pessoas negras.

3.4 – Gênero

O gráfico 4 sintetiza a coleta de dados sobre o gênero dos usuários:

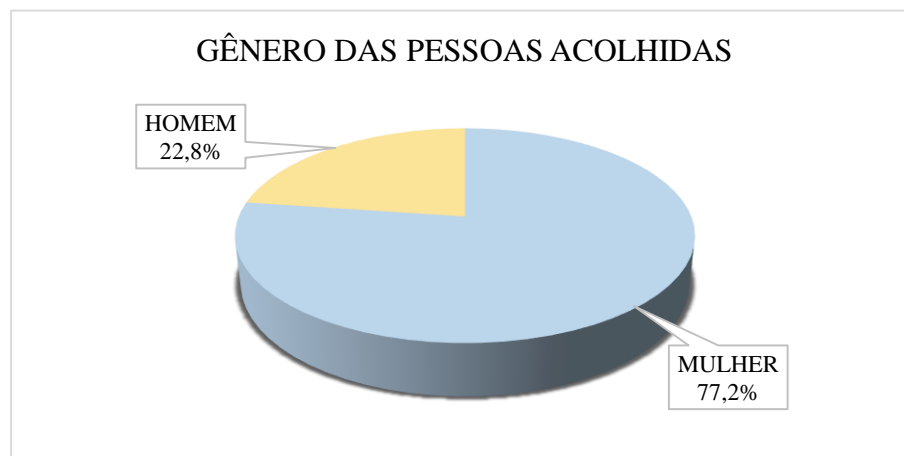


Gráfico 4 – Gênero (Fonte: autores)

Quanto ao gênero, 77,2% das pessoas acolhidas eram mulheres e 22,8% eram homens. Importante ressaltar que a definição de gênero das pessoas acolhidas foi feita a partir da heteroidentificação, ou seja, os profissionais do Nasf-AB o definiram a partir de sua própria percepção ou do nome da pessoa acolhida. Esse dado revela o que outras pesquisas nacionais em saúde já indicam, sobre a maior procura das mulheres por serviços de saúde. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), 17,3 milhões de pessoas de 18 anos ou mais

procuram algum serviço da APS, e dessas 69,9% eram mulheres. Ressalta-se que foram inseridas também outras opções de gênero (homem transexual, mulher transexual e pessoa não-binária), mas nenhum usuário se identificou dessa forma.

3.5 - Equipe de referência

O gráfico 5 demonstra as equipes às quais os usuários acolhidos pertencem, levando em consideração também aqueles que não possuem equipe de referência ou que são oriundos de outras UBS:

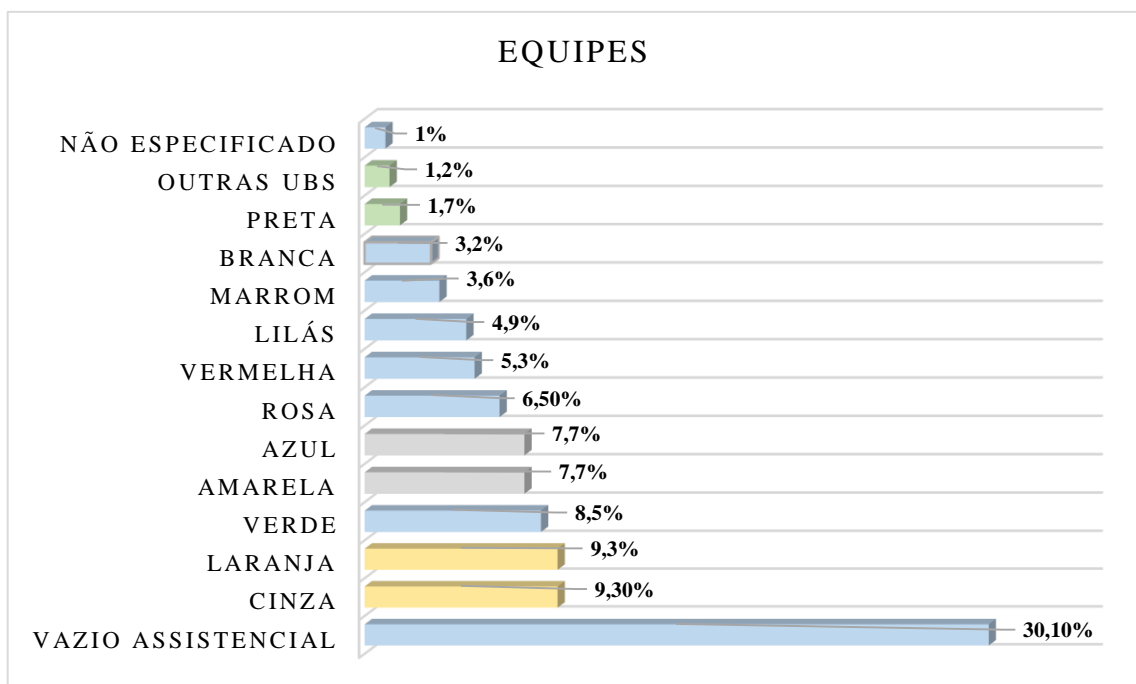


Gráfico 5 – Equipes (Fonte: autores)

Identificou-se que 30,1% dos usuários pertencem ao vazio assistencial, ou seja, são pessoas que são atendidas pela UBS, mas não possuem equipe de referência e em 1% dos acolhimentos a equipe não foi registrada nas planilhas. Quanto às pessoas acolhidas pertencentes a alguma equipe:

- 9,3% pertenciam à equipe cinza;
- 9,3% pertenciam à equipe laranja, que até setembro de 2021 não contava com profissional de enfermagem;
- 8,5% pertenciam à equipe verde;
- 7,7% pertenciam à equipe amarela;

- 7,7% pertenciam à equipe azul, que até a conclusão deste estudo não contava com profissional de medicina;
- 6,5% pertenciam à equipe rosa, que até conclusão deste estudo não contava com profissionais de medicina, enfermagem e agente comunitário de saúde;
- 5,3% pertenciam à equipe vermelha;
- 4,9% pertenciam à equipe lilás;
- 3,6% pertenciam à equipe marrom;
- 3,2% pertenciam à equipe branca;
- 1,6% pertenciam à equipe preta.

Além disso, é importante notar que 1,2% dos acolhimentos registrados referem-se a pessoas que residem em áreas de abrangência de outras UBS, o que indica uma falta de vínculo dos usuários com as unidades de saúde mais próximas de sua residência. Deste modo, 67,6% dos usuários acolhidos estão vinculados a alguma equipe de saúde e, apesar de ser uma quantia expressiva, chama atenção a grande quantidade de usuários pertencentes à categoria “vazio assistencial” (30,1%) e também os usuários pertencentes a equipes desconstituídas, ou seja, aquelas que não possuem o quadro completo de profissionais de ESF (23,5%).

Essa constatação contraria os princípios e diretrizes fundamentais da Atenção Básica, da longitudinalidade e a integralidade do cuidado, tendo em vista que, segundo a portaria nº 2.436/17 do Ministério da Saúde, a longitudinalidade pressupõe a continuidade da relação de cuidado, construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários e a integralidade é o conjunto de serviços executados pelas equipes de saúde que atendem à população, a partir do reconhecimento adequado de suas necessidades. Sem uma equipe definida ou fazendo parte de equipes desconstituídas, esse processo de cuidado contínuo e integral é prejudicado.

3.6 - Idade

Visando classificar a média de idade da população atendida durante os plantões de acolhimento, foi utilizada a pirâmide etária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), conforme demonstrado no gráfico 6:

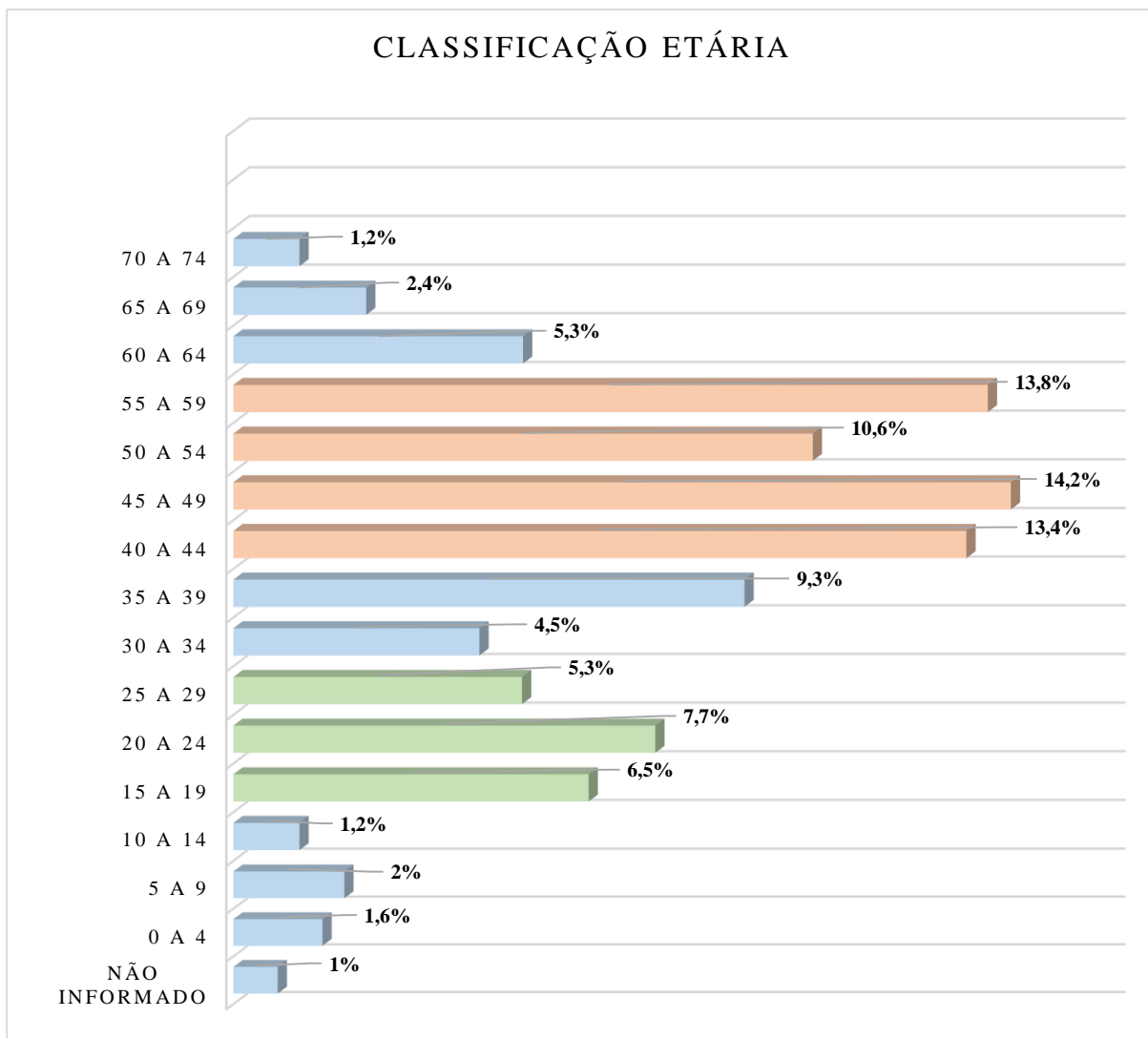


Gráfico 6 – Idade (Fonte: autores)

Segundo demonstrado, as faixas etárias predominantes nos plantões de acolhimento referem-se à população que possui entre 40 e 59 anos de idade (52%), tendo destaque a população que possui entre 45 a 49 anos (14,2%), 55 a 59 anos (13,8%), 40 a 44 anos (13,4%) e 50 a 54 anos (10,6%). A população jovem, com idade entre 15 e 29 anos correspondeu a 19,5% dos acolhimentos. Ressalta-se ainda que, em 1% dos registros do período, a idade dos usuários acolhidos não foi registrada. Ademais, é importante destacar que as demandas de usuários acolhidos com idades entre 0 e 14 anos (4,9%) foram trazidas por pais e/ou responsáveis por esse público.

