



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCELA MEDEIROS DE ARAUJO LUNA

**APLICATIVO DA VERDADE: conhecendo o papel do NASF e o nível de  
satisfação por parte dos usuários**

JOÃO PESSOA - PB  
2018

MARCELA MEDEIROS DE ARAUJO LUNA

**APLICATIVO DA VERDADE: conhecendo o papel do NASF e o nível de  
satisfação por parte dos usuários**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE elaborada como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Gestão e tecnologias do cuidado em saúde da família.

Linha de pesquisa: Atenção e gestão do cuidado em saúde.

**Orientadora:** Prof. Dra. Vilma Felipe Costa de Melo.

JOÃO PESSOA - PB  
2018

L983a

Luna, Marcela Medeiros de Araujo

Aplicativo da verdade: conhecendo o papel do NASF e o nível de satisfação por parte dos usuários / Marcela Medeiros de Araujo Luna. – João Pessoa, 2018.

57f.; il.

Orientadora: Prof. Dra. Vilma Felipe Costa de Melo

Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Promoção da Saúde. I. Título.

CDU: 37:61

MARCELA MEDEIROS DE ARAUJO LUNA

**APLICATIVO DA VERDADE: conhecendo o papel do NASF e o nível de satisfação por parte dos usuários**

Dissertação apresentada pela aluna Marcela Medeiros de Araujo Luna, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dra. Vilma Felipe Costa de Melo – Orientadora (FACENE)

---

Prof. Dra. Rafaela Gerbasi Nóbrega – Membro Externo (UNIPÊ)

---

Prof. Dra. Daiane Medeiros da Silva – Membro Interno (FACENE)

---

Prof. Dra. Marília Medeiros de Araujo Nunes – Suplente Externo (UFCG)

---

Prof. Dra. Vagna Cristina Leite da Silva Pereira – Suplente Interno (FACENE)

*Dedico este trabalho ao meu filho mais novo, Antônio Lucas, que, ainda em meu ventre, já “aprendeu” que o estudo é a base fundamental para a realização pessoal e profissional do ser humano.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço, primeiramente, ao meu **Deus**, por me proporcionar mais uma conquista em minha vida profissional. Ele me sustenta nos momentos mais difíceis e nunca me desamparou. Não é à toa que, desde criança, tenho o meu versículo preferido da Bíblia: “O Senhor é o meu pastor, nada me faltará.” Salmos 23; 01.*

*Aos meus pais **Antônio e Teresa**, por serem o meu alicerce, o meu tesouro, a base de toda a minha sustentação. Sempre fizeram o possível e o impossível para apoiar as minhas decisões.*

*Aos meus filhos, pelo amor, carinho, paciência e compreensão. **Mateus**, meu primogênito, sempre colocando a conclusão do meu curso de Mestrado em suas poderosas orações; **Bianca**, minha princesa, me enchendo de beijos e proporcionando momentos de descontração com suas muitas “sapequices”; **Antônio Lucas**, meu caçula, ainda em meu ventre, foi o grande estímulo para eu fazer a defesa deste trabalho antes de seu nascimento. Peço desculpas pelos momentos de ausência e noites mal dormidas... Tudo foi e é feito por eles e para eles!*

*Ao meu esposo **Rogério**, por estar sempre ao meu lado e não negar esforços para ser o meu eterno companheiro e desejar o meu crescimento profissional. Obrigada por ser esse pai tão maravilhoso e cuidar dos nossos filhos para que eu possa estudar e trabalhar!*

*A todos da minha **família**, pelo amor, união e incansável torcida pelo meu sucesso.*

*À **FACENE**, por ser essa excelente instituição, comprometida e responsável pelo grande conhecimento acadêmico adquirido durante os últimos dois anos.*

*À minha querida orientadora **Prof. Dra. Vilma Felipe Costa de Melo**, pessoa com quem me identifiquei desde o primeiro contato. Ser humano ímpar, professora excepcional e alguém que jamais irei esquecer. Obrigada pelo comprometimento e dedicação em cada palavra desta dissertação.*

*À minha banca examinadora, **Prof. Dra. Rafaela Gerbasi Nóbrega e Prof. Dra. Daiane Medeiros da Silva**, pelas importantíssimas contribuições e sugestões para que este trabalho fosse finalizado com êxito.*

À coordenação do curso, **Prof. Dra. Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro e Prof. Dra. Vagna Cristina Leite da Silva Pereira**, assim como à equipe de professores do Mestrado, pelos momentos de aprendizado, pela convivência e por representarem peças essenciais ao longo dessa relevante etapa da minha vida.

Aos amigos de turma, **Bárbara Lima, Cristianne Baracuhy, George Ibiapina, Honorina Fernandes, Marcela Hernández, Mary Ellen Valois, Rossana de Roci**, pelo acolhimento, amorosidade, transferência de conhecimentos e muitas risadas regadas a bastante café... Cada um de vocês tem um lugar especial guardado em meu coração!

Enfim, agradeço aos **colegas do NASF do município de Alagoa Nova e do Hospital Regional do Agreste em Caruaru**, pela amizade, pelo empenho em nossas atividades laborativas e por me apoiarem desde o início da concretização deste processo.

A minha gratidão se estende a todas as pessoas que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização de um dos meus grandes sonhos... **SER MESTRE!**

*Que Deus os abençoe grandemente!*

*"O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo... Aquele que busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis".*  
(José de Alencar)

## RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde com o propósito de apoiar os profissionais da Estratégia Saúde da Família, no sentido de ampliar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Primária. Por se tratar de uma proposta recente, muitos usuários ainda desconhecem o verdadeiro papel do NASF. Nesse sentido, este trabalho objetivou criar um aplicativo que avaliasse o nível de conhecimento da população e o seu grau de satisfação em relação ao papel do NASF. Trata-se de uma pesquisa metodológica que teve por finalidade desenvolver uma tecnologia em saúde do tipo leve-dura. As etapas que foram realizadas para a produção do aplicativo foram: justificativa da temática, sustentação teórica, levantamento de informações, leitura sistemática e análise textual da Política Nacional da Atenção Básica e do caderno 39 do Ministério da Saúde; desenvolvimento do aplicativo. O aplicativo é constituído de duas partes: a primeira consiste de um jogo de perguntas e respostas, em forma de *Quiz*, que serve para checar o conhecimento dos usuários em relação ao funcionamento do NASF, desde a terminologia até a prestação dos serviços ofertados; são apresentadas luzes e figuras indicando se a resposta está certa ou errada. As respostas esperadas, que surgem após o usuário responder às perguntas, funcionam como forma de orientação através do acesso às informações básicas sobre o NASF, tornando o olhar da proposta bastante educativo. A segunda parte checa a percepção da população e o seu grau de satisfação através de um questionário com perguntas simples presentes no próprio aplicativo, o qual servirá para nortear os serviços e então melhorar o processo de trabalho dos profissionais. Além disso, dessa forma, as equipes de gestão dos municípios poderão fazer a relação da percepção dos usuários com o nível de conhecimento deles sobre o NASF. Portanto, o aplicativo poderá ser utilizado pelos próprios usuários e também por pesquisadores atuantes na gestão ou na assistência à saúde. No entanto, é esperada a validação deste estudo para que futuras pesquisas possam implementar este produto como um auxílio na avaliação do processo de trabalho e também como forma de orientação à população.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

The Family Health Support Unit was created by the Ministry of Health with the purpose of supporting the professionals of the Family Health Strategy in order to expand health care and management in Primary Care. Because it is a recent proposal, many users are still unaware of the true role of NASF. In this sense, this work aimed to create an app that evaluated the level of knowledge of the population and their degree of satisfaction in relation of the role of NASF. This is a methodological research that had for purpose to develop a health technology of the light-hard type. The steps that were carried out for the production of the app were: justification of the theme, theoretical support, information collection, systematic reading and textual analysis of the National Policy of Primary Care and the 39 book of the Ministry of Health; app development. The app consists in two parts: the first consists of a question and answer game, in the form of a *Quiz*, which serves to check the users' knowledge about the operation of the NASF, from the terminology to the provision of the services offered; lights and figures are displayed indicating whether the answer is right or wrong. The expected answers that come after the user answers the questions works as a guideline through access to the NASF basic information, making the proposal look very educational. The second part checks the perception of the population and their degree of satisfaction through a questionnaire with simple questions present in the app itself, which will serve to guide the services and then improve the work process of the professionals. Besides that, in this way, municipal management teams will be able to relate users perceptions with their level of knowledge about NASF. Therefore, the app can be used by the users themselves and also by researchers who are active in management or health care. However, the validation of this study is expected so that future researches can implement this product as an aid in the evaluation of the work process and also as a way of orienting the population.

**Descriptors:** Primary Health Care; Health Education; Health Promotion.

## RESUMEN

El núcleo de apoyo a la salud de la familia fue creado por el ministerio de la salud con el propósito de apoyar a los profesionales en la búsqueda de Estrategias para la familia con la finalidad de ampliar la atención y la gestión de la salud en la Atención Primaria. Por tratarse de una propuesta reciente, muchos de los usuarios desconocen la principal función del NASF. Por lo tanto, este trabajo tuvo como objetivo primordial la creación de una nueva metodología para evaluar el nivel de conocimiento de la población y también el grado de satisfacción en relación al papel desarrollado en el centro de salud NASF. Tratase de una pesquisa científico metodológico que tuviera por finalidad añadir un nuevo recurso técnico en la salud del tipo leve-dura. Las etapas que fueran realizadas para el desarrollo y consolidación de la nueva propuesta metodológica siguiera la siguiente organización: justificativa de la temática, sustentación teórica, levantamiento de informaciones, lectura sistemática, análisis textuales de la Política Nacional de la Atención Básica, y del cuaderno 39 del Ministerio de la salud y desarrollo del recurso metodológico. Por su vez, este recurso es constituido de dos partes: la primera consiste en un juego de preguntas y respuestas, en forma de *Quiz* (concurso), que sirve para analizar el conocimiento de los usuarios en relación al funcionamiento de NASF, desde la terminología hasta la prestación de los servicios ofertados; son presentados luces y figuras indicando se la respuesta es verdadera o falsa. Las respuestas esperadas surgen tras el usuario responder las preguntas y funcionan como forma de orientación por medio del acceso a las informaciones básicas referente al NASF, tornando la mirada de la propuesta bastante educativa. En la segunda parte, identifica la percepción de la población y su grado de satisfacción a través de un cuestionario con preguntas sencillas presentes en el propio método, lo cual servirá para direccionar los servicios y entonces mejorar el proceso de trabajo de los profesionales. Sin embargo, los equipos de gestión de los municipios podrán hacer la relación de la percepción de los usuarios con los niveles de conocimiento de los mismos sobre el NASF. Para tanto, el recurso desarrollado podrá ser utilizado por los propios usuarios y también por los investigadores actuantes en la gestión o en la asistencia en la salud. Aún, se espera la validación de este estudio para que futuras investigaciones puedan implementar este método con la finalidad de auxiliar y mejorar la evaluación del proceso del trabajo y también como forma de orientación a la población.

