

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos Santos

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE SOBRE AS  
DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE**

**Recife  
2018**

**NAÉRCIA RANÚZIA DO NASCIMENTO TORRES VITORINO DOS SANTOS**

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE SOBRE AS  
DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação  
Oswaldo Cruz, para obtenção do título  
de Mestre em Saúde Pública.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

**Coorientadora:** Dr<sup>a</sup>. Dinalva Lacerda Cabral

Recife

2018

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

S237n Santos, Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos.  
Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise sobre as dimensões da integralidade/ Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos Santos. — Recife: [s. n.], 2018.  
139 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadoras: Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Dinalva Lacerda Cabral.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Integralidade em Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Assistência Integral à Saúde. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Cabral, Dinalva Lacerda. III. Título.

---

CDU 614.4

NAÉRCIA RANÚZIA DO NASCIMENTO TORRES VITORINO DOS SANTOS

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE SOBRE AS  
DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 20/3/2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz- PE

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kátia Rejane de Medeiros  
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz- PE

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabiana de Oliveira Silva Sousa  
Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória

## AGRADECIMENTOS

“Não tenho palavras para agradecer Tua bondade! Dia após dia me cercas com fidelidade! Nunca me deixes esquecer que tudo o que tenho tudo o que sou e o que vier a ser, vem de Ti Senhor! Dependo de Ti, Preciso de Ti, sozinha nada posso fazer. Descanso em Ti, espero em Ti, sozinha nada posso fazer... Tudo o que tenho tudo o que sou o que vier a ser entrego a Ti, Senhor.”

À minha querida mamãe **Prazeres**, minha primeira mestra, pelo amor incondicional, pelos sábios conselhos, pela paciência e por estar sempre ao meu lado. Você é um anjo que Deus enviou a terra para cuidar de mim. Tudo que sou devo a você!

Ao meu querido presidente, **Luiz Inácio Lula da Silva**, sua coragem, garra, determinação e dedicação, para construir uma sociedade mais justa e igualitária, foram essenciais na concretização de mais este sonho.

Ao **Instituto Aggeu Magalhães (IAM) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) PE** por “abrir as portas” e ter me dado a oportunidade de realizar este sonho, contribuindo ricamente com minha formação profissional e pessoal.

À minha querida orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Paulette**, diva da saúde pública, pelo seu otimismo e confiança, você me fez acreditar que este sonho era possível. Pela acolhida com muito carinho, dedicação, amizade e respeito, pelo precioso tempo dedicado para concretização deste estudo, e pelos sábios ensinamentos científicos e humano compartilhados que me inspiraram a prosseguir. Você é um instrumento de Deus em minha vida e na de todos que de vós se aproxima!

A IAM/Fiocruz-PE, **profissionais e professores**, pela acolhida, apoio, incentivo e experiência compartilhada. Sem vocês este sonho não seria possível!

À co-orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Dinalva**, pela carinhosa acolhida na minha chegada ao grupo, pela amizade que surgiu nesta caminhada, pela dedicação, respeito e confiança e por me tranquilizar nos momentos de desespero. Deus me presenteou com sua amizade!

Aos **docentes que compôs a banca de defesa e qualificação**, pela disponibilidade em compartilhar conhecimentos e orientações.

Ao querido marido **Kleber**, meu braço forte, meu amigão, pelo amor, pela paciência, por superar as minhas ausências junto com nossa filha. Pelos momentos felizes. Vocês são presentes de Deus em minha vida.

À minha querida filha **Ana Isabela** pela compreensão nos períodos de ausência, pela companhia em todos os momentos e principalmente nos momentos finais de escrita, pelo amor demonstrado a cada dia, pelo sorriso e olhar carinhoso que me inspira a prosseguir e lutar por um mundo melhor.

Ao tio **Geraldo**, e aos meus irmãos consanguíneos, **André, Nailza e Nailma**, e meus irmão do coração, **Maria da Conceição e Jarbas**, pela torcida e todo apoio dado para que eu chegasse até aqui! Vocês são presentes de Deus em minha vida.

Aos amados sobrinhos **Maria Eduarda e Carlos Eduardo**, e minha cunhada **Rozângela**, que mesmo distante sentia o carinho e torcida.

A minha sogra **Maria da Conceição**, por todas as orações e apoio nesta caminhada.

Ao **meu pai**, por sua ausência há trinta anos... Aprendi muito com isso!

À amiga **Francijane**, que plantou esta semente no meu coração com suas palavras e seu exemplo, por todo apoio e incentivo, e pelas orientações dadas na construção do anteprojeto para seleção.

Aos amigos conquistados no **grupo de pesquisa AcesSUS**, pela calorosa acolhida, pelos sonhos e sentimentos partilhados, pelo estímulo e incentivo que me fortaleceu a prosseguir, por me fazerem acreditar que seria possível e pelos maravilhosos momentos de troca, em especial **Dinalva, Luiza, Romário, Luciana, Aline e Fabiana**. Vocês estão presentes em casa página deste estudo!  
Obrigada pelas importantes contribuições e apoio.

Aos **companheiros de turma do mestrado profissional** pelos conhecimentos, sentimentos e sonhos partilhados, aprendi muito com cada um de vocês.

Ao **CNPq** pelo financiamento deste estudo.

A todos que fazem parte da secretaria municipal de saúde do município de Recife pela autorização e dados disponibilizados para contribuir com esta pesquisa, em especial **Ana Sófia, Ana Karla, Ana Beatriz, Fernanda, Evelyn e Luciana**.

Aos **colegas de trabalho**, aos **residentes da RMISF da UPE** e aos **comunitários**, por terem entendido minhas ausências, pelo apoio e torcida.

Aos **profissionais e residentes das equipes da ESF e NASF** e aos **usuários** que se disponibilizaram a contribuir com esta pesquisa, grata pela experiência compartilhada para o enriquecimento do nosso SUS. Obrigada pelo acolhimento e abertura deste encontro

Às amigas, **Aline, Ana Karina, Carol, Fernanda, Gabriella, Luciene, Marília, Rebeca e Tatiana**, que Deus me presenteou após a maternidade, na fase escolar, por todo apoio, pelo cuidado e atenção dada a minha filha nos meus períodos de ausência, pelos sentimentos compartilhados, pelas palavras de incentivo.

A todos os que fazem parte e acreditam em um SUS que dá certo.

A todos que não foram citados, mas que de alguma forma colaboraram na idealização desta pesquisa.

**“Sou Eu que conheço os planos que tenho para vocês,  
diz o Senhor, planos de fazê-los prosperar e não de lhes  
causar dano, planos de dar-lhes esperança e um futuro”.**

(Jeremias 29:11).



SANTOS, Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise sobre as dimensões da integralidade.** 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

## RESUMO

Nas últimas três décadas o Sistema Único de Saúde (SUS) empreendeu vários esforços no contexto da Atenção Primária, na tentativa de corporificar os princípios e diretrizes deste sistema, a luz de uma concepção ampliada da saúde. Dentre as iniciativas, estão a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Neste estudo objetivamos compreender como as ações do NASF contribuem com a integralidade do cuidado na APS em Recife. Utilizamos uma triangulação de dados: análise documental, observação participante e grupos focais, examinados a luz da análise do discurso. Os achados apontaram que o maior facilitador para materialização da integralidade corresponde à educação permanente em saúde, por meio do apoio matricial, fortalecedor do saber e o fazer cotidiano na APS. Reafirma a importância dos profissionais no exercício da preceptoria. Visto que a atuação da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família impulsionou novas práticas, condizentes com as proposições e necessidades do SUS. Entretanto, destaca a imprescindibilidade de qualificação profissional para a prática docente em serviço. As dificuldades que envolviam a operacionalização do trabalho das equipes estudadas, em grande parte, estavam relacionadas com a fragilidade dos processos de formação profissional e educação permanente. Também foi revelado um importante distanciamento no desenvolvimento da integralidade referente à Articulação Gestão-Atenção-Vigilância. A ausência do planejamento destes atores pode configurar uma assistência focalizada pela demanda espontânea, fomentando uma prática curativista. Outro ponto dificultador da integralidade foi o entendimento equivocado sobre a participação popular em saúde, concebida como a adesão às atividades coletivas. O estudo culminou com a criação de um instrumento para autoavaliação das ações realizadas na APS, com foco no alcance da integralidade do cuidado, buscando contribuir para o processo de trabalho das equipes.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Integralidade em Saúde. Assistência Integral à Saúde.

SANTOS, Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos. **Family Health Support Center**: an analysis of the dimensions of integrality. 2018. Dissertation (Professional Masters in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018.

## ABSTRACT

In the last three decades, the Unified Health System (SUS) undertook several efforts in the context of Primary Care, in an attempt to embody the principles and guidelines of this system, in the light of an expanded conception of health. Among the initiatives are the Family Health Strategy (ESF) and the Family Health Support Center (NASF). In this study we aimed to understand how NASF actions contribute to the integrality of PHC care in Recife. We used a triangulation of data: documentary analysis, participant observation and focus groups, examined in the light of discourse analysis. The findings pointed out that the greatest facilitator for the materialization of integrality corresponds to the permanent education in health, through the matrix support, strengthening of the knowledge and the daily doing in the APS. It reaffirms the importance of professionals in the exercise of preceptory practice. Since the work of the Integrated Multiprofessional Residency in Family Health has promoted new practices, in keeping with the proposals and needs of SUS. However, it emphasizes the indispensability of professional qualification for teaching practice in service. The difficulties that involved the operationalization of the work of the studied teams were, in large part, related to the fragility of the processes of professional formation and permanent education. It also revealed an important distance in the development of integrality related to the Management-Attention-Surveillance Articulation. The absence of the planning of these actors can configure an assistance focused by the spontaneous demand, fomenting a curativist practice. Another obstacle to completeness was the misunderstanding about popular participation in health, conceived as adherence to collective activities. The study culminated in the creation of an instrument for self-evaluation of the actions carried out in the APS, focusing on the comprehensiveness of care, seeking to contribute to the work process of the teams

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health Strategy. Support Center for Family Health. Integrality in Health. Comprehensive Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Concepções da integralidade no marco legal, Brasil, 2018.....	30
Figura 1- Síntese de atividades do NASF, Brasil, 2018.....	42
Figura 2 - Distritos Sanitários da cidade de Recife/PE, Brasil, 2018.....	47
Quadro 2 - Técnicas de coleta, de acordo com os objetivos, Recife/PE, Brasil.	48
Quadro 3 - Sistematização dos grupos e sujeitos do estudo, Recife/PE, Brasil, 2018.....	49
Quadro 4 - Composição dos grupos focais da pesquisa, Recife/PE, Brasil, 2018.....	51
Quadro 5 - Categorias de análise por dimensões da integralidade em saúde, Brasil, 2018.....	52
Quadro 6- Ações de campo comuns a todos os profissionais do NASF, Recife/PE, Brasil, 2018.....	57
Quadro 7 - Classificação das ações operacionalizadas no cotidiano do NASF de acordo com as dimensões do apoio matricial, Brasil, 2018.....	60
Quadro 8 - Ações realizadas entre o NASF e as equipes de referência, Recife/PE, Brasil, 2018.....	64
Foto 1 - Encontro do grupo de yoga, Recife/PE, Brasil, 2017.....	66
Foto 2 - Matriciamento e encontro do grupo de mulheres, Recife/PE, Brasil, 2017.....	71
Quadro 9 - Facilitadores para a integralidade no cotidiano do NASF, Brasil, 2018.....	92
Quadro 10 - Dificultadores da integralidade no cotidiano do NASF, Brasil, 2018.....	102
Quadro 11 - Classificação das ações realizadas entre o NASF e as equipes de referência, de acordo com as dimensões da integralidade, Brasil, 2018.....	103
Quadro 12 - Identificação das dimensões da integralidade, sentidos e discursos, com base nas falas dos profissionais do NASF e ESF, Recife/PE, Brasil, 2018.....	108
Figura 3 - Dimensões da integralidade no contexto da APS, Brasil, 2018.....	110

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DAB	Departamento de Atenção Básica
DS	Distrito Sanitário
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
eNASF	Equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
Napi	Núcleo de Apoio a Práticas Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAC	Programa Academia da Cidade
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RPA	Região Política Administrativa
RMISF	Residências Multiprofissionais Integrada em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TS	Território de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPE	Universidade de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization
ZEPA	Zonas Especiais de Preservação Ambiental

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 OBJETIVO GERAL</b> .....	20
<b>2.1 Objetivos específicos</b> .....	20
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
<b>3.1 Inovando o cuidado com a Atenção Primária à Saúde</b> .....	21
<b>3.2 As diversas dimensões da integralidade</b> .....	28
<b>3.3 O processo de trabalho do NASF no caminho para Integralidade</b> .....	37
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	45
<b>4.1 Caracterização do estudo</b> .....	45
<b>4.2 Período e área do estudo</b> .....	46
<b>4.3 Coleta de dados e sujeitos envolvidos</b> .....	48
4.3.1 <i>Análise documental</i> .....	49
4.3.2 <i>Grupo focal</i> .....	50
4.3.3 <i>Observação participante</i> .....	51
4.3.4 <i>Categorias de análise</i> .....	52
4.3.5 <i>Construção do Instrumento de autoavaliação</i> .....	53
<b>4.4 Análise dos dados</b> .....	54
<b>4.5 Considerações éticas</b> .....	55
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	56
<b>5.1 Ações operacionalizadas pelo NASF</b> .....	56
5.1.1 <i>O NASF apoia o trabalho das equipes de Saúde da Família</i> .....	61
5.1.2 <i>Ações do NASF Teoria x Prática</i> .....	56
5.1.3 <i>As ações realizadas pelo NASF dependem de quem está na roda</i> .....	63
5.1.4 <i>O Exercício da preceptoria melhora o desempenho das equipes</i> .....	65
5.1.5 <i>NASF no acolhimento: Sim ou não</i> .....	68
5.1.6 <i>O NASF potencializa as Ações de Prevenção e Promoção da Saúde</i> .....	70
5.1.7 <i>Rede com poucos nós</i> .....	78
<b>5.2 Facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da integralidade pelas equipes do NASF</b> .....	81
5.2.1 <i>Facilidades para desenvolvimento da integralidade pelas equipes do NASF</i> .81	
5.2.2 <i>Dificuldades para desenvolvimento da integralidade pelas equipes do NASF</i> 93	
<b>5.3 As Dimensões da Integralidade no contexto do NASF</b> .....	103

<b>5.4 Projeto de Intervenção: Instrumento de autoavaliação da integralidade no contexto das eNASF e eSF .....</b>	<b>110</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>130</b>
<b>APENDICE B– ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS NASF</b>	<b>132</b>
<b>APENDICE C– ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS ESF...</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE D– ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO .....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO A– APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA .....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXO B– CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>138</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas o Sistema Único de Saúde (SUS) empreendeu vários esforços no contexto da Atenção Primária, na tentativa de corporificar os princípios e diretrizes deste sistema, a luz de uma concepção ampliada da saúde.

Segundo Bárbara Starfield (2004), a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro contato da assistência continuada ao usuário, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, referenciando apenas os casos que demandam atuação especializada. A autora destaca que a APS diferencia-se dos demais níveis de atenção pelos seus atributos, os essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e os secundários: orientação familiar e comunitária, e competência cultural.

Em concordância sobre a importância da APS na reestruturação do SUS no Brasil várias propostas foram elaboradas. A citar, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujos resultados efetivos comungaram na implantação do Programa de Saúde da Família, a posteriori a Estratégia de Saúde da Família (ESF), norteadora da oferta de cuidado à saúde, no intuito de transformar progressivamente o modelo biomédico e curativista em uma atenção focalizada na família (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Desta forma, a ESF, considerando sua lógica de trabalho, pode ser caracterizada como um cenário potencial para implementação das ações, visando transformações significativas das práticas e saberes em direção ao cuidado integral à saúde, contribuindo para concretização dos princípios do SUS, sobretudo o da integralidade.

No que tange à integralidade, dentre os princípios do SUS este é o mais difícil de alcançar, em virtude da sua relação intrínseca com a forma de organização dos serviços, incorporando os saberes de profissionais, usuários e da comunidade, na tentativa de amalgamar, na gestão e na atenção, a qualidade técnica do trabalho ao sentido de direitos e cidadania que abrange a construção de um cuidado efetivo à saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Sobre este cuidado, Fausto et al. (2014) em sua pesquisa, analisou a posição da ESF na Rede de Atenção à Saúde (RAS) segundo dados do PMAQ-AB primeiro ciclo. Os pesquisadores evidenciaram que as equipes atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial do sistema, acolhendo a demandas diversas e



exercendo a função de filtro para a atenção especializada. No entanto, relata que persistem importantes obstáculos organizacionais no acesso, pouca ordenação dos fluxos, incipiente integração da APS à rede e inexistência da coordenação do cuidado entre APS e atenção especializada (FAUSTO et al., 2014). Comprometendo a integralidade da atenção à saúde da população.

Frente a estes desafios, o Ministério da Saúde (MS), tem implantado estratégias que visam fortalecer a APS na rede de atenção, com o intuito de ampliar o escopo de atuação e a resolutividade no sistema de saúde. Dentre as iniciativas, destaca-se a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, que tem como objetivo apoiar as equipes de Saúde da Família (eSF) na produção e cuidados longitudinal e continuado a partir do diálogo entre as diferentes profissões, próximo da população e na perspectiva da integralidade. Podendo esta, ser considerada como a principal diretriz a ser praticada pelo NASF (BRASIL, 2008).

A diversidade de pesquisas sobre integralidade demonstra a relevância desta diretriz para o sistema de saúde (AYRES et al., 2012; ALBUQUERQUE, 2003; ALBUQUERQUE et al., 2016; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ARAUJO; MIRANDA; BRASIL, 2014; CARVALHO, 1991; CECÍLIO, 2001; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; KALICHMAN; AYRES, 2016; PINHEIRO; MATTOS, 2003; MATTOS, 2001; PINHEIRO, 2009; PINHEIRO; LUZ, 2007; SOUSA, 2016). Sousa (2016) apontou a necessidade do aprofundamento sobre a atuação do NASF na integralidade, visto que esta pode ser considerada como principal eixo condutor desta proposta (BRASIL, 2014).

Por outro lado, a literatura salienta que os resultados esperados das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) não são nítidos, ainda que promissores para a ampliação do acesso à saúde, a integralidade e a interdisciplinaridade. Aponta para a necessidade de aprofundar a compreensão sobre resultados que efetivamente possam ser atribuídos a esta proposta (SOUZA; CALVO, 2016).

Deste modo, compreender como o NASF contribui com a integralidade na APS é fundamental para o SUS.

Perante o exposto, a presente pesquisa permitirá analisar a construção da integralidade em suas múltiplas dimensões, no contexto de trabalho do NASF com as equipes da ESF e tem a finalidade de evidenciar práticas mais efetivas que atendam às reais necessidades de saúde da população, reforçando a importância de

fortalecer a APS como coordenadora do cuidado integral no contexto da família e da comunidade.

A presente dissertação, vinculado ao grupo de pesquisa em Redes Integradas de Saúde: Acesso, Gestão do Trabalho e Educação (AcesSUS), do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)-PE, tem a proposta de dar continuidade ao projeto de pesquisa intitulado: “NASF: Uma Avaliação da Integralidade, resolutividade e Coordenação do Cuidado”, que conta com três teses desenvolvidas.

A primeira, Nascimento (2014), abordou a organização do processo de trabalho dos NASF, em três municípios de PE. A segunda, Sousa (2016) versou sobre a percepção dos profissionais quanto à integralidade, ampliação da resolutividade e desenvolvimento da coordenação do cuidado na APS. E a terceira, Cabral (2017) focalizou na construção de um instrumento de medida para avaliação e monitoramento da resolutividade clínico assistencial do NASF.

Frente ao exposto, o presente estudo atribui como questão norteadora: **Como são desenvolvidas as ações no contexto do trabalho do NASF, no município de Recife, na perspectiva da integralidade?**

Perpassando as seis dimensões da integralidade consideradas nesta pesquisa, partimos do pressuposto que o NASF, contribui com a garantia da integralidade, vista no seu aspecto de “integração de ações preventivas, de promoção da saúde, curativas e reabilitadoras” na ESF.

Não obstante, existem fragilidades em garantir a integralidade, quando entendida nos seus aspectos de “garantia de acesso a todos os níveis de atenção do sistema”; “abordagem integral do indivíduo e da família, na comunidade, unindo interdisciplinarmente os saberes técnicos necessários a cada situação e o saber popular”.

Bem como, persistem debilidades para concretizar a integralidade quando relacionada à “interprofissionalidade”; ao desenvolvimento de “ações intra e intersetoriais na comunidade, criando e reforçando os canais de participação popular e de construção de cidadania”; e na integralidade vista como “processo de gestão da saúde, de modo a integrar vigilância, planejamento e implementações das ações na comunidade”.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Analisar o desenvolvimento das ações do Núcleo de Apoio à Saúde Família, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, no município do Recife-PE.

### **2.1 Objetivos específicos**

- a) Descrever as ações operacionalizadas pelo NASF;
- b) Identificar as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da integralidade pelas equipes do NASF;
- c) Identificar as dimensões da integralidade nas práticas do NASF;
- d) Propor um instrumento de autoavaliação das dimensões da integralidade nas práticas das equipes.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Na construção deste estudo, vários autores foram revisitados a fim de obter arcabouço teórico para orientar o percurso metodológico e a discussão de seus achados. Destarte, buscou-se discorrer sobre a proposta de cuidado na APS, contemplando um breve histórico, as ambiguidades conceituais a nível internacional e a conformação desse nível de atenção no Brasil.

Em seguida, elaborou-se o segundo tópico, sobre a Integralidade, que aborda o conceito nos marcos legal, a polissemia do termo, as múltiplas dimensões da integralidade, enfatizando o conceito escolhido para delinear esta pesquisa.

Por fim, versou-se sobre o NASF, principal objeto deste estudo, discorrendo sobre as singularidades do trabalho em saúde, o processo de trabalho do NASF. Além disso, resgataram-se as principais definições normativas sobre essa proposta assistencial, enfatizando os objetivos para os quais foram criadas, as diretrizes estabelecidas para sua atuação, e as ferramentas tecnológicas que norteiam sua prática, no intuito de contribuir com a análise de seus resultados, evidenciando um dos objetivos para os quais foi criado, ampliar a integralidade na APS.

#### 3.1 Inovando o cuidado com a Atenção Primária à Saúde

O Relatório Flexner (1910) considerado como marco da medicina científica, traz uma concepção da medicina focada no biologismo, no individualismo, na especialização, na tecnificação, com ênfase nos aspectos curativos e o hospital como seu principal campo de ação. Vale salientar que tal modelo, caminha no sentido oposto para concretização da integralidade na atenção à saúde.

No entanto, antagônico ao Relatório Flexner, Bertand Dawson (1920), elaborou um relatório esboçando a institucionalização da integralidade nas ações em saúde, através de suas ideias centrais:

- a) Organização de ações e serviços de saúde, que por razões de eficiência e custo, realizadas com base nas necessidades da comunidade;
- b) Integração das ações preventivas e curativas, realizadas pelos médicos generalistas, direcionadas ao indivíduo, família e comunidade;
- c) As ações e serviços acessíveis às pessoas de diversas classes sociais;

- d) As unidades de saúde nos diversos níveis de complexidades, funcionando de forma integrada, vinculadas entre si para o encaminhamento dos usuários conforme a necessidade (GRAN BRETANA, 1964).

Neste clássico documento são descritas as funções de cada nível de atenção, bem como a relação que deveriam existir entre eles. Tal formulação serviu de base para a regionalização do sistema de saúde de diversos países do mundo, além de germinar a proposta de Rede de Atenção à Saúde (RAS) coordenada pela APS (MENDES, 2015).

Em 1977, os governos participantes da reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde decidiu como meta social a “obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”, conhecida como “saúde para todos no ano 2000” (STARFIELD, 2004).

Posteriormente os princípios desta declaração foram lançados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma Ata em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), e após o consenso, em maio de 1979, na Assembleia Mundial de Saúde, a APS foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p.14).

Além da conceituação, a Conferência de Alma Ata apontou elementos basilares da APS, como: a educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de água de boa qualidade e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive planejamento reprodutivo e imunizações; prevenção e controle de doenças endêmicas locais; provimento de medicamentos essenciais; promoção da saúde mental e alimentação adequada (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

Todavia, estudos relatam diferentes formas de implantar a APS. Onde, em alguns países, é considerada como um programa focalizado e seletivo, que dispõe cesta reduzida de serviços a populações mais pobres, configurando uma Atenção Primária seletiva. Já em outros países, caracteriza-se como a porta de entrada de um sistema de saúde, o primeiro nível de atenção, responsável pela coordenação e organização do cuidado, a fim de reestruturar o modelo de atenção (CONILL, 2008; LAVRAS, 2011; PAIM, 2012).

Segundo pesquisador, o fato de muitos países desenvolvidos já terem alcançados as metas estabelecidas em Alma Ata, ocasionou problemas de conceituação e implementação da APS (VUORI, 1984 apud STARFIELD, 2004).

Deste modo, as diversas interpretações podem ser explicadas: pela história de como se instituiu e evoluiu essa concepção; a ambiguidade das definições do termo nos fóruns Internacionais; diferentes formas de uso do termo em algumas escolas de pensamento sanitário e pela ousadia de instituir uma concepção positiva do processo saúde/doença num contexto de hegemonia de uma concepção negativa da saúde (MENDES, 2012a).

Andrade et al. (2015) relataram que o termo “Atenção Primária à Saúde” vem sendo empregado em diversos países do mundo, como modelos distintos de organização e oferta de serviços de saúde. Estas distinções são identificadas em diversos países e até mesmo convivem num mesmo país, ao mesmo tempo (MENDES, 2015).