3.7 – Características das demandas apresentadas

Nesta seção serão apresentadas as principais características das demandas recebidas nos plantões de acolhimento.

3.7.1 – Origem

O gráfico 7 revela qual a origem das demandas recebidas, considerando tanto as demandas vindas da rede intersetorial, quanto aquelas vindas das equipes de Saúde da Família e as espontâneas:

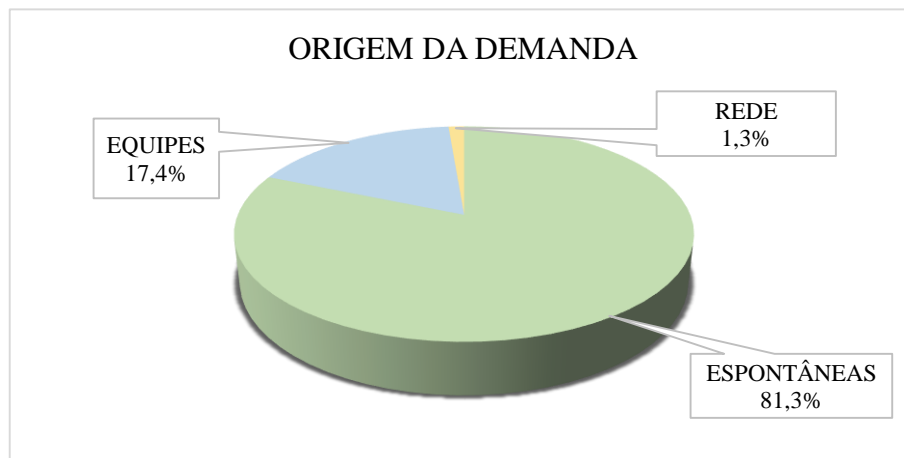


Gráfico 7 - Origem da demanda (Fonte: autores)

Das demandas acolhidas pelo Nasf-AB durante os plantões de acolhimento 81,3% foram espontâneas, ou seja, não tiveram mediação das equipes de Saúde da Família, 17,4% foram compartilhadas com o Nasf-AB pelas equipes e 1,3% encaminhadas por outro serviço da rede, como Instituto de Saúde Mental (ISM), o Hospital Regional da Ceilândia (HRC) e Hospital São Vicente de Paulo (HSVP).

A grande quantidade de demandas espontâneas chama atenção para duas problemáticas importantes: a dificuldade de acesso da população às equipes de ESF e a falta de discussão e compartilhamento de casos entre o Nasf-AB e as equipes. Percebe-se que existem lacunas em relação ao apoio matricial, que deveria orientar o trabalho do Nasf-AB e, segundo Santos et. al. (2017, pg. 695-696), existem muitas resistências e dificuldades relacionadas à execução desse modelo de trabalho. No caso dessa UBS, por exemplo, percebe-se que essas dificuldades se traduzem na busca direta da população por esses serviços e profissionais, sem a mediação das equipes de saúde, resultando em quantidades significativas de demanda espontânea ao Nasf-AB. Ademais, conforme previamente mencionado, no contexto da pandemia ocasionada por COVID-19, as ações das equipes de saúde das UBS do DF voltaram-se para o atendimento de

casos relacionados às infecções pelo vírus, reduzindo a oferta de serviços, o que também pode explicar a busca direta desses usuários que, não tendo acesso às equipes, compreendem o Nasf-AB enquanto uma via de acesso.

3.7.2 – Desfecho

O gráfico 8 demonstra o desfecho das demandas após seu acolhimento:

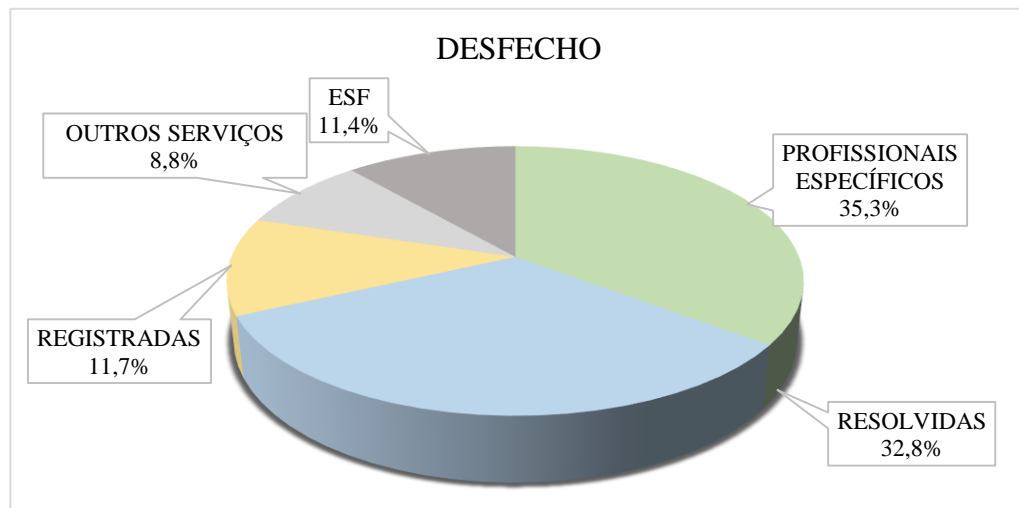


Gráfico 8 – Desfecho (Fonte: autores)

Das demandas recebidas, 35,3% foram repassadas para algum profissional específico do Nasf-AB por se tratarem de demandas específicas de determinada categoria profissional ou de usuário já acompanhado por profissional específico; 11,7% das demandas acolhidas foram registradas por escrito e depositadas em escaninhos de demanda específica de cada categoria profissional, para que fosse feita alguma intervenção posterior; 8,8% das demandas foram encaminhadas para outros serviços da rede intersetorial, tendo em vista que ultrapassaram as possibilidades de atuação do Nasf-AB; e 11,4% foram repassadas para as equipes de Saúde da Família, por se tratarem de atendimentos específicos dessas equipes.

De acordo com o Caderno nº 27 de Atenção Básica (BRASIL, 2010), a resolutividade é um pressuposto fundamental do trabalho na Atenção Básica, sendo assim, “quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente precisa estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência” (ibid., pág. 67). Ressalta-se que 32,8% das demandas foram resolvidas no acolhimento, ou seja, com as informações e encaminhamentos fornecidos, não foi necessário que o caso fosse repassado a nenhum outro profissional ou serviço, o que indica um nível importante de resolutividade do acolhimento frente às demandas apresentadas que, embora não

seja tão significativo quanto as demandas que permaneceram no Nasf-AB (demandas registradas nos escaninhos e demandas repassadas para profissionais específicos do Nasf-AB), que somam 47%, demonstra a capacidade de resolutividade dos plantões de acolhimento.

3.7.3 – Encaminhamentos para a rede intersetorial

De acordo com Dias et. al. (2014, pág. 4372), a intersectorialidade representa um princípio da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, ao sinalizar como sua atribuição o desenvolvimento de ações intersectoriais, por meio de parcerias e recursos na comunidade, que possam potencializar suas ações e favorecer a integração de diversos atores sociais para a promoção da saúde. As autoras ressaltam, que a prática da intersectorialidade visa superar práticas fragmentadas, reconhecendo a complexidade da realidade sanitária, e que ela difere de práticas multisectoriais, onde há apenas a presença de vários setores dedicando-se à resolução de um problema a partir de uma soma de esforços, mas sem sinergia.

O gráfico 9 demonstra quais os principais encaminhamentos feitos durante o período analisado:

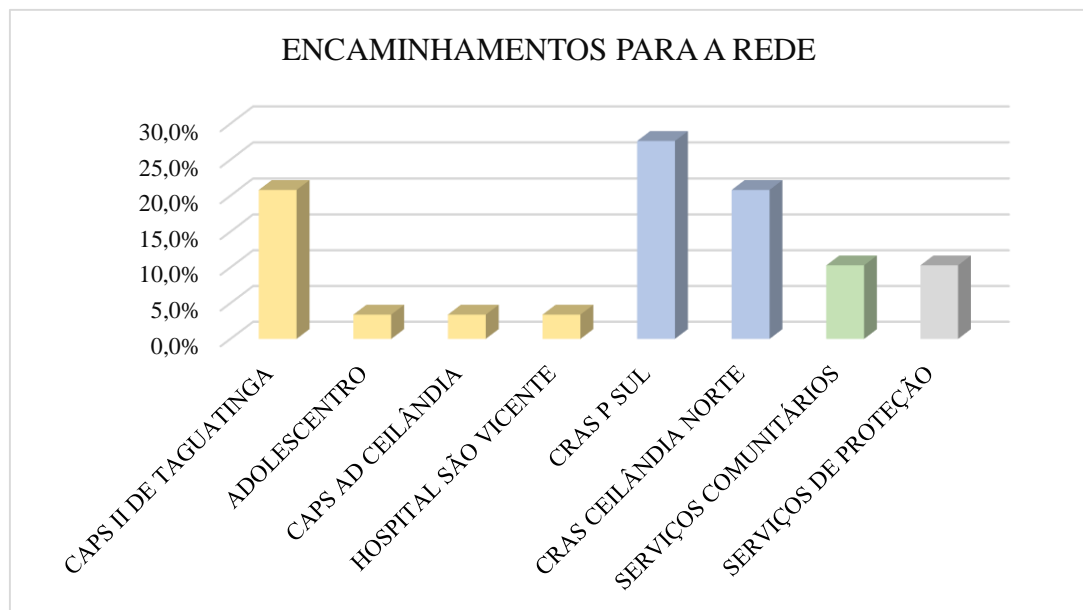


Gráfico 9 – Encaminhamentos (Fonte: autores)

Das demandas encaminhadas e/ou compartilhadas com outros serviços da rede intersectorial, 27,6% foram para serviços de saúde mental como o Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga (20,8%), Adolescentro (3,4%), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III de Ceilândia (3,4%) e Hospital São Vicente de Paulo, ou HSVP (3,4%). As demandas relacionadas à Política Nacional de Assistência Social somam 48,4%,

sendo que 27,6% foram para o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CRAS) do P Sul (que atende também a região do Sol Nascente/Pôr do Sol) e 20,8% para o CRAS da Ceilândia Norte.