**Descriptor:** Atención Primaria a la Salud; Educación en la Salud; Promoción de la Salud.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01:</b> Tela de abertura.....	32
<b>Figura 02 A e B:</b> Tela principal – conteúdo do aplicativo.....	33
<b>Figura 03 A e B:</b> Tela de apresentação e tela de referências.....	34
<b>Figura 04 A e B:</b> Tela de instruções e tela que contém a primeira pergunta do <i>Quiz</i> .....	35
<b>Figura 05 A e B:</b> Resposta da primeira pergunta do <i>Quiz</i> .....	36
<b>Figura 06:</b> Segunda pergunta do <i>Quiz</i> .....	37
<b>Figura 07 A e B:</b> Resposta da segunda pergunta do <i>Quiz</i> .....	37
<b>Figura 08:</b> Terceira pergunta do <i>Quiz</i> .....	38
<b>Figura 09 A e B:</b> Resposta da terceira pergunta do <i>Quiz</i> .....	39
<b>Figura 10:</b> Quarta pergunta do <i>Quiz</i> .....	40
<b>Figura 11 A e B:</b> Resposta da quarta pergunta do <i>Quiz</i> .....	40
<b>Figura 12:</b> Quinta pergunta do <i>Quiz</i> .....	41
<b>Figura 13 A e B:</b> Resposta da quinta pergunta do <i>Quiz</i> .....	42
<b>Figura 14 A e B:</b> Tela de score do <i>Quiz</i> e tela de agradecimento pela participação.....	43
<b>Figura 15 A e B:</b> Primeiro questionamento e orientação.....	44
<b>Figura 16 A e B:</b> Segundo questionamento e orientação.....	45
<b>Figura 17:</b> Terceiro questionamento.....	46
<b>Figura 18:</b> Orientação sobre o terceiro questionamento.....	47
<b>Figura 19:</b> Quarto questionamento.....	48
<b>Figura 20:</b> Orientação sobre o quarto questionamento.....	49
<b>Figura 21:</b> Quinto questionamento.....	50
<b>Figura 22:</b> Orientação sobre o quinto questionamento.....	51
<b>Figura 23:</b> Última tela do aplicativo.....	52

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 APRESENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO.....	12
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	13
1.3 OBJETIVOS.....	15
1.3.1 Objetivo geral.....	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
<b>2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>16</b>
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO MODELO DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	16
2.2 A IMPORTÂNCIA DO NASF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	19
2.3 O PAPEL DO NASF CONFERINDO “SATISFAÇÃO” DO USUÁRIO.....	21
2.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E HUMANIZAÇÃO COMO FATORES PRIMORDIAIS NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES.....	24
2.5 INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS EM SAÚDE.....	25
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	28
3.3 CONSTRUÇÃO DO APLICATIVO.....	29
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO

Através da atuação como fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Alagoa Nova há mais de oito anos, foi percebido que existe a necessidade de checar os usuários sobre o nível de conhecimento deles, desde a terminologia até a prestação de serviços, assim como conhecer o nível de satisfação dos mesmos em relação às equipes NASF atuantes nos mais diversos municípios do Brasil.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como porta de entrada do sistema e responsável pela coordenação do cuidado da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade. Esse ponto de atenção deve considerar os sujeitos em sua singularidade e complexidade e entendê-los em seu contexto sociocultural, direcionando um olhar integral sobre os fatores que possam comprometer as possibilidades de manter uma vida saudável (BONALDI; RIBEIRO, 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, foi oficialmente implantada como um programa em 1994, o qual foi posteriormente caracterizado como uma estratégia prioritária para a organização dos serviços de saúde. Com a sua criação, o Ministério da Saúde teve como objetivo fortalecer a rede e colaborar para a reorientação do modelo assistencial. A ESF acompanha, através de ações de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde, a população adscrita à sua área de abrangência. O fundamento no trabalho da ESF é o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento do trabalho a partir da associação das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas do território às demandas e necessidades em saúde da população (SAITO; OHARA, 2014).

Em 2008, foi criado o NASF na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na APS; trata-se de equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou

resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na APS, que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2014).

Sendo assim, foi possível que fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, profissionais de Educação Física e médicos especialistas pudessem incrementar a Saúde da Família através de atividades preferencialmente preventivas. Porém, infelizmente, a realidade de alguns municípios é bem diferente da proposta do Ministério da Saúde, uma vez que muitos profissionais acabam atuando de forma essencialmente assistencial no dia a dia. Portanto, a reorganização do modelo tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social, ainda constitui um grande desafio para todos os diversos atores sociais da saúde pública (SAITO; OHARA, 2014).

## 1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Algumas equipes do NASF funcionam de forma inadequada, como no caso do município de Alagoa Nova, que, desde a sua implantação, há mais de oito anos, prioriza o tratamento curativo em detrimento do trabalho preventivo preconizado pelas diretrizes, sendo esse um problema antigo enfrentado pela gestão municipal. Foi então um dos objetos de estudo proposto por Luna (2014), o qual, através de um relato de experiência, concluiu que, além da inadequação do sistema de trabalho do NASF de Alagoa Nova, havia sobrecarga laboral e pouca evolução obtida no tratamento de crianças sequeladas de Paralisia Cerebral acompanhadas no setor de Fisioterapia.

Portanto, o real conhecimento do papel do NASF mostra-se destoado sobretudo pelo fato de que a população acaba visualizando as sedes como “policlínicas”, cujos profissionais atuam tratando patologias e não as prevenindo.

Supõe-se que, mesmo sem saber o significado da sigla, a população tem acesso a outras informações e que, às vezes, mesmo sem ter o conhecimento sobre qual é o verdadeiro objetivo da equipe, fica satisfeita com os serviços prestados, sendo então necessário analisar tal relação. Tal satisfação pode ser relacionada ao

conformismo dos usuários, que muitas vezes não sabem nem quais são os seus direitos enquanto cidadãos que precisam do SUS.

Devido ao fato de o NASF ser uma estratégia relativamente nova dentro da ESF, é necessário que existam estudos que procurem avaliar os serviços ofertados para que a gestão os acompanhe e promova melhorias no processo de trabalho. Nesse sentido, para obtenção do título de Mestrado Profissional em Saúde da Família, foi realizada a construção de um aplicativo que irá testar o conhecimento dos usuários do SUS e a sua percepção em relação ao NASF.

Na medida em que os usuários entendam o verdadeiro sentido do NASF, o processo de trabalho dos profissionais poderá melhorar, uma vez que possibilitará aos profissionais uma melhor atuação no caminho certo e então aperfeiçoará a promoção de saúde e a prevenção de doenças, sendo bastante relevante a realização de estudos nesse sentido. É importante também ressaltar que haverá o empoderamento da comunidade através da melhoria da qualidade das ações de saúde. A escassez de literatura sobre as experiências da Fisioterapia no NASF intensifica a relevância de somar informações para incrementar os serviços e orientar os profissionais sobre o seu funcionamento.

Para isso, foi elaborado um produto inédito em forma de aplicativo que permite, através de um *Quiz* virtual e de um questionário com perguntas simples, pontuar o nível de conhecimento da população e o seu grau de satisfação em relação ao papel do NASF.

A escolha dessa ferramenta educativa se deu por alguns fatores, tais como: o real crescimento do uso da internet na atualidade; a oportunidade que o jogo propõe ao jogador, de forma dinâmica e interativa, de se autoavaliar frente a questões relacionadas a um tema; a necessidade aparente de se desenvolver abordagens direcionadas para as características desse público, uma vez que os métodos convencionais isolados não vêm surtindo o efeito esperado. Outro ponto que direcionou essa escolha foi a inexistência desse tipo de estratégia na APS, que foi identificada a partir de uma revisão integrativa da literatura (NOGUEIRA, 2017).

Através das próprias respostas do *Quiz*, ficarão disponíveis algumas informações básicas sobre o tema como forma de orientação aos usuários. O acervo

de informações será um importante instrumento na tomada de decisões e melhoria do processo de trabalho, no sentido de esclarecer as possíveis dúvidas em relação ao NASF.

Portanto, diante de tantas colocações, será realmente possível que a população não conheça o verdadeiro objetivo do NASF?

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo geral

- Criar um aplicativo que avalie o nível de conhecimento e o grau de satisfação dos usuários em relação ao papel do NASF.

#### 1.3.2 Objetivos específicos

- Fornecer informações sobre o NASF como forma de orientação aos usuários;
- Gerar informações sobre como os serviços do NASF estão sendo avaliados pelas pessoas;
- Promover o empoderamento da comunidade através da melhoria da qualidade das ações de saúde;
- Propor estratégias norteadoras para os gestores municipais;
- Melhorar o processo de trabalho dos profissionais do NASF.

## 2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO MODELO DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No início da década de 1980, com o processo de redemocratização no país, foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); em 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com a nova Constituição (LAVRAS, 2011). Em 1990, foi promulgada a Lei 8.080 para regulamentar o SUS. A lei incorpora uma concepção de saúde ampliada, representada pelo bem-estar biopsicossocial, considerando que a saúde tem como fatores determinantes a forma de acesso da população aos bens e serviços essenciais para a qualidade de vida. O SUS institui que os serviços serão organizados de forma regionalizada e hierarquizados em níveis de complexidades crescentes, sendo eles: atenção primária, secundária, terciária e quaternária (BONALDI; RIBEIRO, 2014).

O SUS norteia-se por princípios doutrinários e organizativos. De acordo com Roncalli (2003) apud Aguiar (2011), os princípios doutrinários expressam as ideias filosóficas que permeiam a criação e a implementação do SUS e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema, de modo a contemplar seus princípios doutrinários. Os princípios DOUTRINÁRIOS do SUS são três e incluem: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. Os princípios organizativos incluem: a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema e a participação e o controle social. Esses princípios apontam para a democratização nas ações e serviços de saúde, possibilitando o direito a todos, independente de contribuir ou não para a previdência ou outros pré-requisitos, organizando-se de modo descentralizado, facilitando, assim, o acesso e a participação dos cidadãos nas decisões e nos rumos da política de saúde.

A **universalidade** é a garantia constitucional de acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A **equidade** significa assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que o caso requeira, mais o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. A **integralidade** é definida como um

conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (AGUIAR, 2011).

A autora acima continua descrevendo os princípios, sendo agora citados os ORGANIZATIVOS: a **descentralização** é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal). A **regionalização** refere-se à forma de organização do sistema de saúde com base territorial e populacional proposta pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde 8.080. A **hierarquização** diz que o sistema de saúde deve organizar-se por níveis de atenção de complexidade crescente com fluxos assistenciais estabelecidos entre os serviços, de modo a garantir assistência integral e resolutiva à população. A **participação popular** é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle e de sua execução, em diversos níveis, desde o local até o federal.

Ainda de acordo com Roncalli (2003) apud Aguiar (2011), o **controle social** representa a corporificação do processo de redemocratização brasileira dentro das políticas públicas e está garantido pelo que foi estabelecido na Lei Orgânica da Saúde 8.142, a qual consolida a garantia de um importante espaço público de controle social, mediante a participação da população nos conselhos e nas conferências de saúde, de modo a influir na gestão pública em relação à elaboração, ao controle e à fiscalização das políticas públicas.

Sobre o período de implantação do SUS, observou-se a permanência de várias iniciativas de estados e municípios em relação à APS, sem, no entanto, se configurar um modelo nacional. A APS, no entanto, responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra

unidade do sistema; e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede (LAVRAS, 2011).

Portanto, a APS, considerada como eixo principal para o primeiro ponto de atenção, tem a finalidade de organização e integração das redes de atenção à saúde e da promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado. São consideradas atribuições da APS: a garantia de acesso, a porta de entrada, a longitudinalidade, o elenco integral de serviços, a coordenação de serviços, o enfoque familiar e a orientação da comunidade (BRASIL, 2012).

As funções da APS sinalizam possibilidades para efetivar os princípios do SUS. Entretanto, enfrentam dificuldades em contrapor-se ao modelo assistencial hegemônico focado na doença e em procedimentos médicos. Para avançar no sentido de superar essas dificuldades, a APS se organiza com base em fundamentos e diretrizes que visam fortalecer esse nível de atenção, dentre esses se destacam: ser território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; coordenar a integralidade em seus vários aspectos; estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (SAITO; OHARA, 2014).

A APS diferencia-se da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes, simples ou complexos de uma população adscrita a uma área de abrangência previamente definida. A organização dos serviços de saúde desse nível de atenção segue os pressupostos de um modelo assistencial com valores, princípios e elementos próprios e orienta-se essencialmente pelo conjunto de necessidades de saúde da população adscrita (STARFIELD, 2002 apud SAITO; OHARA, 2014).

Somente com a municipalização do SUS no início da década de 1990 começou a haver uma estruturação mais uniforme da APS, sob a responsabilidade

dos municípios brasileiros, incentivados pelo Ministério da Saúde, através de normatizações e financiamento.

Quando então divulgado oficialmente em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi inicialmente definido como um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde, responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de Atenção Primária. A implantação do PSF, primeiramente estruturado como programa de saúde com caráter focalizado nos grupos mais expostos aos riscos de adoecer e morrer em populações pobres e com baixa articulação com a rede de serviços instalada, foi posteriormente adotada como estratégia para Atenção Primária do SUS (AGUIAR, 2011).