Logo, de acordo com a classificação proposta por Vuori (1985) vislumbram-se os seguintes enfoques existentes da APS: a) Atenção Primária seletiva; b) Atenção Primária como porta de entrada do sistema de atenção à saúde; c) Atenção Primária como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde; d) Atenção Primária como enfoque de saúde e direitos humanos.

A primeira interpretação, APS seletiva, compreende um conjunto limitado de serviços de saúde destinado a populações a regiões pobres, realizado por pessoas sem qualificação, e sem a possibilidade de referenciar para outros níveis de atenção com maior aparato tecnológico (ANDRADE et al., 2015; CONILL, 2008; MENDES, 2012a).

A segunda interpretação, Atenção Primária como porta de entrada do sistema e para continuidade da assistência à saúde da maioria da população, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde. Esta

concepção de APS é a mais comum em países da Europa e em outros continentes mais desenvolvidos (ANDRADE et al., 2015; MENDES, 2012a).

A terceira interpretação, APS como estratégia de organização primeiro nível do sistema, de modo que a APS seja a ordenadora e coordenadora de todos os recursos do sistema de saúde para atender as necessidades da população, dentro de uma Rede Integradas de Saúde (RIS) (MENDES, 2012a).

A APS nesta lógica de estratégia para organização do sistema é compreendida como primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, referenciando apenas os casos mais incomuns que demandam atuação mais especializada. E coordenando os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção (STARFIELD, 2004).

Assim, Starfield (2004) e Mendes (2012a) sugerem como atributos essenciais e derivados para as práticas desta APS:

1. Primeiro contato - acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde;
2. Longitudinalidade - existência de uma fonte continuada de atenção, com utilização ao longo do tempo;
3. Integralidade - ações que o serviço de saúde deve oferecer aos usuários para que recebam atenção integral, relacionadas ao processo saúde-doença;
4. Coordenação - pressupõe a continuidade no atendimento prestado pelo profissional, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado no cuidado global do usuário. A APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o usuário recebe através da coordenação dos serviços.
5. Focalização na família – a avaliação das necessidades individuais para atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde;
6. Orientação comunitária - reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade, por meio de dados epidemiológicos e contato com a população, planejamento e avaliação conjunta dos serviços;

7. Competência cultural - adaptação da equipe e profissionais de saúde as características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação, fortalecendo o vínculo.

A pesquisadora enfatiza que a APS só terá qualidade quando estes sete atributos estiverem sendo executados em sua totalidade.

Esta terceira interpretação para Andrade et al. (2015), baseia-se na concepção de APS definida em Alma Ata, que enfatiza como estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e a sociedade, a fim de promover a saúde. Compreende o primeiro nível amplo e integrado do sistema de saúde, com a finalidade de responder: aos principais determinantes da saúde; oferecer cobertura e acessibilidade universal de acordo com a necessidade; autocuidado e participação do indivíduo e comunidade; intersetorialidade nas ações de saúde; tecnologia adequada e custo efetividade relacionadas aos recursos acessíveis.

Uma quarta interpretação, enfoque de saúde e direitos humanos, é relatada no documento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas.

Tal interpretação surge em meio aos novos desafios epidemiológicos, as debilidades e incoerências nos enfoques amplamente divergentes da APS, necessidade de incorporar novos conhecimentos e ferramentas nas práticas cotidianas para aumentar sua resolutividade e reconhecimento da APS no empoderamento da sociedade, visando reduzir as desigualdades em saúde, e um crescente consenso que a APS é uma sólida prática para combater as causas geradoras da falta de saúde e iniquidades sociais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005). Nesta, a saúde é idealizada como direito humano e deve priorizar a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos.

Mendes (2012a) e Andrade et al. (2015) defendem que, para acontecer a equidade em saúde, é primordial o desenvolvimento de políticas “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos legislativos e financeiros” onde os cuidados primários superem aspectos específicos da doença.

Mesmo diante destas concepções, o governo brasileiro, caminhando em sentido oposto a tendência internacional, oficializou a expressão “Atenção Básica” (AB) ao uso da “Atenção Primária”, que denominou assim suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2006; 2008; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2016).



Para Mendes (2005), o termo utilizado no Brasil, sem compartilhar com a literatura internacional, reforça uma concepção de algo simples, que pode ser banalizado, interpretando primário como primitivo, ao contrário do real valor que se refere ao 'complexíssimo' princípio da APS, o do primeiro contato. Esta questão instiga discussões em diferentes meios acadêmicos e profissionais.

Mello, Fontanella e Damarzo (2009) destacam que os termos AB e APS têm sido utilizados como sinônimo no Brasil, muitas vezes, sem considerar o contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos, os quais variam desde correntes francamente funcionalistas até as mais progressistas, que opõem os conceitos de AB e APS.

Considerando os diversos aspectos apontados anteriormente, partindo para defesa e no intuito de reforçar a importância da concepção mais ampla, no presente estudo optou-se pelo termo Atenção Primária à Saúde.

No Brasil, antes do SUS inexistia uma política nacional de APS com segmentação de cobertura e fragmentação de assistência, evidenciando forte ênfase na atenção especializada por intermédio da assistência médica do seguro social, com serviços de pronto atendimento e atenção ambulatorial (PINTO; GIOVANELLA, 2018)

Os trabalhadores rurais eram em parte acobertados pelo FUNRURAL, por meio da contratação de terceiros, como os hospitais filantrópicos (Santas Casas de Misericórdia). Já nas áreas rurais das regiões norte e nordeste, eram ofertados alguns serviços para controle de endemias por pequenas unidades mistas da Fundação SESP vinculadas ao MS (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Escassos municípios ofertavam serviços de saúde, na maioria dos casos, apenas serviços de urgência. E grande parte da população era desprovida de assistência, e em casos de emergência, consideradas como indigentes, recorriam a hospitais filantrópicos. No entanto, eram privados de serviços de APS (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Desde a criação do SUS até os dias atuais, na tentativa de organizar a APS, diversos modelos foram implantados em diferentes regiões do país, atendendo a interesses e concepções bastante distintas.

Inicialmente destacaram-se várias experiências municipais desenvolvidas pela integração universidade-serviço baseadas na atenção primária, como o programa da assistência médica previdenciária, que procurou promover a integração

dos serviços de atenção individual da Previdência Social com os serviços de saúde pública de estados e municípios na Estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS), a posteriori tal experiência inspirou a configuração do programa de orientação comunitária, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (LAVRAS, 2011; MENDES, 2012a; PAIM, 2012; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Dentre estas experiências, destaca-se como o mais importante marco, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), inspirado por abordagens internas e externas de cuidados primários, mostrando-se como uma proposta mais abrangente de APS (LAVRAS, 2011; MENDES, 2012a; PAIM, 2012).

Devido as suas potencialidades, o PSF foi transformado em Estratégia de Saúde da Família, que posteriormente foi pronunciado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, revisada em 2011 e 2017 (BRASIL, 2006; 2011; 2017).

Esta estratégia orientou a organização do SUS, de modo a melhorar o acesso em primeiro contato e a utilização de serviço, reduções importantes nas mortalidades infantil e adulta por algumas condições sensíveis a APS, e colaborar com a mudança do modelo de atenção hegemônico. Por meio de práticas de saúde baseadas nos seguintes princípios norteadores: focalização no indivíduo/família/comunidade, vínculo do profissional com o usuário, integralidade e a coordenação da atenção, articulação à rede de atenção, fortalecimento da participação social e a integração intersetorial (MACINKO; MENDONÇA, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

No entanto, diversas dificuldades são identificadas no contexto da ESF, como exemplo, a falta de desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico da ESF baseada numa medicina de pobre e para pobre; persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica e repercutem um modelo rígido e fragmentado, muitas vezes com fundamento científico frágil; baixa resolutividade dos serviços, decorrentes de excessivos encaminhamentos para especialistas e às urgências (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2012).

Logo, no intuito de fortalecer a APS, o MS, através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, criou o NASF, que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações e aumentar a resolubilidade da APS. E por intermédio de uma equipe de retaguarda especializada, apoiar as eSF, na produção de um cuidado

continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade (BRASIL, 2008, 2010, 2012, 2014).

### **3.2 As diversas dimensões da integralidade**

Segundo pesquisadores, a Reforma Sanitária permitiu que integralidade se tornasse pauta nas políticas e programas governamentais, frente ao sistema de proteção social excludente, centralizado, oneroso e injusto que antecederam a construção da Constituição de 1988 (VIEGAS; PENNA, 2015).

Contudo, embora presente nas discussões que antecederam a criação do SUS, a palavra integralidade não está no texto da constituição de 1988, o trecho que representa esse princípio aparece no artigo 198 como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (VIEGAS; PENNA, 2015).

Pesquisadora relata que, o fato de não estar presente explicitamente, não indica falta de prioridade deste princípio na conjuntura da época. Segundo Sarah Escorel, em entrevista concedida para uma dissertação de mestrado de Ribeiro (2008), é importante entender que o projeto estava inacabado e foi evoluindo com o tempo:

[...] muito mais como um elemento, mas não um elemento chave, naquele momento do projeto. A gente tem que pensar que o projeto ele não estava pronto [...] atenção integral aparece, mas que ela foi posteriormente recebendo mais conteúdo e mais importância [...] (ESCOREL apud RIBEIRO, 2008, p. 38).

Posteriormente, a Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8.080/90, em seu artigo 7º, inciso II, institui o termo integralidade determinando que as ações de saúde sejam realizadas “obedecendo ao princípio da integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. 3). O vocábulo da lei nos remete de forma implícita a ideia assistencial da integralidade que convém ser superada.

Albuquerque e Stotz (2004) referem que a vinculação do termo integralidade à assistência aparece em outros artigos da Lei Orgânica (art. 5º., inciso III e art.6º., inciso I, alínea d), apesar da existência da citação "integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico". O que evidencia a

necessidade de formulação de políticas para promoção da saúde envolvendo os setores econômicos e sociais, considerando a amplitude de fatores determinantes e condicionantes da saúde, o que também vai refletir uma posterior ampliação da abrangência do conceito de integralidade para além do indivíduo e da assistência.

Essa lei coloca a integralidade, ao lado da universalidade e equidade, compondo os princípios doutrinários do SUS, conforme colocado por Ayres (2009, p. 14):

[...] o da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o 'quê' e 'como' pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.

A Norma Operacional Básica (NOB), de 1996, permitiu iniciar uma visualização de como a integralidade pode se expressar na prática do SUS. A concepção avança compreendendo que para construção devem-se incorporar como objeto das ações, as pessoas, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais.

Na pesquisa realizada por Ribeiro (2008), um dos entrevistados apontou que esta norma foi um marco importante para os primeiros passos da integralidade em saúde, como um movimento de macro organização dos princípios e como uma possibilidade em certa medida de modelar mais esse princípio do SUS.

Ainda no sentido da organização do acesso, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), protagonizou a APS para alcance da integralidade, recomendando ser ordenadora do cuidado para os demais níveis de atenção. Além disso, ressalta a importância de incluir esse princípio como elemento de avaliação da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2001).

O Decreto nº 7.508 de 28/06/2011, embora mantenha a lógica da assistência, evolui no sentido da atenção em rede. E a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, referente à PNAB avança na concepção de integralidade, para além da organização do sistema de saúde, defendendo como diretrizes da ESF e atribuição de todos os profissionais que atuam neste contexto, a fim de concretizar o princípio da integralidade no SUS (BRASIL, 2011a; 2011b).

Desta forma, percebe-se que em primeiro momento o termo foi reconhecido constitucionalmente, com a compreensão de um conceito ampliado de saúde, implicado em uma adequada resposta integrada em todos os níveis de atenção. Posteriormente, aplicou-se a integralidade como diretriz de organização do sistema de assistência à saúde e por fim, legalmente como princípio do SUS (QUADRO 1).

**Quadro 1 – Concepções da integralidade no marco legal, Brasil, 2018**

<b>DOCUMENTOS</b>	<b>CONCEITOS DE INTEGRALIDADE</b>
Constituição Federal de 1988	“Saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art. 196). “Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art.198).
Lei Orgânica da Saúde n.º8.080/1990.	“Como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, art. 7º).
Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96)	“O novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes. (...) O enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais (BRASIL, 1996, p.15).”
NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar).	“Do ponto de vista do modelo assistencial, um eixo importante para a ampliação e qualificação da Atenção Básica é a estratégia de Saúde da Família, que configura uma inflexão no modelo assistencial, ao enfatizar a integralidade da atenção e organizar o acesso da população aos demais níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2001, p.17).
Decreto n.º 7.508 de 28/06/2011.	“Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”; (Art. 2º, VI). “A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referencia do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2011, art. 20).
Política Nacional de Atenção Básica - Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011.	“Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção” (BRASIL, 2011).
Política Nacional de Atenção Básica – Portaria n.º 2.436, de 21 de outubro de 2017.	“É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade”.

**Fonte:** A autora.

Ao comparar as concepções sobre integralidade mencionada na Política Nacional de Atenção Básica de 2011 e sua versão revisada em 2017, percebe-se

uma ampliação do termo. Visto que a PNAB 2017, conceitua a integralidade como atendimento as necessidades de saúde da população pelas equipes, garantindo a continuidade dos cuidados na RAS. Destaca também a importância da autonomia dos indivíduos, família e comunidade. Entretanto, tal portaria rompe com a priorização pela ESF e aos ideários de APS, outrora defendidos no Brasil, configurando-se numa ameaça a integralidade na saúde.

Estudiosos sobre o tema ampliaram as discussões partindo do marco normativo, na tentativa de contemplar a magnitude e a complexidade das dimensões estruturais, políticas, subjetivas e técnicas que estão embrincadas nos saberes e práticas integrais em saúde.

Deste modo, integralidade vem sendo investigada segundo as diferentes definições e dimensões do princípio, que se baseiam em distintas perspectivas teóricas (ALBUQUERQUE, 2003; AYRES, 2009; CECÍLIO, 2001; CECÍLIO; MAGALHÃES JUNIOR; OLIVEIRA, 2006; FRANCO, 2003; MERHY, 2003; PINHEIRO; MATTOS, 2001). Para Ayres (2009) refere-se a um objeto de constante construção onde qualquer tentativa de definição não consegue contemplar o universo da compreensão sobre integralidade, mas, permite traçar um caminho para diálogo dos diversos conceitos.

Segundo Mattos (2001) a integralidade vai além de uma diretriz constitucional, é uma “bandeira de luta”, elemento de uma “imagem objetivo”, o que se deseja e se acredita que se pode alcançar, de um sistema de saúde com suas instituições e suas práticas inseridas dentro de um conjunto de valores e ideias de uma sociedade mais justa e solidária. O autor ainda destaca que a “imagem objetivo” abarca leituras distintas e sentidos diversos, por isso, pode unir em torno dela atores políticos que tenham ideias semelhantes, mas, com projetos específicos.

A integralidade e os demais princípios e diretrizes do SUS surgem como oposição e crítica às instituições e práticas que compõem esse sistema. Mattos (2001) primeiramente aponta que a discussão sobre este tema pautou-se em três sentidos:

- 1) Crítica ao cuidado fragmentado e reducionista que os médicos adotavam diante aos seus pacientes, num sistema que privilegiadas especialidades (medicina integral);
- 2) Divergência entre as práticas de saúde pública (apreendidas pelos técnicos) e as práticas assistenciais (demandadas pela população) e

crítica aos serviços de saúde, organizados para atender a demandas específicas referente a determinada doenças, fragmentando as atividades no interior das unidades (programas verticais);

- 3) Crítica ao reducionismo dos sujeitos a objetos, sem considerar o contexto sobre as quais as políticas incidem (políticas especiais).

Pinheiro (2009) acrescentou que em um dos seus sentidos, a integralidade não se reduz à compreensão dos processos biológicos envolvidos na doença, mas, que deve ser pautada pela escuta e conseqüentemente percepção das necessidades mais amplas do sujeito referentes à sua saúde.

Além disso, a integralidade também é considerada como um dispositivo político, para criticar os saberes e poderes instituídos, e como tal habilitar os sujeitos nos espaços públicos a encontrarem novos arranjos sociais e institucionais nas práticas de saúde. Estes arranjos, por vezes, são marcados por conflitos, contradições e disputas políticas pela saúde como direito de todos os cidadãos (PINHEIRO, 2003).

Deste modo, a integralidade é idealizada, como termo plural, ético e democrático, sendo o dialogismo um dos seus elementos constitutivos e, por meio deste, pode resultar em efeito de polifonia, traduzidos em resposta positiva àqueles que demandam cuidado em saúde (PINHEIRO, 2003).

Pesquisadores assinalam que a integralidade faz referência ao cuidado e não a intervenção, ampliando a atenção à saúde para além de práticas e procedimentos. Contudo, busca a aceitação do outro, do encontro entre os diferentes sujeitos implicados, na manutenção da relação social e no compromisso que a institui, driblando a mercantilização e objetivação da vida (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Complementando estas ideias, Pinheiro e Luz (2007) apontaram que a integralidade provoca esta relação social permitida pela articulação democrática entre os diferentes atores envolvidos em práticas de saúde, que podem ser re(construídas) no dia a dia dos serviços. Sendo assim, a integralidade se materializa não apenas como princípio, mas também como direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde.

Logo, conclui-se que para Pinheiro e Mattos (2001) a integralidade assume os seguintes sentidos:

- a) Prática profissional - busca do olhar integral sobre o usuário, considerando diferentes aspectos da sua vida;

- b) Organização dos serviços - para prover as diferentes necessidades dos usuários, faz-se necessário integrar diversos pontos de atenção, com peculiaridades próprias de cada serviço, possibilitando responder as reais demandas dos usuários;
- c) Políticas públicas - construção da integralidade tanto na de saúde quanto por meio da intersetorialidade.

Segundo Cecílio (2001), quanto ao espaço para sua consolidação, a integralidade pode ser sistematizada em duas dimensões, focalizada e ampliada, para que seja alcançada da forma mais completa possível.

Na primeira dimensão, a integralidade é considerada como fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, num espaço concreto e singular dos serviços de saúde, de qualquer nível de atenção. Por ser no espaço delimitado, denomina-se “integralidade focalizada”. Nesse encontro do usuário com a equipe haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde daquela pessoa. Sobretudo, compete à gestão, organização da atenção e capacitação dos profissionais realizar uma escuta mais qualificada de forma atender as necessidades de saúde (CECÍLIO, 2001).

Nessa conjuntura, uma definição de integralidade da assistência incidiria pelo empenho da equipe em prestar um atendimento individualizado e atento às reais necessidades de saúde da população. Assim:

[...] a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual (CECÍLIO, 2001, p. 116).

O efeito da “integralidade focalizada” seria o resultado do esforço de cada profissional e da equipe como um todo. O atendimento de cada um destes profissionais deve estar comprometido com a “maior integralidade possível”. Pautado pelo melhor atendimento possível, como fruto do trabalho interprofissional, às necessidades de saúde demandadas pelas pessoas: “uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica de saúde” (CECÍLIO, 2001, p.117).

Porém, o autor chama atenção de que jamais alcançaremos a integralidade plena no espaço singular dos serviços de saúde em quaisquer níveis assistenciais.



Pois, por melhor que seja a equipe, não dará conta de ofertar a melhor das condições de vida e acesso a todas as tecnologias de saúde, no seu espaço singular, necessitará da articulação com outros serviços de saúde e com outras instituições intersetoriais, visto que a integralidade é um objetivo de rede. O que remete a uma segunda dimensão da integralidade, a “integralidade ampliada”.

Nessa perspectiva, a “integralidade ampliada” refere-se à articulação em rede das múltiplas integralidades focalizadas, de cada espaço singular, que se articula em fluxos e circuitos, de acordo com as reais necessidades das pessoas. Consiste na integralidade no “micro” refletida no “macro” (CECÍLIO, 2001).

O autor incita a radicalizar a ideia de que cada pessoa com suas necessidades singulares sejam sempre o foco, o objeto e a razão de ser de cada serviço de saúde, e do sistema de saúde em geral. Desta forma, a integralidade ampliada consistiria na relação articulada entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, da rede de serviços de saúde e de outros setores (CECÍLIO, 2001).

Atualmente o princípio da integralidade vem se reconfigurando na construção das redes para proporcionar ao usuário a garantia de um caminho contínuo de cuidado a sua saúde, conformando as linhas de cuidado, isto é, práticas assistenciais com a finalidade de resolver determinado problema de saúde do usuário (FRANCO, 2003).

A linha de cuidado atravessa inúmeros serviços de saúde forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos dinâmicos, às quais está associada a ideia de uma “linha de produção” voltada ao fluxo de assistência ao usuário e focada em seu campo de necessidades. Começa com a entrada do usuário, seja em serviços de urgência, atenção primária ou especializada e, partir daí, inicia-se um caminho que se desdobra segundo as necessidades do usuário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (CECÍLIO; MERHY, 2003).

A partir da concepção "linha de cuidado", pode-se deduzir a compreensão de integralidade na dimensão de organização dos serviços de saúde. Considerando o caminho a ser percorrido por um usuário, desde a unidade na APS e perpassando por diferentes serviços, onde se espera, ao seu final, concluir o escopo de cuidados necessários para resolução do seu problema de saúde (MAGALHÃES JUNIOR; OLIVEIRA, 2006).

Uma importante discussão disparada pela integralidade é a formação dos trabalhadores de saúde, quanto a sensibilidade em apreender as demandas trazidas pelas pessoas. Ceccim e Feuerwerker (2004) remeteram à necessidade de mudanças na formação profissional em consonância com a realidade do SUS, para isso é necessário direcionar a formação para o princípio da integralidade. Logo, o profissional necessitaria desenvolver outras competências, além das tradicionalmente disseminadas nas universidades, incluindo os saberes não diretamente ligados à profissão.

[...] A integralidade da atenção supõe, entre outros, a ampliação e o desenvolvimento da *dimensão cuidadora* (grifo dos autores) na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornarem-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.1407).

Para os autores, da mesma maneira como o cientificismo varreu a dimensão subjetiva do mundo, o ensino na modernidade desqualificou, nas práticas de saúde, as ferramentas vistas como não científicas, invertendo prioridades como escolhendo a doença frente à pessoa, fragmentando-a em órgãos e sistemas, desconhecendo suas especificidades biológicas, psicológicas, culturais e sociais. Deste modo, focalizar o olhar sobre a doença é recusar a integralidade nas práticas de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Neste sentido, para Viegas e Penna (2013) a integralidade propõe uma perspectiva mais ampla do cuidar nas profissões, vai além de uma diretriz norteadora do SUS. Pode ser compreendida como um conjunto de saberes que convergem para uma assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, anseios, angústias e racionalidades.

Esta pesquisa norteou-se pelo conceito expandindo de integralidade de Albuquerque (2003) que define a integralidade como um princípio no qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, ao nível do indivíduo e da coletividade, buscando intervir nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam concretizadas de forma integrada, nos diversos níveis de complexidade do sistema, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde e permita a participação popular.

Baseada nesta concepção a pesquisadora em sua uma ampla revisão sobre este tema, sistematizou a integralidade em cinco dimensões:

1. Integração de ações preventivas, de promoção da saúde, curativas e reabilitadoras; aqui denominada de “Integralidade nas ações”.
2. Na garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, bem como na horizontalização das ações, fazendo com que cada nível incorpore as ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação; na ocasião denominada de “Integralidade no acesso à Rede”.
3. Na visão integral do indivíduo e da família, na comunidade, unindo interdisciplinarmente os saberes técnicos necessários a cada situação e o saber popular; presentemente intitulada “Abordagem Integral”;
4. No desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade, criando e reforçando os canais de participação popular e de construção de cidadania; neste momento designada “Integralidade nas Ações Intersetoriais”.
5. No processo de gestão da atenção à saúde, juntando vigilância, planejamento e implementação de ações na comunidade; agora nomeada “Articulação Gestão-Atenção-Vigilância” (ALBUQUERQUE, 2003, p.126).

Essa sistematização avança na discussão sobre a integralidade por permitir a realização de análises quanto o seu desenvolvimento do ponto de vista do micro e macro contexto, desde o cuidado integral ao indivíduo até a inter-relação dos profissionais com indivíduos, famílias e comunidade, no fortalecimento do controle social, cidadania e estímulo a participação popular, bem como na integração intersetorial e na rede de atenção à saúde. Por esta completude, optou-se por escolher este referencial teórico para nortear este estudo.

Da Ros (2006), reforça os conceitos anteriores, relata que a integralidade pode assumir diversos sentidos, dentre eles, o de promover saúde, prevenir e atender doenças simultaneamente e, além disso, comporta o entendimento de que o corpo não é um somatório de fragmentos anatômicos; também permite perceber que saúde é, ao mesmo tempo, social, biológica e psicológica; as necessidades da população vão além do que o que chamamos de necessidades epidemiológicas e a integralidade só pode ser produzida pensando interdisciplinarmente (isso não se dá como uma profissão “comandando” as ações de outras) e intersetorialmente,

respeitando a pluralidade, ou seja, reconhecer que o “outro” tem verdades diferentes das nossas.

Por isso, ela pode ser considerada o princípio que mais apresenta desafios para sua consolidação no SUS, podendo estar relacionado à necessidade de prescindir de uma organização harmônica em todos os níveis assistenciais. Por meio da integralidade, a universalidade e equidade podem ser realizadas de forma plena e o SUS alcance seus objetivos idealizados na constituição de 1988 (PINHEIRO; FERLA; SILVA JÚNIOR, 2007).

Por fim, vale ressaltar a variedade e abundância de estudos sobre integralidade, bem como o esforço em definir um conceito tão amplo, evidenciando a importância desse princípio para os sistemas de saúde, tanto no contexto internacional como nacional.