Além disso, 10,3% das demandas foram encaminhadas para recursos comunitários (clínicas-escolas que oferecem atendimento psicológico de baixo custo e instituições que fazem doação de enxovais para gestantes), e 10,3% foram encaminhadas para serviços de proteção, compreendidos como instituições que atuam na proteção dos direitos de públicos específicos, como crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência. Nos dados analisados, os encaminhamentos a esses serviços foram feitos ao Conselho Tutelar e à Casa da Mulher Brasileira.

Segundo o que foi exposto, as demandas deveriam ser compartilhadas, em um processo de reciprocidade e sinergia em relação às intervenções, e não encaminhadas, no entanto, a coleta de dados não permitiu diferir em quais demandas foram realizadas práticas intersetoriais e em quais foram realizadas práticas multissetoriais.

3.8 - Tipos de demandas

Esta categoria' revela o tipo de serviço procurado pelos usuários no momento do acolhimento. Elas foram separadas de acordo com seu conteúdo em 10 categorias, sendo elas: “demandas para categorias profissionais específicas”, no qual foi utilizado o Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2010) e realizada discussão com os profissionais de cada categoria para agrupar as principais demandas; “demandas comuns ao Nasf-AB”, “saúde mental”, “violência”, “gestantes/puérperas e lactantes” e “acesso às equipes”. É importante ressaltar que nesta seção, foi possível marcar mais de um tipo de opção no formulário, tendo em vista que os acolhimentos comportaram múltiplas demandas. Nesse sentido, embora tenham sido feitos 246 acolhimentos, foram apresentadas 445 demandas nos plantões de acolhimento do período.

3.8.1 – Demandas para categorias profissionais específicas

A categoria “demandas para categorias profissionais específicas” revela quais acolhimentos estiveram direcionados para as profissões que fazem parte do Nasf-AB da UBS nº 12 da Ceilândia, sendo apresentados a partir da categoria com o menor número de demandas até aquela com o maior número. De todos os acolhimentos recebidos, 2,9% foram direcionados à Terapia Ocupacional, 4,3% à Fisioterapia, 8,5% à Nutrição, 12,4% à Psicologia e 46,1% ao

Serviço Social. O gráfico 10 demonstra as principais demandas direcionadas para a Terapia Ocupacional:

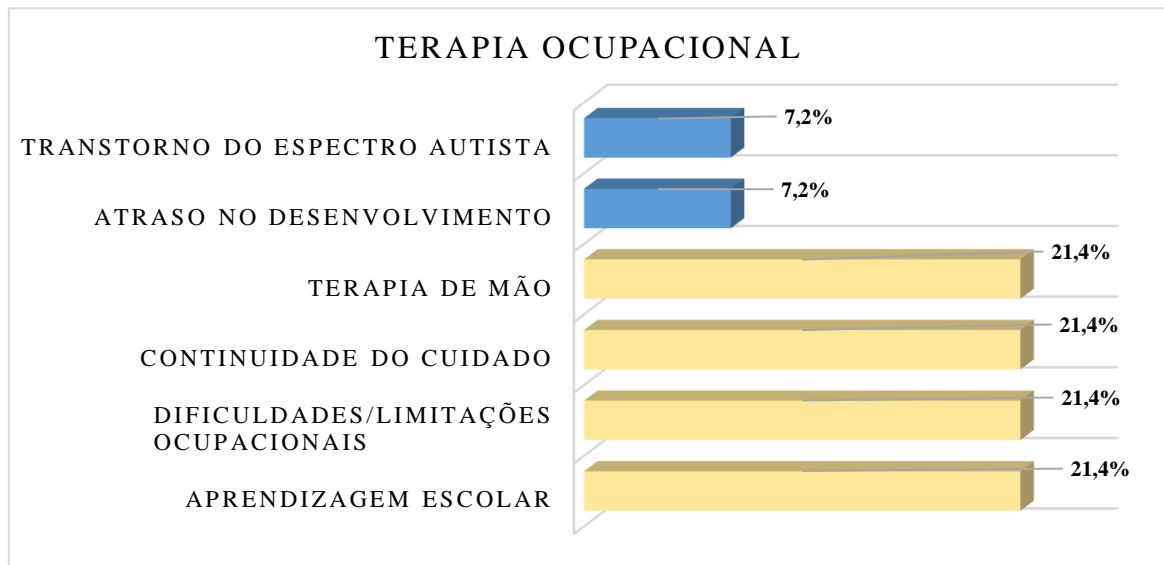


Gráfico 10 – Terapia Ocupacional (Fonte: autores)

É papel do Nasf-AB, especialmente mediado pela atuação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, atuar na reabilitação dos usuários das UBS e, segundo o Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2010), também é fundamental a atuação preventiva sobre os “fatores causadores de deficiências [...] e quando já instalada uma incapacidade funcional ou deficiência, será preciso também conhecer a prevalência nas comunidades, mapeando e analisando os casos existentes” (BRASIL, 2010, pág. 51).

Para Nunes (2009), a Terapia Ocupacional, em sua atuação na APS, tem como prioridade os contextos de vida dos indivíduos assistidos, por meio do desenvolvimento de ações na comunidade, domicílio e nos dispositivos comunitários e sociais, colaborando assim para a ampliação da promoção de saúde além dos limites físicos e institucionais. No entanto, diante do cenário proporcionado pela pandemia, essa atuação está ainda limitada a intervenções individuais, realizadas dentro da própria UBS.

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional recebeu 2,9% das demandas apresentadas nos plantões de acolhimento, sendo elas: dificuldade de aprendizagem escolar (21,4%); dificuldades ou limitações ocupacionais (21,4%), que são dificuldades em realizar as atividades de vida diária (AVDs); continuidade do cuidado (21,4%); terapia para dor crônica na mão (21,4%); atraso no desenvolvimento infantil (7,2%); e necessidades relacionadas ao transtorno do espectro autista (7,2%).

O gráfico 11, a seguir, demonstra as demandas da Fisioterapia:

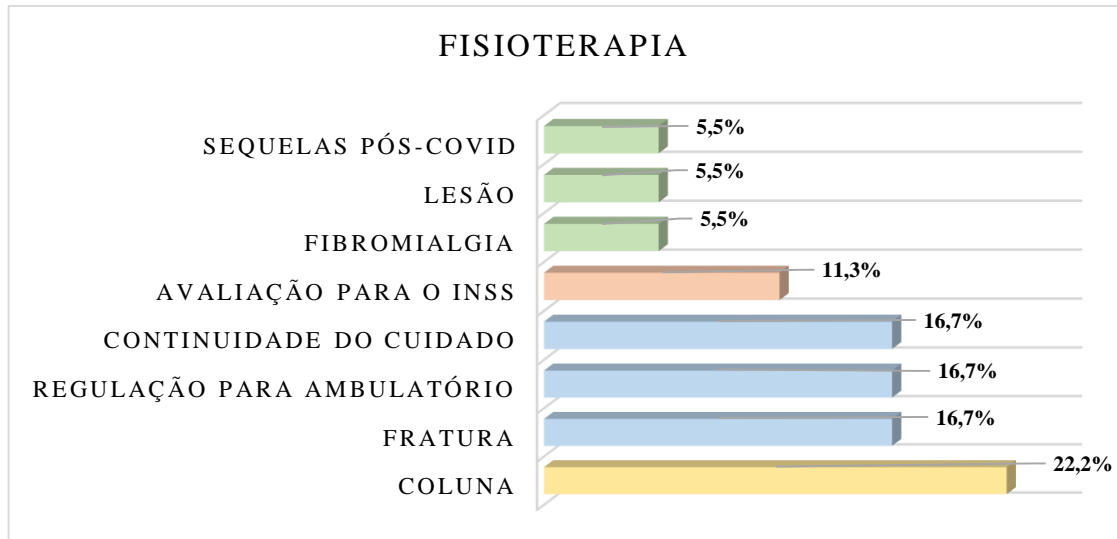


Gráfico 11 – Fisioterapia (Fonte: autores)

Dentre os acolhimentos realizados durante os meses selecionados, 4,3% deles estiveram relacionados à Fisioterapia. Destes, 22,1% se referem à procura de tratamento para dores na região da coluna; 16,7% foram relacionados a casos de fraturas, que são de competência da Atenção Secundária e Terciária, devido à falta de espaço e equipamentos necessários para esse tipo de intervenção na UBS; 16,7% referiram-se a solicitações de regulação para ambulatório (pessoas que apresentaram encaminhamento para atendimentos ambulatoriais e precisam ser inseridas na regulação); e 16,7% foram solicitações para continuidade do cuidado, ou seja, pessoas acolhidas que solicitaram agendamento ou remarcação de atendimento com profissional específico da Fisioterapia. Além disso, 11,3% das pessoas acolhidas procuraram avaliação fisioterapêutica para relatório previdenciário; e as categorias fibromialgia, lesão, dor crônica na mão e sequelas pós-COVID corresponderam a 5,5% dos acolhimentos, respectivamente.

De acordo com Maia et. al. (2015, pág. 111), os fisioterapeutas têm uma formação clínica generalista, estando habilitados ao atendimento em diversos níveis de atenção em saúde, no entanto, a inserção do fisioterapeuta na APS é um processo que ainda está em construção. Isso se deve principalmente às origens da profissão, que estão relacionadas a um perfil essencialmente reabilitador do fisioterapeuta, o que pode ser observado nas demandas apresentadas acima, tendo em vista que, exceto pela categoria “avaliação para o INSS”, todas as demandas estão relacionadas à reabilitação. Os autores ressaltam que, no entanto, a formação universitária não limita esses profissionais à recuperação, reabilitação ou minimização de comprometimentos provocados, mas “o capacita também a avaliar, prevenir e trabalhar em promoção à saúde” (ibid., pág. 111).

Embora as atuações do fisioterapeuta ainda estejam concentradas na reabilitação de pacientes, em equipes de saúde da APS, também é competência do fisioterapeuta desenvolver práticas interdisciplinares de prevenção, promoção e manutenção da saúde, com evidência na atuação de forma coletiva.