A ESF foi implementada como uma estratégia de reorganização do SUS e implantação de seus princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade. Priorizando ações de proteção e promoção da saúde, cada equipe de saúde é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento e da identificação de suas características, tornando-se mais sensível às suas necessidades. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade (SILVA et al., 2011).

## 2.2 A IMPORTÂNCIA DO NASF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A partir de experiências municipais e de debates nacionais, o Ministério da Saúde criou o NASF, por meio da Portaria nº 154 de 24/01/2008, no sentido de ampliar a abrangência das ações e serviços ofertados pela Atenção Primária, principalmente através da ESF, reforçando o processo de territorialização e regionalização em saúde. O principal princípio do SUS a ser praticado por este núcleo é a integralidade e deve estar presente na atitude do profissional no encontro com seus clientes, ou seja, o usuário deve ser assistido de forma integral, como um

todo, levando em consideração os aspectos econômicos, culturais, sociais e pessoais que o rodeiam (BRASIL, 2014).

Complementando a citação acima, outros pilares devem orientar as ações a serem desenvolvidas pelo NASF, como o território onde deve ser desenvolvida a atuação dos profissionais; a educação em saúde da população; a interdisciplinaridade – na qual diversas ações, saberes e práticas se complementam; a participação social com foco na gestão participativa; a educação permanente em saúde buscando a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho; a humanização, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários; e a promoção da saúde que procura eleger formas de vida mais saudáveis.

Os profissionais do NASF devem trabalhar com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas nos territórios de responsabilidade dessas equipes, apoiando-as e atuando na Unidade Básica de Saúde à qual estão vinculados, realizando diretamente também, embora em caráter excepcional, atenção aos usuários que requeiram cuidados de reabilitação, orientação, atendimento individual e coletivo (BRASIL, 2014).

Segundo as diretrizes do NASF citadas acima, é importante também ressaltar que esse não constitui porta de entrada ao sistema de saúde. Na verdade, os profissionais devem se responsabilizar pelo acompanhamento dos casos, planejando, atuando e avaliando resultados em conjunto com as equipes de Saúde da Família. Para tanto, o planejamento deverá partir do conhecimento, com profundidade, do território de abrangência, de seu perfil epidemiológico, mapeando as situações e as áreas de maior risco, para programar uma atuação racional sobre esses fatores.

De acordo com a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos NASF, foi prevista a constituição de três modalidades do núcleo: NASF 01 - vinculado com 05 a 09 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); NASF 02 - vinculado a no mínimo 03 e no máximo 04 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); NASF 03

- deverá ser associada à no mínimo uma e a no máximo duas equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. Nas três modalidades, nenhum profissional poderá ter a carga horária semanal menor que 20 horas (BRASIL, 2012).

Segundo Crivellaro (2014), a soma das cargas horárias semanais dos membros das equipes deve acumular no mínimo 200 horas semanais quando se refere à modalidade NASF 01, 120 horas semanais quando se refere ao NASF 02 e 80 horas semanais referente à modalidade NASF 03.

Ainda se tratando de NASF, é importante ressaltar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que é o novo componente de financiamento da Atenção Básica, lançado na Portaria nº 1.654/GM/MS de 19 de julho de 2011. O PMAQ tem como objetivos: induzir a ampliação do acesso; melhorar a qualidade da Atenção Primária à Saúde; garantir padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente; transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Primária à Saúde (CRIVELLARO; 2014).

### 2.3 O PAPEL DO NASF CONFERINDO “SATISFAÇÃO” DO USUÁRIO

O trabalho das equipes de NASF deve estar em consonância com a ESF. Nesse intuito e considerando as peculiaridades da atuação do NASF, foram definidos alguns parâmetros para nortear a organização das agendas e das ações a serem desenvolvidas. Contudo, como o Brasil tem dimensões continentais, os parâmetros devem estar alinhados com a realidade local, visando à qualidade das ações (SAITO; OHARA, 2014).

A satisfação dos usuários também constitui um elemento muito importante no que se refere ao norteamiento dos serviços ofertados. Satisfação é entendida como a percepção e a avaliação que o usuário tem sobre dimensões definidas dos serviços de saúde. A satisfação, assim considerada, é um importante componente da avaliação da qualidade dos serviços de saúde (CASTRO et al., 2008). Segundo Silva et al. (2012), ao avaliar a satisfação com o serviço, o paciente faz um

juízo sobre o seu tratamento, referindo-se aos seus valores, suas aspirações, sua situação atual e sua experiência com outros serviços.

A percepção em relação às práticas de saúde e a satisfação dos usuários são temas que têm se destacado no cenário da saúde no contexto mundial e nacional. Os processos de avaliação representam uma forma interessante de buscar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e criar oportunidades para discutir o cuidado ao paciente. O número crescente de estudos que avaliam o nível de satisfação da assistência prestada aos pacientes atendidos em várias especialidades e a avaliação dos diversos serviços de saúde tem como o intuito principal verificar o nível de qualidade dos serviços de saúde (GUILHERME et al., 2016).

Araújo et al. (2015) avaliaram a percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre Atenção Primária em um estudo realizado no Distrito Federal (DF); concluíram que, no geral, a força de orientação para a APS no DF foi considerada baixa, na opinião dos usuários dos distintos serviços, porém, mais favorável à ESF. Os autores consideraram importantes os estudos científicos que possam contribuir para uma melhor avaliação da APS em outras regiões, contribuindo, assim, para subsidiar a construção de um modelo consistente.

Já a pesquisa realizada por Ribeiro et al. (2014) avaliou a atuação do NASF através do conhecimento e da avaliação de serviços pelos profissionais da ESF. Foi identificado que a implantação do NASF com número insuficiente de equipes em relação à população adscrita já foi destacada como um agravante à permanência e à formação de vínculo ao NASF, o que gera conflitos e frustrações pela incapacidade dos profissionais de atender à demanda local. Porém, foi concluído que as ESF possuem informação com relação à estrutura do NASF, apontando o serviço como muito importante e uma satisfação com as atividades realizadas, além de classificar o serviço como acessível para a população, sendo esta informada pelo NASF acerca de seus direitos na saúde pública.

Ainda se tratando de olhar perceptivo, estudo realizado por Souza et al. (2013) ressaltou que a percepção das pessoas sobre uma proposta de ação pode ser uma relevante ferramenta para a análise da sua adequação às necessidades dos sujeitos; concluiu que a implantação de um serviço multidisciplinar voltado à

APS tem impacto na percepção das pessoas, por ser uma estratégia pioneira no âmbito do SUS. O fortalecimento dessas práticas pode incrementar o modelo de atenção integral ao indivíduo, sendo, dessa forma, necessária uma intervenção educativa maior. Na pesquisa, ficou evidente que as ações desenvolvidas pelo NASF interferem nas concepções do cuidado preventivo com a saúde, provocando mudanças significativas no cotidiano individual e familiar com relação à APS. Porém, ficou claro que tais intervenções necessitam de maior divulgação entre a comunidade, visto que a cobertura do atendimento multiprofissional ainda é pequena.

Souza et al. (2013) foram os únicos que fizeram uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, a qual identificou a visão do usuário a respeito da atuação do NASF. Então, os fatos descritos levantam a necessidade de novas explorações para identificar o olhar dos pacientes, assim como a adesão e o fluxo de encaminhamento de novos usuários para o NASF, buscando contribuir com a melhoria da cobertura do SUS.

Já Bonaldi e Ribeiro (2014) tiveram como objetivo compreender a organização das ações de promoção de saúde no cotidiano de trabalho de uma equipe NASF através da percepção dos profissionais; foi observado que o conceito sobre promoção da saúde aparece com um olhar reduzido, por vezes associado à prevenção, com foco no desenvolvimento de habilidades pessoais e pouca ênfase no aspecto coletivo e comunitário. O desafio colocado talvez esteja relacionado às condições oferecidas pela estrutura da ESF e à formação de profissionais que consigam, em meio a um contexto desfavorável, romper com o modelo biomédico e ampliar as possibilidades de atuação. Nessa perspectiva, as ações de promoção da saúde apareceram suprimidas pela demanda reprimida do sistema de saúde.

Foi constatada no estudo, no que se refere ao processo de trabalho, analisado pelo recorte do planejamento das ações, a identificação do desafio de integração entre proposta de atuação do NASF – no sentido de compartilhar, apoiar, fortalecer – e as expectativas trazidas pelas equipes nucleares – com uma estrutura de trabalho focada na doença, em metas, indicadores e na demanda reprimida do sistema – melhorando, assim, a relação entre essas equipes, fortalecendo e ampliando as ações de saúde.

## 2.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E HUMANIZAÇÃO COMO FATORES PRIOMORDIAIS NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES

O profissional de saúde que desenvolve atividades assistenciais e educativas (médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, odontólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social e outros), além das ações e procedimentos técnicos ligados à sua área específica, estabelece sempre, com as pessoas que atende, relações interpessoais. Seu trabalho depende, portanto, da qualidade técnica e da qualidade interacional. Esta divisão – técnica/interacional – se faz por razões didáticas. Assim como a preocupação com a qualidade técnica faz com que, em cada área, se desenvolvam temas específicos, que constituem parte do que é chamado de conhecimentos e habilidades relativos à área técnica, a abordagem da qualidade interacional também torna necessário o estudo de vários temas teóricos e a reflexão sobre o desenvolvimento de atitudes (MARTINS, 2011).

A autora referenciada acima ressalta que é de fundamental importância, portanto, que o profissional de saúde incorpore o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais da tarefa assistencial e/ou educativa, conhecendo os fenômenos psicológicos que nela atuam. O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, sua própria saúde ou doença, seus próprios conflitos e frustrações. Se ele não toma contato com esses fenômenos, corre o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional quanto no pessoal.

Nesse contexto, as ações de saúde devem ser também direcionadas pelos princípios da humanização do cuidado. Essa, entendida como um conjunto de conhecimentos, processos e métodos usados como ramo de atividade na área de saúde, tem a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento entre os diversos setores da saúde e da comunidade. Como recursos tecnológicos, acesso, acolhimento e vínculo representam uma relação estabelecida entre trabalhadores e usuários, para que as ações de saúde sejam mais acolhedoras, ágeis e resolutivas (COELHO; JORGE, 2009).

Quando se trabalha com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada por toda a equipe, ao receber a pessoa como paciente, é prestar-lhe acolhimento. O acolhimento à pessoa que procura o cuidado de saúde se expressa

na relação que se estabelece entre o usuário e o profissional que o atende; com isso, as necessidades sentidas pelos usuários poderão ser trabalhadas pelas equipes da APS de forma a resolver suas reais exigências de saúde (SILVA et al., 2008).

Os recursos tecnológicos são operados no espaço intercessor do encontro trabalhador e usuários no interior dos serviços de saúde, nos quais há abertura para a produção subjetiva dos sujeitos. Desse modo, a subjetividade e a dignidade humana, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores da saúde, devem ser enfatizadas como um direito inalienável. Dessa forma, todos os sujeitos podem ampliar suas ações para além de um trabalho técnico e hierarquizado, um trabalho com interação social, com maior “horizontalidade e flexibilidade” dos diferentes saberes, com maior possibilidade de criatividade dos agentes e maior integração da equipe (COELHO; JORGE, 2009).

Sendo assim, o trabalho em equipe favorece a contribuição dos diversos saberes, o que não deve eliminar o caráter particular de cada profissional ou de cada profissão, pois todos devem participar de modo a articular um campo que assegure saúde à população e realização pessoal aos trabalhadores (SILVA et al., 2008).

## 2.5 INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS EM SAÚDE

Atualmente, a crescente evolução de tecnologias da informação vem transformando a sociedade; a revolução tecnológica dos últimos 30 anos, ao lado da etapa atual de globalização, propiciou grandes avanços na área da saúde (BAPTISTA et al., 2011).

Os temas tecnologia e inovação tecnológica estão em pauta nos meios de comunicação e nas agendas de governos, empresas, agências de fomento a pesquisas e diversas organizações sociais, com forte influência no setor saúde. Há uma difusão da ideia de que se vive uma época histórica de desenvolvimento tecnológico sem precedentes, o que faz a atual sociedade ser reconhecida como uma sociedade do conhecimento e da tecnologia (LORENZETTI et al., 2012).