Por sua relevância, no intuito de garantir o acesso integral à assistência saúde, uma das estratégias mais debatidas é a organização de redes assistenciais com foco em uma atenção primária fortalecida e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010; MENDES, 2012b).

Neste sentido, vislumbra-se outra perspectiva de contribuição do NASF, no fortalecimento da ESF dentro da rede de atenção à saúde, por meio do apoio no fluxo do usuário nesta rede, colaborando para uma assistência que se aproxime ainda mais da integralidade, nas suas múltiplas dimensões.

### **3.3 O processo de trabalho do NASF no caminho para Integralidade**

Para analisar o processo de trabalho em saúde, é importante considerarmos três aspectos fundamentais: que este compartilha características comuns a outros processos de trabalho, como da indústria e da economia; trata-se de um serviço; e a existência de uma intensa relação interpessoal entre os profissionais e as pessoas que demandam assistência à saúde (NOGUEIRA, 1997).

A produção do trabalho em saúde é realizada por meio de um ‘trabalho vivo em ato’, ou seja, no exato momento que é executado determina a produção do cuidado. O ato de cuidar é mediado por tecnologias leves, quando oriundas de processos mais criativos, nos diversos modos de se comunicar com o usuário, na produção de vínculo e na realização de acolhimento, ou materializados em

processos mais presos, como máquinas, instrumentos, ou recursos teóricos e técnicos (MERHY et al., 1997; MERHY, 2003).

Para Silva, Lancman e Alonso (2009), o trabalho em saúde está inscrito no escopo das atividades de serviço, que possuem quatro atributos principais:

1. A intangibilidade, por consequência da imaterialidade do resultado produzido;
2. A heterogeneidade, relacionada à dificuldade de padronização dos resultados e processos de produção;
3. A perecibilidade, em decorrência da impossibilidade da estocagem do serviço para consumo posterior;
4. A simultaneidade da produção do serviço e do consumo, ou seja, o usuário é coparticipante do processo produtivo.

Desta forma, podemos considerar que o trabalho em saúde não é algo fácil, pois, o mesmo é subjetivo, imaterial, desenvolvido por meio de relações, que nem sempre são amistosas, entre a gestão, equipes e os usuários.

O processo de trabalho em saúde diferencia-se dos demais trabalhos pela complexidade de seu objeto (a pessoa e sua família, os grupos sociais ou as coletividades), pela especificidade de seu produto (ações de saúde), e pela participação dos sujeitos no processo de produção do cuidado. É complexo porque a subjetividade perpassa as necessidades dos usuários e dos trabalhadores e influencia diretamente o produto e o próprio trabalho (BRANDÃO; OLIVEIRA, 2013, p.825).

Somado a isto, Nascimento (2014) chama a atenção sobre as diversas reflexões e transformações ocorridas ao longo do tempo no processo de cuidado à saúde, que estão influenciando intensamente o modo de fazer dos profissionais. Tal situação acarreta a busca pelo desenvolvimento de competências fundamentadas na incorporação de diversos saberes, no trabalho em equipe, por intermédio de novos dispositivos que possam apoiar a gestão de serviços e a gestão de cuidados.

Comungando com o exposto acima, pesquisadores relatam que diante da complexidade da vida humana e do alto grau de imprevisibilidade, o trabalho em saúde permite e instiga a busca por diversas formas de produzir cuidado, as quais precisam estar em consonância com as particularidades dos sujeitos. Para tal, são imprescindíveis a invenção e experimentação de práticas de cuidado singular. Logo, o trabalho em saúde pressupõe e dependem das potencialidades dos encontros,

momentos dialógicos e interação entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Na perspectiva da integralidade, no trabalho em saúde é imprescindível esta aproximação entre os sujeitos. Os pesquisadores ressaltam que ela deverá ser construída diariamente, por interações entre os atores envolvidos com a assistência a ser ofertada àquele sujeito. Ela opera em todos os processos de trabalho do profissional que apresenta um compromisso com seu usuário (VIEGAS; PENNA, 2015).

O trabalho também é enfatizado como “lócus privilegiado para a construção de novos saberes e de sujeitos protagonistas, no intercâmbio entre profissionais e comunidade”, em diálogo com o pensamento de Marx e Engels. Logo, o trabalho em saúde ao mesmo tempo em que se produz cuidado, podem produzir cuidadores, com grande potencial para tornarem-se sujeitos emancipados, capazes de lutar pela própria saúde e a dos demais comunitários (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Entretanto, pode-se considerar como barreira para emancipação destes sujeitos, a persistência da organização e o desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde no modelo médico centrado, baseado numa assistência fragmentada, focalizadas em ações curativas e de reabilitação, onde aspectos de prevenção e de promoção à saúde sejam pouco valorizados (ABRAHÃO, 2007).

Tal desvalorização vem sendo potencialmente influenciada pelo modo de produção capitalista, onde a ação do capital tem estimulado um modo de cuidar em saúde a partir da compreensão do seu valor de uso, com a valorização dos produtos da saúde, em função da utilidade intrínseca (FRANCO, 2003).

Como também a compreensão do seu valor de troca, pela propriedade que esses mesmos produtos assumem ao incorporarem determinado valor, e ao serem disponibilizados para mercadoria, transformou o sistema em um “realizador de procedimentos”, valorizando e estimulando o saber médico, específico e fragmentado, e o uso de tecnologias e insumos (FRANCO, 2003).

Outro importante aspecto referente a qualificação profissional, decorre da globalização e do fenômeno de reestruturação produtiva. Peduzzi (2003) ressaltou quanto às mudanças no mundo do trabalho, decorrente destes fenômenos, que provocou o surgimento de um novo trabalhador polivalente e multifuncional.

Outros pesquisadores defendiam a necessidade da qualificação profissional incluir múltiplos aspectos, como: habilidades cognitivas, de abstração e análise

simbólica; comunicacionais e de inter-relação com clientes, e demais trabalhadores; iniciativa e criatividade; capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo e para a formação mútua no próprio local de trabalho; competência para avaliar o produto de seu trabalho e tomar decisões para melhorar sua qualidade; além do domínio de técnicas de planejamento e organização do trabalho (BERNARDES, 1994; GITAHY, 1994).

Diante do exposto, ressalta-se o potencial do trabalho em equipe multiprofissional na saúde, pela possibilidade de contribuir na ampliação do olhar e favorecer práticas de cuidado que perpassa por uma concepção ampliada do processo saúde/doença, na tentativa de uma assistência mais integral.

No Brasil, a conformação em equipes multiprofissionais na saúde iniciou na década de 70, compondo-se por profissionais de diferentes formações e níveis de escolaridade (PEDUZZI; PALMA, 2000). Com a criação do SUS e as novas estratégias adotadas para o fortalecimento da APS, este leque foi se ampliando e se tornando um ponto estruturante do trabalho em equipe.

O trabalho em equipe remete a defesas antigas, a bibliografia de Carvalho (1991), ressalta a necessidade da interprofissionalidade nas unidades de saúde e em nível gerencial, e aprecia a interdisciplinaridade como pré-requisito essencial para a materialização da integralidade.

Neste sentido, nas últimas décadas as estratégias e políticas adotadas no Sistema de Saúde brasileiro caminharam em direção à superação da assistência fragmentada, ao incluir no contexto da ESF o trabalho em equipe multidisciplinar (agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista, enfermeiro, médico, técnicos/auxiliar de enfermagem e de saúde bucal), bem como, a equipe de retaguarda especializada, os NASF, que atuam de forma integrada para apoiar os profissionais da ESF.

O NASF tem como embrião institucional o Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (Naisf), apresentado através da portaria ministerial nº1065 de quatro de julho de 2005, revogada imediatamente.

Entretanto, sua divulgação instigou alguns municípios na criação de projetos similares, a citar: em Sobral/CE, foram executadas experiências com profissionais não previstos na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF); em Recife/PE, ocorreram propostas semelhantes, equipe de retaguarda e as equipes de Ação Avançadas; e em Campinas/SP, foi constituído o programa Paidéia Saúde da

Família, baseado no método Paidéia. Dessa última, originaram-se os conceitos chave para o NASF, como o apoio matricial e a equipe de referência (CAMPOS et al., 2014; CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; CUNHA; CAMPOS, 2011; SOUSA; OLIVEIRA; COSTA, 2015).

Para Castro e Campos (2016) o Apoio Matricial proporcionou mudanças na organização do processo de trabalho, como a consulta compartilhada e sistema de referência e contrarreferência, por meio de processos dialógicos entre os atores envolvidos no cuidado, decisão partilhada, responsabilização e compromisso entre as equipes e os profissionais apoiadores especialistas.

Para além do cuidado compartilhado, os pesquisadores designam que essa metodologia exerce, ao mesmo tempo, a educação permanente, em consequência das trocas interprofissionais permitindo ampliar a comunicação entre as equipes de forma compartilhada (CASTRO; CAMPOS, 2016).

Com a inserção desta equipe de retaguarda, incrementa-se a oferta de inovações na APS, mediante ações individuais ou coletivas, na perspectiva do suporte técnico-pedagógico ou clínico-assistencial, tais como: grupos terapêuticos, oficinas para cuidadores, atendimentos compartilhados, entre outros. Estas ações, em sua maioria, seriam difíceis de ser executadas apenas pelas eSF, por requerer competências inerentes a outros núcleos profissionais (BRASIL, 2014; OLIVEIRA et al., 2017).

Inicialmente as equipes NASF poderiam ser compostas pelas seguintes categorias profissionais: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

Novas categorias foram incluídas com a publicação ministerial nº 2.488/2011 para compor as equipes, sugerindo a inserção de profissionais como: Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Geriatra, Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte-educador) e profissional sanitaria (BRASIL, 2011).

A definição dos profissionais a compor a equipe NASF deve estar atrelada a critérios e prioridade identificados a partir das necessidades locais, de acordo com dados epidemiológicos, necessidades das equipes de referencia que serão apoiadas e da disponibilidade das diferentes profissões. Cada equipe deve ter, minimamente,



um profissional com habilidades e conhecimentos técnicos em saúde mental (Médico psiquiatra, Psicólogo e TO) visando a consagrada conjuntura dessa linha de cuidado e a proporção epidemiológica dos transtornos mentais no Brasil (BRASIL, 2008, 2014).

O MS enunciou nos Cadernos da Atenção Básica, os princípios e diretrizes, que norteiam as ações que precisam ser executadas pelas eNASF. Nessas diretrizes foi abordado o processo de trabalho, elencando as atribuições comuns aos membros das equipes e as ações por área estratégica, além das ferramentas tecnológicas para o NASF. Estas podem ser pautadas como de apoio à gestão (pactuação de apoio) e de apoio à atenção (clínica ampliada, apoio matricial, Projeto Terapêutico Singular – PTS, e Projeto de Saúde no Território - PST) (NAKAMURA; LEITE, 2016).

Assim, preconiza-se que na organização do seu processo de trabalho estes profissionais desenvolvam discussões de caso, atendimento compartilhado, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, entre outras (BRASIL, 2014; 2011; 2010). Como ilustra a figura 1.

**Figura 1-** Síntese de atividades do NASF, Brasil, 2018



O Nasf pode construir diálogo com diferentes pontos de atenção, a fim de buscar corresponsabilização na condução do PTS. As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula devem ser considerados para a produção do cuidado.

**UBS**

- Educação permanente;
- Atendimento individual específico;
- Atendimento individual compartilhado;
- Reunião de equipe, discussão de casos, construção de PTS;
- Atendimento em grupo;
- Atendimento domiciliar.

**Academia da Saúde**

- Grupos educativos;
- Práticas corporativas;
- Encontros comunitários;
- Ações para a promoção de modos de vida saudáveis.

**Caps**

- Discussão de casos;
- Construção compartilhada de PTS;
- Atendimento compartilhado;
- Apoio matricial do Caps à AB;
- Grupos terapêuticos;
- Oficinas geração de renda.

**Escola**

- Apoio às ações do PSE;
- Ações de educação em Saúde.

**Cras**

- Discussão de casos;
- Construção compartilhada de PTS;
- Ações coletivas para produção de cidadania.

**Fonte:** Brasil (2013).

**Legenda:** UBS= Unidade Básica de Saúde; CAPS= Centro Assistência Psico Social; CRAS= Centro de Referência de Assistência Social; PTS= Projeto Terapêutico Singular; NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PSE= Programa Saúde na Escola.

Na estruturação organizativa do seu trabalho, o NASF deve percorrer as diretrizes a seguir: a integralidade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a educação popular, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. (BRASIL, 2010, 2011).

E privilegiar ações no âmbito das seguintes áreas estratégicas: Atividade Física e Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição; Saúde Mental; Serviço Social; Saúde da Criança e do Adolescente e do Jovem; Saúde da Mulher e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2010, 2014).

Baseado no exposto acima, sobre este inovador arranjo organizacional da APS, alguns autores defendem que em determinados momentos o NASF e suas ferramentas tecnológicas, foram capazes de cumprir seu papel, por interrogar os processos de trabalho e as produções do cotidiano, e por trazer novas disputas para o cenário. Mas em outros momentos, foi utilizado para manter a conjuntura (VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015).

No entanto, a literatura evidencia que recentemente, há grande diversidade no modo de organização do trabalho dessas equipes nos municípios, apesar da existência dos textos normativos e portarias ministeriais publicadas (NAKAMURA; LEITE, 2016; NASCIMENTO, 2014).

O MS assinala que as ações do NASF devem ser desenvolvidas em articulação com as das equipes da eSF e dentro do seu território de abrangência. Afirma a necessidade de existir forte articulação e compartilhamento de ações entre as equipes SF e NASF, a luz da interdisciplinaridade e integralidade. Compreendendo esta última, de acordo com alguns pesquisadores exímios em integralidade, em três dimensões:

- 1) Apoio às práticas em saúde nos territórios adscritos da equipe da eSF, com garantia de cuidado longitudinal, considerando as necessidades de saúde de sujeitos e coletivos, com vistas a superar a fragmentação dos processos de cuidar;
- 2) Organização das práticas de saúde integrando ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde e cura, além de humanização dos serviços e educação permanente;
- 3) A organização do sistema de saúde, na tentativa de garantir acesso às redes de atenção conforme as necessidades da população (BRASIL,

2011; FRANCO apud PINHEIRO; MATTOS, 2006; MATTOS apud PINHEIRO; MATTOS, 2001).

Portanto, a constituição do NASF configura um ciclo importante para estimular o desenvolvimento de um novo modelo de saúde, pautado no processo de trabalho em equipe multiprofissional e interprofissional, onde a diretriz da integralidade deve ser concretizada em ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde, capazes de produzir saúde para além do marco individualista e curativista (LANCMAN et al., 2013, MÂNGIA; LANCMAM, 2008)

Por outro lado, no âmbito da APS brasileira, autores relatam que a implantação dos NASF e a abertura de espaço para o desenvolvimento de um trabalho interprofissional, junto às equipes de referência, demonstram potencialidades para contribuir com a integralidade e aumento da resolutividade dos problemas de saúde demandados (BRASIL, 2014; CAMPOS et al., 2014; CUNHA; CAMPOS, 2011).

Nesta perspectiva, frente à relevância do exercício da interprofissionalidade tendo em vista a integralidade na APS, percebemos a necessidade de incorporar uma nova dimensão ao conceito de Integralidade que esta pesquisa toma como referência, uma sexta dimensão, nomeada de “Interprofissionalidade”.

Esta é concebida por intermédio de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas com enfoque para as necessidades dos usuários, da família e da comunidade. Surge como estratégia para romper com práticas de saúde fragmentadas, fortalecendo o exercício da integralidade. Mas para que seja efetivada no cotidiano dos serviços, vários fatores estão envolvidos, como por exemplo, a interação entre gestores e profissionais. Isso evidencia principalmente a vontade política para sua efetivação (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Comungando com o exposto, autores enfatizam que o trabalho da equipe de retaguarda especializada apenas pode ser efetivado de forma integral se forem asseguradas condições para a interprofissionalidade entre as equipes NASF e entre os profissionais da eSF (ARAÚLO; GALIMBERTI, 2013)

## **4. PERCURSO METODOLÓGICO**

A inquietação vivenciada quanto profissional da equipe de referência da ESF relacionadas ao trabalho do NASF despertou o desejo de compreender a proposta do NASF no contexto da APS, e a dádiva de ingressar no grupo de pesquisa, conduziu ao caminho desejado.

O processo de elaboração da pergunta condutora da pesquisa e o seu desenvolvimento requereu constantes aproximações com o objeto. Assim dos vários questionamentos levantados, decidiu-se em analisar como o NASF contribui para alcançar o seu objetivo de ampliar a integralidade na APS.

As valorosas discussões no grupo de pesquisa, os debates em sala de aula, a imersão e dispersão no cotidiano do trabalho, e o mergulho na busca de referencial, contribuiu para definições referentes à concepção de integralidade, o arcabouço teórico e metodológico (MINAYO, 2014; YAN, 2015) que direcionaram esta pesquisa.

Por esta razão, optou-se por formas de coleta e análise de dados que permitiram o acompanhamento da operacionalização da integralidade nas mais variadas dimensões (ALBUQUERQUE, 2003), os entraves e ensejos para o desenvolvimento da integralidade no contexto de trabalho do NASF.

### **4.1 Caracterização do estudo**

A presente dissertação foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e faz parte de um estudo vinculado ao grupo de pesquisa AcesSUS, intitulado: “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolatividade e coordenação do cuidado”.

Realizou-se um estudo de caso sobre o contexto do trabalho do NASF, cuja unidade de análise foi o município de Recife, capital do Estado de Pernambuco (PE), nordeste do Brasil. Para Yin (2015), o estudo de caso é uma investigação que aborda um fenômeno atual dentro do seu contexto da vida real, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão visivelmente definidos, como os do objetivo desta pesquisa.

Neste percurso, utilizou-se uma abordagem qualitativa, entendida por Minayo (2014) como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da

intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas, tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Por se tratar de um mestrado de caráter profissional, além de responder os objetivos propostos, os dados coletados contribuíram para construção de um instrumento de autoavaliação, com relevante potencial para auxiliar na concretização da integralidade no contexto da APS.

#### **4.2 Período e área do estudo**

O estudo foi realizado no município de Recife-PE, no período de janeiro de 2017 a setembro de 2017.

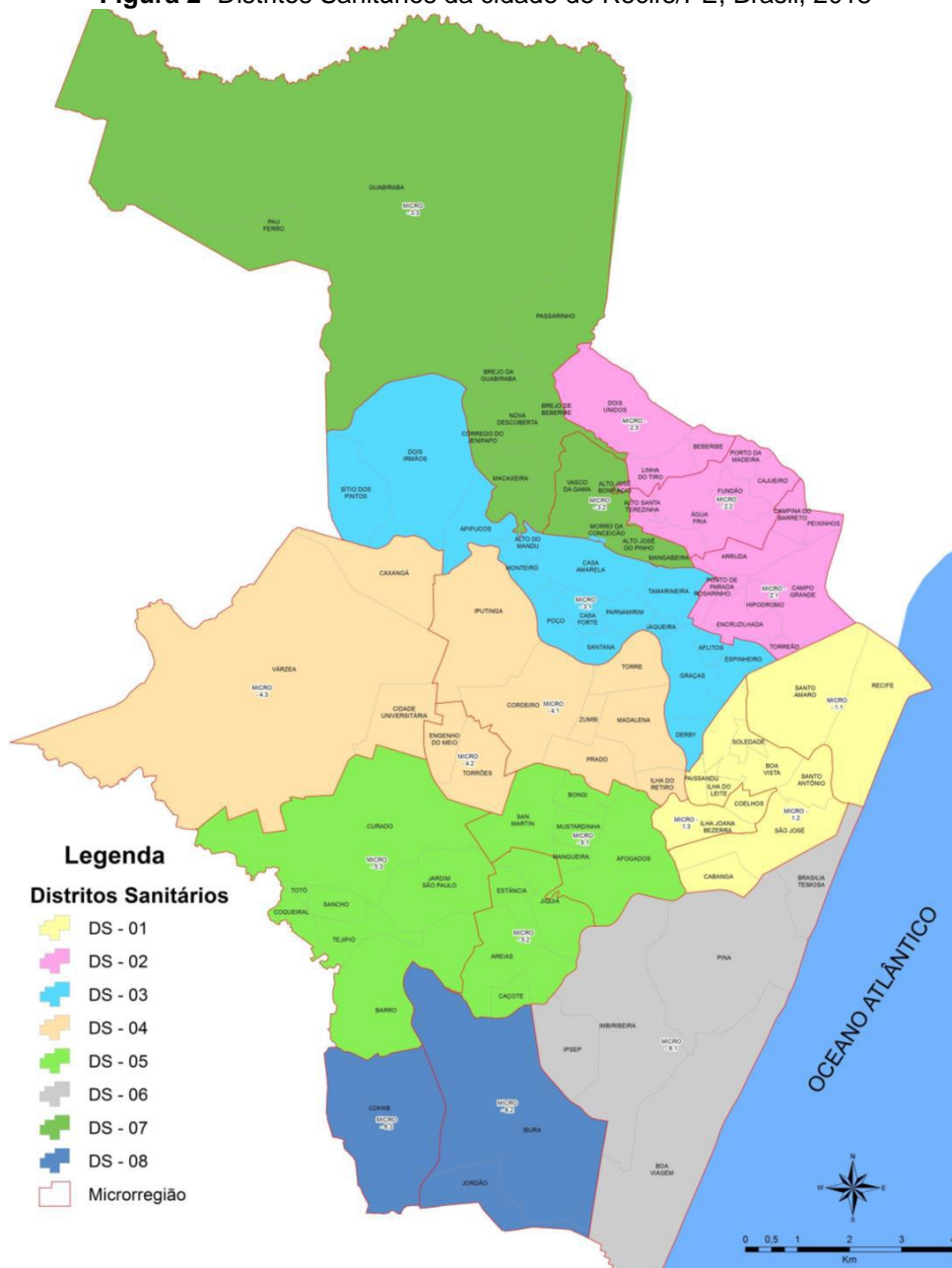
Definiu-se como caso, o município de Recife, por ter concebido estudos pregressos do grupo de pesquisas AcesSUS, além de ser um dos municípios brasileiros pioneiros na implantação do NASF. Consideram-se também as experiências vivenciadas pela autora durante seu percurso profissional na APS.

A cidade do Recife possui uma população com mais de 1.617.183 habitantes, apresenta uma superfície territorial de 218,4 km<sup>2</sup> e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, e a leste com o Oceano Atlântico.

Dispõe de uma composição territorial heterogênea (morros - 67,43%; planícies - 23,26%; áreas aquáticas – 9,31%; Zonas Especiais de Preservação Ambiental - ZEPA: 5,58%).

A cidade está dividida em 94 bairros, aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), e redistribuída, a partir do segundo semestre de 2014, em oito Distritos Sanitários (DS), como ilustrado na página a seguir (FIGURA 2) (RECIFE, 2017).

**Figura 2-** Distritos Sanitários da cidade de Recife/PE, Brasil, 2018



**Fonte:** Recife (2017).

No que se refere à rede atenção primária, em 2017, o município tinha 122 Unidades de Saúde da Família, com 270 eSF, totalizando uma cobertura de 56%; 157 equipes de Saúde Bucal (eSB), com cobertura de 27,73%. e 21 eNASF (RECIFE, 2017).

Ainda em 2017, no Recife existiam 21 eNASF, modalidade I, vinculadas a 168 eSF, distribuídas nos oito DS, sendo: duas equipes no DS I, três equipes no DS II, uma equipe no DS III, três equipes no DS IV, três equipes no DS V, duas equipes no DS VI, quatro equipes no DS VII e três equipes no DS VIII. Estas eNASF são compostas pelos seguintes núcleos de saberes: Farmácia, Fisioterapia,

Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (RECIFE, 2017). O NASF localiza-se no DS VII, no Território de Saúde (TS) 7.2, apoiando as USF Santa Tereza (uma equipe), USF Mangabeira (duas equipes) USF Macaxeira (três equipes) e USF Irmã Denize, Alto José do Pinho (três equipes).

O DS VII está localizado na RPA3, possui uma população de 312.981 mil habitantes, composto por treze bairros: Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Brejo de Beberibe, Brejo da Guabiraba, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Mangabeira, Morro da Conceição, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro e Vasco da Gama (RECIFE, 2017).

A rede de APS neste território integra: 46 eSF, 29 eSB, três Unidades Básicas Tradicionais de Saúde, duas UPINHA 24 hs, uma UPINHA dia e por demais serviços que corroboram expandindo o elenco de ações da ESF: quatro eNASF e três Programa Academia da Cidade (PAC) (RECIFE, 2017).

### 4.3 Coleta de dados e sujeitos envolvidos

Frente à necessidade de obter diversas informações para concretização do estudo, realizaram-se uma triangulação de técnicas para coleta de dados. Os dados primários foram coletados a partir dos grupos focais e observação participante, e os dados secundários por meio da análise documental (QUADRO 2).

**Quadro 2** – Técnicas de coleta, de acordo com os objetivos, Recife/PE, Brasil, 2018

OBJETIVOS	TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	
	PRIMÁRIOS	SECUNDÁRIOS
Descrever as ações realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família.	Observação participante e Grupo focal	Pesquisa documental
Identificar barreiras e facilitadores para o desenvolvimento da integralidade nas equipes de trabalho do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.	Observação participante e Grupo focal	
Identificar as dimensões da integralidade no trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.	Observação participante e Grupo focal	
Propor um Instrumento de autoavaliação das dimensões da integralidade nas práticas das equipes.	Observação participante e Grupo focal	Pesquisa documental

**Fonte:** Autora

**Legenda:** PE= Pernambuco.

Por se tratar de um mestrado profissional e ter o compromisso de retribuir o conhecimento ao serviço, a equipe NASF escolhida, estava vinculada a USF da pesquisadora principal. Constituíram-se como sujeitos envolvidos profissionais da eNASF, que participaram de pesquisas anteriores desenvolvidas pelo AcesSUS, e das demais USF vinculadas a esta eNASF. A escolha dos participantes para compor os grupos foi intencional a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- a) Profissionais da ESF vinculados com a eNASF há pelo menos 1 ano;
- b) Profissionais que trabalhassem na eNASF há pelo menos 2 anos;
- c) Interesse e disponibilidade para participar do estudo.