No gráfico 12 serão apresentadas as demandas para a Nutrição:

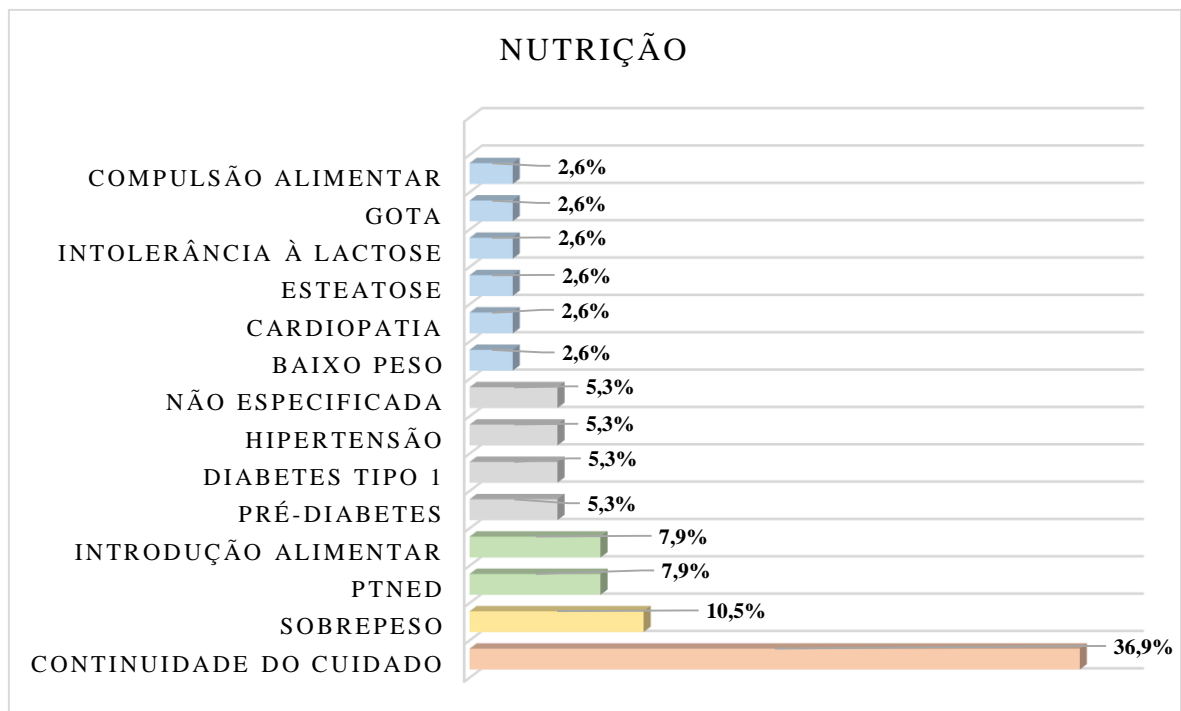


Gráfico 12 – Nutrição (Fonte: autores)

Segundo a “Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica” (BRASIL, 2009, pág. 14), as ações sob responsabilidade de nutricionistas na APS estão relacionadas ao acompanhamento da alimentação e nutrição em todas as fases do ciclo da vida, ações educativas e orientações voltadas para a prevenção de deficiências de micronutrientes, desnutrição, obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), visando à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e à promoção de alimentação saudável.

As demandas da Nutrição corresponderam a 8,5% dos acolhimentos realizados e os dados revelaram que a maior procura dos usuários foi em busca de continuidade no acompanhamento (36,9%). Compreende-se neste estudo que a grande procura por continuidade nos atendimentos da Nutrição relaciona-se com o atributo da longitudinalidade do cuidado, tendo em vista que ele consiste no acompanhamento ao longo do tempo, na qual se estabelece uma relação de vínculo entre profissional e o usuário.

A segunda maior demanda está relacionada ao acompanhamento de DCNT relacionadas com a alimentação (hipertensão (5,3%), diabetes mellitus (5,3%), pré-diabetes (5,3%), excesso de peso (10,5%), cardiopatia (2,6%) e esteatose hepática (2,6%)), com 31,6% no total. A prevalência dessas queixas pode estar relacionada com aumento da obesidade e a evolução da dieta dos brasileiros, que nos últimos 30 anos mostra tendência na redução de consumo de alimentos tradicionais como arroz e feijão, e por outro lado, observa-se o excesso no consumo relativo aos açúcares, no baixo consumo de frutas e hortaliças e em dietas ricas em gorduras (BRASIL, 2009, pág. 69).

Além disso, 7,9% dos usuários procuraram orientações sobre introdução alimentar e 7,9% solicitaram atendimento para cadastro ou renovação no Programa de Terapia Nutrição Enteral Domiciliar (PTNED)¹. Ademais, 2,6% das demandas corresponderam, respectivamente a orientações sobre intolerância à lactose; compulsão alimentar; baixo peso; gota; e 5,3% corresponderam a demandas nutricionais não especificadas nos registros. Esta última categoria reúne registros coletados nas planilhas onde não foi especificado qual era o tipo de demanda apresentada pelo usuário.

O gráfico 13 abaixo demonstra as demandas para a Psicologia:

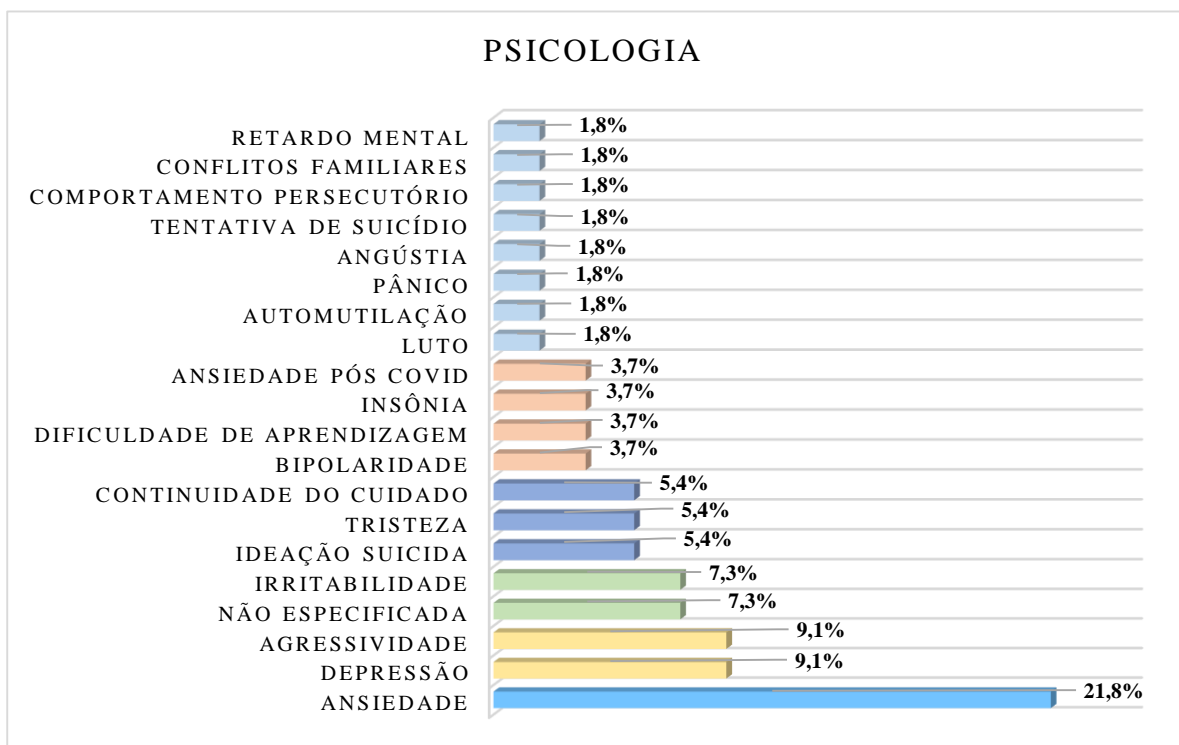


Gráfico 13 – Psicologia (Fonte: autores)

¹ O PTNED é um programa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) regulamentado pela portaria número 478/2017, e fornece fórmulas para fins especiais, que atendem pacientes com indicação de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNE) por sonda ou ostomias e casos específicos de suplementação oral.

As demandas relacionadas à Psicologia corresponderam a 12,4% dos acolhimentos. Embora as ações de saúde mental devam ser realizadas por todos os profissionais de saúde, as demandas desta categoria são aquelas que durante os plantões de acolhimento foram consideradas específicas da Psicologia e compartilhadas com essa categoria profissional. Dessas, 21,8% referiram-se à ansiedade; 9,1% à depressão; 9,1% à agressividade; 7,3% à irritabilidade; e 5,4% à ideação suicida, tristeza e continuidade do cuidado, respectivamente. Outras demandas menos expressivas referiram-se à bipolaridade, dificuldade de aprendizagem, insônia, e demanda de pessoa que desenvolveu crise de ansiedade após contrair COVID. Todas essas demandas corresponderam a 3,7% dos acolhimentos, cada.

Correia et. al. (2011, pág. 1504) revelam que o acolhimento e o vínculo na APS são eixos norteadores na assistência de pacientes em sofrimento psíquico, e que cerca de 56% das equipes de Saúde da Família referem ter realizado ações de saúde mental, o que as torna um importante recurso estratégico para o enfrentamento a esse agravo, sendo necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2010), um estudo da OMS, divulgado em 2001, avaliou os problemas psicológicos na Atenção Primária e encontrou com maior frequência a coexistência de depressão e ansiedade. Há ainda evidências apontando que os sintomas físicos sem explicação médica persistentes também podem estar associados a questões de saúde mental, devendo ser priorizadas as ações de saúde mental na APS.

Um estudo organizado por Noal et. al. (2020), analisando os impactos da pandemia para a saúde mental, revelou que as medidas de distanciamento social levaram a uma mudança brusca nas atividades do dia a dia, o que pode contribuir para o desencadeamento de reações e sintomas de estresse, ansiedade e depressão, conforme corroboram os dados apresentados neste estudo. Adicionalmente, o medo de ser acometido por uma doença potencialmente fatal, cuja causa e progressão ainda são pouco conhecidas, afeta o bem-estar psicológico das pessoas (ibid., pág. 115).