Tecnologia pode ser definida como conhecimento sobre técnicas, enquanto as técnicas envolvem aplicações desse conhecimento em produtos, processos e métodos organizacionais. Já a inovação é algo novo ou alguma mudança em produtos, processos e métodos; é a introdução de alguma novidade em um ambiente de trabalho, ou ainda pode ser conceituada como a implementação de um novo produto, bem ou serviço ou este significativamente melhorado (RIBEIRO, 2012).

Na área da saúde, nas últimas décadas, observa-se um acelerado processo de transformação e inovação tecnológica, marcado pela introdução de grande volume de técnicas, instrumentos, recursos diagnósticos e terapêuticos produzindo mudanças significativas nas práticas de saúde cotidianas, nos processos de diagnóstico e de terapêutica utilizada e nas formas de organização e reorganização dos serviços de saúde (BAPTISTA et al., 2011).

Segundo os autores supracitados, concebe-se como inovação tecnológica em saúde a aplicação de novos conhecimentos, os quais aparecem na forma de artefato físico, ideias ou em novos procedimentos e práticas, que acarretam mudanças qualitativas e quantitativas na assistência à saúde. Na verdade, a compreensão de inovação tecnológica deve superar a redução usual da tecnologia a equipamentos para os conhecimentos e ações necessárias para a sua manipulação e aplicação nos processos de decisão de incorporação de produtos e programas nos serviços de saúde.

De acordo com Chade (2009), a expansão da rede de telefonia móvel, a praticidade desse meio de comunicação e a redução do preço dos aparelhos fizeram do Brasil o quinto maior mercado consumidor de celulares no mundo. Segundo a Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL (2013), no final de 2011, o Brasil contava com 242,23 milhões de acessos do Serviço Móvel Pessoal, com crescimento de 16,2% em relação ao ano anterior. Em 2010, esse crescimento foi semelhante: 16,7% em relação a 2009.

É crescente o acesso da população à tecnologia: segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), 40,65% da população tinham acesso à internet no ano de 2010. Entre 2003 e 2006, os serviços de internet cresceram de 1,3 para 2,3% e a telefonia móvel cresceu de 34,1 para 43,2% no

país. Esses números demonstram o interesse da população brasileira pela tecnologia digital. Atualmente, mais de 1,3 bilhão de aparelhos celulares estão sendo vendidos no mundo; e em 2010 os smartphones compuseram cerca de 20% do total e as vendas crescem 100% ao ano (CAIVANO et al., 2014).

Os autores supracitados entendem, portanto, que essas tecnologias podem influir positivamente sobre os hábitos dos indivíduos, como aqueles relacionados ao trabalho, ao ensino e à aprendizagem. As características dos aparelhos móveis permitem acesso à informação a qualquer hora (*just-in-time*), o que pode ser a base para a individualização e a personalização da aprendizagem; permitem distribuir, agregar e partilhar informação facilmente. O conceito de apropriação desses aparelhos é definido como a integração de uma nova ferramenta às atividades de aprendizagem.

O uso da tecnologia digital, na forma de aplicativos para cuidados em saúde, constitui um recurso com potencial para facilitar o registro e a análise dos dados em vários estudos; como atributo adicional, o uso desta tecnologia torna a coleta dos dados mais precisa e menos árdua. Tais fatos certamente serão facilitadores da implantação de um aplicativo que permita pontuar o nível de conhecimento da população e o seu grau de satisfação em relação ao papel do NASF.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica que tem por finalidade usar conhecimentos existentes, elaborar ou melhorar uma intervenção ou melhorar um instrumento que pode ser um dispositivo ou um método de medição. Esse tipo de estudo é organizado a partir do desenvolvimento, avaliação e validação de materiais, tecnologias, instrumentos e procedimentos (POLIT; BECK, 2011).

A tecnologia desenvolvida neste estudo constituiu na criação de um aplicativo, o qual é considerado um tipo de tecnologia em saúde leve-dura, pois inclui todos os conhecimentos bem estruturados no processo de saúde (COELHO; JORGE, 2009).

Para Merhy (2006) apud Coelho e Jorge (2009), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.

#### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Alagoa Nova se localiza no brejo paraibano, tem cerca de 20.000 habitantes e uma área de 122.255 km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). A APS é constituída por oito equipes de Saúde da Família, sendo quatro na zona rural e quatro na zona urbana. O NASF do município é modalidade tipo um, sendo a equipe constituída por quatro fisioterapeutas, uma psicóloga, uma assistente social e um pediatra, perfazendo um total de 200 horas semanais.

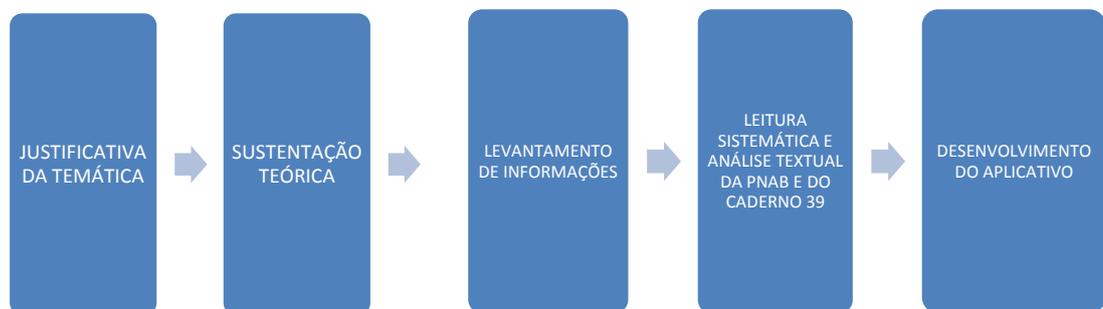
O NASF foi implantado no final do ano de 2009, inicialmente com o propósito de funcionar como uma “policlínica”, com uma visão primordialmente curativa, pois no município não existiam os serviços oferecidos pelos profissionais contratados.

Há um pouco mais de um ano, mudanças no processo de trabalho foram efetuadas no sentido de preconizar o trabalho educativo proposto pelas diretrizes do NASF. Porém, mesmo diante de tais transformações, ainda existem muitos

atendimentos propriamente assistenciais realizados no setor de Fisioterapia, que é composto por uma sala existente na sede com material específico para a realização de atendimentos individuais. Portanto, a gestão também reforça uma visão errônea da população sobre o NASF. Tal fato constituiu o ponto inquietante e norteador para o desenvolvimento do aplicativo, uma vez que se supõe que parte da população desconhece o verdadeiro objetivo do NASF, sendo o município um possível campo para a realização de futuras pesquisas de validação do produto tecnológico.

### 3.3 CONSTRUÇÃO DO APLICATIVO

Este estudo foi realizado no intuito de criar um produto inédito que consiga, através de um aplicativo utilizado em celular, avaliar o nível de conhecimento da população e o seu grau de satisfação em relação ao NASF. A seção a seguir descreve criteriosamente as etapas que foram realizadas para a produção do aplicativo.



**Etapa 1** - Justificativa da temática: foi realizada uma revisão integrativa para conhecer e sintetizar as pesquisas realizadas acerca da temática em questão, em que foi comprovada a relevância social do presente estudo. Apenas um artigo se referia a estudo realizado para avaliar o olhar perceptivo do usuário em relação ao NASF.

**Etapa 2** - Sustentação teórica: foi realizado um levantamento teórico buscando a compreensão e o aprofundamento do tema, que serviu de embasamento para esta pesquisa.

**Etapa 3** - Levantamento de informações: foram elencados e analisados documentos do Ministério da Saúde referentes à Atenção Primária à Saúde e ao NASF, para fundamentar a elaboração do aplicativo proposto.

**Etapa 4** - Leitura sistemática e análise textual da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e do caderno 39 (Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do NASF): com o objetivo de desenvolver as variáveis de acordo com o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde.

**Etapa 5** - Desenvolvimento do aplicativo

O aplicativo foi construído através do programa Adobe XD. Após validação, o mesmo será divulgado entre os integrantes das eSF e pelas redes sociais, mas ainda não foi pontuada a forma de disponibilização e de acesso entre os usuários.

O produto tecnológico é constituído de duas partes: a primeira consiste de um jogo de perguntas e respostas, em forma de *Quiz*, que serve para checar o conhecimento dos usuários em relação ao funcionamento do NASF, desde a terminologia até a prestação dos serviços ofertados; são apresentadas luzes e figuras indicando se a resposta está certa ou errada. As respostas esperadas, que surgem após o usuário responder as perguntas, funcionam como forma de orientação através do acesso às informações básicas sobre o NASF, tornando o olhar da proposta bastante educativo. A segunda parte checa a percepção da população e o seu grau de satisfação através de um questionário com perguntas simples, presentes no próprio aplicativo. Esse questionário servirá para nortear os serviços e então melhorar o processo de trabalho.

Além disso, as equipes de gestão dos municípios poderão fazer a relação da percepção dos usuários com o nível de conhecimento deles sobre o NASF.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O produto tecnológico desse estudo foi um aplicativo inédito nomeado como “Aplicativo da verdade: conhecendo o papel do NASF e o nível de satisfação por parte dos usuários”, que pode ser utilizado pelos próprios usuários do SUS e também por futuros pesquisadores que tenham interesse em fazer estudos relacionados ao NASF nos diversos municípios do país. Em outras palavras, o produto final terá duplo benefício no sentido de que a própria população tenha interesse em utilizá-lo ou algum pesquisador use-o como uma importante ferramenta na elaboração de relatórios; poderá ser validado no município de Alagoa Nova e expandido para outros municípios. O material desenvolvido tem como objetivo avaliar o nível de conhecimento da população e o seu grau de satisfação em relação ao NASF.

A ideia de se criar um produto final em forma de aplicativo se baseia no fato de que muitas mudanças aconteceram na área de saúde, sendo tais alterações devidas à inovação tecnológica. Essa mudança pode ser apresentada na forma de novos recursos, ideias ou em procedimentos, facilitando, assim, a organização e a agilidade dos serviços de saúde (DELPHINO, 2016). O aplicativo pode ser um recurso bastante útil, prático e acessível, na medida em que grande parte da população atual possui *smartphones* e tem acesso a algum tipo de internet.

Para a construção da tecnologia, primeiramente, foi realizado o levantamento bibliográfico para elencar as principais informações que deveriam ser pontuadas no seu desenvolvimento, sendo tais dados todos referenciados de acordo com a literatura atual e com o material disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Posteriormente, houve a construção da primeira parte do aplicativo, que se trata de um *Quiz* (jogo de perguntas e respostas), cujos objetivos são promover a interação com o jogador, testar os seus conhecimentos e fornecer informações acerca do NASF.

Então, foram elaboradas cinco perguntas utilizando uma linguagem de fácil compreensão e cada uma contendo quatro opções de resposta, sendo apenas uma ou duas corretas. Quando o jogador responde à pergunta, o aplicativo gera uma

figura com cores indicando se ele acertou ou errou, sendo a cor verde relacionada à resposta certa e a cor vermelha relacionada à resposta errada.

Se o jogador não acertar a pergunta, automaticamente, o próprio aplicativo gera informações referentes à resposta correta, todas embasadas de acordo com o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde. Tais informações servem como orientação no sentido de esclarecer as dúvidas dos usuários em relação ao NASF.