**Quadro 3-** Sistematização dos grupos e sujeitos do estudo, Recife/PE, Brasil, 2018

Grupos	Sujeitos	Crítérios de escolha	Participantes (n)
Profissionais da eSF	ACS, cirurgião dentista, enfermeiros e médicos.	Indicados pela equipe; envolvimento nas ações de Apoio Matricial; interesse e disponibilidade para participar do estudo.	8
Profissionais da eNASF	Assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo.		6

**Fonte:** A autora

**Legenda:** PE=Pernambuco; eSF=equipe de Saúde da Família; ACS=Agente Comunitário de Saúde; eNASF= equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Todos os sujeitos envolvidos aceitaram participar como voluntários do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A e B), atendendo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

#### 4.3.1 *Análise documental*

Esta técnica consiste na identificação e apreciação dos dados registrados, objetivando a transformação das informações, a fim de torná-las mais compreensíveis e utiliza fonte paralela e simultânea para complementar os dados e possibilitar a apreensão do fenômeno estudado (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

Nessa pesquisa, a análise documental foi escolhida a fim de examinar os dados registrados para confrontar com os demais dados provenientes de outras fontes e deste modo, suscitar a compreensão do fenômeno estudado. Nessa etapa,



foram coletados: a) Cópia do protocolo municipal do NASF onde mencionam as principais diretrizes definidas para organização do NASF no município, bem como a definição das atividades que a equipe deve realizar; b) Cópia das atas de reunião do NASF com as eSF referentes ao período de julho/2016 a dezembro/2016; c) Relatórios trimestrais de acompanhamento de casos da eNASF do período de julho/2016 a dezembro/2016.

Desta forma, rastrearam-se informações importantes sobre as atividades propostas para o NASF, os principais temas e encaminhamentos das reuniões para organização do processo de trabalho das equipes.

#### 4.3.2 Grupo focal

Essa foi a técnica escolhida por possibilitar a análise da percepção do grupo (eNASF e eSF) e não apenas a opinião individual dos sujeitos. Nesse tipo de estratégia, o discurso do grupo pode, até mesmo, evidenciar o que há de consenso e de contradição na percepção do coletivo (MINAYO, 2014).

Além disso, o grupo focal é capaz de suscitar discussão e análise de um tema despertando a capacidade crítica dos sujeitos. Ao estimular o senso crítico, gera certa inquietação do seu processo de trabalho, com potência para que os atores pensem e façam intervenções no cotidiano dos serviços de saúde (SOUZA et al., 2011).

Seguindo as proposições de Trad (2009), foram considerados vários critérios no planejamento e realização dos grupos focais, a citar: a) roteiro com perguntas chaves (e secundárias para utilizar quando necessário); b) recursos (local adequado, equipamento audiovisual); c) número de participantes; d) perfil e seleção dos participantes; e) tempo de duração.

Ao todo foram realizados três grupos focais, sendo dois com profissionais que compõem as equipes da ESF e com os profissionais da eNASF.

Os grupos focais foram previamente agendados e realizados em data e local mais conveniente para cada equipe. Tiveram duração média de 90 minutos e foram conduzidos por duas colaboradoras, uma na função de mediação das discussões e outra na observação do comportamento dos participantes, ambas integrante do grupo de AcesSUS do IAM/Fiocruz-PE, e possuem aproximação com o tema discutido.

As discussões foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas. O quadro abaixo especifica os sujeitos do estudo integrantes das equipes da ESF e NASF.

**Quadro 4-** Composição dos grupos focais da pesquisa, Recife/PE, Brasil, 2018

Grupos focais	Equipes	Categorias profissionais	Participantes (n)
1	NASF	Assistente Social	1
		Farmacêutica	1
		Fisioterapeuta	2
		Nutricionista	1
		Psicólogo	1
Total			6
2	USF_X	Agentes Comunitários de Saúde	4
		Cirurgião dentista	1
		Enfermeiro	1
		Médico	1
Total			7
3	USF_Y	Agentes Comunitários de Saúde	4
		Enfermeiro	1
	USF_Z	Agentes Comunitários de Saúde	2
		Enfermeiro	1
		Médico	1
Total			9
Total de participantes			22

**Fonte:** A autora.

**Legenda:** PE= Pernambuco; USF= Unidade de Saúde da Família; NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

#### 4.3.3 Observação participante

Segundo Queiroz et al. (2007) é uma técnica bastante utilizada em pesquisas qualitativas, insere o pesquisador no grupo a ser observado, fazendo parte dele, interagindo com os sujeitos e compartilhando o seu cotidiano para compreender o que significa estar naquela situação. Para os autores, a maior vantagem da observação participante é permitir ao observador a possibilidade de obter a informação na ocorrência espontânea do fato.

Nesse estudo, realizou-se a observação participante em reuniões entre equipes: saúde da família e NASF; entre NASF, eSF e CAPS; e entre o NASF, eSF no Fórum de Saúde Mental. As vivências foram registradas em Diário de Campo da pesquisadora que focalizou os aspectos considerados mais pertinentes, como: a) rotina de atividades das equipes; b) os temas e pautas discutidas nas reuniões; c) a interação entre os profissionais.

#### 4.3.4 Categorias de análise

Conforme assinalado no referencial teórico, em relação ao estudo de Albuquerque (2003) que define a integralidade em cinco dimensões, formularam-se as seguintes categorias: Abordagem Integral, Integralidade nas Ações, Integralidade no Acesso à Rede, Integralidade nas Ações Intersetoriais e Articulação Gestão-Atenção-Vigilância. Somado a estas, na análise dos grupos focais e observação participante, emergiu uma sexta categoria denominada de Interprofissionalidade. Todas organizadas no quadro 5, observando as dimensões a que estão relacionadas.

**Quadro 5-** Categorias de análise por dimensões da integralidade em saúde, Brasil, 2018

(continua)

<b>Dimensões</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Integração de ações de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação.	Integralidade nas Ações	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização das ações de educação em saúde, de atendimento individual/visita compartilhado entre profissionais da ESF e NASF;</li> <li>- Realização de ações para promoção de modos de vida saudáveis;</li> <li>- Construção de Projeto de Saúde no Território.</li> </ul>
Visão integral do indivíduo, como ser integrante de uma família e comunidade, criando e reforçando a participação popular e construção da cidadania.	Abordagem Integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendimento às necessidades do indivíduo, família e comunidade;</li> <li>- Realização de PST, PTS, discussões de casos do indivíduo/família;</li> <li>- Aplicação do instrumento de avaliação clínico assistencial do NASF;</li> <li>- Concretização de atividades de grupo e grupos terapêuticos;</li> <li>- Estímulo à participação popular.</li> </ul>
Garantia de acesso em todos os níveis de atenção do sistema.	Integralidade no acesso à Rede	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação da relação das equipes NASF, ESF e outros serviços;</li> <li>- Concretização dos encaminhamentos nos demais níveis de atenção.</li> </ul>
Desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade, criando e reforçando os canais de participação popular e de construção da cidadania.	Integralidade nas Ações Intersetoriais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de ações de promoção da saúde e prevenção envolvendo igrejas, escolas, creches, associação dos moradores, grupos culturais e etc.;</li> <li>- Realização de reuniões com a comunidade, e outras representações (lideranças, escolas, creches, grupos culturais);</li> <li>- Realização de ações do Programa Saúde na Escola.</li> </ul>

**Quadro 5-** Categorias de análise por dimensões da integralidade em saúde, Brasil, 2018 (conclusão)

Dimensões	Categorias	Subcategorias
Processo de gestão da saúde, de modo a integrar vigilância, planejamento e implementação das ações da comunidade.	Articulação Gestão-Atenção-Vigilância	- Realização de reuniões com atores vinculados a gestão, atenção e vigilância à saúde.
Desenvolvimento de ações e atividades de forma integrada.	Interprofissionalidade	- Participação em equipe das atividades coletivas; - Participação na construção e acompanhamento de PST, PTS e na discussão de casos; - Concretização de atendimentos compartilhados; - Participação de reuniões para planejamento e organização do processo de trabalho das ESF e NASF.

**Fonte:** Baseado em Albuquerque (2003).

**Legenda:** ESF= Estratégia de Saúde da Família; NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PST= Projeto de Saúde no Território; PTS= Projeto Terapêutico Singular.

#### 4.3.5 Construção do Instrumento de autoavaliação

Como dito anteriormente, diante da prerrogativa do mestrado profissional, tornou-se imperativo intervir no serviço com algo concreto. Portanto, esta pesquisa culminou na construção de um instrumento para contribuir na avaliação do trabalho das equipes na perspectiva na integralidade.

A criação deste instrumento baseou-se nos dados coletados em todo processo de pesquisa, por meio da análise dos documentos, grupos focais e observação participante. E a luz da análise do discurso e das revisões de literatura, os pesquisadores e especialistas vinculados ao grupo AcesSUS, que inclui a pesquisadora responsável, entraram em consenso sobre os aspectos relevantes para garantia da integralidade no contexto de trabalho do NASF, em reuniões que foram realizadas semanalmente, no período de setembro a dezembro de 2017.

A partir destas discussões idealizou-se e concretizou-se o “Instrumento de autoavaliação da integralidade no contexto das eNASF e eSF”, que deve ser utilizado pelos profissionais de e gestores como um recurso para avaliar e monitorar o trabalho das equipes no que diz respeito a integralidade na RAS.

No processo de criação do instrumento, buscaram-se integrar os conhecimentos teóricos dos pesquisadores, os empíricos dos profissionais envolvidos no estudo e o arcabouço referencial sobre o trabalho do NASF e do conceito de integralidade norteador deste estudo.

Primeiramente tentou-se conhecer as ações realizadas no cotidiano do NASF, a fim de identificar os entraves e facilitadores para corporificação da integralidade nas seis dimensões abalizadas na pesquisa, a citar: Abordagem Integral, Integralidade nas Ações, Integralidade no Acesso à Rede, Integralidade nas Ações Intersetoriais e Articulação Gestão-Atenção-Vigilância, emergidas a partir do conceito de integralidade de Albuquerque (2003) e a sexta dimensão, revelada após análise dos dados primários e secundários, denominada de Interprofissionalidade.

Os resultados obtidos e cada etapa vivenciada, foram compartilhadas nas reuniões periódicas com os demais membros do grupo de pesquisa AcesSUS. E, nas discussões sobre as dimensões da integralidade, surgiu a ideia de elaborar um instrumento de auto avaliação que permitisse aos membros das eNASF e eSF preencher individualmente, e posteriormente discutir a média do resultado em reunião de equipe, no intuito de disparar a reflexão do grupo sobre quais aspectos estão sendo concretizados e quais necessitam de uma atenção especial para desenvolverem no cotidiano da ESF.

#### **4.4 Análise dos dados**

Nessa pesquisa, os dados foram levantados de forma concomitante, por meio de entrevista semiestruturada em grupo, observação participante e análise documental. Os grupos focais foram transcritos e, junto com os registros da observação participante e da análise documental, examinaram-se os materiais com base na Análise do Discurso (AD) de orientação francesa. Para Freire (2014) “A AD francesa compreende a língua como prática social, sustentada por um sujeito do inconsciente determinado sócio ideologicamente”.

O discurso, portanto, é apreendido como o conjunto de enunciados que se ampara na mesma formação discursiva e que se produz em um sujeito (e nas posições que ele ocupa) e em um lugar institucional, influenciado por preceitos sócio históricas que permitiram a sua manifestação (FOUCAULT, 2005).

Os dados coletados foram sistematizados e validados. E, à medida que os dados foram analisados, configuraram-se no corpus da pesquisa.

Em seguida, foi realizada uma leitura flutuante, que possibilitou ao analista travar a primeira relação de análise. Dando sequência, voltou-se ao texto para leitura analítica, embasando-se em três questões heurística: Qual é o conceito-análise

presente no texto? Como o texto constrói o conceito-análise? A que discurso pertence o conceito-análise construído da forma que o texto constrói?

#### **4.5 Considerações éticas**

O presente estudo trata-se de um recorte do projeto de pesquisa intitulado: “NASF: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado”, aprovado (Parecer nº 1.615.740) pelo Comitê de ética e Pesquisa do IAM/Fiocruz-PE (ANEXO A).

Todos os participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE B), após relato da pesquisadora sobre o objetivo da pesquisa, o método que foi utilizado, os riscos e benefícios em participar desse estudo, bem como da garantia do sigilo e anonimato de sua identidade. Além disso, foram informados também sobre a possibilidade de desistência em participar a qualquer momento.

No que se refere aos riscos, considerou-se a possibilidade de constrangimento/desconforto dos sujeitos, ao discutir o desenvolvimento do seu processo de trabalho e de outros profissionais que atuam com eles.

Quanto aos benefícios, presumiu-se sobre informações relevantes quanto a atuação do NASF, possibilidade de sugerir estratégias para melhorar o desenvolvimento dessa proposta e, por fim, contribuir para uma APS mais integral, que atenda as reais necessidades de saúde da população.

Dessa maneira, o estudo atendeu aos requisitos preestabelecidos na Resolução nº 510, de sete de abril de 2016, do MS, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da autonomia, justiça, beneficência e da não maleficência.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em quatro sessões em conformidade com os objetivos da pesquisa, de forma a abordar desde as ações operacionalizadas pelo NASF, as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da integralidade no cotidiano do trabalho da equipe, as dimensões da integralidade nas práticas do NASF e, por fim, a proposição do instrumento de autoavaliação das dimensões da integralidade no contexto NASF e ESF.

### 5.1 Ações operacionalizadas pelo NASF

Considerando à complexidade de problemas que permeiam o processo de adoecimento populacional e da cronificação da necessidade de cuidados, vem se tornando essencial às equipes que atuam na APS, o desenvolvimento de ações amplas que envolvam cada vez mais aspectos da promoção, prevenção, atenção, manutenção e reabilitação na saúde, corroborando com o incremento da integralidade na APS (DUNCAN et al., 2012; MENDES, 2012b; STARFIELD, 2004).

Fundamentado no exposto, serão apresentadas sete ideias centrais identificadas por meio da Análise do Discurso, sobre as ações operacionalizadas pela equipe de retaguarda especializada, que perpassam por: distinções entre as atividades desenvolvidas com as equipes, apoio e organização do processo de trabalho das eSF, ações comuns a todos os profissionais do NASF, o exercício da preceptoria no NASF, o acolhimento a demanda espontânea, as ações de prevenção e promoção da saúde e o apoio a articulação intra e intersetorial.

#### 5.1.1 Ações do NASF Teoria x Prática

Evidencia-se na análise documental das diretrizes norteadoras ministeriais e municipais desta pesquisa, que a atuação NASF seja focalizada na integralidade do cuidado e, nessa perspectiva, recomenda o desenvolvimento de ações interdisciplinares, de educação permanente e participação popular, que contemplem um amplo espectro de atuação na saúde, desde a promoção até a reabilitação (BRASIL, 2014; RECIFE, 2016).

Logo, baseado no Manual de Referências Básicas para Atuação do Profissional do NASF da cidade do Recife publicado no ano de 2016 (RECIFE, 2016), pode-se sistematizar as ações comuns aos profissionais do NASF (QUADRO 6).

**Quadro 6** - Ações de campo comuns a todos os profissionais do NASF, Recife/PE, Brasil, 2018

Ações	Objetivos
Análise territorial	Conhecer o perfil epidemiológico local, identificando as situações de risco e de vulnerabilidade do território adscrito.
Reuniões com as equipes da ESF	Fomentar a criação de espaços de Educação Permanente e matriciamento junto às eSF para discussões de casos clínicos e aspectos gerais, na construção de projetos terapêuticos singulares e o fortalecimento das ações realizadas pelas equipes.
Construção de Projeto de Saúde no Território	Apoiar as eSF na identificação e na construção de intervenções preventivas para situações no território que possam favorecer o desenvolvimento de adoecimento psicossocial em todos os ciclos de vida.
Apoio às eSF nas atividades coletivas	Realizar ações de educação em saúde e promoção.
	Realizar e apoiar a criação de grupos com a comunidade (educativos e terapêuticos).
Atendimento individual e compartilhado	Realizar avaliação, orientação, acompanhamento individual por meio de atendimentos individuais e compartilhados.
	Apoiar e/ou realizar consultas e visitas domiciliares individuais e/ou compartilhadas com a eSF e outros serviços das Redes de Atenção à Saúde
Apoio à participação popular	Mobilizar junto com a eSF, a participação de grupos, entidades e movimentos sociais existentes na comunidade nas instâncias de controle social.
Intervenção do NASF com família	Apoiar os cuidadores de usuários com deficiência e/ou mobilidade reduzida, de forma individual ou compartilhada, sendo na USF ou no domicílio, com orientações voltadas para manuseio, posicionamento, atividades do cotidiano, dentre outras, que facilitem uma vida mais funcional.
Articulação de Rede	Apoiar as eSF na identificação, fortalecimento e articulação junto aos equipamentos sociais disponíveis no território.
	Articular com outros dispositivos sociais como: escolas, universidades, outros espaços educativos, Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializado em assistência Social, casas de acolhimento, conselho tutelar, Ministério Público, entre outros.

**Fonte:** Baseado em Recife (2016) e Brasil (2014).

**Legenda:** NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PE= Pernambuco; ESF= Estratégia de Saúde da Família; eSF= equipe de Saúde da Família.

Analisando-se os registros no diário de campo, evidencia-se a concretização de ações que englobam a educação permanente em saúde, a organização do trabalho junto às equipes da ESF, a educação em saúde nas atividades coletivas,



bem como alguns atendimentos focalizados na cura e reabilitação, sendo estes últimos, bastante demandados pelos profissionais das equipes de referência.

Assim como denota os fragmentos da entrevista dos GF, onde ressalta a realização de atendimentos compartilhados, discussão de casos, apoio na organização do PT das equipes da ESF, ações de educação em saúde, qualificação de encaminhamentos e articulação intersetorial.

As ações de educação em saúde em épocas comemorativas como no carnaval, o outubro rosa, novembro azul, dezembro vermelho, o NASF também está conosco [...] (E9 ESF\_GF3).

As consultas compartilhadas que realizamos junto com os profissionais do NASF, puericultura, no pré-natal [...] (E2\_ESF\_GF).

[...] participam também das reuniões gerais, sempre vem uma representante do NASF” (E5\_ESF\_GF3).

Às vezes não é nem demanda para os profissionais do NASF, mas eles acolhem e encaminham para o serviço necessário. Vejo-os como um facilitador! (E7\_ ESF\_GF2).

Embora percebamos uma grande demanda na parte assistencial [...] aos poucos tentamos sensibilizar e mostrar a importância de trabalhar a questão da promoção, da prevenção [...] (E1\_ NASF\_GF1).

Corroborando com estes resultados, autores enfatizam a diversidade de atividades realizadas pelo NASF junto às equipes de referência, tais como reuniões de discussão de caso, atendimentos individuais e compartilhados, visitas ou consultas domiciliares, desenvolvimento de grupos. Estes estudos demonstram que a equipe de retaguarda especializada amplia o elenco de ações na ESF, corroborando com os achados desta pesquisa (BARROS et al, 2015; NASCIMENTO, 2014; SOUZA, 2017).

Não obstante, neste estudo averigua-se que algumas atividades inovadoras existentes nas USF, independem da participação do NASF. Pois, foram idealizadas pelos profissionais da ESF em articulação com escolas e centros sociais da comunidade, e o Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas (Napi) (diário de campo).

Os profissionais da eSF suscitam que o excesso de equipes vinculadas a uma eNASF, impossibilita o apoio de forma mais ampla. Logo, em alguns momentos, provocam as eSF a desenvolver as ações coletivas no território concebendo parcerias com outros equipamentos.

Sobre este aspecto, para o MS, a ESF é a proposta prioritária para ampliação e organização do acesso ao sistema de saúde. Todavia, outros programas e equipes

têm sido agregados à APS, com a finalidade de fortalecer a qualidade da atenção ofertada à população, a citar o NASF, as equipes de Práticas Integrativas e Complementares, as equipes de atenção domiciliar, entre outros (BRASIL, 2006, 2011, 2012, 2014, 2016).

Ao entrelaçar as ações preconizadas com as ações descritas nas falas dos Grupos Focais e Diário de Campo, pode-se constatar a ausência de menção sobre análise territorial, Projeto de Saúde do Território, estímulo à participação popular, especialmente. Sugere-se, com este fato, a deficiência do desenvolvimento destas ações no contexto das equipes estudadas.

Quanto à consulta compartilhada, apenas um depoente falou sobre a sua realização. Os atendimentos individuais, apesar de serem realizados, também não foram objeto de discussão nos GF. Nesta conjuntura, pode-se fomentar o direcionamento de atividades voltadas à coletividade, privilegiando as ações de prevenção da saúde a determinados grupos, em relação a equipe NASF estudada.

Sobre estes aspectos, preconiza-se que o NASF desenvolva todo o seu trabalho na perspectiva do Apoio Matricial, de modo compartilhado e colaborativo em duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Essas duas dimensões podem e devem se entrelaçar, nos diversos momentos (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2014; RECIFE, 2016; MAURO; LUZIO, 2014; NASCIMENTO, 2014).

Os achados desta pesquisa permitiu inferir que as ações desenvolvidas pelas equipes NASF são direcionadas aos usuários, estes considerados hora de modo singular, hora inserido em um determinado grupo (coletivo), e como integrante de uma comunidade; e as equipes de referência.

Pode-se também compreender que o apoio e a atuação do NASF englobam ações voltadas diretamente aos usuários, como atendimentos individuais e compartilhados na USF, atendimentos a casos de urgência, entre outros, intervindo sobre situações e problemas clínicos e sociais. Tais ações abrangem a dimensão clínico-assistencial do apoio.

Além disso, verificou-se atuação dos núcleos junto às equipes de referência ou de residências, a citar: atividade de educação permanente, de preceptoria, especialmente na discussão das ações coletivas junto aos residentes, como também nas discussões de casos, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, dentre outras. Estas ações contemplam atividades na dimensão técnico-pedagógica.

Por outro lado, reporta-se que as pessoas atendidas pelas equipes de referência, podem também dispor do atendimento e atuação do NASF em atividades coletivas, como os grupos terapêuticos, grupos de educação em saúde, ações educativas, de rastreamento e de prevenção nas escolas, ações intersetoriais como relacionadas ao meio ambiente ou assistência social, focalizadas a determinados grupos (idoso, gestantes, crianças etc.), por exemplo, visita do grupo de crianças a uma Unidade Móvel Educativa (UME) da CELPE.

Como também, diante das ações direcionadas a situação de saúde da comunidade, a citar, reuniões comunitárias e ações intersetoriais relacionadas ao território, por exemplo, a inclusão de uma faixa de pedestre.

Nesta perspectiva, baseado nas discussões do grupo de pesquisa AcesSUS, classificou-se estas ações que unem ações técnicas pedagógicas e clínico-assistenciais, nomeando-a como apoio bidimensional, que integram a análise territorial, diagnóstico de saúde da população, planejamento em saúde, construção conjunta de PST e articulação com outros serviços da rede (QUADRO 7).

**Quadro 7-** Classificação das ações operacionalizadas no cotidiano do NASF de acordo com as dimensões do apoio matricial, Brasil, 2018

Dimensões	Públicos	Atividades	
Clínico-assistencial	A indivíduos	Visita e atendimento domiciliar	Atendimento às urgências
		Atendimento individual	Atendimento compartilhado
Bidimensional (clínico-pedagógico)	A coletivos (população específica)	Grupos terapêuticos	Grupos de educação em saúde
		Ações educativas, de rastreamento e de prevenção nas escolas e creches	Ações Intersetoriais junto à assistência social, educação, esporte, justiça, etc.
	À comunidade	Reunião com a comunidade	Ações intersetoriais relacionadas ao território
	Usuário e eSF	Articulação de Rede	Discussão de casos
Elaboração de PTS		Matriciamento	
Técnico-pedagógico	Às equipes	Análise territorial	Diagnóstico de Saúde da população
		Planejamento em Saúde e elaboração de Projeto de Saúde do Território (PST)	Atividades específicas de Educação Permanente
		Preceptoria	Reuniões para discussão sobre processo de trabalho

Fonte: Autora.

Legenda: NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PTS= Projeto Terapêutico Singular.

Considera-se que o desenvolvimento das ações citadas acima tem grande potencial para concretizar a integralidade na essência das seis dimensões: Abordagem Integral, Interprofissionalidade, Integralidade nas Ações, Integralidade no Acesso à Rede, Integralidade nas Ações Intersetoriais e Articulação Gestão-Atenção-Vigilância.

### *5.1.2 O NASF apoia o trabalho das equipes de Saúde da Família*

Desde 2010, logo após a publicação normativa do MS, algumas equipes da ESF contam com o reforço do NASF para fortalecer as ações na APS do município de Recife. E entre os anos de 2011-2012 ocorreu uma expansão de 20 equipes modalidade I, vinculadas a, no mínimo cinco e no máximo nove eSF reconhecidas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) (RECIFE, 2016).