A seguir, o gráfico 14 demonstra as principais demandas para o Serviço Social:

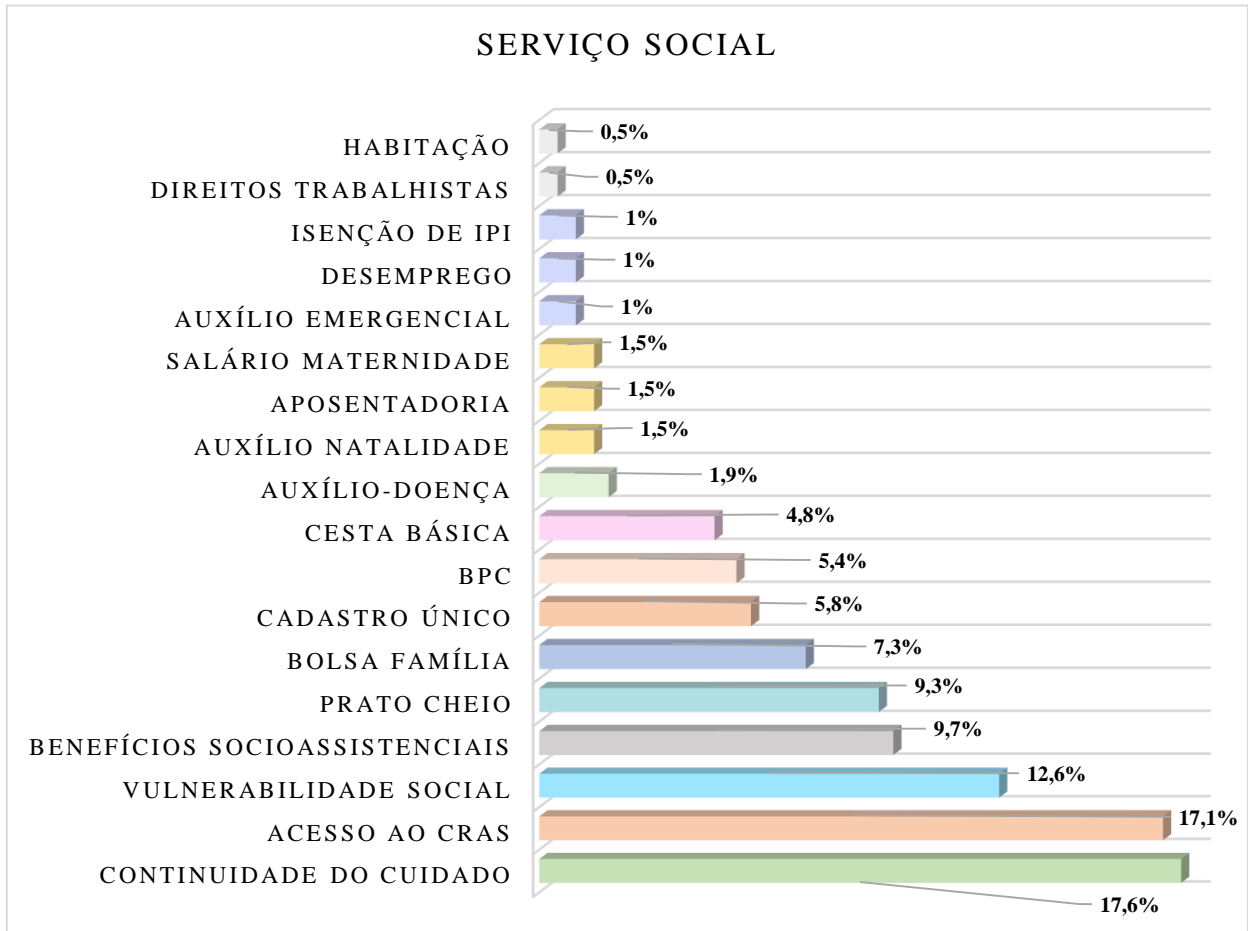


Gráfico 14 - Serviço Social (Fonte: autores)

A categoria Serviço Social englobou a quantidade mais expressiva das demandas apresentadas no acolhimento (46,1%). Destas, 73,5% referiram-se à Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que é a política de proteção social voltada a todos que dela necessitem, sem contribuição financeira prévia (BRASIL, 2004). Isso significa que a maior parte dos usuários acolhidos, em geral, buscaram atendimento do Serviço Social por se encontrarem em situação de grave vulnerabilidade social.

Nesse sentido, a demanda mais expressiva (17,1%) foi a de dificuldades de acesso aos Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CRAS), que são unidades públicas de assistência social destinadas ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social, e que durante a pandemia permaneceram fechados para o atendimento presencial ao público, limitando os atendimentos a ligações telefônicas, a partir de uma lista de espera nas quais os usuários se inscrevem. Atualmente os CRAS tem levado muitos meses para realizar os atendimentos aos usuários. Sendo assim a demanda dos CRAS, que já é alta, tendo em vista a vulnerabilidade social sofrida pela população da região oeste, em especial o Sol Nascente/Pôr do Sol, cresceu consideravelmente.

Segundo dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN, 2020), o Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal (IVS-DF) é de 0,34, considerado um grau médio de vulnerabilidade. Na Ceilândia, esse índice é de 0,38, também considerado médio, no entanto, o índice da região administrativa Sol Nascente/Pôr do Sol é de 0,60, considerado muito alto, ou seja, é uma população extremamente vulnerável socioeconomicamente.

Importante considerar também os efeitos da pandemia para a situação socioeconômica da população brasileira, tendo em vista que, segundo Quinzani (2020, pág. 45), desde a crise econômica iniciada em 2014 no Brasil, já se somaram cerca de 11,6 milhões de desempregados e 38 milhões trabalhando no setor informal, e com a pandemia, houve aumento de demissões e da informalidade. De acordo com dados divulgados por Neri (2021, pág. 7), em 2019, antes da pandemia, a média de pessoas com renda abaixo da linha da pobreza era de 11%, no entanto, no início de 2021, essa média subiu para 13%.

Compreende-se que, para além da alta vulnerabilidade já estabelecida, especialmente na região do Sol Nascente/Pôr do Sol, a pandemia também contribuiu para o aumento na procura da população por serviços da PNAS, e encontrando as portas desses serviços fechadas, recorreu ao Nasf-AB como forma de acesso, tendo em vista que os casos mais urgentes são acolhidos pelo Serviço Social do Nasf-AB, e é possível que seja feita articulação com os CRAS a partir de envio de relatórios via Sistema Eletrônico de Informações (SEI-GDF) e/ou contato telefônico para discussão e compartilhamento de casos. Sendo assim, compreende-se que o Nasf-AB tem funcionado também como porta de entrada para os serviços da Política Nacional de Assistência Social, especialmente neste período.

Destacaram-se ainda as demandas relacionadas a orientações sobre o Programa Prato Cheio² (9,3%); orientações e solicitações de acesso ao Programa Bolsa Família (7,3%) e ao Cadastro Único (5,8%); Benefício de Prestação Continuada (BPC)³, com 5,4%, solicitação de cesta básica (4,8%) e auxílio natalidade (1,5%).

² Programa instituído pelo Governo do Distrito Federal (GDF), voltado para famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional, pré-selecionadas pelos CRAS, onde são feitos pagamentos de 250,0 durante três meses.

³ Apesar do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ser concedido e administrado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), ele não é previdenciário, mas assistencial, instituído pela Lei Orgânica de Assistência Social (lei nº 8.742/93), e destina um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência ou com mais de 65 anos que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993). Sendo assim, para a sua concessão, os usuários necessitam de avaliação prévia das equipes dos CRAS.

As demandas relacionadas à Previdência Social corresponderam a 4,9% dos acolhimentos em Serviço Social, e foram relacionados a informações e solicitações de acesso ao auxílio-doença (1,9%), salário maternidade (1,5%) e aposentadoria (1,5%), voltados para contribuintes do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Importante esclarecer ainda que a categoria ‘habitação’ (0,5%) refere-se a dificuldades com o pagamento mensal de aluguel e orientações sobre os programas governamentais de habitação. As demandas por continuidade do cuidado corresponderam a 17,6% dos acolhimentos.

3.8.2 – Demandas comuns ao Nasf-AB

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2010, pág. 23), são atribuições comuns a toda a equipe Nasf-AB, dentre outras, atuar de forma integrada e planejada nas atividades desenvolvidas pela ESF; acolher os usuários e humanizar a atenção; e desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que integrem outras políticas públicas e sociais. Nesse sentido, as subcategorias apresentadas nesta seção referem-se a demandas comuns a toda a equipe Nasf-AB, tendo como base o referencial teórico mencionado e também as discussões realizadas durante as reuniões do Nasf-AB, onde puderam ser definidos neste estudo quais atendimentos são específicos de determinadas categorias e quais podem ser atendidos por qualquer profissional. As demandas comuns ao Nasf-AB corresponderam a 8,5% de todos os acolhimentos.

O gráfico 15 revela quais dessas demandas foram acolhidas:

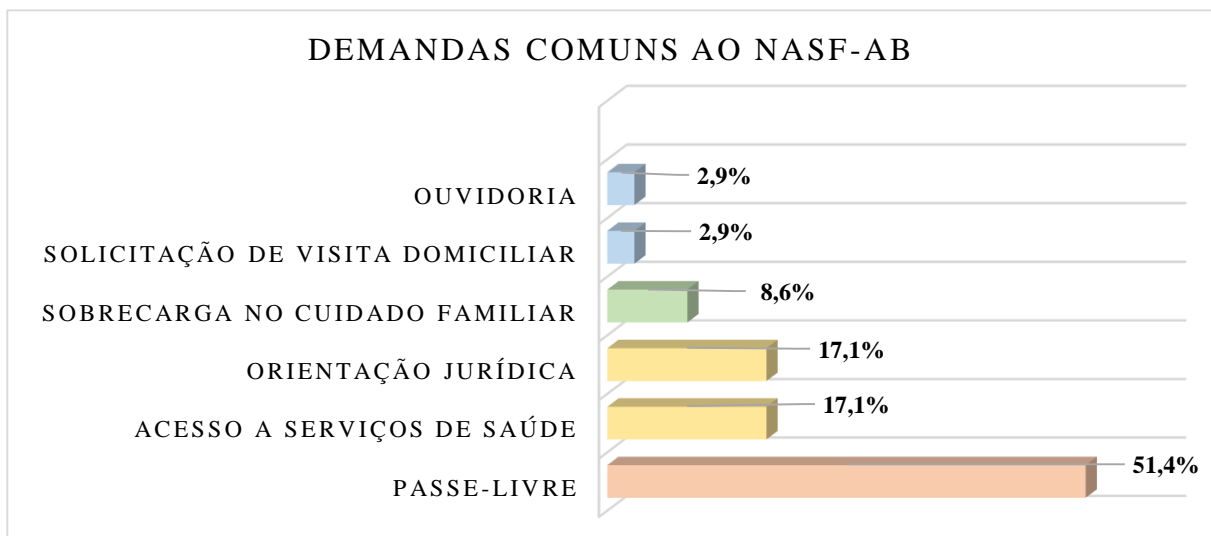


Gráfico 15 - Demandas comuns ao Nasf-AB (Fonte: autores)

As demandas comuns ao Nasf-AB corresponderam a 8,5% de todas as demandas apresentadas nos plantões de acolhimento. Dessas, a busca por informações e formulários para

acesso ao passe-livre especial e interestadual⁴, fornecido para pessoas com deficiência residentes no Distrito Federal teve maior relevância (51,4%). Essa subcategoria é comumente atribuída ao Serviço Social, no entanto, em discussões da equipe Nasf-AB, compreendeu-se que os usuários podem ser informados e receber os formulários de qualquer profissional de saúde, inclusive, pela ESF.

Além disso, é comum os usuários buscarem o Nasf-AB para coletar assinatura e carimbo de assistentes sociais no formulário do passe-livre interestadual, no entanto, conforme consta no próprio formulário, disponível no portal eletrônico do Ministério da Infraestrutura, atual responsável pela administração desse benefício, a assinatura precisa ser feita por dois profissionais, sendo um deles o médico especialista na área e o outro pode ser enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontologista ou terapeuta ocupacional, sendo assim, qualquer profissional de nível superior, tanto do Nasf-AB quanto da ESF pode realizar esse procedimento.