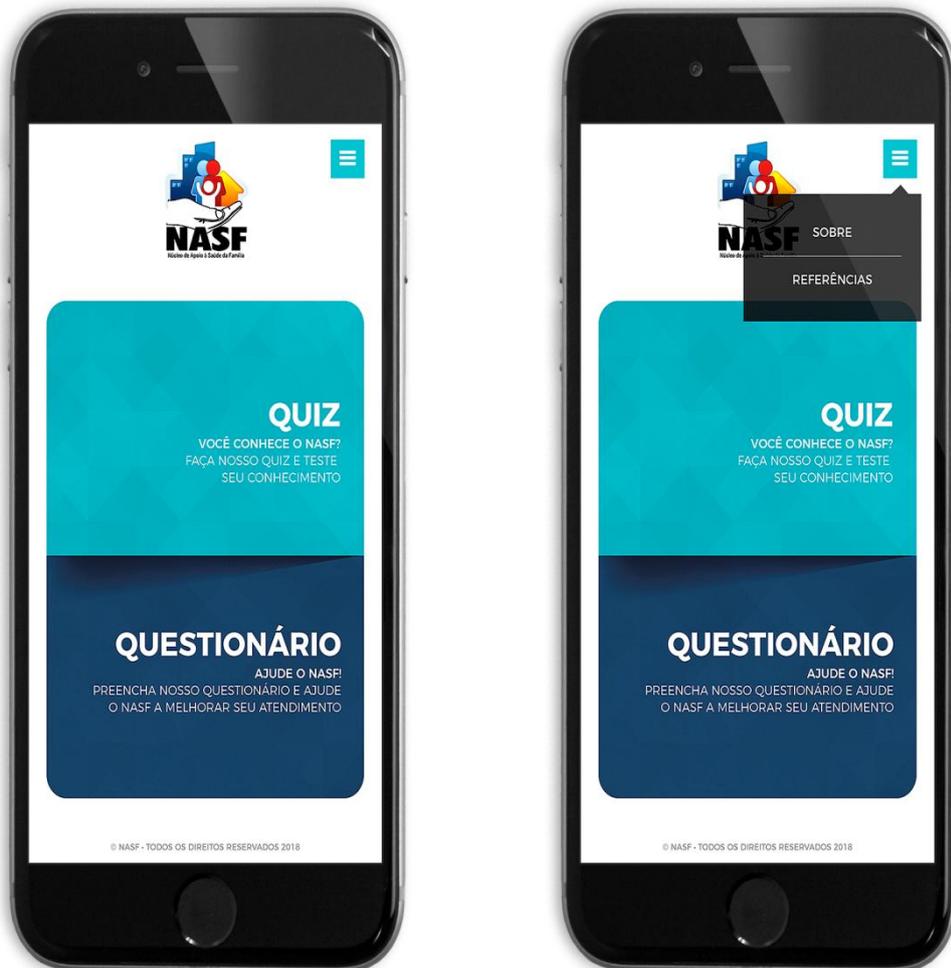
Antes do *Quiz* propriamente dito, o produto tecnológico tem como tela inicial o nome do aplicativo e a imagem da logomarca do NASF, utilizada pelo Ministério da Saúde (Figura 01). O termo “Aplicativo da verdade” foi escolhido para fazer menção ao verdadeiro conhecimento que a população tem em relação ao NASF, pois se supõe que uma grande parte não conhece as diretrizes que o regem.

**Figura 01:** Tela de abertura



A tela principal traz dois botões que convidam o usuário a responder ao *Quiz* e ao questionário; na parte direita superior da tela, existe um menu expansivo que, quando clicado, faz surgir as opções “sobre” e “referências” (Figura 02 A e B).

**Figura 02 A e B:** Tela principal – conteúdo do aplicativo

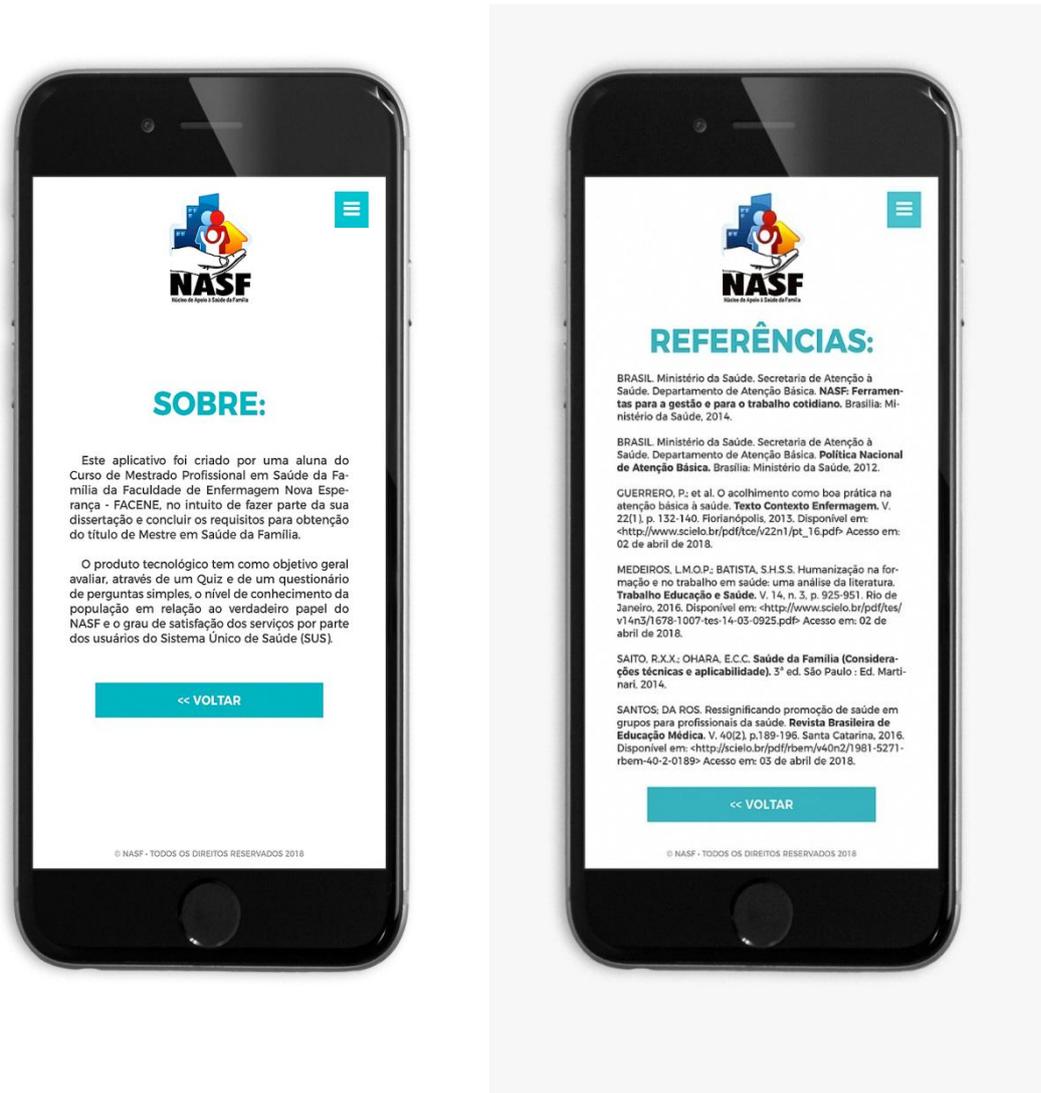


**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

A opção “sobre” traz uma apresentação da autora e o objetivo geral do aplicativo, sendo expresso pelo seguinte texto: “Este aplicativo foi criado por uma aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, no intuito de fazer parte da sua dissertação e concluir os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família”. O produto tecnológico tem como objetivo geral avaliar, através de um *Quiz*

e de um questionário de perguntas simples, o nível de conhecimento da população em relação ao verdadeiro papel do NASF e o grau de satisfação dos serviços por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Já a opção “referências” aponta todo o material bibliográfico utilizado na construção do aplicativo (Figura 03 A e B).

**Figura 03 A e B:** Tela de apresentação e tela de referências

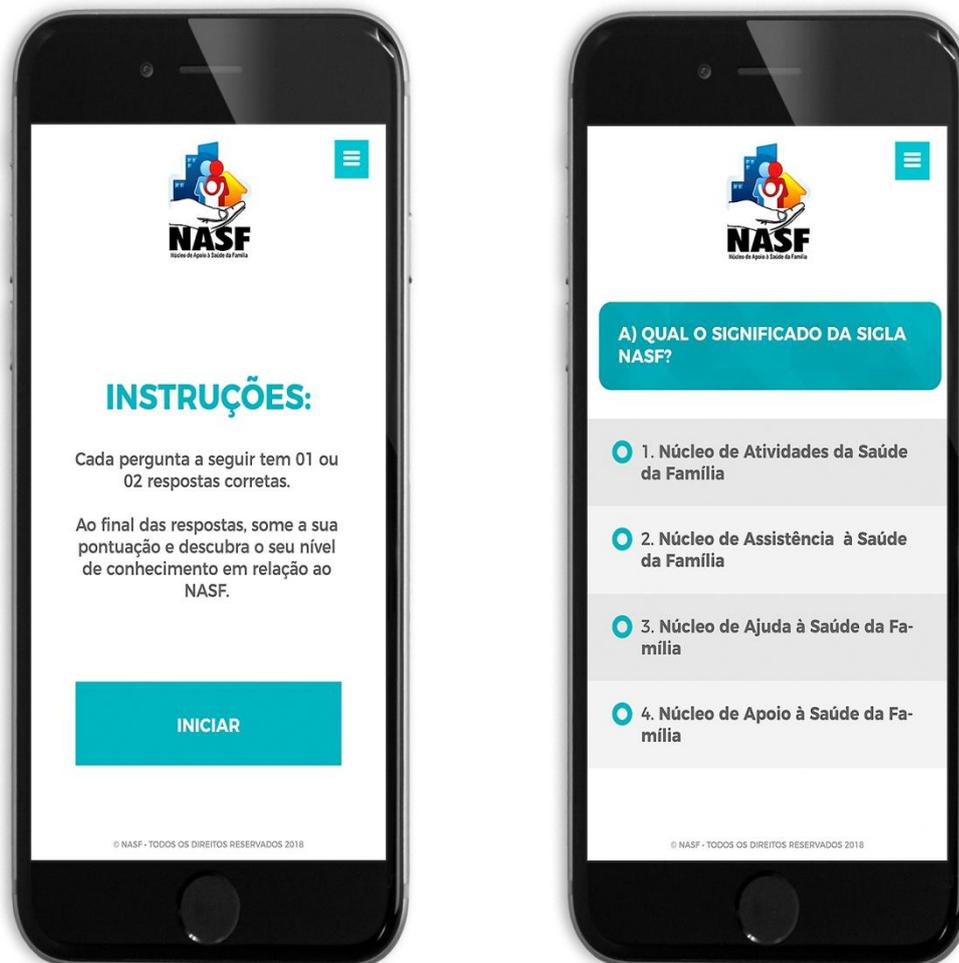


**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

No botão “voltar”, o jogador retorna para a tela principal e, clicando no botão “Quiz”, aparecerá a tela que descreve as instruções do jogo. Ele será orientado a somar a sua pontuação ao finalizar as respostas e descobrir o seu nível de conhecimento em relação ao NASF; cada pergunta tem uma ou duas respostas corretas (Figura 04 A).

A tela seguinte dá início ao *Quiz*, sendo a primeira pergunta relacionada ao significado da sigla NASF (Figura 04 B).