A maioria dos profissionais, da eNASF pesquisada, estão vinculados desde sua origem as equipes de referência, ainda que por meio do frágil vínculo empregatício, contratados por Organização Social (OS). Destes, apenas um profissional tem vínculo estatutário.

Neste contexto, de acordo com o registro do diário de campo, evidencia-se que a eNASF organiza seu trabalho cotidiano a partir de reuniões periódicas com as equipes apoiadas, com o intuito de pactuar as ações, identificar, em conjunto com as eSF, os problemas prioritários para subsidiar o planejamento das atividades e práticas a serem adotadas no território de abrangência.

Detectou-se entre as eSF a ocorrência de reuniões semanais e/ou quinzenais, a depender da USF. No entanto, reuniões com a presença do NASF são realizadas mensalmente, em data distinta e pré-fixada com cada equipe. Geralmente, estão presentes enfermeiros e/ou médicos, os ACS das equipes de referência e alguns profissionais da equipe NASF (registro dos livros ata).

Também nas entrevistas em grupo, observam-se relatos que permitem inferir, a reunião, como fonte disparadora das demais ações cotidianas do NASF na ESF.

“[...] Identificamos os casos que precisaremos de apoio e discutimos em reunião, é o ponto de partida” (E 2\_GF3\_ESF).

“O NASF se reúne mensalmente com as equipes e, nesta reunião, nós discutimos caso a caso as demandas” (E5\_ESF\_GF2).

“Nas reuniões, além de discutir os casos, programamos as ações de promoção e prevenção da saúde, e os profissionais do NASF se inserem nas atividades a depender do tema proposto” (E6\_ESF\_GF2).

Sobre a organização do processo de trabalho do NASF ocorrer, fundamentalmente, a partir de reuniões, tal como os achados desta pesquisa, foram também mencionados nos estudos de Barros et al.(2015), Gonçalves et al.(2015), Moura e Luzio(2014).

Assim como, o potencial das reuniões para discussão dos casos e o planejamento das ações, destacado por Silva et al. (2012). Reforça-se a importância destes espaços, considerados oportunos para integração entre as equipes e um melhor planejamento das ações, conforme as necessidades vivenciadas.

Todavia, contata-se que a eSF não aciona o NASF apenas nas reuniões, como também referenciou a pesquisa de Sousa (2016). O fragmento do GF abaixo exemplifica outras possibilidades de contactar a equipe de retaguarda especializada.

E qualquer urgência no decorrer dos atendimentos também contamos com o NASF [...]hoje, por exemplo, atendi uma tentativa de suicídio[...]. Discuti o caso com o profissional X por telefone, (que) de imediato me orientou e pactuamos o cuidado (E2\_ESF\_GF3).

Neste sentido, a inexistência de espaços de diálogo entre as equipes vem sendo enfatizado como um dificultador para a concretização das ações do NASF, segundo outros autores (BONALDI; RIBEIRO, 2014; MOLINI-AVEJONAS et al., 2014).

Comprovando estes resultados, outros pesquisadores apontam o contato entre as equipes por meios de comunicação menos formalizados, tais como telefone, e-mail, SMS, conversas informais e trocas interdisciplinares (PANIZZI et al., 2017; SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017; SOUSA, 2016).

Essas modalidades informais de contato ou troca são consideradas como importante estratégia para fortalecer o vínculo e confiança entre os profissionais,

para contribuir na qualidade do atendimento, na agilidade e com a integralidade do cuidado a saúde.

Em contraponto, muitos autores apontam para a dificuldade de interação entre os profissionais do NASF e ESF, por vezes uma relação conflituosa marcada pela falta de compreensão e aceitação quanto à organização e proposta de trabalho da equipe especializada, até mesmo desvalorização (CELA; OLIVEIRA, 2015; HORI; NASCIMENTO, 2014; LANCMAN et al., 2013; MACEDO et al., 2016; MATUDA et al., 2015; REIS et al., 2016; SANTANA et al., 2015; SOUZA et al., 2015).

Nesta perspectiva, para melhorar a interação e o trabalho entre as equipes, sugere-se a equipe de retaguarda, o melhor aproveitamento dos espaços de diálogo existentes no cotidiano das equipes de referência, para além dos das reuniões habituais.

Assim, enfatiza-se a importância da participação dos diversos núcleos profissionais do NASF presente nas reuniões de USF. Pois, a ausência rotineira pode suscitar certa superioridade da eNASF às eSF, visto que é demandada a participação de todos da eSF nestes momentos de discussões.

Além disso, o fato de apenas um representante do NASF participar das reuniões de USF, referentes ao processo de trabalho, pode influenciar no distanciamento entre os profissionais, NASF e ESF.

### *5.1.3 As ações realizadas pelo NASF dependem de quem está na roda*

No tocante as atividades realizadas pelo NASF, com este estudo constata-se que as ações em uma eSF, podem ser bem diferentes das desenvolvidas em outra eSF, a depender da receptividade, da disponibilidade ou da organização de cada uma das unidades ou equipes. O quadro apresenta a descrição das atividades executadas pelo NASF e equipes de referência estudadas.

Os desfechos denotam que dentre as ações desenvolvidas pelas equipes, a mais recorrente é a visita domiciliar, e dentre a menos recorrente, revela-se o grupo de emagrecimento/vida saudável. Sobressaltam-se quatro ações grupais idealizadas pelos Residentes da RMISF, desempenhadas junto às equipes NASF e ESF, o grupo de dores crônicas, Terapia Comunitária Integrativa, Curso de gestante e Grupo de Saúde Mental (QUADRO 6).

**Quadro 8-** Ações realizadas entre o NASF e as equipes de referência, Recife/PE, Brasil, 2018

Ações NASF e ESF	USF Y				USF X				USF Z		
	USF	Equipe A	Equipe B	Equipe C	USF	Equipe D	Equipe E	Equipe F	USF	Equipe G	Equipe H
Grupo de dores crônicas	XR	XR	XR	XR	-	-	-	-	-	-	-
Grupo Emagrecimento Saudável/ Vida Saudável	-	-	-	-	X	X	X	X	-	-	-
Grupo de Terapia Comunitária Integrativa	-	XR	-	XR	-	-	-	-	-	-	-
Curso de Gestante	XR	XR	XR	XR	-	-	-	-	-	-	-
Grupo de mulheres	-	X	-	-	-	-	-	-	X	X	X
Grupo de Idoso	-	-	-	-	X	X	X	X	-	-	-
Grupo de Convivência/ Saúde Mental	-	-	-	-	X R	X R	X R	XR	-	-	-
Consulta compartilhada	X	X		X	X	X	X	-	X	X	-
Pré-natal compartilhada PN	X	-	-	X	-	-	-	-	X	X	-
Puericultura compartilhada	X	X	-	X	X	-	X	-	X	X	-
Visita domiciliar compartilhada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hiperdia	X	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-

**Fonte:** A autora

**Legenda:** NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PE=Pernambuco; ESF= Estratégia de Saúde da Família; USF= Unidade de Saúde da Família; HIPERDIA= grupo de pessoas com hipertensão e diabetes.

**Nota:** X R\*= grupos realizados pela iniciativa dos residentes de saúde da família da UPE.

Nos GF, as diferenças no delineamento do trabalho do NASF junto às equipes de referência também foram percebidas. Quanto às razões destas distinções, relacionam-se ao perfil dos profissionais, as características da população atendida e do território de abrangência, a presença ou ausência de equipamentos sociais que possibilitem um cuidado mais integral, como evidenciado nas falas abaixo.

[...] Eu acho que até o perfil dos outros profissionais são bem diferentes, são mais de reivindicar [...] não sei se é a comunidade, ou se são os profissionais, que tem esse perfil de estar cobrando. Em outras comunidades, são um pouco mais apáticos, até criticam, mas não se mobilizam, nem mesmo o conselho de moradores[...] alguns também por essa questão de interesses políticos pessoais[...] (E1\_NASF\_GF1).

[...] Tem casos que também não evoluímos, às vezes pelo perfil do profissional do NASF a quem se demanda o cuidado (E 5\_ESF\_GF2).

Tem alguns setores próximos que a gente consegue articular, pelo menos encaminhar para equipamentos da própria comunidade [...], por exemplo, aqui tem a escola de artes circenses, eu já fiz diversos encaminhamentos de crianças [...] mas nem toda comunidade tem (E 2\_NASF\_GF1).

Procuramos realizar alguns atendimentos compartilhados. Não conseguimos fazer com todas as equipes, mas algumas conseguimos inserir nas próprias consultas de rotina das ações programáticas, no caso puericultura [...] (E1\_NASF\_GF1).

São pouquíssimas ações que a gente consegue fazer em conjunto [...], a equipe F[...] (E7 \_ESF\_GF2).

Autores referem que estas variabilidades nas ações do NASF, configuram-se como algo positivo e esperado, frente à diversidade de contextos do SUS no território brasileiro, relacionado as características populacionais, serviços, equipamentos sociais e formações profissionais dos trabalhadores (BARROS et al., 2015; GONÇALVES, 2015).

Sobre este aspecto, pesquisas revelam que o perfil da formação profissional em nível de graduação para o SUS, ainda se configura como um desafio a ser superado para o fortalecimento do SUS, na construção de práticas de cuidado na perspectiva da concepção ampliada da saúde e, sobretudo, pelo princípio da integralidade (AGUIAR; COSTA, 2015; BONALDI; RIBEIRO, 2014; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FERRO et al., 2014).

#### *5.1.4 O Exercício da preceptoria melhora o desempenho das equipes*

A preceptoria em serviço corresponde ao abrangente escopo de atuação do NASF, comum a todos os integrantes, conforme ilustra as orientações municipais norteadora desta equipe. Com os achados, pode-se testificar esta importante atuação da equipe de retaguarda, no caso em estudo, referente à preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMISF) da Universidade de Pernambuco (UPE).

Vislumbra-se com a presença dos residentes, renovação do cotidiano nos serviços, pois, por meio de ousadas atividades sugeridas, instigaram e motivaram os profissionais na busca por novos conhecimentos, e atraíram os demais atores para realização de práticas mais inovadoras, potencializando a interdisciplinaridade e na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde.



Como exemplo de prática interdisciplinar, evidenciada neste estudo, segundo registros da análise documental e observação participante, realçam-se a atualização do diagnóstico da área e territorialização, produtos inerentes à primeira atividade dos residentes no serviço.

Em seguida, baseado neste levantamento, na observação do campo de prática e guiados pelo Planejamento Estratégico Situacional, os residentes elegeram um problema do cotidiano da USF para implementar um projeto de intervenção. Na ocasião, a intervenção se deu no grupo de pessoas com hipertensão e diabetes (Hiperdia), ao detectarem que as ações neste grupo se resumiam à mera prescrição de receita, solicitações de exames e encaminhamentos (diário de campo).

Conforme presenciado na observação participante, a posteriori, com a intervenção dos residentes, foram realizadas várias reuniões com as equipes NASF e da ESF, resultando na inclusão da programação das atividades do Hiperdia mensalmente. Nos quais, foram programadas e realizadas rodas de conversas sobre temas diversos, na perspectiva do conceito ampliado da saúde, assim como vivências de terapia comunitária integrativa, avaliação física e nutricional, entre outros.

A partir desta experiência, surgiram novos grupos, a citar os de dores crônicas, grupo de adolescentes nas escolas do território, oficinas e matriciamento no grupo de mulheres, idealização do grupo de gestantes e de saúde mental (diário de campo). Outro protagonismo dos residentes no fortalecimento de práticas integrativas foi evidenciado por inovações em grupos já existentes, como o de yoga (FOTO 1).

**Foto 1**– Encontro do grupo de yoga, Recife/PE, Brasil, 2018



**Fonte:** Santos (2017)

**Legenda:** PE= Pernambuco.

Observa-se a formalização de PTS, como mais uma importante atuação dos residentes nos achados desta pesquisa. Antes, a equipe entendia como PTS a discussão de casos complexos da área. Logo, neste caso, infere-se que o desconhecimento da ferramenta no processo de formação dos profissionais pode estar relacionado com o desuso. Segundo registro dos livros ata e observação participante, o primeiro PTS formalizado foi impulsionado pela equipe de residência com a preceptoria dos profissionais da ESF e do NASF.

As contribuições dos residentes no serviço também foram bastante destacadas nas entrevistas em grupo, como a implantação e qualificação de grupos existentes, criação de novos grupos e reformulação de práticas grupais arraigadas e focalizadas na doença, e na implantação formalizada dos PTS.

Nós temos agora grupo de gestante que é pautado em módulos, incentivado e sugerido pelos residentes de saúde da família, e temos o apoio do NASF e da ESF, que são os preceptores [...] (E1 ESF\_GF3).

Um caso bem complexo da minha microárea, após a visita domiciliar da enfermeira e a residente de saúde da família, decidiram sobre a necessidade do PTS, e construímos também com a participação do NASF. Depois retornamos ao domicílio para pactuar com a família o plano de cuidado (E5\_ ESF\_GF3).

O grupo novo que começou pela residência NASF junto com a equipe NASF, de saúde mental, ocorre semanalmente [...] (E6\_ ESF\_GF2).

O estudo de Kercher et al. (2017) vivenciou a realização do PTS num serviço de emergência e constatou que esse dispositivo qualifica o cuidado, no ponto de vista da integralidade, a medida que considera os usuários em suas singularidades. Tal ferramenta propiciou valorosas trocas de saberes entre profissionais e serviços em direção à construção coletiva e compartilhada do cuidado, aproximando a prática do matriciamento.

No entanto, a pesquisa apontou algumas dificuldades na realização do PTS, a citar: falta de diálogo entre profissionais, baixa articulação entre os diferentes pontos da rede, trabalhadores pouco implicados pelo desconhecimento da potencialidade desta ferramenta no cuidado a saúde, insuficiência de equipes que acompanham o usuário após sua alta hospitalar, além da impossibilidade de realizar o PTS em um número maior de usuários (KERCHER et al., 2017).

Frente aos fatos, considera-se a qualificação profissional essencial e necessária para reestruturação da lógica do cuidado na perspectiva da abordagem

integral do usuário e práticas condizentes com princípios norteadores do SUS (SANTOS et al., 2017).

Nesta conjuntura, salienta-se a RMISF como uma estratégia inovadora de educação interprofissional na formação dos profissionais de saúde, na modalidade de pós-graduação lato sensu, que promove a educação pelo trabalho, com a inserção dos residentes de diferentes categorias profissionais, na rede de atenção à saúde, afirmando um compromisso ético-político e social com o SUS.

Mas, para que as competências profissionais dos residentes sejam efetivadas, é imprescindível que o processo de educação permanente, do docente em serviço, abranja ações que potencializem o trabalho colaborativo interprofissional e interdisciplinar, de modo a contemplar as diversidades presentes nas questões da saúde, favorecendo a integralidade e cooperando para as transformações impostas no setor saúde.

As potencialidades referentes à presença de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar na concretização de práticas de cuidado que permeiam a integralidade foram enfatizadas por vários autores (AYRES et al., 2012; ALBUQUERQUE et al., 2016; ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016; CARVALHO, 1991). Além disso, para Albuquerque (2003) a união interdisciplinar dos saberes técnicos, de diversas categorias profissionais, e da sabedoria popular, corrobora na visão integral do indivíduo, família e comunidade, de modo a favorecer a integralidade em diferentes dimensões.

#### *5.1.4 NASF no acolhimento: Sim ou não*

A APS é considerada uma das principais portas de entrada dos usuários no sistema de saúde. Para tal, precisa estar acessível para permitir a inserção do usuário no SUS, não de forma burocratizada, mas com vínculo e corresponsabilização, no intuito de responder com legitimidade às demandas das pessoas e do território.

Logo, considera-se o acolhimento como um elemento indispensável para organizar a regulação do acesso as USF, por meio da escuta qualificada, atendimento das mais variadas demandas e regulação dos serviços disponibilizados pela RAS. Desta forma, caracteriza-se como espaço de qualificação do SUS, que

vem gradativamente assumindo o desafio de garantir avaliação e monitoramento de suas políticas públicas e práticas (DESLANDES; MENDES; LUZ, 2014).

Mencionou-se a participação do NASF no acolhimento como uma experiência exitosa no leque de ação do NASF integrado com a eSF, conforme evidencia o fragmento abaixo. Frente ao exposto, acredita-se que o NASF, como estratégia fortalecedora das ações na ESF, pode potencializar o acolhimento à demanda espontânea, de modo a ampliar o olhar dos profissionais sobre o cuidado à saúde e possibilitar mais resolutividade.

O NASF teve um período que participava do acolhimento conosco [...] tinha sempre um profissional do NASF fazendo a escuta qualificada e orientando o cuidado [...] Foi uma experiência maravilhosa! Demandas referentes ao NASF já eram direcionadas! (E2 ESF\_GF3)

As diretrizes ministeriais do núcleo, afirmam que este não é porta de entrada para o sistema. No entanto, as mesmas normativas apresentam como atribuição comum a todos os profissionais do NASF “acolher os usuários e humanizar a atenção” (BRASIL, 2008).

Corroborando com esse resultado, documento norteador da APS no SUS, refere que compete ao NASF apoiar as eSF na consolidação de um processo de trabalho que acolha às demandas espontâneas. Aponta que outros atores, inclusive os trabalhadores do NASF, podem e devem se inserir, para auxiliar no aumento da capacidade de análise e de intervenção, frente a situações que se apresentam por demanda espontânea, tanto em questão do ponto de vista clínico, como por meio da participação em conversas e atividades relativas ao fluxo dos usuários (BRASIL, 2013).

O estudo de Silva e Romano (2015) identificou a equipe de retaguarda especializada como dispositivo de apoio ao acolhimento, por possibilitar a ampliação da intervenção em pontos críticos, cujos profissionais da equipe de referência encontram fragilidade no manejo de problemas de saúde e na utilização de fluxos de referência em uma rede de atenção deficiente e fragmentada.

Para, além disso, os autores advertem quanto à necessidade da eNASF assumir uma postura de implicação com o processo de desenvolvimento de competências da equipe mínima na Estratégia Saúde da Família, ter maior

envolvimento, participar nas ações de promoção da saúde e apoio às atividades planejadas pela gerência das USF (SILVA; ROMANO, 2015).

Duarte, Falcão e Beltrão (2017) retratam outras possibilidades de intervenção do NASF no Acolhimento na APS, onde a dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial foi considerada como um componente importante e essencial, do próprio processo de trabalho, para sensibilização e transformação do processo de acolhimento na APS.

Em meio aos resultados exibidos, sugere-se a construção de espaços de diálogos entre as equipes, NASF e ESF, a fim de instigar os profissionais, gestores e comunidade, a refletirem sobre a experiência vivenciada e delinear estratégias para melhoria do acolhimento à demanda espontânea nas USF.

#### *5.1.5 O NASF potencializa as Ações de Prevenção e Promoção da Saúde*

De acordo com os referenciais teóricos de integralidade visitados nesta pesquisa, as ações de promoção e prevenção da saúde, bem como as de cura e reabilitação em todos os níveis de atenção do sistema, compreendem um dos aspectos da integralidade (ALBUQUERQUE, 2003; BRASIL, 1990, 2011, 2014; DA ROS, 2006; MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

As ações de promoção e prevenção da saúde na ESF pertencem ao abrangente escopo de ações da equipe de retaguarda especializada, elencadas no campo comum a todos os profissionais inseridos neste Núcleo. Estas podem ser corporificadas como: apoio às atividades coletivas, ao que concerne a grupos de promoção da saúde; realização de ações de educação em saúde e promoção; realização e apoio a criação de grupos com a comunidade (educativo e terapêutico), de acordo com registros averiguados na análise documental do Manual para Atuação do NASF (RECIFE, 2015).

Na entrevista em grupo, evidencia-se que os profissionais do NASF, programam e participam junto às eSF das ações dos grupos de promoção da saúde e ações de educação em saúde no território. Expressadas nos fragmentos a seguir:

O nosso grupo de mulheres é voltado para essa questão mesmo, de prevenir, de promover [...] funciona semanalmente, e cada segunda à tarde tem um profissional do NASF (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e outros) Realizamos uma atividade com arte [...] (E10 ESF\_GF3).

Temos agora grupo de gestante que é pautado em módulos. Este grupo foi incentivado e sugerido pelos residentes de saúde da família, e inclui os profissionais do NASF também na programação [...] (E1 ESF\_GF3).

Na observação participante, verificou-se a pactuação das atividades propostas para os módulos do grupo de gestantes e o debate dos temas entre os profissionais, um diálogo enriquecido de troca de saberes, que contemplaram desde o perfil da comunidade, as dinâmicas de acolhimento, abordagens mais apropriadas ao público alvo, estratégias de adesão, busca de parcerias intra e intersetoriais, e sobre o tema a ser abordado no módulo.

A foto abaixo retrata um matriciamento para os profissionais NASF e ESF, realizado pelos residentes da RMISF, durante um encontro dos grupos de gestante e de mulheres, que culminou em uma oficina para construção de fita de ginástica artística, trazendo um caráter de grupo operativo nesta ação (diário de campo).

**Foto 2** – Matriciamento e encontro do grupo de mulheres, Recife/PE, Brasil, 2017.



**Fonte:** Santos (2017)a.

**Legenda:** PE=Pernambuco

De acordo com as diretrizes norteadoras municipais, o NASF deve conhecer o território, bem como integrar às atividades realizadas nas USF. Nesse sentido, é necessário participar do planejamento e organização do serviço, promover a articulação com a comunidade e os equipamentos sociais (RECIFE, 2016).

Logo, constatou-se a conformidade na atuação da equipe de retaguarda com as diretrizes e parâmetros norteadores municipal, no que tange ao delineamento e organização das atividades integradas com as equipes da USF, no caso descrito. No entanto, vale ressaltar que a participação da comunidade no processo de planejamento e utilização de indicadores não foi pontuada pelos entrevistados, nem evidenciada nas observações participantes.

Neste sentido, Buss (2003), realçou que a Promoção da Saúde na ESF implica na realização de diagnósticos de saúde compartilhados entre profissionais e comunidade, considerando as situações de saúde de indivíduos e famílias, bem como os determinantes sociais e externos ao setor saúde. O autor considera insuficientes os indicadores de saúde tradicionais para contemplar toda a complexidade que permeiam as questões de saúde. Deste modo, a percepção da comunidade sobre saúde torna-se essencial para a definição de ações que de fato promovam saúde.

Ademais, detectou-se que algumas atividades mencionadas nos grupos focais, denotam um discurso pautado numa visão reduzida da promoção da saúde, por vezes relacionado à prevenção de doenças e agravos, e ações focalizadas em temáticas específicas de acordo com calendário da saúde. Assim como expressa a fala a seguir:

Realizamos junto com o NASF algumas ações de promoção da saúde em épocas comemorativas como no carnaval, que abordamos sobre as doenças sexualmente transmissíveis e a entrega de preservativo; a semana do aleitamento materno; o outubro rosa, o novembro azul, dezembro vermelho. (P9 ESF\_GF3).

Tais práticas de promoção da saúde contrapõem ao conceito defendido por Campos, Barros e Castro (2004) que considera a política de promoção da saúde, o conjunto de ações em todos os níveis de atenção do SUS, que amplia o olhar e a escuta dos profissionais, desviando o foco da doença para a assistência aos sujeitos, com a finalidade de proporcionar autonomia e protagonismo no processo de cuidado e produção da saúde.

Corroborando com os achados, Bonaldi e Ribeiro (2014) alertaram para práticas equivocadas de promoção da saúde, que mais caracterizam a prevenção, realizadas no cotidiano do NASF e ESF, pois são focalizadas na população adoecida e com pouca evidência para a coletividade. Nesta conjuntura, sobre este tipo de educação em saúde, Albuquerque (2003, p. 49) relata:

[...] na medida em que trabalha cada patologia isoladamente, de forma centrada na mudança dos comportamentos individuais e sem valorizar a organização e a consciência popular, não tem construído a integralidade e pouco tem atuado na promoção da saúde de forma mais ampla.

Buss (2003) realçou um ponto crítico envolvendo as ações de promoção e prevenção da saúde, refere-se aos limites entre uma ação e outra, embora as considere complementares no processo saúde-doença-cuidado.

Para o autor, a primeira tem enfoque mais amplo, fundamentado na concepção ampliada da saúde, possibilita a identificação e enfrentamento dos macros determinantes do processo saúde-doença-cuidado, transformando-os em favor da saúde. Destarte, o autor considera que os sujeitos sem evidência clínica, podem ser fortalecidos a fim de obterem maiores capacidades funcionais, bem-estar e desenvolvimento individual e coletivo (BUSS, 2003).

Logo, testifica-se o diagnóstico da saúde da população do território adscrito, como uma ferramenta essencial para o NASF solidificar ações peculiares a Promoção da Saúde, as quais viabilizem melhorias na qualidade de vida (habitação, água, esgoto, lixo, transporte, etc.).

Já as ações de prevenção, caracterizam-se por intervenções com objetivo de evitar o surgimento de doenças, controle, redução de risco e outros agravos. Presumi uma ação antecipada, cujos projetos estão estruturados, tal como divulgação de informações científicas e recomendações de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003). Nesta concepção, os grupos evidenciados nos achados desta pesquisa, contemplam ações de prevenção.

Sobre a concretização das ações de promoção e prevenção da saúde, no discurso do E1\_NASF, observa-se que estas, no cotidiano da ESF, são suprimidas pela lógica reprimida do sistema, que atrai os profissionais para atuar mais em função do aspecto clínico, favorecendo a hegemonia do modelo biomédico, balizando, a práticas isoladas de atenção à saúde.

Neste sentido, segundo interpretação do sujeito, a demanda maior das eSF despontou por atividades assistenciais, embora o NASF faça tentativas de ampliar a oferta para ações preventivas e de promoção, mas ainda são escassas, quando comparadas às ações individuais, curativas e reabilitadoras.