Outras demandas consideradas comuns ao Nasf-AB acolhidas no período referem-se a acesso aos serviços de saúde (17,1%), ou seja, usuários buscando encaminhamentos para outras instituições de saúde da rede; orientação jurídica (17,1%), como o acesso à Defensoria e Ministério Público; sobrecarga no cuidado familiar, que se refere a pessoas que buscaram intervenção da UBS para lidar com o cuidado de algum familiar adoecido (8,6%); solicitação de visita domiciliar (2,9%) e informações sobre acesso à Ouvidoria do GDF (2,9%).

3.8.3 – Saúde Mental

Nesta categoria foram reunidas as demandas relacionadas ao sofrimento psíquico da população acolhida, cuja intervenção não é exclusiva especificamente da Psicologia, tendo em vista que demandam compartilhamento de casos, inserção na rede de proteção social, articulação com serviços da rede intersetorial, dentre outras ações que podem, a princípio, ser feitas por qualquer profissional do Nasf-AB em conjunto com a ESF.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 34 (BRASIL, 2013b, pág. 19), o cuidado em saúde mental pela Atenção Básica é estratégico, sendo comum que profissionais de saúde se encontrem a todo momento com pacientes em sofrimento psíquico. Para o Ministério da Saúde, o acolhimento realizado nas unidades de saúde é um dispositivo para formação de vínculo e a prática de cuidado entre profissional e usuário, sendo possível oferecer um espaço de escuta e

⁴ O passe-livre especial (ou Bilhete Único Especial) é um benefício, que garante o transporte público para pessoas com deficiência que residem no DF e o passe-livre interestadual é um benefício que garante gratuidade a elas nas viagens interestaduais de ônibus, barco ou trem.

cuidado. Esses encontros oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território e criar recursos coletivos e individuais de cuidado. (ibid., pág. 24). O gráfico 16 sintetiza as demandas de saúde mental acolhidas:

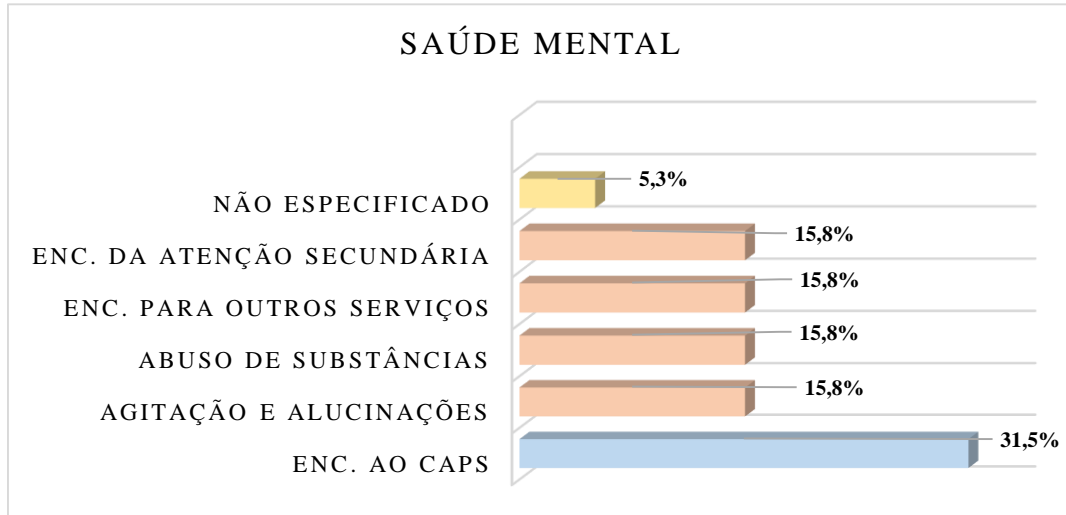


Gráfico 16 - Saúde mental (Fonte: autores)

As demandas de saúde mental acolhidas durante os plantões corresponderam a 4,3% de todos os acolhimentos realizados no período. Dessas, 31,5% referiram-se a solicitações de encaminhamento ao CAPS, seja pelos próprios usuários ou pela ESF, sendo que aqui não foram diferenciados os tipos de CAPS (I, II, III, álcool e outras drogas ou infanto-juvenil), tendo em vista que nos registros dos acolhimentos, no geral, não era feita essa diferenciação de maneira explícita; 15,8% referiram-se a usuários que apresentavam agitação psicomotora e/ou alucinações; 15,8% referiram-se a abuso de substâncias psicoativas; 15,8% foram solicitações de encaminhamento para outros serviços de saúde mental, como o Adolescente, Programa de Atenção à Violência (PAV), dentre outros; 15,8% eram usuários que já são acompanhados pela atenção secundária e foram encaminhados para acompanhamento em saúde mental na APS; e 5,3% foram demandas de saúde mental não especificadas.

3.8.4 – Violência

Pode-se observar no gráfico 17 as demandas relacionadas à violência (física, psicológica, sexual e assédio):

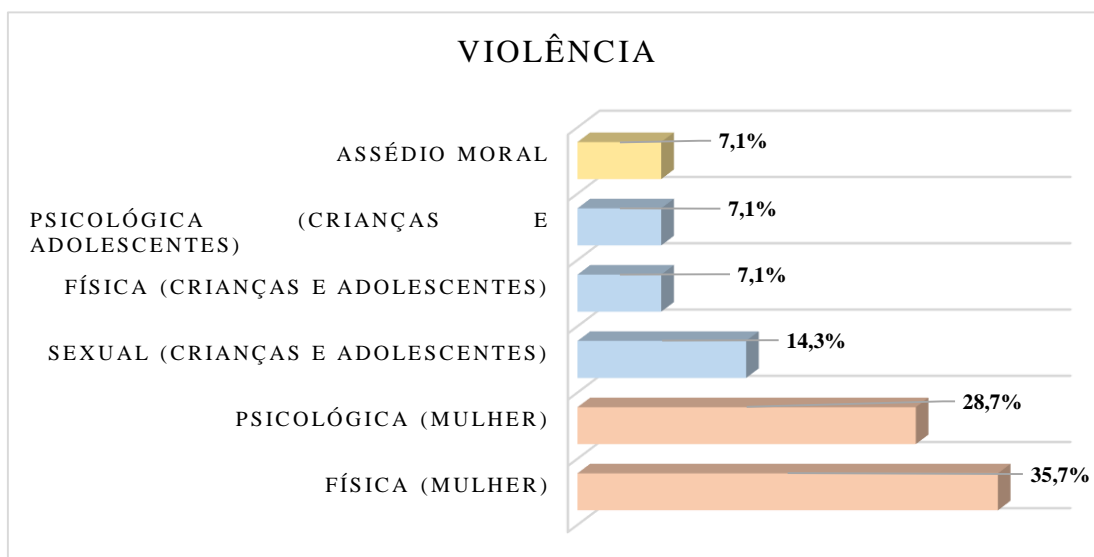


Gráfico 17 – Violência (Fonte: autores)

As demandas referentes à violência corresponderam a 3,1% dos acolhimentos realizados. Destes, 64,4% referiam-se à violência física e à violência psicológica contra mulheres (sendo 35,7% de violência física e 28,7% de violência psicológica) e 28,5% referiram-se à violência contra crianças e adolescentes (sendo 14,3% de violência sexual; 7,1% física e 7,1% psicológica). Além disso, 7,1% das demandas corresponderam a assédio moral. Esses dados revelam a importância do papel da Atenção Básica na identificação de situações de violência em seu território e seu papel crucial nas primeiras abordagens realizadas.

A violência doméstica/intrafamiliar é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo, de forma continuada, especialmente mulheres, crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. Esse tipo de violência toma a forma de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômicos ou patrimoniais, causando perdas de saúde ainda pouco dimensionadas e os profissionais de saúde precisam estar atentos ao problema em sua prática diária (BRASIL, 2001, págs. 7-11).

Dados da Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) registraram 85.412 denúncias em 2019. As mais recorrentes trataram dos seguintes temas: violência doméstica e familiar que engloba violência física, patrimonial, psicológica, sexual, entre outras (79%); tentativa de feminicídio (4,3%); violência moral (4,1%) e ameaça (3,8%). Com relação ao grau de relação entre a vítima e o agressor, os registros apontam que 29,7% foi cometido por companheiros, 15,1% por ex-companheiros e 10,7% por cônjuges (BRASIL, 2019, pág. 23-25).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) notificou 1.460.326 casos de violência interpessoal ou autoprovocada no período de 2011 a 2017. Desse total, 15% foram notificações de violência contra crianças e 25,5% contra adolescentes. Nesse período,

foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo 31,5% contra crianças e 45% contra adolescentes, concentrando 76,5% dos casos notificados nesses dois cursos de vida (BRASIL, 2018).

Vale destacar o importante papel da Atenção Básica na oferta de atendimento integral e humanizado às vítimas de violência. É fundamental que os profissionais conheçam a rede intersetorial para garantir o encaminhamento adequado para outros serviços e unidades especializadas. Destaca-se também a importância da notificação da violência, instituída pela portaria nº 104/2011, sendo um importante instrumento de garantia de direitos e vigilância epidemiológica. Além disso, tão importante quanto a notificação é a realização do acolhimento, da orientação, do apoio à pessoa em situação de violência e do seguimento na rede intersetorial de proteção e cuidado (BRASIL, 2016, pág. 215).

3.8.5 – Gestantes, puérperas e lactantes

Essa subcategoria foi criada tendo em vista que percebeu-se que as gestantes, puérperas e lactantes apresentam demandas específicas relacionadas à gestação, parto e pós-parto. Suas demandas corresponderam a 2,2% de todos os acolhimentos realizados.