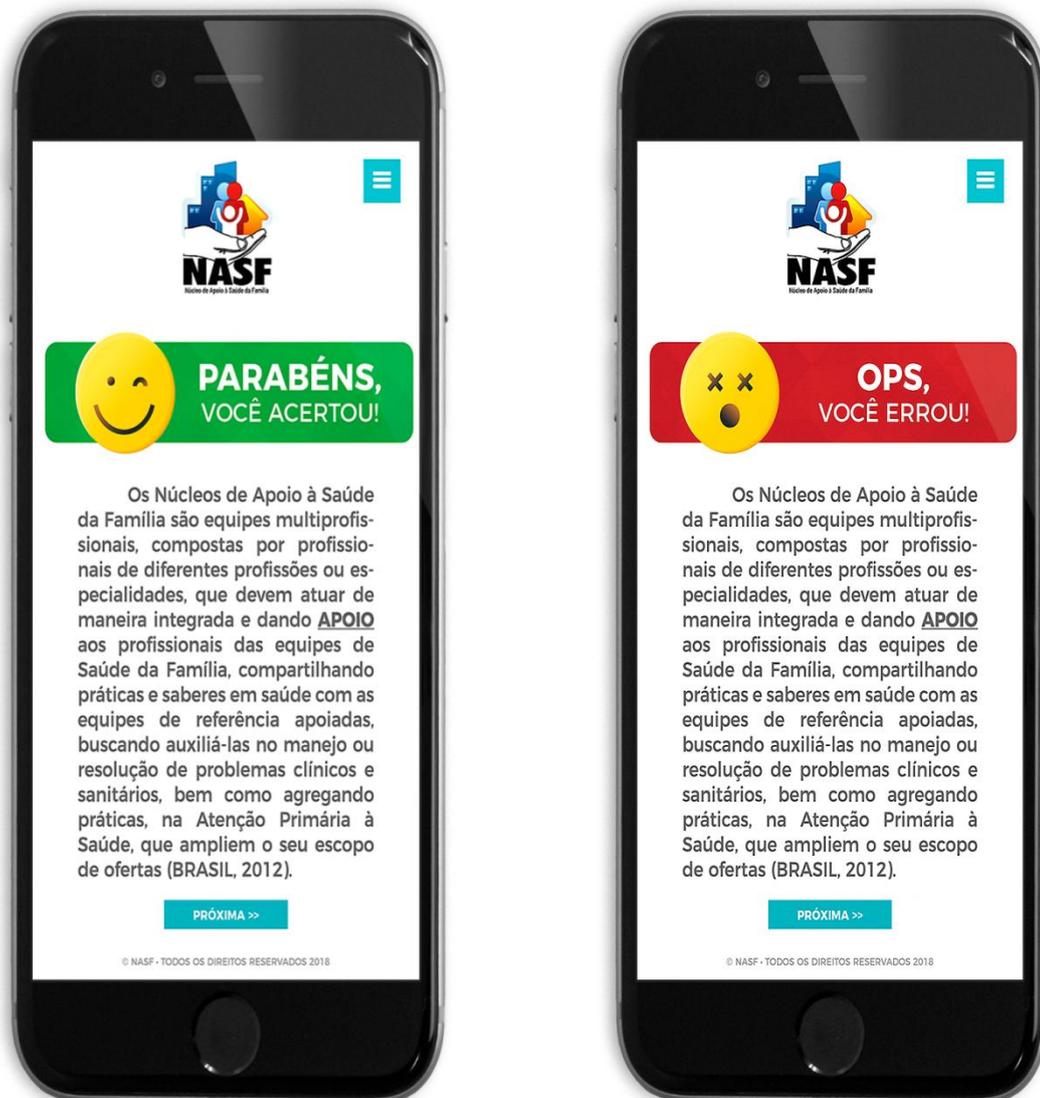
**Figura 04 A e B:** Tela de instruções e tela que contém a primeira pergunta do *Quiz*



**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

De acordo com Brasil (2012), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e dando APOIO aos profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na Atenção Primária à Saúde, que ampliem o seu escopo de ofertas (Figura 05 A e B).

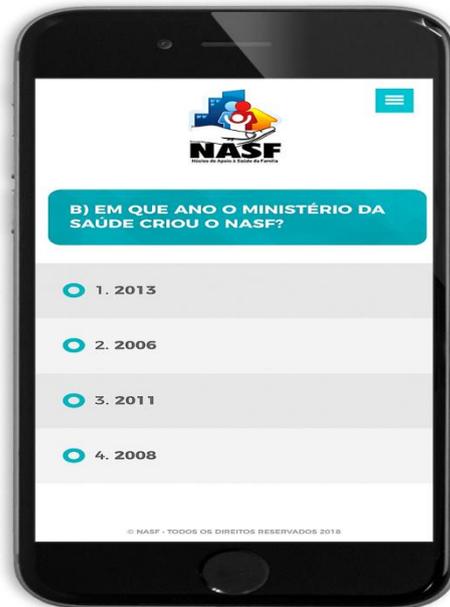
**Figura 05 A e B:** Resposta da primeira pergunta do Quiz



**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

A segunda pergunta é sobre o ano de criação do NASF (Figura 06). Segundo Saito e Ohara (2014), em 2008, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GSM nº 154 de 24 de janeiro, criou o NASF como estratégia de ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde no Brasil, por meio do apoio da inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, aumentando sua abrangência e resolubilidade, considerando o processo de territorialização e regionalização como características organizadoras do modelo (Figura 07 A e B).

Figura 06: Segunda pergunta do Quiz



Fonte: APLICATIVO DA VERDADE (2018)

Figura 07 A e B: Resposta da segunda pergunta do Quiz



Fonte: APLICATIVO DA VERDADE (2018)

A terceira pergunta é sobre a composição dos profissionais que podem integrar a equipe NASF (Figura 08); ela tem duas respostas corretas (alternativas 3 e 4).

**Figura 08:** Terceira pergunta do Quiz



**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

Conforme Brasil (2014), as possibilidades de composição do NASF são: assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatria; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na

área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (Figura 09 A e B).

**Figura 09 A e B:** Resposta da terceira pergunta do Quiz



**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

A quarta pergunta é sobre a quantidade de modalidades de equipes NASF (Figura 10). De acordo com Brasil (2012), a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, redefine os parâmetros de vinculação dos NASF; nela foi prevista a constituição de três modalidades do núcleo: NASF 01 - vinculado com 05 a 09 eSF e/ou eAB (equipes de Atenção Básica para populações específicas - consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); NASF 02 - vinculado a no mínimo 03 e no máximo 04 eSF e/ou eAB; NASF 03 - deverá ser associada a no mínimo uma e a no máximo duas eSF e/ou eAB, agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. Nas três modalidades, nenhum profissional poderá ter a carga horária semanal menor que 20 horas (Figura 11 A e B).

Figura 10: Quarta pergunta do Quiz



Fonte: APLICATIVO DA VERDADE (2018)

Figura 11 A e B: Resposta da quarta pergunta do Quiz



Fonte: APLICATIVO DA VERDADE (2018)

A última pergunta do *Quiz* questiona ao usuário sobre quais são as principais atividades realizadas pelo NASF (figura 12).

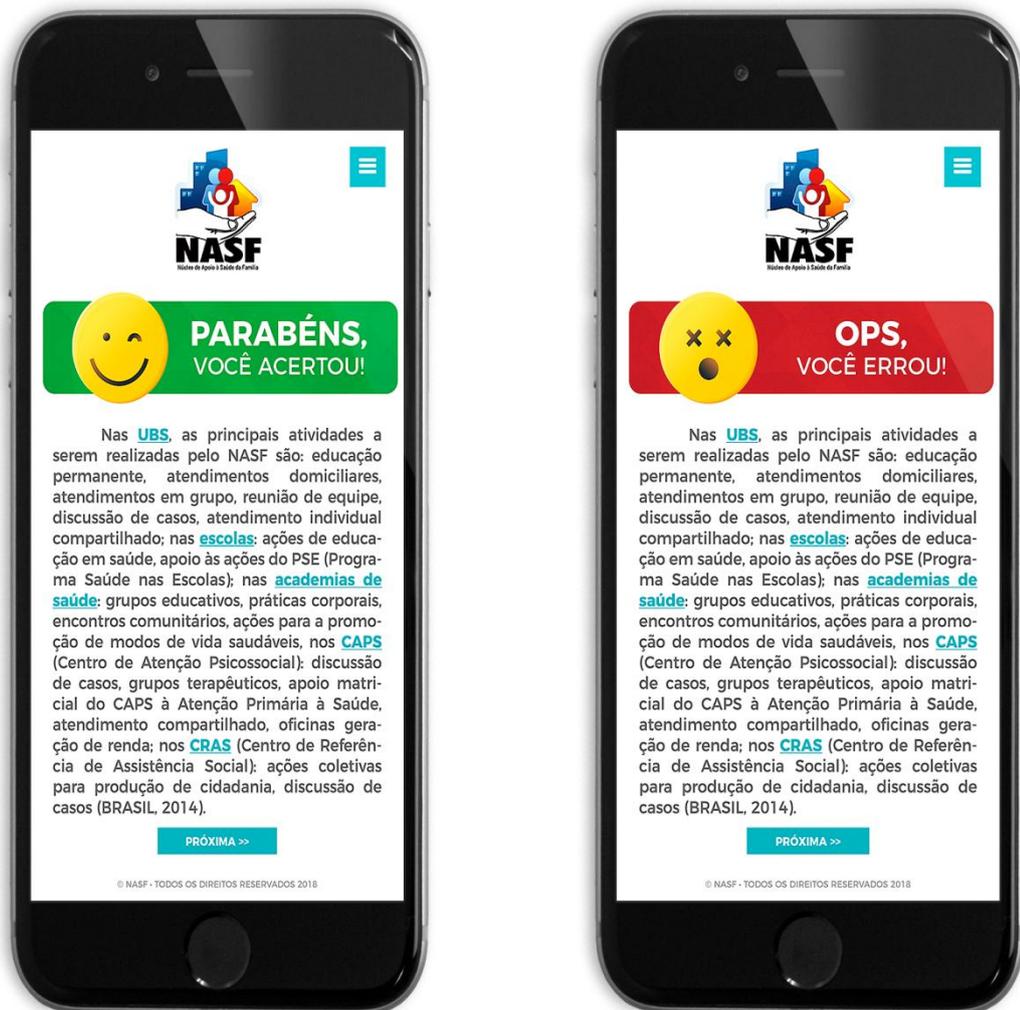
**Figura 12:** Quinta pergunta do *Quiz*



**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

Segundo Brasil (2014), nas UBS, as principais atividades a serem realizadas pelo NASF são: educação permanente, atendimentos domiciliares, atendimentos em grupo, reunião de equipe, discussão de casos, atendimento individual compartilhado; nas escolas: ações de educação em saúde, apoio às ações do PSE (Programa Saúde nas Escolas); nas academias de saúde: grupos educativos, práticas corporais, encontros comunitários, ações para a promoção de modos de vida saudáveis; nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial): discussão de casos, grupos terapêuticos, apoio matricial do CAPS à Atenção Primária à Saúde, atendimento compartilhado, oficinas geração de renda; nos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social): ações coletivas para produção de cidadania, discussão de casos (Figura 13 A e B).

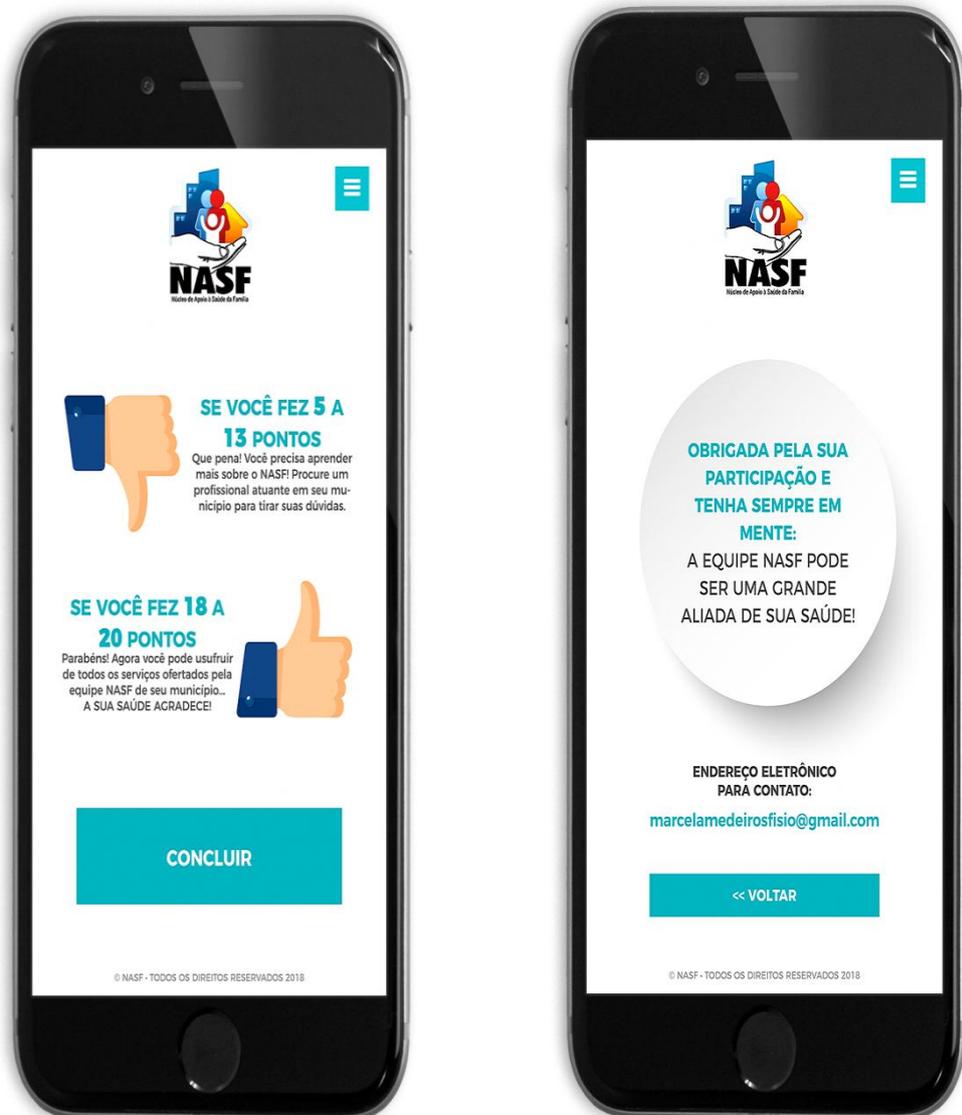
Figura 13 A e B: Resposta da quinta pergunta do Quiz