Embora percebamos uma grande demanda na parte assistencial [...] aos pouquinhos tentamos sensibilizar e mostrar a importância de trabalhar a questão da promoção, da prevenção (E1\_NASF\_GF1).

Estudos relatam que o processo de trabalho do NASF é permeado pelo enfrentamento de desafios estruturais que os impelem a agir muito mais em função do aspecto curativo, realçado pela oferta de atendimentos individualizados, restringindo o cuidado a práticas isoladas de atenção à saúde, o que potencializa a hegemonia do modelo biomédico (COSTA et al., 2013; BONALDI; RIBEIRO, 2014).



Outros autores desvelam o distanciamento entre a formação acadêmica para a realidade do trabalho na área de saúde pública (ALVES, RIBEIRO, SAMPAIO, 2016; GUARDA et al., 2014), repercutindo numa prática profissional por vezes individualizada, focalizadas no adoecimento e insuficiente para sustentar as práticas necessárias para atuação do NASF (AGUIAR; COSTA, 2015; CELA; OLIVEIRA, 2015; HORI; NASCIMENTO, 2014; RODRIGUES; BOSI, 2014; SOUSA; OLIVEIRA; COSTA, 2015).

Neste estudo, durante observação participante da reunião de programação das ações de educação em saúde do grupo HiperDia, percebeu-se a acomodação dos profissionais para participação das ações de acordo com a temática a abordada nas atividades. Tal situação suscita a fragmentação do trabalho (diário de campo).

Ainda sobre este aspecto, o relato abaixo reforça que, a participação dos profissionais da equipe de retaguarda, dar-se-á a depender da temática abordada na atividade programada. Tal situação sugere uma prática profissional nucleada, distante da perspectiva ampliada do trabalho colaborativo interprofissional e interdisciplinar.

Nas reuniões além de discutir os casos, nós programamos as ações de promoção e prevenção da saúde, os profissionais do NASF se inserem nas atividades a depender do tema proposto (P6\_ ESF\_GF2).

A fragmentação do trabalho pela valorização da especialização dos saberes e o desafio para a interdisciplinaridade foram evidenciados em diversos estudos (COSTA et al., 2013; FERRO et al., 2014; GUARDA et al., 2014; GONÇALVES et al., 2015; MACEDO et al., 2016; RODRIGUES; BOSI, 2014). Tais condutas se contrapõem ao ideal da integralidade, quanto princípio norteador do nosso sistema de saúde.

Ribeiro et al. (2015) relacionaram fatores intrínsecos e extrínsecos que impactam negativamente no desenvolvimento de práticas interdisciplinares, como: dificuldades oriundas das cobranças de produtividade pela gestão, o planejamento incipiente, processo de formação fragilizado e a precarização das relações de trabalho.

Contudo, destacaram inúmeras possibilidades corporificadas no campo da saúde, que inspiram à superação da fragmentação dos múltiplos saberes, atuando na perspectiva da coletiva (RIBEIRO et al., 2015). Para tal, torna-se imprescindível a

reflexão e o esforço coletivo dos profissionais envolvidos, a fim de romper com o “conhecimento fragmentado pelas especializações disciplinares originadas no século XX”, que impossibilitam a compreensão do fenômeno em sua complexidade (MORIN, 2011, p. 37).

O trabalho do NASF estabelece a necessidade concreta de uma atitude interdisciplinar. Tal atitude articula os saberes de uma equipe, mantendo o olhar diferenciado aos sujeitos de suas ações, de acordo com seu núcleo de saber, mas constrói uma visão ampliada e integral dos casos e processo do cotidiano do trabalho. De modo a corroborar com a ampliação da compreensão do papel dos profissionais, na equipe e no sistema de saúde, a fim de descortinar a fragmentação da atenção no caminho para integralidade do cuidado (CELA; OLIVEIRA, 2015).

Vale salientar, para além de uma atitude interdisciplinar, prover saúde nas populações dos diferentes territórios, incita os membros das equipes da ESF e do NASF, propiciar a integração dos distintos setores sociais. Logo, Assistência social, Educação, Saúde, Trabalho, Transporte, entre outros setores, devem ser convocados para delinear estratégias, em conjunto, para fortalecer as ações em saúde, sobretudo a promoção.

Quando questionados sobre as ações de promoção e prevenção da saúde desenvolvida junto ao NASF no território, as equipes pontuaram ações de educação em saúde a grupos existentes na USF, e a novos grupos incentivados pelo NASF. Constatam-se algumas experiências exitosas nas falas abaixo:

Realizamos trimestralmente o de Bar em Bar, onde os profissionais da ESF, NASF e redutores de danos, visitam os bares da redondeza orientando sobre o cuidado à saúde e hábitos saudáveis de vida (E1\_ESF\_GF3).

O Grupo Renascer teve iniciativa da Residência NASF [...] Identificaram o déficit na assistência aos usuários com transtorno, sensibilizaram a equipe quanto à necessidade de uma atenção especial a este público, e lançaram a ideia, o NASF comprou a briga, como eles são preceptores dos residentes, então eles planejaram esse grupo (E6\_ESF\_GF2).

A ação de promoção da saúde, nomeada pelas equipes de “De Bar em Bar”, refere-se a uma caminhada realizada nos bares da comunidade, com participação dos profissionais da ESF, NASF e Redutores de Danos. Nesta ação, as equipes abordam os alcoolistas e comerciantes do território, dialogando sobre cuidado a saúde, detecção e prevenção de doenças, serviços existentes na USF, e atitudes para redução de danos causados pelo álcool e outras drogas (diário de campo).

O grupo renascer tem periodicidade semanal, sob a coordenação de um comunitário, e facilitação de profissionais da equipe NASF e da RMISF. O público alvo são os usuários com transtornos mentais e seus familiares. O grupo prima por acolher as demandas de saúde mental oriundas do território, visa o fortalecimento do vínculo com os usuários e familiares, além de contribuir na inserção social, apoiar no enfrentamento e convívio com os transtornos e doenças mentais (diário de campo).

Durante os encontros, os participantes dialogam sobre situações vivenciadas ao longo da semana, compartilham alegrias e frustrações vivenciadas, em seguida são convidados a realizar uma atividade lúdica (jogos, oficina de arte, e etc.). Posteriormente, são conduzidos para uma roda de conversa, em conformidade com o tema pactuado previamente pelo grupo, às vezes com participação de outros profissionais convidados (diário de campo).

Com estes achados, o estudo revelou a importância de priorizar as ações de prevenção e promoção da saúde, como práticas emancipadoras dos sujeitos, que potencializam a integralidade no contexto das equipes da APS.

Em suma, é imprescindível a equipe de retaguarda especializada oportunizar espaços para desenvolvimento destas práticas, a fim de capacitar a comunidade, para ter autonomia de atuar na melhoria da sua qualidade de vida e se corresponsabilizar pelo cuidado à saúde, como deliberado na Carta de Otawa.

Tal documento enfatiza cinco campos centrais de ação para a promoção da saúde: 1) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) Criação de Ambientes favoráveis à saúde; 3) Reforço da ação comunitária; 4) Desenvolvimento de habilidades pessoais e 5) Reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2003).

Deste modo, compreende-se que as práticas tidas como de promoção da saúde em sua essência, perpassam o escopo de ações das equipes da ESF. No tocante, as práticas realizadas nas equipes envolvidas nesta pesquisa, referem-se, essencialmente, ao campo de desenvolvimento de habilidades pessoais, assim como no estudo de Bonaldi e Ribeiro (2014). Apesar disso, estas equipes tem grande potencial para mobilizar a comunidade para fomentar a promoção da saúde em sua essência (BUSS, 2003).

Frente ao exposto, faz-se necessário assimilar o princípio da integralidade na perspectiva da reorientação do modelo assistencial, romper o olhar reducionista da

biomedicina e reconhecer no sujeito sua semelhança, integrar partes deste organismo vivo, para intervir de modo mais efetivo e abrangente sobre os problemas de saúde, integrando ações preventivas, promocionais e assistenciais, a partir da integração multiprofissional e interdisciplinar (ALVES, 2005).

Nas entrelinhas do discurso supracitado, nota-se que, na realização de atividades de grupos e de promoção da saúde, os profissionais buscam a articulação de parcerias para realizar trabalhos integrados com outras equipes que atuam no mesmo território. Como comprovada com o fragmento abaixo:

E no caso, dos grupos de promoção, a gente também articula muito com Academia da Cidade, também com o Napi, para nos ajudar na realização das atividades nos grupos. (E1\_NASF\_GF1)

Segundo análise documental, além da ESF, compõem a rede básica: o NASF, equipes multiprofissionais que atuam junto às ESF para ajudar na identificação de prioridades no território, na assistência direta aos usuários e na educação permanente com atendimento compartilhado; O Napi, compostos por equipes multiprofissionais com formação em Práticas Integrativas e Complementares que trabalham no território com nutrição saudável, acupuntura, homeopatia, atividades corporais, fitoterapia, uso racional de medicamentos e ampliação de ofertas terapêuticas; e o PAC, uma das estratégias da política de promoção à saúde, com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável. (RECIFE, 2015).

A Carta de Ottawa reforça a necessidade da intersetorialidade e da ênfase nos determinantes sociais da saúde para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde, ao considerar o “conceito de saúde como bem estar global transcende a ideia de estilos de vida saudáveis, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde”. Este documento aponta para requisitos como: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistemas estáveis, sustentabilidade, justiça social e equidade, condicionantes para a saúde (BRASIL, 2002, p.20).

Logo, frente os achados, pode-se evidenciar as limitações referentes à articulação intersetorial, que será abordado no tópico seguinte, para promoção da saúde vivenciada na conjuntura da ESF.

### 5.1.6 Rede com poucos nós

A Rede de Atenção à Saúde tem por finalidade proporcionar integração ordenada das ações e serviços de saúde vislumbrando a construção de uma rede municipal de atenção à saúde inclusiva e resolutiva, com articulação dos serviços e assistência humanizada. Para cumprir esta prerrogativa, são necessários equipamentos de saúde que prestem serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, além de integrar os programas e populações específicas aos serviços de saúde focalizados nos usuários e na coletividade (RECIFE, 2015).

Neste ângulo, o fragmento abaixo, evidencia a tentativa do NASF de prestar assistência que comungue com a integralidade, a partir da integração da ESF com serviços da RAS, e com serviços de outros setores como: educação, assistência social, saneamento, cultura, frente aos casos que extrapolam o elenco de ações deste nível de atenção. Além disso, ressalta-se a qualificação dos encaminhamentos para outros serviços, a fim de contribuir com a continuidade do cuidado pela APS.

E quando esgota nossas possibilidades e precisamos procurar outros profissionais de outras unidades, sejam os CRAS, CAPS, CPTRA... O NASF muitas vezes nos ajuda intermediando este contato no encaminhamento dos usuários para profissionais de outros serviços (E10\_ESF\_GF3).

[...] na questão de órteses, próteses e deficiência auditiva, tínhamos dificuldade para articular, mas o NASF facilitou muito este processo [...] (E2\_ESF\_GF3).

Como vimos anteriormente, a integralidade transcorre a atenção ao indivíduo diante das necessidades no cuidado a saúde para além da APS. Este princípio garante a continuidade do cuidado nos demais serviços da rede, a fim de resolver a problemática enfrentada pelo usuário na sua condição de saúde (BRASIL, 1990, 2011a, 2011b; BRITO-SILVA et al.; 2014; CECILIO, 2001; CECILIO; MERHY, 2003; FRANCO, 2003; MAGALHÃES JUNIOR; OLIVEIRA, 2006; PINHEIRO; MATTOS, 2001).

Ademais, ao considerarmos o conceito ampliado de saúde, com sua complexa rede de determinantes e condicionantes sociais, como definida pelo SUS, torna-se imprescindível a existência de uma rede de cuidados que contemple os variados aspectos que exercem forte influência sobre a qualidade de vida da população assistida. Desta forma, a intersetorialidade é essencial para a

integralidade do cuidado na APS. Ela não se limita a construção de uma rede de encaminhamentos, é basilar na construção do PTS, PST e do diagnóstico da situação das comunidades atendidas (CELA; OLIVEIRA, 2015).

Outros estudos retratam a ausência de comunicação entre os serviços e/ou profissionais, caracterizando-se como inibidor do acesso, que conseqüentemente, fragiliza o incremento da integralidade na atenção à saúde. Este acesso restrito e fragmentado aos demais níveis de atenção evidencia a incipiente formação de redes assistenciais (FERRO, 2014; SOUSA, 2014).

Comungando com a reflexão destes autores, os discursos a seguir apontam para a ausência de linha de cuidado no território, destaca-se a deficiente integração da ESF e NASF com a rede de atenção à saúde e demais setores.

[...] muitas vezes necessitamos do ambulatório para um acompanhamento mas a inserção nessa instância é extremamente difícil (E6\_ NASF\_GF1).

[...] Esbarramos muito nessas questões de necessitar do apoio de outros setores, e não obtemos êxito [...] o estado não oferece as condições para melhorar a resolutividade [...] (E 5 ESF\_GF2)

[...] Tivemos um caso de uma criança com obesidade mórbida e articulamos a coordenação do distrito para nos auxiliar com os demais pontos da rede... envolveu até o hospital, pois ela precisava realizar uns exames mais complexos exames[...] (E4\_ NASF\_GF1)

Por outro lado, constatou-se, em reunião de discussão de caso entre os profissionais do CAPS, ESF e NASF, a integração entre estas equipes ao que concerne à saúde mental no território. Neste momento, especialistas da área de saúde mental, matriciam as equipes e auxiliam na condução de casos mais complexos, ampliando as estratégias e possibilidades do cuidado (diário de campo).

Outro importante achado foi o encontro do Fórum distrital de Saúde Mental. Participam deste fórum os profissionais dos mais variados setores, entre eles: ESF e NASF, CRAS, CAPS, Albergues, hospitais, maternidades, gestores municipais e distritais. Apresenta-se como um espaço privilegiado para fortalecer a articulação intra e intersectorial (diário de campo). Conforme destaca o fragmento abaixo:

[...] Saúde, Assistência Social vai com certa frequência, e a Educação já participou em diversos momentos [...] já conseguimos fazer a articulação com esses setores no Fórum de Saúde Mental [...] (E2\_ NASF\_GF2).

Todavia, esta pesquisa retrata o predomínio da articulação, ainda que fragilizada, limitando-se apenas aos equipamentos do setor saúde, intra setorial. E,

ao que concerne a integração intersetorial, ao confrontar a Assistência Social, Educação e Cultura, Esporte e etc., sobressalta-se entre os achados desta pesquisa, a conexão com a assistência social. Consideram-se estas integrações primordiais na busca pela atenção ampliada e integral à saúde da população.

Para Cela e Oliveira (2015) a responsabilização pelo cuidado dos usuários de saúde mental deve ser compartilhada entre as eSF, o NASF e os equipamentos de saúde mental inseridos no território. Compete a eSF a coordenação deste cuidado, e ao NASF um papel fundamental na articulação entre a ESF e os outros serviços da rede.

Essa afirmativa não é pertinente apenas à saúde mental, sobretudo ao setor saúde como um todo. Em suma, outros autores também apontam a importância da articulação com a rede de serviços especializados, para substancializar a integralidade, contudo observou-se que as ações e trocas foram restritas a alguns profissionais de uma área específica do cuidado em saúde, no caso apresentado, a Saúde Mental, o que corrobora com os achados desta pesquisa (FERRO et al., 2014).

Estes achados também são coerentes com o estudo de Silva et al. (2014) o qual, revelou a Assistência Social, devido à sua implicação com os determinantes socioambientais, como um espaço potente para mediar a articulação intersetorial nas ações que necessitam da participação de outros equipamentos sociais, especialmente saúde e educação.

Demais estudos trazem a reflexão sobre a escassez de serviços especializados de referência, fragilidade da rede de suporte e fragmentação da produção em saúde, presente tanto no ambiente interno da ESF, quanto nas relações entre os serviços que compõem outros níveis assistenciais, comprometendo o princípio da integralidade (BARROS et al., 2015; BRITO-SILVA et al.; 2014; CELA, OLIVEIRA, 2015; FERRO et al., 2014; LEITE, NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2014).

Frente ao exposto, pondera-se que os desafios para a construção de uma articulação intra e intersetorial, perpassam tanto pelas dificuldades de profissionais e equipes, em compreender a dimensão desta interação, como também pelas deficiências na constituição de uma rede de atenção completa e qualificada (COSTA et al., 2014; FERRO et al., 2014; GONÇALVES et al., 2015; HORI; NASCIMENTO, 2014; LANCMAN; BARROS, 2011; LANCMAN et al., 2013; LEITE; NASCIMENTO;

OLIVEIRA, 2014; MARTINIANO et al., 2013; RIBEIRO et al., 2015; RODRIGUES; BOSI, 2014).

Para Fausto et al. (2014) faz-se necessário intervir na melhoria dos processos assistenciais e na integração da APS à rede de serviços de saúde em seus diversos níveis, para consolidação da Política de Atenção Básica, e o alcance da integralidade na dimensão integração da rede. Vale recordar o papel do NASF de fortalecer a articulação dos seus dois públicos-alvo, usuários e as equipes de referência, com esta rede de atenção, a partir das ações corporificadas no contexto destas equipes (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2014; RECIFE, 2016).

## **5.2 Facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da integralidade pelas equipes do NASF**

Nos tópicos seguintes, serão apresentadas as potencialidades e fragilidades para materialização da integralidade no cotidiano das equipes NASF e ESF, identificadas por intermédio da análise de discurso dos profissionais, nas entrevistas em grupo e observação participante, vivenciadas pela autora.

Os resultados revelaram que as facilidades e as dificuldades para a integralidade vistas nas seis dimensões categorizadas: Abordagem Integral, Integralidade nas Ações, Integralidade no Acesso à Rede, Integralidade nas Ações Intersetoriais, Articulação Gestão-Atenção-Vigilância e Interprofissionalidade, se entrecruzam e se transformam, desconstruindo e reconstruindo cotidianamente, as ações e os saberes dos profissionais envolvidos na sua execução, frente ao contexto político institucional, os vínculos e a história de vida destes atores.

### *5.2.1 Facilidades para o desenvolvimento da integralidade pelas equipes do NASF*

Nesta pesquisa, pode-se constatar que o maior facilitador para concretização da integralidade no cotidiano de trabalho do NASF corresponde ao apoio matricial. A presença de uma equipe multiprofissional ofertando este apoio às equipes de referência contribui nas trocas dos saberes entre os sujeitos, permite estender o olhar sobre o cuidado a saúde, podendo resultar numa assistência mais integral ao indivíduo, família e comunidade.



Para os profissionais da equipe de referência, a presença da equipe de retaguarda especializada exercendo um trabalho compartilhado permite ampliar o cuidado e aumentar as possibilidades de intervenção no contexto da ESF. No GF, quando questionados sobre a contribuição do NASF na integralidade, as eSF apontaram que os contatos com diversos núcleos de saberes estendem o leque de ações, frente às complexidades vivenciadas no território, e os permite aprimorar o conhecimento.

Neste contexto, percebeu-se que as equipes estudadas operacionalizam o apoio matricial, na tentativa de ampliar o olhar e incrementar o leque de cuidados, por intermédio de intervenções compartilhadas, articulação da rede, ações de educação em saúde, sobretudo privilegiando as reuniões de discussão de caso. Como enunciado a seguir:

[...] casos relacionados à saúde mental são bem complexos, tendo além do comprometimento clínico, psíquico, social, com família desagregada, desassistida. Então nós conseguimos ver diversos aspectos da complexidade dessa família para intervir [...] (E2\_NASF\_GF1)

[...] Articulamos outros serviços na Rede, o NASF tem esse papel de articulador, seja o CRAS, seja o CAPS, seja o ambulatório para poder dar sequência aquele cuidado. (E2\_NASF\_GF1)

Eu acho que nos matriciamos o tempo todo, enquanto equipe, e quando estamos em um grupo[...] ao conversarmos, por exemplo, sobre alimentação, os participantes serão multiplicadores de algum dos saberes compartilhado. Todos os profissionais que participam também aprendem e podem tentar dar algumas orientações cabíveis, não entrando na profissão, mas podemos levar adiante alguns conhecimentos. (E6\_NASF\_GF1)

O apoio matricial tem sido considerado como o eixo central e principal estratégia para concretização da proposta de trabalho das eNASF (BARROS et al., 2015; BRASIL, 2008, 2011; SAMPAIO et al., 2013).

Para Cunha e Campos (2011), o apoio matricial do NASF deve atuar no campo das necessidades, dos entraves e das dificuldades enfrentadas pelas equipes da ESF, frente às demandas provenientes dos problemas de saúde da população, no intuito de ampliar a capacidade de cuidado das equipes apoiadas, aumentando o cardápio de ações na USF.

Comungando com este estudo, Moura e Luzio (2014) revelam que o apoio concretiza-se através do compartilhamento de problemas, da troca de conhecimento e técnicas entre os núcleos e categorias profissionais, bem como da articulação

pactuada de intervenções, dentro dos limites do campo de atuação e das responsabilizações comuns e específicas da equipe de referência.

Avançando no aspecto da heterogeneidade de categorias profissionais na equipe matricial, indo de encontro a esta pesquisa, estudos assinalam que a diversificada composição de núcleos, favorece o diálogo, a reflexão e uma compreensão mais integral acerca da complexidade presente em cada caso e, portanto, melhora a resolutividade dos casos compartilhados entre as equipes (BARROS et al., 2015; VIEGAS; PENNA, 2013).

Mas, para isso, é fundamental a integração dos profissionais das equipes matriciais e de referência, a fim de propiciar a realização dos atendimentos compartilhados, planejamento conjunto das ações e a partilha do trabalho ao que concernem as ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, bem como na inserção dos parceiros da rede intra e intersetorial.

Quando integradas, as ações são vivenciadas com maior fluidez pelas equipes, conforme demonstrado na expressão de E2\_ESF, cujo discurso permite inferir que, para os profissionais da eSF, a divisão do trabalho com a eNASF, configura-se como mais um facilitador para materialização da integralidade.

No entanto, a expressão de E1\_NASF enfatiza críticas à eSF, acerca da pouca participação em atividades coletivas. Este achado remete um discurso de transferência de atribuição dos profissionais da eSF aos profissionais da eNASF, na condução das ações em grupos.

Atualmente estamos sem local para realizar, mas antes fazíamos o Hiperdia junto com o NASF. Cada semana era um profissional do NASF e a gente. As vezes era um médico que fazia aquela abordagem de Educação em Saúde, outra vez a enfermeira, outra vez uma pessoa do NASF. Como a equipe do NASF é maior do que a equipe de saúde da família então eles faziam mais, tinham mais como nos ajudar (E2\_ESF\_GF3).

Acho que a grande dificuldade também é em relação aos grupos, a participação mesmo das equipes de saúde, elas demandam a necessidade do trabalho em grupo, mas na prática não atuam (E1\_NASF\_GF1).

Assim, percebeu-se que a divisão de trabalho é vista como algo positivo pelos profissionais da eSF, que estão continuamente assoberbados pelas metas de atendimento e demandas das ações programáticas, e vislumbram com a presença do eNASF, potenciais apoiadores nas ações de educação em saúde, principalmente. No entanto, para a eNASF esta divisão não é concebida como positiva, logo, configura-se um ponto conflituoso entre as equipes.

Para Peduzzi (2003), o trabalho em equipe surge com o objetivo de atender a complexidade do cuidado em saúde ampliando as possibilidades em substituição da atuação profissional isolada e independente.

Neste cenário, a pesquisadora apontou como uma das dimensões da integralidade, a integração no processo de gestão da atenção à saúde, conectando vigilância, planejamento e implementação de ações na comunidade (ALBUQUERQUE, 2003). Estas atividades requerem, para tal, um trabalho integrado entre equipes atuantes na atenção, vigilância e gestão da saúde.

Reis et al. (2016) reforça a importância do desenvolvimento de competências referentes a comunicação e a partilha no processo de trabalho em equipes multiprofissionais, como contextualizado pelas eSF e eNASF.

Partilhando com o discurso do E1\_NASF, estudiosos mostram a relação de estranhamento dos profissionais do NASF frente à conduta dos profissionais das eSF, em se esquivar de algumas ações em detrimento de outras, fundamentado na diferença de prioridade entre as equipes. Conjuntamente, enfatizam o pouco desenvolvimento do trabalho compartilhado entre estas equipes (BARROS et al., 2015; BONALDI; RIBEIRO, 2014; LANCMAN et al., 2013; SOUZA et al., 2013).

As relações técnicas e sociais, conflituosas, com poucos diálogos e pactuações de trabalho entre as equipes de profissionais, referência e matricial, atreladas a falta de entendimento e aceitação da organização e proposta de trabalho da equipe de retaguarda especializada, também são referidas em diversos estudos (ARAUJO; GALIMBERTTI, 2013; CELA; OLIVEIRA, 2015; HORI; NASCIMENTO, 2014; LANCMAN et al., 2013; MACEDO et al., 2016; MATUDA et al., 2015; REIS et al., 2016; SANTANA et al., 2015; SOUZA et al., 2015). Todavia, estes achados caracterizam-se como dificultadores para concretização da integralidade no cotidiano das equipes.

Perante estes fatos, autores chamaram atenção para a necessidade de mudanças na organização dos serviços e na postura dos profissionais, referindo à corresponsabilização dos trabalhadores do NASF e gestores, não apenas das eSF, a fim de instigar mudança de práticas na conjuntura da ESF, para construção de um trabalho colaborativo, direcionado para integralidade da atenção à saúde da família e comunidade (ANJOS et al., 2013; ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; SOUZA, 2015).