O gráfico 18 compila os dados coletados nesta categoria:

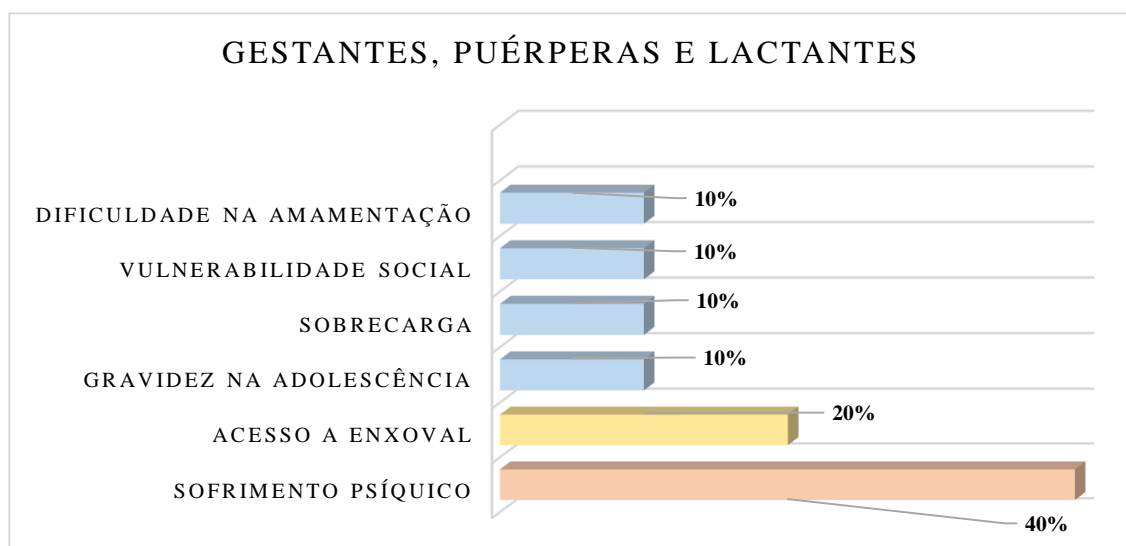


Gráfico 18 - Gestantes, puérperas e lactantes (Fonte: autores)

A principal demanda refere-se ao sofrimento psíquico relacionado à gestação (40%). Nesse item, foram consideradas demandas relacionadas à suspeita de depressão pós-parto, ansiedade relacionada à gestação e gravidez indesejada. Outras demandas foram relacionadas à solicitação por doações de enxovais (20%), solicitações de intervenções relacionadas à gravidez

na adolescência (10%), sobrecarga das mulheres relacionada à gravidez e pós-parto (10%), vulnerabilidade social agravada pela gestação (10%) e dificuldades das mães em realizar a amamentação (10%).

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 32 (BRASIL, 2012, pág. 39), o acolhimento da gestante na APS implica a responsabilização pela integralidade do cuidado, a partir da escuta qualificada da usuária, da formação de vínculo e avaliação de sua vulnerabilidade. Nesse processo, os profissionais do Nasf-AB podem auxiliar as equipes participando de discussões de casos, educação permanente, atendimentos conjuntos, realização de grupos, visitas domiciliares e também na identificação, acolhimento e atendimento das gestantes que apresentam sofrimento psíquico durante e após a gestação (ibid., pág. 127).

3.8.6 – Dificuldades no acesso às equipes

Para Starfield (2002), diante de uma necessidade de saúde, o ponto de entrada ou de primeiro contato com o sistema deve ser de fácil acesso, e a ausência dessa facilidade pode fazer com que a atenção em saúde não seja adequada. A autora ressalta que a acessibilidade em saúde pode ser medida pelas barreiras geográficas (tempo de deslocamento e localização), financeiras e organizacionais (disponibilidade de atenção das equipes, tempo de espera para consulta, etc.), e conclui que um aumento no número de barreiras ao acesso está associado a uma atenção menor ao primeiro contato e prejuízos à continuidade do cuidado (ibid. pág. 111).

O gráfico 19 revela as dificuldades de acesso às equipes da UBS nº 12 da Ceilândia enfrentadas pela população atendida, que corresponderam a 7,7% de todos os acolhimentos:

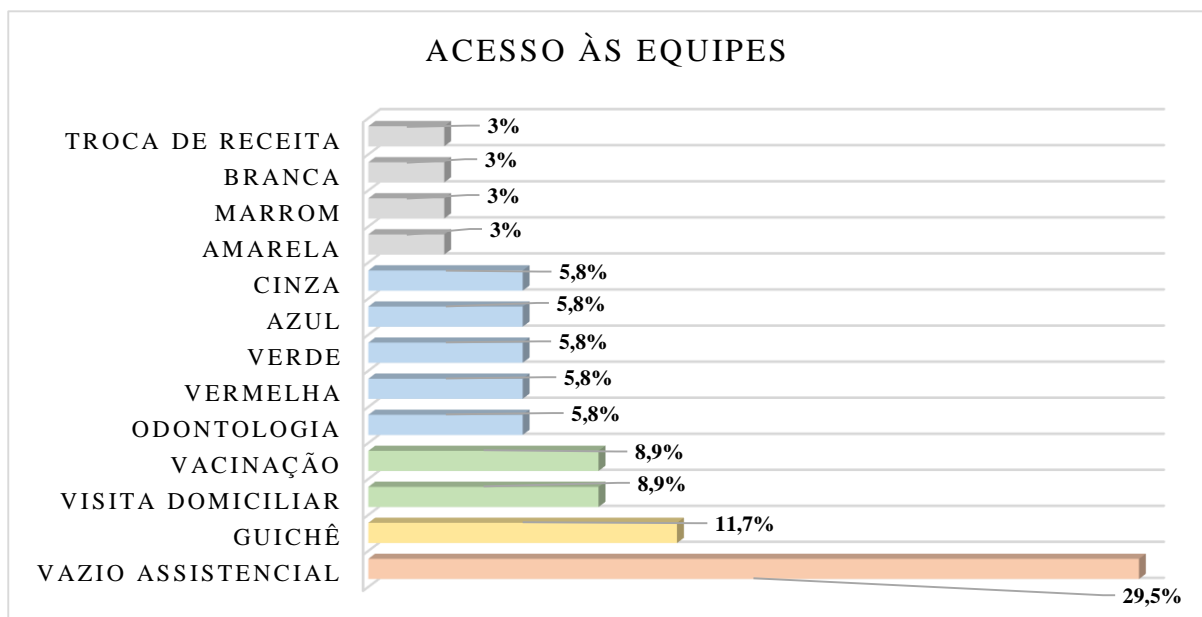


Gráfico 19 - Dificuldade de acesso às equipes (Fonte: autores)

Nesta categoria foram reunidos os acolhimentos onde a população reivindicou acesso às equipes de saúde ou tiveram alguma dificuldade relacionada aos serviços ofertados na UBS e procuraram o Nasf-AB, buscando uma resolução para o seu problema. Tiveram maior relevância as dificuldades relacionadas à população pertencente ao vazio assistencial (29,5%), ou seja, dificuldades em acessar ou agendar atendimentos, tendo em vista que não possuem equipe de referência na UBS e precisam ser encaixados nas agendas de outras equipes, conforme mencionado anteriormente. Além disso, 11,7% dos acolhimentos referiram-se a dificuldades no acesso ao guichê da UBS, local onde são feitos os agendamentos de exames em outros pontos de atenção em saúde, bem como a regulação para atendimentos ambulatoriais, tendo em vista que nem todas as equipes fazem a regulação dos usuários durante seus atendimentos, embora seja o mais indicado.

Houveram também acolhimentos onde os usuários precisaram solicitar visita domiciliar das equipes, mas não conseguiram acessá-las e recorreram ao Nasf-AB (8,9%); dificuldade para receber atendimento na sala de vacinação (8,9%); dificuldades de acesso a atendimento odontológico (5,8%); e dificuldades de acesso aos atendimentos de equipes de saúde específicas: equipes Verde, Vermelha, Azul e Cinza com 5,8% cada, e equipes Amarela, Marrom e Branca com 3% cada. Houveram ainda dificuldades para realizar a troca de receitas de medicamentos (3%), sem a especificação de qual equipe deveria realizar essa troca.

De acordo com Azevedo e Costa (2010, pág. 798), a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde está ligada à relação entre as necessidades e aspirações da população e a oferta efetiva de recursos para satisfazê-las, que geralmente envolve necessidades complexas da população, e respostas, na maioria das vezes, limitadas dos serviços de saúde. As autoras defendem que, dentre os fatores para isso, está a insuficiência de profissionais para atender às demandas dos usuários, visto que em alguns casos, a população adstrita está acima dos limites aceitos pela Política Nacional de Atenção Básica, como é o caso da UBS nº 12 da Ceilândia. Percebe-se neste estudo, que essa insuficiência impacta também no trabalho do Nasf-AB dessa UBS, tendo em vista que, na ausência de atendimentos apropriados por sua equipe de referência, ele é procurado como forma de solucionar esses problemas.

Considerações finais

Com este estudo, foi possível sistematizar e analisar os registros e as práticas referentes ao acolhimento implementado no Nasf-AB da UBS nº 12 da Ceilândia e descrever as principais características das demandas apresentadas nesses plantões. Observou-se, assim, que o referido Nasf-AB recebe uma quantidade alta de demandas espontâneas, sendo que, nos meses analisados, foram realizados 246 acolhimentos, nos quais foram apresentadas 445 demandas para a APS.

Quanto ao perfil da população atendida, houve prevalência de pessoas negras, porém, é importante salientar que houve uma quantidade significativa de acolhimentos onde os dados sobre raça/cor da população não foi preenchido, contrariando as portarias nº 201/14 e 344/17 do Ministério da Saúde, que tornam a coleta dessa informação obrigatória em todos os registros de serviços de saúde. Além disso, a maioria das pessoas acolhidas foram mulheres, e a idade prevalente foi entre 40 e 59 anos.

Embora a maior parte possua equipe de referência, ressalta-se que é expressiva a quantidade de pessoas pertencentes ao vazio assistencial e aquelas pertencentes a equipes onde há déficit de profissionais de ESF, o que pode explicar a quantidade massiva de demandas espontâneas recebidas, em detrimento das demandas compartilhadas pelas equipes e pela rede intersetorial.

Importante ressaltar que, embora grande quantidade das demandas recebidas tenha sido compartilhada entre profissionais da própria equipe Nasf-AB (47%), chama a atenção a quantidade de demandas que foram resolvidas durante o próprio acolhimento, sem a necessidade de compartilhamento do caso com outros profissionais do Nasf-AB (32,8%), acarretando em um nível importante de resolutividade dos plantões de acolhimento. Quanto aos encaminhamentos realizados, a maior parte dos usuários acolhidos foi encaminhada para serviços da Política Nacional de Assistência Social, o que indica um grau elevado de vulnerabilidade social da população atendida, agravado pelo contexto de pandemia. Destaca-se também a grande quantidade de encaminhamentos para a rede de saúde mental do DF.

Quanto às especificidades profissionais relacionadas às demandas, a quantidade mais expressiva foi a do Serviço Social, destacando-se, nessa categoria profissional, aquelas relacionadas à Política Nacional de Assistência Social. A Psicologia também apresentou uma quantidade significativa de demandas, destacando-se aquelas relacionadas à ansiedade; e a Nutrição também obteve destaque, especialmente pela alta busca por continuidade do cuidado já iniciado, o que pode indicar, conforme já ressaltado, que a longitudinalidade é uma

característica marcante no trabalho da Nutrição desse Nasf-AB. A sistematização desses dados possibilitou identificar as principais demandas atribuídas especificamente a cada categoria, indicando aos seus profissionais quais as principais estratégias de cuidado devem ser adotadas e quais as principais temáticas que devem ser abordadas em seu processo de educação permanente em saúde e matriciamento das equipes.