Fonte: APLICATIVO DA VERDADE (2018)

Ao finalizar as respostas, o jogador terá um *score* que definirá, de acordo com a pontuação somada, o nível de conhecimento dele em relação ao NASF. Se ele fez entre 5 a 13 pontos, precisa aprender mais sobre o NASF; o aplicativo dá a orientação de procurar um profissional atuante em seu município de origem para tirar as suas dúvidas. Já se ele fez entre 18 a 20 pontos, o aplicativo o parabeniza e ressalta que ele pode usufruir de todos os serviços ofertados pela equipe NASF de seu município (Figura 14 A). Ao concluir o *Quiz*, o jogador será direcionado a uma tela que contém o agradecimento pela participação e apresenta o endereço eletrônico da autora para contato (Figura 14 B).

Figura 14 A e B: Tela de score do Quiz e tela de agradecimento pela participação

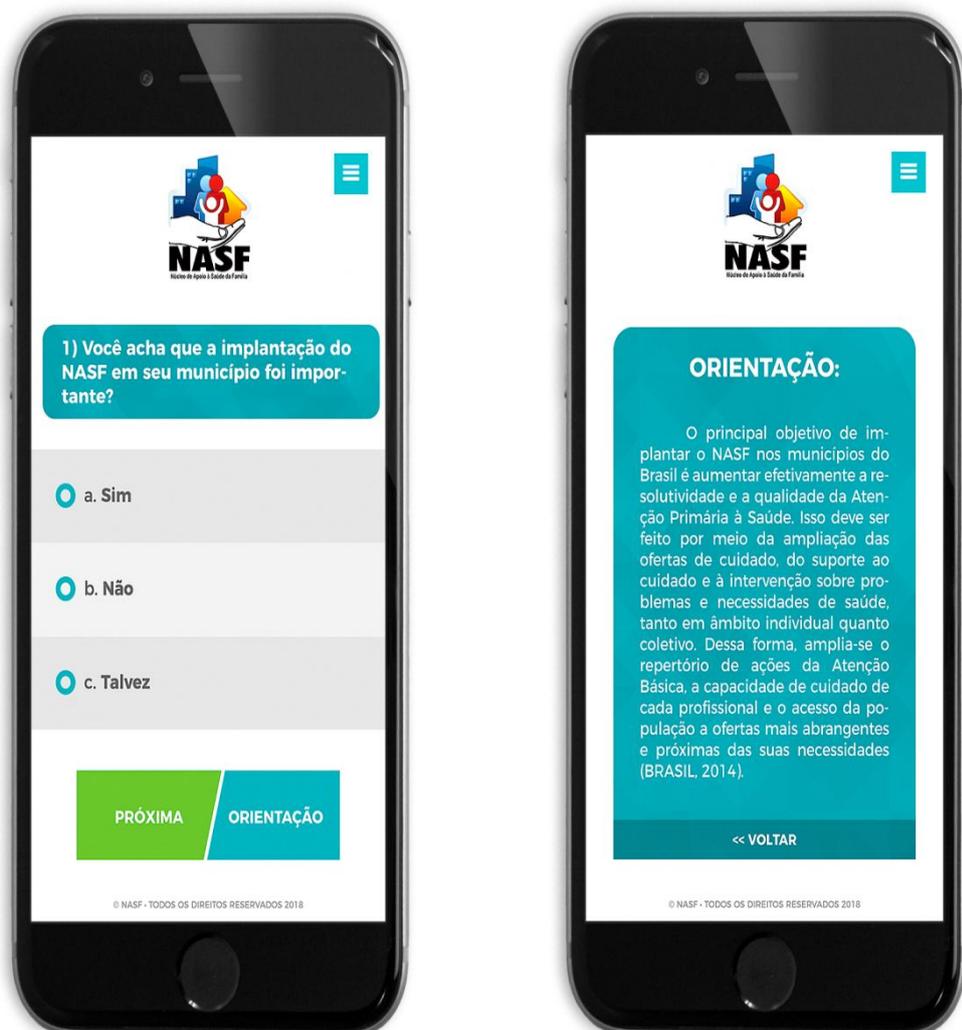


Fonte: APLICATIVO DA VERDADE (2018)

Ao clicar no botão “voltar”, ele terá disponível a tela principal novamente. Então, clicando no botão “questionário”, acessará a segunda parte do aplicativo, a qual avalia o grau de satisfação dos usuários em relação ao NASF. A pessoa responderá às questões e, logo depois, terá a opção de receber orientações relevantes acerca do item questionado. O primeiro questionamento é sobre a implantação do NASF (Figura 15 A).

Conforme Brasil (2014), o principal objetivo de implantar o NASF nos municípios do Brasil é aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da Atenção Primária à Saúde. Isso deve ser feito por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Dessa forma, amplia-se o repertório de ações da APS, a capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades (Figura 15B).

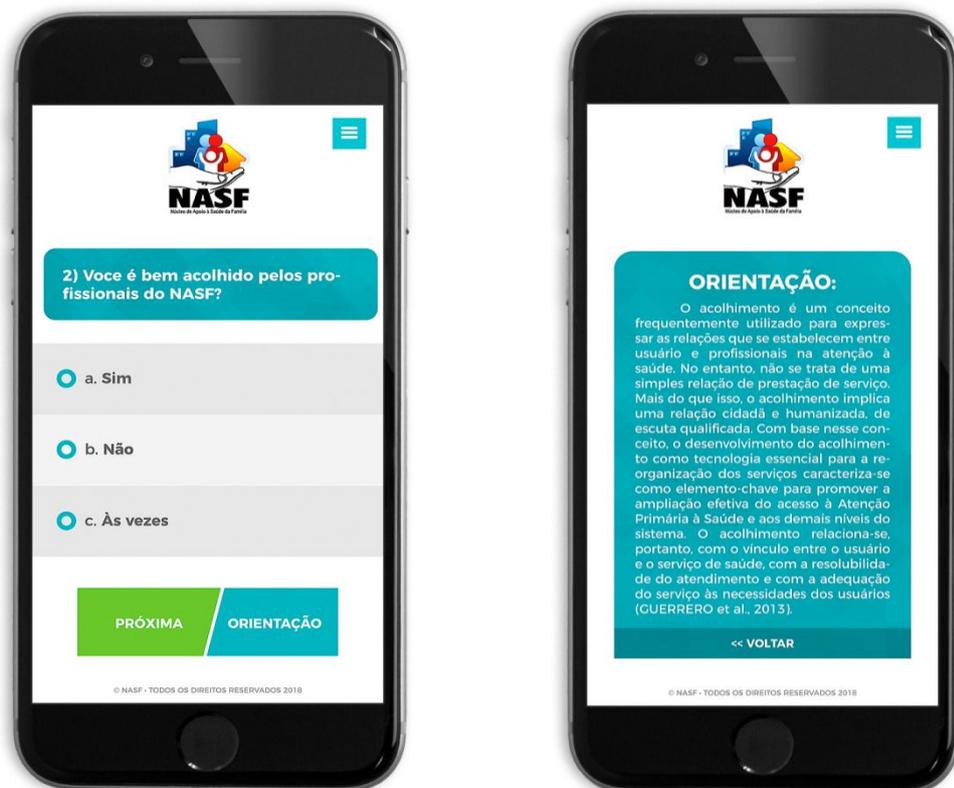
**Figura 15 A e B:** Primeiro questionamento e orientação



O segundo questionamento se refere ao acolhimento prestado pelos profissionais do NASF (Figura 16 A).

De acordo com Guerrero et al. (2013), o acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. No entanto, não se trata de uma simples relação de prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada. Com base nesse conceito, o desenvolvimento do acolhimento como tecnologia essencial para a reorganização dos serviços caracteriza-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso à Atenção Primária à Saúde e aos demais níveis do sistema. O acolhimento relaciona-se, portanto, com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários (Figura 16B).

**Figura 16 A e B:** Segundo questionamento e orientação



O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012).

A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da Atenção Primária à Saúde, como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

Já o terceiro questionamento se refere à assistência prestada pelos profissionais do NASF (Figura 17).

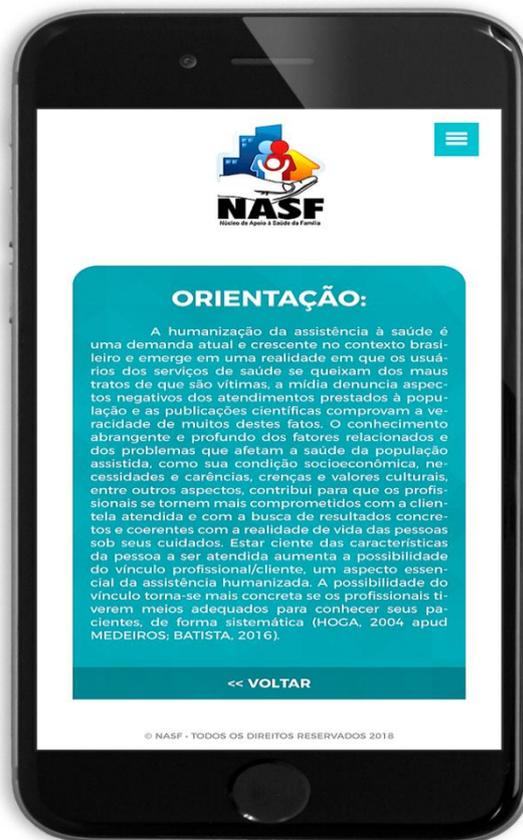
**Figura 17:** Terceiro questionamento



**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

Segundo Hoga (2004) apud Medeiros e Batista (2016), a humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro e emerge em uma realidade em que os usuários dos serviços de saúde se queixam dos maus tratos de que são vítimas. Além disso, a mídia denuncia aspectos negativos dos atendimentos prestados à população e as publicações científicas comprovam a veracidade de muitos desses fatos. O conhecimento abrangente e profundo dos fatores relacionados e dos problemas que afetam a saúde da população assistida, como sua condição socioeconômica, necessidades e carências, crenças e valores culturais, entre outros aspectos, contribui para que os profissionais se tornem mais comprometidos com a clientela atendida e com a busca de resultados concretos e coerentes com a realidade de vida das pessoas sob seus cuidados (Figura 18).

**Figura 18:** Orientação sobre o terceiro questionamento



Fonte: APLICATIVO DA VERDADE (2018)

Estar ciente das características da pessoa a ser atendida aumenta a possibilidade do vínculo profissional/cliente, um aspecto essencial da assistência humanizada. A possibilidade do vínculo torna-se mais concreta se os profissionais tiverem meios adequados para conhecer seus pacientes, de forma sistemática.

O quarto questionamento abrange as visitas domiciliares aos pacientes acamados (Figura 19).