Para tal, é imperativo aos gestores, proporcionar condições de trabalho favoráveis para o exercício da interprofissionalidade entre os profissionais das

equipes de referência e de apoio matricial, de modo que o trabalho do NASF seja exercido em sua completude (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

Neste aspecto, constata-se como facilitador, na observação participante, a troca de saberes e de práticas vivenciadas durante a programação do curso de gestante, as atividades educativas do HIPERDIA, grupo de mulheres, grupo de Saúde Mental. Onde variadas categorias profissionais, compartilharam seus saberes sobre a temática em discussão, com os demais integrantes, e os ACS, compartilharam os costumes e características da população, a fim de traçar métodos e delinear estratégias para alcançar o público alvo da ação (diário de campo). Os vocábulos reforçam estas evidências.

Facilita o saber né, a troca de conhecimento, orientação [...] Então, a partir do meu saber, já escutando de meus colegas profissionais, especificamente num outro acontecimento, num grupo, numa palestra, enfim, então eu já observo, já tenho essa visão mais ampliada (E6\_NASF\_GF1).

Você poder discutir um caso envolvendo não só o médico e enfermeira, ter o olhar de outras especialidades [...] Então a gente acaba também aprendendo (E2\_ESF\_GF2).

Por outro lado, admite-se demarcar como facilitadores da integralidade relacionados às dimensões de abordagem integral e integração dos profissionais, atuação do NASF na perspectiva do apoio matricial, como estratégia de educação permanente, na execução atendimentos compartilhados, discussão de caso e formulação de PTS e PST.

Sobre estes aspectos, frente aos achados, verifica-se que algumas situações não evoluem apenas na discussão, conforme destacado no fragmento de fala a seguir. Por isso, nos casos mais complexos, recomenda-se a construção do PTS, como facilitador do cuidado integral à saúde do indivíduo e família. Todavia, as equipes apontaram entraves para formalização deste dispositivo.

Alguns casos são resolvidos com o NASF, mas a grande maioria a gente fica com eles muito tempo, discutindo todo mês o mesmo caso. Devido nossas limitações [...] A gente fica tentando buscar soluções pra minimizar aquele problema, mas fica apenas na discussão do caso (E5\_ESF\_GF2).

No dia-a-dia, acabamos não registrando de um modo mais formal, falha nossa [...] Planejamos o PTS nas próprias discussões de caso (E1\_NASF\_GF1).

O estudo de Hori e Nascimento (2014) afirmar que o trabalho do NASF deve ser orientado pela corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, através de

consultas e visitas compartilhadas e interdisciplinares, aprendizagem constante pela troca de conhecimentos entre as equipes implicadas e pactuação de projetos terapêuticos, construídos com a participação dos indivíduos, família e comunidade.

Portanto, acredita-se que as discussões de caso, a elaboração de projetos terapêuticos entre as equipes, favoreça a troca mútua e ampliação do conhecimento, por meio da circulação de saberes e de práticas das diversas áreas envolvidas no cuidado.

Frente ao disposto nesta pesquisa, considera-se o PTS uma ferramenta indispensável para o gerenciamento dos casos complexos, com grande potencial para ampliar a integração e envolvimento, dos vários profissionais e equipes da rede de serviços, estimular o trabalho interprofissional, intra e intersetorial, proporcionar melhoria do vínculo entre usuários, profissionais da atenção, gestão e vigilância à saúde, podendo, desta forma, contemplar a integralidade nas suas seis dimensões.

No GF, os profissionais referiram solicitar o apoio do NASF diante dos casos mais complexos, quando percebem o limite de possibilidade de cuidado da equipe de referência, para juntos, elaborarem o plano de cuidado, entre equipes.

Os casos que não conseguimos dar resolutividade, levamos para discussão com o NASF, então dialogamos sobre outras possibilidades, as vezes construímos um projeto terapêutico singular para atender a demanda dessa pessoa[...] (E 8 ESF\_GF3).

Como ferramenta de cuidado no apoio matricial, o PTS, bastante utilizado na saúde mental, se baseia no conceito de corresponsabilização e gestão integrada, logo, foi proposto para organização e sustentação das atividades do NASF. Em meio ao potencial de promover a melhoria da atenção, ao acolher as necessidades do indivíduo, considerando suas singularidades, numa relação dialógica com decisão compartilhada e o empoderamento do sujeito, tentando atender adequadamente à complexidade de cada situação e contemplar o sujeito de maneira integral (BRASIL, 2014; RODRIGUES; DESCHAMPS, 2016; HORI; NASCIMENTO, 2014).

Autores afirmaram que a construção e execução de um PTS representa uma experiência resolutiva dos princípios do SUS, como a integralidade e equidade, todavia não é costumeiramente posto em prática, o que corrobora com o achado desta pesquisa. Tal estudo reafirma necessidade de maior incentivo para a execução real e rotineira do proposto na teoria (MACEDO et al., 2016).

Para a implementação deste instrumento, as equipes devem considerar os aspectos organizacionais, subjetivos e sociais, riscos e vulnerabilidades, limites e potencialidades dos sujeitos, discutindo-os de modo interdisciplinar, gerando de forma compartilhada condutas terapêuticas articuladas, com a finalidade de melhorar o cuidado (MACEDO et al., 2016). O PTS se desenvolve em quatro momentos, segundo diretrizes ministeriais (BRASIL, 2009, p. 28):

- 1) Diagnóstico - deve contemplar a avaliação do indivíduo, no ponto de vista orgânica, psicológico e social, que permita determinar os riscos e vulnerabilidade do usuário. Deve ainda, apreender como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, bem como o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Em outras palavras, tentar compreender o que o Sujeito faz diante os determinantes e condicionantes do modo de vida.
- 2) Definição de metas: após o diagnóstico, a equipe deverá traçar propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito pelo membro da equipe que tiver um melhor vínculo.
- 3) Divisão de responsabilidades - definição as tarefas de cada integrante com clareza.
- 4) Reavaliação - momento destinado para discutir sobre a evolução e possíveis necessidades de correções de rumo.

Constata-se que as equipes estudadas utilizavam o termo PTS como sinônimo de discussão de caso, tendo em vista que, segundo os achados, não seguiam os aspectos necessários e as etapas para elaboração e gerenciamento dos casos. Entretanto, ainda que não formalizado, a discussão de caso exercida pelas equipes em estudo, permitem compreender de forma mais abrangente os casos debatidos, a partir dos diversos pontos de vista dos atores envolvidos, se aproximando da integralidade apenas na sua dimensão de olhar ampliado para o indivíduo e a família.

Outro facilitador para a integralidade, vislumbrado no contexto de trabalho do NASF e ESF, refere-se à organização da agenda de trabalho entre estas equipes. A programação das ações do NASF dialogada com as eSF, buscam atender os casos ou situações identificadas no território, que necessitam de retaguarda especializada.

Considera-se que a organização compartilhada viabilizam as ações desenvolvidas pelo NASF, e contribuem na integralidade na dimensão integração dos profissionais das equipes.

[...] prezamos em realizar reuniões mensais nas equipes, até pra fazer discussão dos casos e, a partir daí, os agendamentos, o planejamento de atividades em grupo, ações no território, atendimento compartilhado (E1\_NASF\_GF1).

A integração de profissionais em equipes multiprofissionais na gestão compartilhada do cuidado, expressa no discurso acima, ilustra um dos sentidos da integralidade, visto que permite a apreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais eficazes.

Para outros autores, a reunião para programação da agenda NASF com as eSF é influenciada pela racionalidade instrumental e burocrática, com foco a produtividade, em detrimento da programação de ações e atividades que objetivam atender os casos ou situações que verdadeiramente necessitam da equipe matricial no contexto da ESF (GONÇALVES et al.,2015; MACEDO et al., 2016).

Sobre este aspecto, segundo relatos da entrevista em grupo, para os profissionais da ESF as reuniões com o NASF são bastante direcionadas para o objetivo de cura, tratamento, reabilitação do indivíduo e da família, sendo as questões sociais pouco abordadas.

A gente começa a discutir nas reuniões com o NASF o indivíduo, no máximo a família. Mas na questão social não se avança, mesmo sabendo que a família é produto da sociedade [...] Então, eu sinto falta disso! (E5\_ESF\_GF2)

Semelhante ao exposto acima, foi evidenciado (observação participante) que as reuniões entre as eSF e a equipe de retaguarda são organizadas de forma que, no primeiro momento eram partilhados os informes, demandas da gestão e demais solicitações dos profissionais da USF. Em seguida, eram programadas as atividades educativas e, no terceiro momento, eram discutidos casos clínicos, de indivíduos e/ou famílias, novos ou em andamento, e as devolutivas intermediadas para referências. Não foram relatados pelos profissionais assuntos relacionados aos problemas sociais da comunidade.

A pouca evidência em abordar os determinantes sociais, conforme relatado nesta pesquisa, e o pouco envolvimento dos usuários no planejamento e das ações no cotidiano das equipes NASF e ESF também foi destacado no estudo de Reis et al. (2016).

Logo, apesar das reuniões para planejamento serem práticas comuns entre as equipes NASF e Saúde da Família, percebe-se que estas não contemplam todas as questões consideradas relevantes aos casos discutidos, e ações necessárias para o território e empoderamento dos usuários, nas ações e decisões, no cenário da ESF.

Quanto à sinergia do NASF na articulação para desenvolver um trabalho integrado com outros setores, observou-se que este potencializa a integralidade quanto à dimensão ações intra e intersectorial. Vislumbrou-se na observação participante do Fórum de Saúde Mental, que este se configura um espaço de diálogo, com grande potencial para gestão coletiva do cuidado em saúde nesta área.

Não obstante, percebeu-se pouca participação dos profissionais da ESF e o predomínio da participação dos gestores, conferindo um caráter mais administrativo nas discussões.

A entrevista em grupo corrobora com o exposto acima. O fragmento destacado assinala o Fórum de Saúde Mental como um espaço importante para a articulação intra e intersectorial. Apesar disso, ressalta que este espaço não tem sido aproveitado em todo seu potencial, e as participações dos atores limitam-se a alguns setores como saúde e assistência social.

[...] um espaço de articulação que eu acho que é bem importante, apesar de acreditar que poderia ser mais efetivo, como um espaço de discussão e articulação, é o Fórum de Saúde Mental distrital, pois diversos setores são convidados [...] (E2\_NASF\_GF1).

Referente à existência de um espaço privilegiado de discussão de casos, planejamento e cogestão dos processos de trabalho, o estudo de Albuquerque (2016) destaca o Método da Roda como relevante espaço para troca de saberes, análise e intervenção por diversos autores envolvidos no cuidado, e avança em comparação ao espaço relatado nesta pesquisa, por contar com a participação dos usuários.



Esta experiência foi implantada em 2001 no município de Sobral. A roda do Centro de Saúde da Família é o encontro semanal, com a finalidade de partilhar informações do sistema de saúde, discussão do processo de trabalho e organização dos serviços, com participação dos profissionais da ESF, gestores da unidade, residentes, docentes e sempre que necessário usuário (SOUZA et al., 2011).

Para Campos (2000), o Método de Roda é uma metodologia para o desenvolvimento da cogestão de coletivos, que apresentam quatro características:

1. Administrativa - por constituir um espaço democrático para a discussão dos problemas cotidianos do grupo, assim como a deliberação e novas definições coletivas;
2. Pedagógica - propõe a aprendizagem significativa em serviço, como os pressupostos da educação permanente;
3. Terapêutica - por permitir o incremento das relações interpessoais das equipes e crescimento individual de cada integrante da roda;
4. Político - considera que o diálogo rompe as relações hierárquicas dando espaço para a construção de uma comunicação reflexiva e solidária.

Logo, para Ponte, Oliveira e Ávila (2016), as Rodas representam possibilidades de construção de espaços coletivos e de constituição de sujeitos, com competência de apreciação e de intervenção como estratégias de democracia institucional. Não obstante, na sua operacionalidade evidenciou-se o predomínio da dimensão administrativa, com prejuízo das dimensões pedagógicas, política e terapêutica.

Além disso, observou-se o pouco engajamento político e afetivo dos trabalhadores, devido à relação demanda-execução, repercutindo na ausência de algumas categorias profissionais (PONTE; OLIVEIRA; ÁVILA, 2016), como evidenciado na experiência relatada do espaço de diálogo sobre saúde mental deste estudo.

Destarte, nesta pesquisa reafirma-se a relevância da construção de espaço dialógico “protegido” entre os usuários, as equipes de referência e de apoio matricial e os diversos setores intra e intersectorial, por contribuir no reconhecimento dos pares para exercer a gestão compartilhada da saúde e ampliar o escopo de ações na APS, na tentativa de fortalecer a integração da rede no território.

Considera-se de suma importância a perpetuação deste espaço para o diálogo de outras áreas como saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da pessoa idosa e etc., objetivando o desenvolvimento da integralidade no âmbito da APS.

Vislumbrou-se que a preceptoria exercida pelos profissionais do NASF e ESF como um facilitador que corrobora com a corporificação da integralidade no cuidado à saúde. Visto que os residentes, no caso estudado, introduziram novas estratégias assistenciais na perspectiva do olhar holístico sobre o indivíduo, família e comunidade, consubstanciando o uso das ferramentas de cuidado proposta para o contexto do NASF, e novas práticas para o cuidado à saúde.

Constataram-se na observação participante, iniciativas de grupos implantados pelos residentes com as equipes matriciais e de referência, a citar o grupo de saúde mental, grupo de Terapia Comunitária integrativa e grupo de dores crônicas, de periodicidade semanal, em duas das três USF estudadas. O fragmento a seguir aponta para outra iniciativa dos residentes, a implantação do curso de gestante em uma das USF.

Nós temos agora grupo de gestante que é pactuado em módulos, incentivado e sugerido pelos residentes de saúde da família, e temos o apoio do NASF e da ESF, que são os preceptores [...] (E1\_ ESF\_GF3).

Nos achados destaca-se também a colaboração dos residentes no uso de ferramentas para o cuidado compartilhado, conforme assinalado em um dos grupos focais, como mostra o fragmento já apontado anteriormente, página 67.

Outro ganho com a residência observa-se na fala abaixo, diz respeito ao matriciamento das equipes, realizado pelos residentes, empoderando-os quanto ao núcleo de saber de cada profissão inserida na residência e eNASF.

Além do NASF, tivemos o apoio da residência multiprofissional, que contribuíram bastante quanto às funções de cada profissão na equipe residência NASF, tipo saber em que situações solicitar o apoio, cobrar e saber exatamente o que cada um faz. Aprendemos com eles como as diversas profissões podem contribuir com a ESF (E7\_ESF\_GF2).

Para Carvalho a integralidade é corporificada na relação das atividades e ações de atenção integral à pessoa e à coletividade, na promoção, prevenção, saúde coletiva, terapêutica e reabilitação; no exercício integrado do ensino e

pesquisa, ao nível de interação entre as diversas categorias profissionais, e à vinculação profissional de saúde – usuário (CARVALHO, 1993a, p.134).

Os achados desta pesquisa comungam com resultados semelhantes que chamam atenção para repercussões positivas nas vivências da APS, originadas pelas novas propostas nas estruturas curriculares, na graduação das diferentes profissões da saúde, residência multiprofissional no âmbito do SUS e cursos de pós-graduação (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016).

Baseado nos resultados, quanto às potencialidades vivenciadas por meio do trabalho do NASF para a integralidade nas suas variadas dimensões na APS, formulou-se o quadro seguinte.

**Quadro 9 - Facilitadores para a integralidade no cotidiano do NASF, Brasil, 2018**

	FACILITADORES	DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE
APOIO MATRICIAL DO NASF	Trabalho Interprofissional	Abordagem integral, Interprofissionalidade.
	Olhar ampliado	Abordagem integral, Interprofissionalidade, Integralidade nas ações.
	Trocas de saberes e de práticas	Abordagem integral, Interprofissionalidade.
	Atendimento compartilhado	Abordagem integral, Interprofissionalidade.
	Discussão de caso	Abordagem integral, Interprofissionalidade, integralidade nas ações.
	Reunião para organização do trabalho	Interprofissionalidade.
	Divisão do trabalho: ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação	Integralidade nas ações.
	Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde no Território	Abordagem integral; Interprofissionalidade; Integralidade nas ações; Integralidade nas ações intra e intersetoriais; Integralidade no acesso à Rede, Articulação Gestão-Atenção-Vigilância.
	Articulação com os demais níveis de atenção	Integralidade no acesso à Rede.
	Articulação com parcerias intra e intersetorial	Integralidade nas ações intra e intersetoriais.
	Exercício da Preceptoría	Abordagem integral; Interprofissionalidade; Integralidade nas ações; Integralidade nas ações intra e intersetoriais; Integralidade no acesso à Rede.

**Fonte:** Autora.

**Legenda:** NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

### 5.2.2 Dificuldades para o desenvolvimento da integralidade pelas equipes do NASF

Constatou-se com esta pesquisa que o descompasso da formação ao perfil profissional condizentes com a proposta da APS, configura-se como um sério obstáculo para uma prática mais integral no contexto de trabalho da ESF.

Visto que a formação profissional no modelo tradicional reproduz outros impasses que interferem na efetivação da integralidade, tal como cuidado fragmentado, individualizado e focado no adoecimento.

Tal atitude refuta a proposta do NASF em subsidiar mudanças no processo de trabalho das eSF, na perspectiva do trabalho interprofissional, e na integralidade da atenção à saúde. As falas a seguir reforçam este discurso.

O perfil do profissional NASF, pra mim é fundamental! Se ele não tiver inserido nesse contexto de Atenção Básica, se ele não tiver vestindo a camisa, o trabalho não anda (E6\_ESF\_GF2).

As equipes conseguem demandar razoavelmente os outros conhecimentos também, a nutricionista é muito acionada na questão de pressão alta, diabetes e do sobrepeso Eu acho que a fisio também já tem uma demanda bem razoável (E2\_NASF\_GF1).

Tem que ter compromisso e saber lidar com o outro, saber trabalhar em equipe [...] Não só eles, qualquer profissão saber trabalhar em equipe multi e interdisciplinar [...] então temos que acolher aquele caso e socializar [...] trabalhar em equipe a gente consegue mais ganhos do que àquele que eu resolvo tudo, eu sou fenomenal [...] (E6\_ESF\_GF2).

Percebeu-se, nos achados de campo, um discurso que sugere uma tendência à fragmentação do trabalho, com predomínio de ações nucleares tanto no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde, quanto de cura e reabilitação, pela equipe de retaguarda especializada, comprometendo o trabalho interdisciplinar.

Corroborando com este resultado, Cabral (2017) refere que ao longo dos anos a formação em saúde reproduz práticas arraigada com foco na doença, que procura a cura definida por parâmetros externos ao sujeito, ações fragmentadas e individualizadas, escassa experiência de trabalho em equipe e apresenta uma visão limitada do usuário, como agente apassivador. Contudo, a autora destaca o NASF como potencial espaço de ensino e pesquisa para os cursos da área de saúde para formação de profissionais capazes de atuar na APS.

Potencializando esta discussão, de acordo com Macedo et al. (2016) o trabalho do NASF precisa se contrapor ao modelo de atenção convencional, e atuar

em direção à corresponsabilização e cogestão do cuidado, por meio da realização de atendimentos compartilhados com as equipes de referência, considerando os sujeitos em sua singularidade.

Ainda como consequência da formação inadequada, outro dificultador vislumbrado nesta pesquisa quicá sobre a subutilização de dispositivos que intensificam o cuidado integral ao indivíduo, família e comunidade, apontados pelos documentos norteadores do trabalho do NASF, a citar, o PTS, como revela a fala abaixo, e o desconhecimento sobre o PST, já evidenciado no tópico “Ações do NASF: Teoria x Prática” na página 57.

[...] Para as eSF, formalizar um PTS vai ser um trabalho a mais... E a equipe NASF não tem como, sozinha, formalizar o PTS. Precisamos dos profissionais da ESF que conhece bem melhor o paciente, sabe o que é viável de ser pactuado com a família [...] Mas as equipes não se disponibilizam (E4\_NASF\_GF1).

Segundo orientações, para exercer o apoio matricial, recomenda-se ao NASF operacionalizar intervenções pedagógicas e terapêuticas compartilhadas, na busca de prestar um cuidado mais integral e resolutivo. Permitem-se utilizar algumas ferramentas como: práticas grupais; PTS; genograma; ecomapa; atendimento domiciliar compartilhado; consulta compartilhada e atendimentos individuais (BRASIL, 2014, p. 67).

Todavia, pesquisadores referem que a escassez de ações conjuntas, discussão de caso e a construção de PTS, podem ser justificadas pela insuficiência de recursos materiais e físicos, como revelado em alguns estudos (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016; AMARAL; SILVA, 2015; FERRO, 2014; GONÇALVES et al., 2015; HORI; NASCIMENTO, 2014; LANCMAN et al., 2013; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; MACEDO et al., 2016; RIBEIRO et al., 2015; SOUZA et al., 2013), impossibilitando a consolidação da integralidade na vivências das equipes matricial e de referência.

Além disso, no sentido do discurso abaixo percebe-se o descompasso na produção do cuidado entre o NASF e eSF, prejudicando o desenvolvimento do trabalho compartilhado.

Muitos não aceitam o atendimento compartilhado porque acha que vai demandar mais tempo na consulta, vai dar mais trabalho (E6\_NASF\_GF1).

Sobre estes aspectos, alguns estudiosos relacionaram a carência de trabalho compartilhado às distintas prioridades das equipes de retaguarda e de referência (BARROS et al., 2015; BONALDI; RIBEIRO, 2014; SOUZA et al., 2013).

De fato, as equipes estudadas nesta pesquisa, enfrentam cotidianamente problemas relacionados à falta de consultório e estrutura física para atendimentos compartilhados, falta de apoio para realização de práticas grupais. Porém, outros achados, deste estudo evidenciaram a execução de PTS junto a RMISF.

Todavia, permitiu-se deduzir que a pouca utilização das ferramentas para o cuidado compartilhado entre as equipes, apoiadora e de referência, podem estar relacionada à fragilidade na formação profissional. Achados semelhante aos de Santos et al. (2017) que apontou a qualificação profissional e o investimento na formação continuada, como essencial para qualificar os processos de cuidado e atender as necessidades da população.

Frente ao vivenciado na observação participante, acredita-se que a formação inadequada, também repercute em outras dificuldades detectadas para o desenvolvimento da integralidade no contexto das equipes estudadas, como a resistência ao trabalho interdisciplinar e em equipes, enfrentado pela eNASF, evidenciado pela dificuldade de realizar ações partilhadas com as eSF.

O discurso abaixo exibem estes sentidos, conjecturando sobre a interferência do modelo de gestão sobre o trabalho das equipes NASF e ESF, como obstáculo para a integralidade de atenção à saúde.

[...] para eles o que importa realmente é à questão do ambulatório, da assistência, da produção, do atendimento. E quanto ao trabalho em grupo, a promoção, não existe muito estímulo, não existe muito suporte nesse sentido (E4\_NASF\_GF1).

Visto que a formação profissional em saúde no modelo tradicional é balizada por uma aprendizagem hospitalocêntrica, a supervalorização das especialidades, e, por conseguinte, a sobreposição do poder médico sobre as demais profissões da área de saúde. Igualmente revelado nos achados destacados abaixo, revela-se que nem mesmo as visitas domiciliares compartilhadas e reuniões matriciais, são vivenciadas entre alguns profissionais das equipes, na maioria das vezes o médico.

Temos essa dificuldade de fazer o atendimento compartilhado principalmente com o profissional médico. Tem alguns que nem participam da reunião mensal, de matriciamento (E5\_NASF\_GF1).

Visita domiciliar a gente consegue fazer com um profissional ou outro também, visita em conjunto com a Enfermeira, com o Médico, mas eu

percebo que principalmente o profissional médico a gente tem mais dificuldade de fazer o compartilhado, tanto na questão de visitas, como consultas (E1\_NASF\_GF1)

Tais achados, sugere que as mudanças na forma de trabalhar das eSF instigadas pelo NASF, podem repercutir diretamente em valores, cultura, comportamento e micropoderes existentes nos espaços de trabalho, provocando resistências e possíveis conflitos na produção de saúde.

Fontana, Lacerda e Machado (2016) associaram problemas relacionados à participação popular na gestão local, desenvolvimento de ações intersetoriais e compartilhadas, acompanhamento e responsabilização do cuidado, em todos os níveis de atenção, na perspectiva de um trabalho articulado, não apenas no déficit de recursos humanos, sobretudo a formação profissional desconexa as necessidades do SUS, indo de encontro as achados deste estudo, que configuram obstáculos para a integralidade nas dimensões abordagem integral, integralidade nas ações de saúde e da rede intra e intersetorial.

O SUS anseia modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção de saúde, todavia isto depende da produção de saúde, ou seja, está sujeito ao perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde, que necessita contrapor o modelo hegemônico de formação em saúde, focalizado nas tecnologias duras, nos procedimentos e prescrições, a partir de interesses corporativos de grupos econômicos atuantes no setor (FEUERWERKER, 1998; MERHY; FRANCO, 2003).

Para Merhy e Franco (2003, p.318) “No plano da micropolítica do trabalho em saúde, esse modelo produziu uma organização do trabalho com fluxos voltados a e onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais”. Configurando uma organização de trabalho marcada pela biomedicina, medicalização, fragmentação da atenção e por relações assimétricas de poder entre as diversas corporações profissionais, que camuflam as trocas interprofissionais para que o cuidado integral se efetive (CECÍLIO; MERHY, 2003; FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Outro estudo pertinente à formação de profissionais de saúde do SUS na perspectiva da integralidade sobressalta os seguintes eixos norteadores: promoção, prevenção e reabilitação e tratamento, compreensão integral do ser humano, abordagem multidisciplinar, atenção integral, inserção do domínio afetivo da aprendizagem, ampliação da capacidade de diálogo, visão generalista,

conhecimentos da assistência individual e da saúde coletiva, campos de prática encarados como espaços de ensino-aprendizagem, educação permanente, conhecimentos acerca do SUS e das políticas de saúde (ARAUJO; MIRANDA; BRASIL, 2014).