Em relação às dificuldades de acesso às equipes, destaca-se que as maiores dificuldades foram apresentadas por pessoas residentes da área de vazio assistencial, o que pode ser explicado pela falta de cobertura da APS nessa região, dificultando o acesso e cuidado a essa população. Ademais, as demandas comuns ao Nasf-AB, embora menos expressivas, revelam a importância desses plantões de acolhimento para a discussão e compreensão das potencialidades e limites nas intervenções realizadas por esses profissionais.

Destaca-se também que as demandas em saúde mental demonstram a necessidade de diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do DF, tendo em vista que a maior parte dos usuários acolhidos solicitou encaminhamento para a Atenção Secundária, possivelmente sem o atendimento prévio das equipes de saúde. Além disso, a maior parte das demandas de gestantes e puérperas também se referiram à sua saúde mental, o que revela a importância das ações de saúde mental na Atenção Básica.

Este estudo partiu das seguintes hipóteses: o Nasf-AB tem cumprido o papel de porta de entrada para a APS, em alguns casos acolhidos, em detrimento do papel da ESF; a falta de organização do acolhimento provocava sobrecarga de categorias específicas, em especial o Serviço Social; o novo formato de acolhimento possibilita o aumento da resolutividade das demandas recebidas, pois capacita diversas categorias profissionais a lidar com demandas comuns a todos os profissionais do Nasf-AB; e o novo formato de organização evidencia quais as principais demandas recebidas e quais discussões necessitam ser suscitadas nos processos de apoio matricial.

Compreende-se que todas as hipóteses foram comprovadas, tendo em vista que o Nasf-AB tem cumprido o papel de porta de entrada para a APS, conforme observado pela quantidade de demandas espontâneas, sem mediação das equipes (81%). Além disso, a quantidade de acolhimentos é expressiva, e anteriormente, a categoria mais procurada para acolher essas demandas era o Serviço Social, o que gerava potencial sobrecarga para essa categoria profissional, e com a organização provocada pelo acolhimento, foi possível instrumentalizar todos os profissionais do Nasf-AB a lidar com demandas variadas, inclusive aquelas que eram atribuídas exclusivamente ao Serviço Social, como passe-livre, violência e saúde mental. O

acolhimento provou ainda ter potencial de resolutividade das demandas apresentadas, sendo que 32,8% delas foram resolvidos no acolhimento.

Percebe-se ainda a necessidade de aprimorar os processos de matriciamento junto às equipes para lidar com os principais temas que surgiram durante os acolhimentos, e modificar a lógica, atualmente instituída, de encaminhamento, que tem ocorrido em detrimento da lógica de compartilhamento de casos. Ressalta-se ainda que a pandemia ocasionou a suspensão das atividades coletivas, o que também causou prejuízo na intervenção sobre essas demandas, que deveriam estar sendo atendidas principalmente a partir de atividades em grupo e ações comunitárias.

Compreende-se também que a UBS nº 12 da Ceilândia atende dois territórios (Sol Nascente/Pôr do Sol e Ceilândia) que, embora tenham suas semelhanças, são distintos e necessitam de políticas de saúde com base na territorialização, ou seja voltadas para as especificidades de cada um. Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2010, pág. 70), a territorialização possibilita um diagnóstico mais preciso das condições de saúde da comunidade e a construção de um planejamento local de saúde.

Além disso, a existência do vazio assistencial gera dificuldades no acesso aos serviços de saúde, descontinuidade nos atendimentos, ferindo os princípios da integralidade e longitudinalidade, fazendo com que, conforme comprovado, o Nasf-AB seja utilizado pela população como porta de entrada e principal via de acesso aos serviços da UBS. Percebe-se ainda que, conforme os dados sobre as demandas do Serviço Social demonstram, o Nasf-AB também é utilizado como porta de entrada para os serviços da Política Nacional de Assistência Social, especialmente neste período de pandemia, onde os CRAS permaneceram de portas fechadas à população.

Destaca-se ainda o papel da residência multiprofissional no processo de implementação desses plantões e reorganização dos processos de trabalho do Nasf-AB, não apenas por ter elaborado e apresentado a ideia de criação desses plantões de acolhimento, mas também na sua execução, pois essa equipe conta com 6 residentes multiprofissionais, sendo 3 do PRMAB da Fiocruz e 3 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da ESCS, que foram distribuídos junto com as servidoras, para atender a essas demandas.

O capítulo I da resolução nº 533/2017 preconiza que cada pessoa possui direito de ser acolhida no momento em que chegar ao serviço e conforme sua necessidade de saúde e especificidade, independentemente de senhas ou procedimentos burocráticos, respeitando as prioridades garantidas em lei. O Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2010, pág. 11)

define o Nasf-AB como uma estratégia inovadora, que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na APS, sendo comprometido também com a promoção de mudanças na atitude e na atuação de profissionais, promovendo humanização dos serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde.

Apesar da realidade distinta observada nessa UBS, atendendo a dois territórios e com uma parcela significativa da população sem cobertura de equipe de saúde, compreende-se que o acolhimento instituído por esse Nasf-AB se configurou enquanto uma importante tecnologia de cuidado em saúde para a população atendida, proporcionando um atendimento mais humanizado, melhor acesso aos serviços e considerável resolutividade das demandas apresentadas. Embora esteja preconizado que o Nasf-AB não funciona como porta de entrada, constata-se que essa é uma realidade presente e operante, e que necessita de maior tempo e melhores articulações entre o Nasf-AB, a ESF e as instâncias gestoras para solucionar esse problema, mas compreende-se que a organização do recebimento dessas demandas proporcionou impactos positivos nos processos de trabalho dessa equipe Nasf-AB, bem como a instrumentalizou para intervir junto às equipes e à população, a partir da sistematização e discussão dos dados coletados.

Referências bibliográficas

AZEVEDO, Ana Lúcia Monteiro Dias de; COSTA, André Monteiro. **A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 14, 797-810. São Paulo, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Senado Federal. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS 2004**. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília, 2004. Disponível em <<http://www.mds.gov.br>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz das ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 27. Diretrizes do NASF-AB: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2010. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 28. Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília, 2013a. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº34. Saúde Mental**. Brasília, 2013b. Disponível em <<http://www.bvsmms.saude.gov.br>>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344 de 1 de fevereiro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 533 de 7 de fevereiro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 201 de 2014**. Brasília, 2014. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Central de Atendimento à Mulher. Ligue 180. Balanço 2019**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Infraestrutura. **Passe Livre**. Disponível em <<http://www.portal.infraestrutura.gov.br>>

CAMPOS. Gastão Wagner de Sousa. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde**. In: Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio**. Brasília, 2018. Disponível em <<https://www.codeplan.df.gov.br/>>

Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). **Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal (IVS-DF)**. Brasília, 2020. Disponível em <<https://www.infodf.codeplan.df.gov.br/>>

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia, COLVERO, Luciana de Almeida. **Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2011. Disponível em <<http://www.ee.usp.br>>

DIAS, Maria Socorro de Araújo; PARENTE, José Reginaldo Feijão; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa; DIAS, Fernando Antônio Cavalcante. **Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>.

FONTELLES, Mauro José; SIMÕES, Marilda Garcia; FARIAS, Samantha Hasegawa; FONTELLES, Renata Garcia Simões. **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa**. Núcleo de Bioestatística Aplicado à pesquisa da Universidade da Amazônia - UNAMA, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade**. Brasília, 2010. Disponível em <<https://censo2010.ibge.gov.br>>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **PNS 2019: Quem mais utiliza o SUS avaliou mais positivamente a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde**. 2019. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/>>.

MAIA, Francisco Eudison da Silva; MOURA, Ellen Luzia Rebouças; MADEIROS, Erick de Castro; CARVALHO, Roney Remo Praxedes; SILVA, Saniely Anatany Lacerda da; SANTOS, Georgiana Ribeiro dos. **A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de Saúde**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. São Paulo, 2015.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4.ed. Editora Hucitec. São Paulo, 2014.

NERI, Marcelo. **Desigualdade de impactos trabalhistas na pandemia**. Fundação Getúlio Vargas (FGV Social). Rio de Janeiro, 2021. Disponível em <<https://www.cps.fgv.br>>

NOAL, Débora da Silva; PASSOS, Maria Fabiana Damasio; FREITAS, Carlos Machado de. (org.) **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2020.

Núcleo Ampliado de Saúde da Família – UBS nº 12 da Ceilândia (Nasf-AB-UBS nº 12 da Ceilândia). **Projeto de Implantação do NASF-AB-AB – Unidade Básica de Saúde nº 12 da Ceilândia**. Oficina de Capacitação NASF-AB – Região Oeste. Brasília, 2018. Material não publicado.

NUNES, E. F. S. **Novas perspectivas no cotidiano do TO na rede básica de saúde**. In: Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará. Fortaleza, 2009.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; AMORIM, Keyla Mafalda de Oliveira; PAIVA, Rafael dos Anjos; OLIVEIRA, Kamilla Sthefany Andrade de; NASCIMENTO, Marília Noronha Costa do; ARAÚJO, Rafaella Lopes. **A Atuação do Psicólogo nos NASF-AB: Desafios e Perspectivas na Atenção Básica**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia. São Paulo, 2017. Disponível em <<https://www.redalyc.org>>

OSÓRIO, Rafael Guerreiro. **O sistema classificatório de cor ou raça do IBGE**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília, 2003.

QUINZANI, Marcia Ângela Dahmer. **O avanço da pobreza e da desigualdade social como efeitos da crise da COVID-19 e o estado de bem-estar social**. Boletim de Conjuntura (BOCA), v. 2, n. 6, p. 43-47, 2020.

RAKSA, Vivian Patrícia; OLIVEIRA, Antônio Gonçalves; SILVA, Christian Luiz. **Governança pública em saúde e os vazios assistenciais - territorialização para o planejamento e ações do estado**. Informe GEPEC, v. 20, n. 2, 2016.

REIS, Mary Lopes; MEDEIROS, Marcelo; PACHECO, Leonora Rezende; CAIXETA, Camila Cardoso. **Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Texto & Contexto Enfermagem. 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br>>

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos; FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha Uchoa; LIMA, Laura Câmara. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais

de ESF e NASF-AB. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br>>.

SILVA, Camila Ribeiro; CARVALHO, Brigida Gimenez; CORDONI JÚNIOR, Luiz; NUNES, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida. **Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1109-1120, 2017.

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Governo do Distrito Federal. **Portaria nº 478, de 06 de setembro de 2017.** Brasília, 2017. Disponível em <<http://www.sinj.df.gov.br>>

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Governo do Distrito Federal. **Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017.** Brasília, 2017. Disponível em <<http://www.sinj.df.gov.br>>

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Governo do Distrito Federal. **Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017.** Brasília, 2017. Disponível em <<http://www.sinj.df.gov.br>>

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Coordenação de Atenção Primária em Saúde. **Monitoramento da Atenção Primária.** Brasília, 2021.

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Diretoria Regional de Atenção Primária (DIRAPS). **Memorando nº 199/2021 – SES/SROE/DIRAPS/GPMA, de 2 de outubro de 2021.** Brasília, 2021.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** UNESCO. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.