**Figura 19:** Quarto questionamento



**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

Segundo a PNAB, a atenção domiciliar a indivíduos com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que possuam problemas de saúde controlados/compensados e que demandam cuidado com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde é de responsabilidade das equipes de Atenção Primária à Saúde, incluindo o NASF.

Portanto, conforme Brasil (2012), considerando-se as necessidades de saúde dos usuários adscritos, em situações em que essa intervenção pelos profissionais de apoio se fizer necessária, recomenda-se discussão de caso e pactuação junto às equipes de Saúde da Família apoiadas para sua realização. Essa responsabilidade do NASF é reforçada em documentos ministeriais que tratam sobre o processo de trabalho dessa equipe, tais como o Caderno de Atenção Básica nº 27 (Diretrizes do NASF), que coloca que a agenda de trabalho dos profissionais do NASF deve contemplar atividades assistenciais e pedagógicas, incluindo atendimentos domiciliares quando necessários (Figura 20).

**Figura 20:** Orientação sobre o quarto questionamento



**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

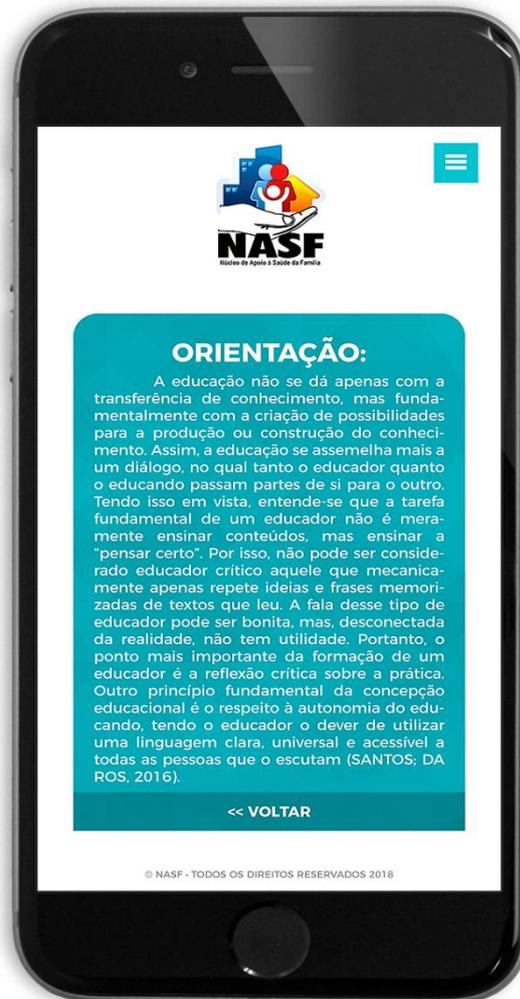
O último questionamento é sobre a linguagem utilizada pelos profissionais do NASF durante as atividades educativas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (Figura 21).

**Figura 21:** Quinto questionamento

**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

Segundo Santos e Da Ros (2016), a educação não se dá apenas com a transferência de conhecimento, mas fundamentalmente com a criação de possibilidades para a produção ou construção do conhecimento. Assim, a educação se assemelha mais a um diálogo, no qual tanto o educador quanto o educando passam partes de si para o outro. Tendo isso em vista, entende-se que a tarefa fundamental de um educador não é meramente ensinar conteúdos, mas ensinar a “pensar certo”. Por isso, não pode ser considerado educador crítico aquele que mecanicamente apenas repete ideias e frases memorizadas de textos que leu. A fala desse tipo de educador pode ser bonita, mas, desconectada da realidade, não tem utilidade (Figura 22).

**Figura 22:** Orientação sobre o quinto questionamento



**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

Portanto, o ponto mais importante da formação de um educador é a reflexão crítica sobre a prática. Outro princípio fundamental da concepção educacional é o respeito à autonomia do educando, tendo o educador o dever de utilizar uma linguagem clara, universal e acessível a todas as pessoas que o escutam.

Enfim, a última tela do aplicativo contém novamente o agradecimento pela participação do usuário e traz uma orientação final em relação à importância da equipe NASF, além de apresentar o endereço eletrônico da autora para contato (Figura 23).

**Figura 23:** Última tela do aplicativo



**Fonte:** APLICATIVO DA VERDADE (2018)

A elaboração e a revisão final do produto foram extremamente criteriosas no sentido de utilizar uma linguagem coloquial que pudesse ser compreendida pelos usuários em futuros estudos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde com o propósito de apoiar os profissionais da Estratégia Saúde da Família, no sentido de ampliar a atenção e a gestão da saúde na APS. Cada núcleo tem sob sua responsabilidade o atendimento a usuários de um determinado número de equipes de Saúde da Família, ou seja, os profissionais do NASF atuam nas suas especialidades para complementar a ação das equipes às quais estão vinculadas.

Por ser algo relativamente novo dentro da APS, muitos usuários ainda desconhecem o verdadeiro papel do NASF. Nesse sentido, este trabalho objetivou construir um aplicativo que avalie, através de um *Quiz* e de um questionário de perguntas simples, o nível de conhecimento da população em relação ao papel da equipe e o grau de satisfação dos serviços por parte dos usuários.

Dois agentes motivadores serviram como inspiração para a criação do aplicativo: primeiro, o fato de ser um produto tecnológico inédito e que poderá ser bastante relevante em futuras pesquisas; segundo, pela autora atuar em uma equipe NASF há mais de oito anos e perceber que há algumas lacunas que precisam ser ajustadas, para que o serviço possa funcionar de forma mais adequada, que é a ideia preconizada pelo Ministério da Saúde.

A falta de informação da comunidade e a sua resistência em aceitar mudanças no processo de trabalho iniciadas pelos profissionais, assim como as barreiras existentes no serviço (decorrentes do próprio sistema de funcionamento), agrava a situação enfrentada nos mais diversos serviços de APS do país.

O desafio enfrentado na construção do aplicativo foi o alto custo financeiro para disponibilizá-lo a muitos dispositivos móveis. Já as limitações do estudo se baseiam no fato de que não existe literatura relacionando o nível de conhecimento da população sobre o NASF e o seu grau de satisfação, dificultando a elaboração do referencial teórico.

Sendo assim, o aplicativo configura uma proposta concreta de fazer esta relação, dando a possibilidade aos gestores municipais de ter acesso aos relatórios que contemplarão as respostas dos usuários, servindo de base para propor estratégias norteadoras, no intuito de melhorar o processo de trabalho dos

profissionais e os serviços ofertados aos usuários. Porém, vale ressaltar que a gestão deve estar empenhada na divulgação das mudanças.

O produto tecnológico construído também servirá como uma ferramenta educativa, além de poder ser um instrumento de avaliação em futuros estudos, pois a primeira parte (o *Quiz*) irá gerar informações atualizadas sobre o NASF quando o jogador escolher uma alternativa errada, dando o feedback ao mesmo. Após responder às perguntas da segunda parte (o questionário), o usuário também terá acesso a orientações que dizem respeito ao trabalho da equipe. Ou seja, de forma dinâmica e interativa, a população irá aprender ou aprimorar seus conhecimentos sobre o NASF e, concomitantemente, expor a sua opinião sobre a equipe.

O aplicativo poderá ser utilizado pelos próprios usuários e também por pesquisadores atuantes na gestão ou na assistência à saúde. No entanto, é esperada a validação deste estudo para que futuras pesquisas possam implementar este produto como um auxílio na avaliação do processo de trabalho e também como forma de orientação aos usuários.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES – ANATEL. **Dados de telefonia móvel**. Brasil, 2013.
- AGUIAR, Z.N. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.
- ARAÚJO, R.L.; et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde Debate**. V. 39(105), p. 387-399. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00387.pdf>> Acesso em: 06 de novembro de 2017.
- BAPTISTA, P.C.P.; et al. A inovação tecnológica como ferramenta para monitoramento da saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 45, p. 1621-1626. São Paulo, 2011.
- BONALDI, A.P.; RIBEIRO, M.D. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: As ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**. V. 17(2), p. 195-203. Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2072/803>> Acesso em: 08 de outubro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **NASF: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAIVANO, S.; et al. Avaliação da usabilidade do Guia Alimentar Digital móvel segundo a percepção dos usuários. **Ciência Saúde Coletiva**. V. 19(5), p. 1437-1446. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01437.pdf>> Acesso em: 11 de março de 2018.
- CASTRO, H.C.O.; et al. A satisfação dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate**. V. 14(2), p. 113-134. Pelotas, 2008. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/375/332>> Acesso em: 08 de novembro de 2017.
- CHADE, J. Brasil é o quinto do mundo em celular e internet. **Jornal O Estado de São Paulo**. P. B15. São Paulo, 2009.
- COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 14(1), p. 1523-1531. Fortaleza, 2009.

CRIVELLARO, J.L.G. **Sistematização de informação. Processo de trabalho, planejamento e organização das ações em Saúde Pública.** 1ª ed. São Paulo: Ed. Érica, 2014.

DELPHINO, T.M. **Efeito do acompanhamento por telefone na recuperação cirúrgica de idosos submetidos à cirurgia de facectomia: estudo clínico randomizado.** 145 f. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2016.

GUERRERO, P.; et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enfermagem.** V. 22(1), p. 132-140. Florianópolis, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_16.pdf)> Acesso em: 02 de abril de 2018.

GUILHERME, J.A.; et al. Avaliação dos serviços de saúde para satisfação dos usuários: estudo cienciométrico. **J. Health Sci Inst.** V. 34(2), p. 93-97. Maringá, 2016. Disponível em: <[https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/02\\_abrjun/V34\\_n2\\_2016\\_p93a97.pdf](https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/02_abrjun/V34_n2_2016_p93a97.pdf)> Acesso em: 06 de novembro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados de acesso à internet.** Brasil, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados do município de Alagoa Nova.** Brasil, 2010. Disponível em: <<http://alagoanova.pb.gov.br/perfil.htm>> Acesso em: 21 de março de 2018.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo.** V. 20(4), p. 867-874. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>> Acesso em: 06 de novembro de 2017.

LORENZETTI, J.; et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enfermagem.** V. 21(2), p. 432-439. Florianópolis, 2012.

LUNA, M.M.A. **O acompanhamento fisioterapêutico de crianças com sequelas de Paralisia Cerebral atendidas no NASF do município de Alagoa Nova – PB.** João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2014.

MARTINS, M.C.F.N. **Humanização das relações assistenciais: a formação profissional de saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

MEDEIROS, L.M.O.P.; BATISTA, S.H.S.S. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. **Trabalho Educação e Saúde.** V. 14(3), p. 925-951. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0925.pdf>> Acesso em: 02 de abril de 2018.

NOGUEIRA, W.B.A.G.N. **Jogo educativo como ferramenta de promoção da saúde sexual dos adolescentes.** 74 f. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, M.D.A.; et al. Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira Promoção à Saúde**. V. 27(2), p. 224-231. Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2426/pdf>> Acesso em: 08 de outubro de 2017.

RIBEIRO, R.M.R. A tecnologia da informação e comunicação: fator condicionante da inovação em bibliotecas universitárias. **Revista de Biblioteconomia e Ciência da Informação**. V. 9(2), p. 41-48. Campinas, 2012.

SAITO, R.X.S.; OHARA, E.C.C. **Saúde da Família (Considerações técnicas e aplicabilidade)**. 3ª ed. São Paulo: Ed. Martinari, 2014.

SANTOS; DA ROS. Resignificando promoção de saúde em grupos para profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 40(2), p.189-196. Santa Catarina, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0189>> Acesso em: 03 de abril de 2018.

SILVA, D.C.; et al. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Anna Nery Rev. Enfermagem**. V. 12(2), p. 291-298. Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, M.A.; et al. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. **J. Bras. Psiquiatria**. V. 61(2), p. 64-71. Minas Gerais, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n2/02.pdf>> Acesso em: 06 de novembro de 2017.

SILVA, M.C.L.S.R.; et al. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm USP**. V. 45(5), p. 1250-1255. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>> Acesso em: 08 de novembro de 2017.

SOUSA, F.L.D.; et al. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Revista Saúde em Debate**. V. 37(97), p. 233-240. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000200005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000200005&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 08 de outubro de 2017.