Desta maneira, as evidências mostram que por vezes os sujeitos deste estudo ainda pautam a produção de cuidado na reprodução desta lógica hegemônica, cujo fluxo centra-se clínica, e no saber médico estruturando o agir de outros profissionais, em detrimento do compartilhamento e trocas multiprofissionais que valorizem o processo de cuidado.

Constatou-se a permanência de algumas questões desafiadoras, no contexto de trabalho do NASF, como a existência de uma rede com poucos nós e a desarticulação intra e intersetorial, conformando-se entre os principais obstáculos para garantir a integralidade, no que refere ao acesso aos demais níveis de atenção.

[...] temos mensalmente as discussões de casos, alguns casos nós discutimos todo mês e não progride, temos muitas limitações, até a equipe NASF tem dificuldade de acessar outros serviços da rede de saúde e outros setores [...] (E5\_ ESF\_ GF2).

Em contra ponto, outro achado do GF demonstra maior facilidade de articulação intra e intersetorial com os equipamentos existentes no território, mediada pela equipe NASF.

Quando existem, conseguimos articular, pelo menos, encaminhar para equipamentos da própria comunidade. Por exemplo, aqui já fiz diversos encaminhamentos de crianças pra escola de circo, mas nem toda comunidade tem (E2\_ NASF\_ GF1).

Facilita também a depender do território [...] Então dependendo do território, dos equipamentos sociais, isso acaba facilitando esse projeto de Integralidade (E1\_ NASF\_ GF1).

Conforme defendido por diversos autores, para contemplar as diferentes necessidades dos usuários, faz-se necessário integrar diversos pontos de atenção, consoante às potencialidades próprias de cada serviço, bem com a articulação intersetorial com políticas públicas, objetivando superar o rompimento da atenção e da gestão em saúde. (ALBUQUERQUE, 2003; CECÍLIO, 2001; FRANCO, 2003; KALICHMAN; AYRES, 2016; MAGALHÃES JUNIOR; OLIVEIRA, 2006; PINHEIRO; MATOS, 2001).

Estudiosos já sinalizaram sobre persistência dos entraves relacionados à inexistência de coordenação do cuidado entre a APS e a rede especializada,



limitações e à precariedade da rede de serviços da atenção primária e falta de integração com os demais níveis de atenção à saúde para garantir a continuidade do cuidado, conjuntura anterior à implantação do NASF (FAUSTO et al., 2014; LANCMAN et al., 2013).

Ressalta que apesar da esperança da resolução desta problemática por meio da proposta NASF, a insuficiência de serviços e recursos na região, impediam as estratégias de enfrentamento da equipe matricial (LANCMAN et al., 2013). Tal condição afeta diretamente a construção da integralidade no cotidiano da APS, entendida na dimensão de integração das ações de promoção da saúde, cura, tratamento e reabilitação, e na dimensão de integração das ações intra e intersetorial.

Confirmando o achado deste estudo, a rede de atenção enfraquecida é aludida como grande complicador da integralidade por Cela e Oliveira (2015). Os pesquisadores ressaltaram ainda que frente à defasagem de dispositivos disponíveis na rede, e a grande demanda que abarrotava as USF, a eNASF é pressionada a assumir funções que competiria a outros níveis de atenção (CELA; OLIVEIRA, 2015; PASQUIM; ARRUDA, 2013).

Outro importante dificultador mencionado em todos os GF desta pesquisa, que atuam diretamente na qualidade do apoio ofertado pela equipe matricial, refere-se a sobrecarga de eSF vinculada a uma eNASF, no caso estudado, a eNASF vincula-se a nove equipes da ESF, dispostas em quatro comunidades distintas.

Um ponto negativo que eu acho do NASF é por ser uma equipe pra várias unidades [...] são nove equipes [...] Tem hora que fica sem pernas [...] Eles são muito guerreiros (E9\_ESF\_GF3).

Eles se dividem em muitas agendas, não tão só aqui, tem que abraçar várias comunidades [...] (E1 ESF\_GF2).

Acredito que o ideal seria um número maior de profissionais na eNASF [...] e que eles tivessem tempo pra gente, por que eles não têm. porque que eu saiba, eles abraçam nove equipes, não tem perna pra tanta gente [...] sete profissionais, oito [...] (E2\_ESF\_GF3).

[...] Temos uma demanda muito grande no território, e uma equipe NASF é responsável por nove eSF, eles não conseguem dar conta das demandas destas equipes (E7 ESF\_GF2).

Adicionalmente, considera-se como dificultador dos processos de trabalho, a precarização do vínculo a que estão expostos os profissionais da equipe de

retaguada, o qual pressupõe relação com a aceitação ao excesso de equipes apoiadas.

Legitimando esses resultados, estudiosos relacionaram como dificultador do processo de apoio do NASF questões estruturais como excesso de equipes para matriciar e persistência de problemas da saúde pública como os vínculos frágeis por meio de Organizações Sociais de Saúde e desmonte de direito trabalhista (CERVATO MANCUSO et al., 2012; FORMIGA; RIBEIRO, 2012; LANCMAN; BARROS, 2011; PASQUIM; ARRUDA, 2013).

No entanto, teoricamente, conforme Portaria nº 3.124 de 2012 a depender da modalidade e área de atuação, podem ser apoiadoras de no máximo nove equipes. Na prática contata-se que as equipes atuam com o limite máximo, e este fato compromete a qualidade do apoio matricial dado às eSF.

Um obstáculo preocupante evidenciado na análise das entrevistas, que dificulta o desenvolvimento da integralidade nas práticas das equipes, refere-se à ausência de ações que estimulem a participação popular. Ademais, os fragmentos abaixo aludem o entendimento equivocado e reduzido de alguns profissionais da eNASF sobre participação popular, como sendo a adesão às atividades coletivas em grupo. Infere-se ainda que, para os profissionais da equipe de retaguada, o controle social cabe exclusivamente a eSF.

A participação popular são as atividades dos grupos que realizamos?! A adesão?! Às vezes funciona, às vezes não. Tem grupos que iniciamos, mas não conseguimos seguir adiante, pela baixa adesão (E6\_NASF\_GF1).

Eu acho que existe esse momento com a própria unidade de saúde, quer dizer é pra existir [...]A unidade tem que se reunir com os moradores pra fazer um momento de escuta, saber o que está acontecendo, eu não sei se de fato isso tá ocorrendo ainda, mas antigamente tinha esse momento do PSF com os moradores. O NASF não participa não (E4\_NASF\_GF1).

Porque vejo o NASF como uma porta pra trazer essas discussões do controle social pra dentro, pra gente não ficar limitado só ao biológico, pra gente não ficar limitado só aos exames, só a questão da prevenção da saúde física, né?(E5\_ESF\_GF2)

[...] Falamos no hiperdia [...] sobre os direitos, os deveres [...] o que cobrar da gestão [...] (E6\_ESF\_GF2).

Geralmente fazemos reuniões com a comunidade a noite. Aí são só os profissionais da eSF, a maioria agentes comunitários de saúde (E11\_ESF\_GF3).

Sobre esta problemática, numa revisão narrativa alusiva a participação popular no controle social, frisou-se a fragilidade de se cumprir na prática essa

diretriz, por estar apenas na lei, e sobre a ausência de ocupação dos espaços de participação da sociedade civil de forma efetiva (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

A participação popular segundo Cruz et al., (2012) caracteriza-se por uma força social com competência de elencar prioridades e incitar nos serviços públicos de saúde, a formulação de políticas com a finalidade de promover a saúde como um direito, de forma equânime, democrática e participativa. Conquanto, este objetivo não é alcançado devido o enraizamento de uma concepção de saúde equivocada, da maioria dos profissionais e usuários, que fazer saúde é remediar doenças.

Para o autor, isto acarreta nos profissionais uma atitude de desvalorização dos espaços de diálogo, desperdiçando a oportunidade de aprender com o saber popular e enxergar outras concepções de saúde (CRUZ et al., 2012).

E do lado dos usuários, a utilização do espaço de participação popular, apenas como “balcão de reclamações” sobre os atendimentos de saúde. E por grande parte dos usuários, notou-se a recusa em frequentar as reuniões de controle social, por incompreensão da proposta ou caracterização da USF como espaço para onde vai apenas quando doente (CRUZ et al., 2012).

Sobre estes aspectos, Cecílio e Reis (2018) dialogando para os avanços necessários para a APS relatam que:

“Falta-nos, talvez, incorporar os “usuários-usadores” (pleonasma intencional) e suas potências na gestão da vida e do trabalho das unidades de saúde e nos circuitos formais em que transitam. E ter em conta a força transformadora/criadora, mas também conservadora, dos trabalhadores no seu labor cotidiano. Só escaparemos da circularidade (e repetição) das discussões sobre atenção básica à saúde com a incorporação real de novos sujeitos” (CECÍLIO; REIS, 2018, p.1).

Segundo documentos ministeriais norteadores do trabalho do NASF, a participação popular é abalizada como um dos princípios e diretrizes que devem orientar as ações, de modo a refletir no processo de trabalho das equipes. Tal documento cita que a participação popular:

“Envolve o fortalecimento dos espaços sociais, comunitários e locais em geral, com foco na gestão participativa. Trata-se, portanto, de fortalecer os processos de produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas, partilhando poder e construindo um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e fortalecimento da sociedade civil” (BRASIL, 2008, p.18).

Logo, frente às proposições basilares do NASF, não se trata de um atributo restrito as eSF. Albuquerque (2003, p.10) destaca “a integralidade tem sido um dos

princípios do SUS mais esquecido e também o mais ligado ao processo de conscientização e participação da população usuária”. A autora considera essencial o estímulo à participação popular no setor saúde, pelo seu potencial em favorecer o empoderamento, instigar melhores condições de vida e desenvolver ações de Educação Popular em Saúde.

Na observação participante de ações de educação em saúde realizada pelo NASF, perceberam-se práticas de diferentes abordagens, umas com metodologias mais tradicionais e focalizadas, e outras incitando de fato a participação popular como no grupo de saúde mental (diário de campo).

Oliveira et al. (2014) numa pesquisa do tipo investigação-ação que procurou analisar a participação popular nas ações de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família, enfatizou a importância das ações de educação em saúde para o favorecimento da participação popular.

Contudo, os autores apontaram a falta de qualificação adequada no desenvolvimento dessas ações no ponto de vista da participação popular, e afirmaram ainda que as ações de educação em saúde concretizadas no contexto da ESF eram realizadas de forma pontual, com abordagens metodológicas tradicionais e individuais, indo de encontro aos achados desta pesquisa (OLIVEIRA et al., 2014).

Frente ao exposto, recomenda-se o estímulo a participação popular como prática das equipes atuantes na ESF, na expectativa de reconstruir um SUS participativo, comprometido com o usuário, mais humano e integral.

A diversidade de realidade do nosso país, permeado de desigualdades socioeconômicas e regionais, faz com que o SUS enfrente grandes dificuldades para garantir seus princípios essenciais: o acesso universal e equitativo e atenção integral à saúde. Segundo Oliveira (2011, p24):

“O aumento das coberturas de acesso nem sempre significou, na mesma medida, o aumento de resolubilidade dos problemas de saúde nos diversos níveis de atenção. [...] Os serviços especializados e hospitalares, salvo algumas experiências focais, pouco se articulam com o restante da rede de serviços, persistindo modelos de gestão/ atenção que não coadunam com os princípios e diretrizes do SUS. Nos serviços de atenção básica as equipes de profissionais enfrentam grandes desafios cotidianos: compor-se e manejar-se como equipe; estabelecer uma nova relação com as atividades de acolhimento; discutir casos e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica, produzindo sujeitos, autonomia e cidadania”.

Somado a estes entraves, encontra-se retaliações ao sistema frente a arranjo complexo da participação de organizações públicas e privadas, criando contradições, administração menos transparentes, aristocráticas, injusta competição e ideologias divergentes de modelos de atenção. Além do subfinanciamento que reprime o SUS, agora mais do que nunca, devido à supremacia de políticas neoliberais e a redistribuição orçamentária ineficaz entre as três instâncias do governo (PAIM, 2018)

Para Oliveira (2011) as equipes de profissionais que integram a APS enfrentam grandes desafios cotidianos, como: compor-se e manejar-se como equipe; estabelecer uma nova relação com as atividades de acolhimento; discutir casos e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica, produzindo sujeitos, autonomia e cidadania.

Baseado nas exposições deste tópico, o quadro 8 consolida os dificultadores evidenciados no contexto estudado, associando as dimensões da integralidade relacionadas.

**Quadro 10 – Dificultadores para a integralidade no cotidiano do NASF, Brasil, 2018**

DIFICULTADORES	DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE RELACIONADAS
Formação profissional inadequada a APS	Abordagem integral; Interprofissionalidade; Integralidade nas ações.
Atenção fragmentada, individualizada e focalizada	Abordagem integral; Interprofissionalidade; Integralidade nas ações.
Subutilização das FT do NASF	Abordagem integral; Integração dos profissionais; Integralidade nas ações; Integralidade nas ações intra e intersetoriais; Integralidade no acesso à Rede, Articulação Gestão-Atenção-Vigilância.
Resistência ao trabalho em equipe	Abordagem integral; Interprofissionalidade; Integralidade nas ações; Integralidade nas ações intra e intersetoriais; Integralidade no acesso à Rede.
Supervalorização das especialidades	Abordagem integral; Interprofissionalidade; Integralidade nas ações; Integralidade nas ações intra e intersetoriais; Integralidade no acesso à Rede.
Excesso de equipes vinculadas ao NASF	Integralidade nas ações
Precarização do vínculo	Abordagem integral; Interprofissionalidade; Integralidade nas ações; Integralidade nas ações intra e intersetoriais; Integralidade no acesso à Rede
Desarticulação com os demais níveis de atenção e gestão	Integralidade no acesso à Rede; Articulação Gestão-Atenção-Vigilância.
Desarticulação com parcerias intra e intersetorial	Integralidade nas ações intra e intersetoriais
Ausência de planejamento das ações no território	Abordagem integral; Interprofissionalidade; Integralidade nas ações; Integralidade nas ações intra e intersetoriais; Integralidade no acesso à Rede; Articulação Gestão-Atenção-Vigilância

**Fonte:** Autora.

**Legenda:** NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

### 5.3 As Dimensões da Integralidade no contexto do NASF

Dentre as ações contextualizadas no trabalho do NASF, por meio do apoio matricial as equipes de referência, as discussões de caso e, sobretudo o PTS e o PST, destacam-se pelo potencial de favorecer a concretização da integralidade nas seis dimensões alicerçadas nesta pesquisa (QUADRO 11).

**Quadro 11-** Classificação das ações realizadas entre o NASF e as equipes de referência, de acordo com as dimensões da integralidade, Brasil, 2018

Ações NASF e ESF	As dimensões da integralidade
Reunião para organização do trabalho	Interprofissionalidade.
Discussão de casos	Abordagem integral, Interprofissionalidade, integralidade nas ações.
Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde no Território	Abordagem integral; Interprofissionalidade; Integralidade nas ações; Integralidade nas ações intra e intersetoriais; Integralidade no acesso à Rede.
Grupo de dores crônicas	Abordagem Integral.
Grupo Emagrecimento Saudável/ Vida Saudável	Abordagem Integral, Integralidade nas Ações ,Integralidade nas Ações intersetoriais.
Grupo de Terapia Comunitária Integrativa	Abordagem Integral.
Curso de Gestante	Abordagem Integral, Integralidade nas Ações.
Grupo de mulheres	Abordagem Integral, Integralidade nas Ações.
Grupo de Idoso	Abordagem Integral, Integralidade nas Ações.
Grupo de Convivência/Saúde Mental	Abordagem Integral, Integralidade nas Ações.
Consulta compartilhada	Abordagem Integral, Integralidade nas Ações.
Consulta compartilhada PN	Abordagem Integral, Integralidade nas Ações.
Puericultura compartilhada	Abordagem Integral, Integralidade nas Ações.
Visita domiciliar compartilhada	Abordagem Integral, Integralidade nas Ações.
Hiperdia	Abordagem Integral, Integralidade nas Ações.
Exercício da preceptoría	Abordagem integral; Interprofissionalidade; Integralidade nas ações; Integralidade nas ações intra e intersetoriais; Integralidade no acesso à Rede.

**Fonte:** Autora.

**Legenda:** NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Hiperdia= grupo de pessoas com hipertensão e diabetes.

Considera-se que, principalmente por meio destas, os profissionais são instigados a interagir com os demais membros das equipes para um cuidado compartilhado, induzindo o desenvolvimento da dimensão da integralidade ao que se refere à integração profissional.

As dimensões abordagem integral e integralidade nas ações de saúde são vislumbradas por meio do desenvolvimento do trabalho interprofissional, beneficiando a realização de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, além do fortalecimento do vínculo e encorajamento a participação e empoderamento do usuário coresponsabilizando-o no cuidado a saúde.

Além disso, os dispositivos utilizados pelo NASF, por estimular a articulação com demais profissionais e equipes da rede de serviços intra e intersetorial, proporcionando o planejamento e a gestão do cuidado por diversos atores no contexto da APS, pode desenvolver as dimensões da integralidade no acesso à Rede e integralidade nas Ações intersetoriais.

Pesquisadores destacaram potencialidades na aplicabilidade do PTS, como favorecer o envolvimento dos vários profissionais e equipes da rede de serviços, estimular o do trabalho interprofissional e intersetorial, e proporcionar melhoria do vínculo entre usuários e profissionais, bem como contribuir com a gestão do cuidado na APS, corroborando com os achados deste estudo (ALBUQUERQUE et al., 2016; CABRAL, 2017)

Ademais, de acordo com Hori e Nascimento (2014), a aplicação do PTS como ferramenta de intervenção, provoca uma nova organização do processo de trabalho em saúde em oposição ao tradicional, uma vez que implica num melhor entrosamento e articulação entre os profissionais, a criação de espaços de diálogo sistemáticos para discussão, reflexão, compartilhamento e pactuações das ações, sem subordinação dos saberes das diferentes categorias envolvidas no cuidado.

Porém, apontam para algumas problemáticas relacionadas ao apoio matricial do NASF como: falta de orientação teórica ofertada pelo MS; incompreensão da gestão; dificuldades e indisponibilidades por parte dos profissionais (HORI; NASCIMENTO, 2014).

Além da heterogeneidade teórica e prática, devido às cinco formas de realização do matriciamento identificadas no contexto das equipes. Segundo Cabral (2017), tais problemas representam um alerta para se pensar sobre o que vem sendo feito para a melhoria desse apoio e consolidação da proposta do NASF.

No discurso destacado no quadro 12, observa-se a preocupação das equipes na produção de um cuidado individualizado que busca acolher as demandas provenientes do indivíduo, frente as suas fragilidades e potencialidades, indo de encontro à dimensão da integralidade categorizada de abordagem integral.

Neste ponto, o MS realça a importância da produção do cuidado em saúde na perspectiva da clínica ampliada, ou seja, expandir o olhar para além dos aspectos biológicos e/ou orgânicos dos riscos ou doenças, de modo a utilizar-se de conhecimentos e ações de saúde condizentes para responder de forma singular às demandas objetivas e subjetivas do cuidado nas relações profissionais e usuários (BRASIL, 2007).

Todavia, no cotidiano da ESF deparamos com a fragmentação de processos de trabalhos, contrapondo a abordagem integral. Para superar este obstáculo, é essencial agir de modo transdisciplinar, ou seja, buscar a integração das várias disciplinas e abordagens para cooperar com o manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde (OLIVEIRA, 2013).

Tal conduta repercute em outra dimensão da integralidade, Interprofissionalidade, visto que Interlocação dos diferentes saberes e trabalho compartilhado favorecem a conexão entre os profissionais das equipes da ESF e NASF. De acordo com os achados desta pesquisa, no sentido dos discursos citados, o PTS viabiliza tanto uma abordagem mais integral quanto a integração das equipes envolvidas no cuidado.

As diretrizes do NASF preveem a pactuação e o arranjo organizacional matricial e da equipe de referência, como condições para promover a clínica ampliada, e estimula a construção do PTS. (HORI; NASCIMENTO, 2014; BRASIL, 2014). Não obstante, Oliveira (2013) chama atenção para questões relacionadas à burocratização, à valorização das metas de produção, à gestão verticalizada, às relações assimétricas de poder e dominação em algumas formas de refletir e atuar, que permeiam a integração do trabalho entre os profissionais das equipes.

Ao que concerne à dimensão integralidade nas ações, algumas práticas grupais do NASF e ESF, revela-se nos discursos como importantes estratégias fortalecedoras da integralidade neste nível de atenção. Como destacado anteriormente, as ações de promoção da saúde fazem parte do cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam na ESF. E há aproximadamente uma década, as



equipes de referência contam com o incremento do NASF para fortalecer as ações desenvolvidas na APS.

Contudo, Bonaldi e Ribeiro (2014) enunciaram a existência de dificuldade no planejamento das ações de promoção da saúde devido à falta de articulação com as equipes e a falta de integração entre os profissionais, o perfil das demandas de atendimentos individualizados que chegam à equipe, e o foco de indicadores pré-estabelecidos.

Apontaram ainda a ausência da participação efetiva dos profissionais NASF na realização de diagnósticos de saúde e no planejamento estratégico das equipes SF e da UBS, o que comprometem a inserção de ações com foco mais abrangente, a identificação dos macros determinantes, das possibilidades de fortalecimento comunitário e a realização de ações compartilhadas, impossibilitando o desenvolvimento da integralidade no contexto da ESF (ALBUQUERQUE, 2003; BONALDI; RIBEIRO, 2014).

Por esta razão, as equipes são desafiadas a transpor os entraves lançados na produção do cuidado integral e reinventar-se, rompendo o modelo hegemônico de formação reducionista, biologista e individualista, para promover a saúde através da autonomia e emponderamento dos sujeitos, integrando-se com as demais instituições e organizações sociais do território, visando parcerias e a construção da cidadania.

Em relação à contribuição do NASF nas dimensões integralidade no acesso à Rede e integralidade nas Ações intersetoriais, Albuquerque et al. (2016) enfatizam a colaboração da equipes de apoio matricial no contexto da APS, para além da ampliação do escopo de ações e da presença de uma equipe multiprofissional.

Os autores realçam a equipe matricial como potencial indutora da articulação das eSF com os demais serviços da rede intra e intersetorial, contribuindo na organização de fluxo de atenção que promovem a coordenação e continuidade de um cuidado mais integral a saúde da população, comungando com os produtos deste estudo (ALBUQUERQUE ET AL., 2016).

Em contrapartida, como demonstrado no tópico anterior, persistem vários entraves no cotidiano do NASF para que as dimensões integralidade no acesso à Rede intra e intersetorial sejam efetivadas.

Neste aspecto os estudos de Barros et al. (2015), Cela e Oliveira(2015), Ferro et al. (2014), Leite, Nascimento e Oliveira (2014), e Sousa et al. (2014) relatam

desde a ausência de comunicação entre os profissionais e serviços que constituem a APS, o acesso limitado e fragmentado a escassa rede especializada de referência, e a fragilidade da rede de suporte e fragmentação na produção do cuidado no contexto interno e externo a ESF, desconstituindo a concepção de integralidade defendida por Albuquerque (2003), Da Ros (2006), Pinheiro e Mattos (2001).

A ausência nos discursos da dimensão Articulação Gestão-Atenção-Vigilância declara um relevante problema referente à falta de planejamento para enfrentamento dos possíveis problemas identificados no diagnóstico territorial da população assistida, agregando os atores envolvidos no cuidado, representantes da comunidade, profissionais das equipes da ESF, da vigilância à saúde, e gestores locais.

Estudos apontam para as diversas faces do apoio do NASF, dentre elas: o apoio institucional, apoio à gestão e apoio matricial, e evidenciam a competência desta proposta para subsidiar o planejamento em saúde no contexto da ESF, fortalecendo a APS no SUS (BARROS et al, 2015; BRASIL, 2014; MOURA; LUZIO, 2014; NASCIMENTO, 2014; SOUSA, 2016; VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015).

Nesta perspectiva, para Fertoni et al. (2015) torna-se imperativa a atuação focalizada nos determinantes saúde-doença para o planejamento em saúde, para proporcionar autonomia e favorecer a qualidade de vida, na conjuntura da Saúde da Família. Os autores chamam atenção da escassez do planejamento em saúde, como ferramenta de gestão, no modelo biomédico de atenção.

Isto instiga a reflexão acerca de que, apesar das propostas para qualificação da ESF, esta, ainda não conseguiu romper com práxis do modelo assistencial hegemônico. Somado a isto, enfrenta um contexto político de retrocessos e desmonte na estruturação da APS.

Com isso, evidencia-se a imprescindibilidade de comunhão entre atores representantes da sociedade, dos serviços de saúde e afins, instituições de ensino e pesquisa, e demais equipamentos sociais, para lutar por um SUS que dá certo! Idealizado aproximadamente há três décadas, que preconizava por uma assistência universal, equânime e integral.

De acordo com os registros do diário de campo e das entrevistas em grupo não houve evidências de estímulo à participação popular, e a articulação de profissionais do contexto da gestão, atenção e vigilância à saúde, no âmbito de

atuação das equipes envolvidas na pesquisa. Assim, constata-se que a dimensão da integralidade referente à articulação Gestão-Atenção-Vigilância não foram vislumbradas no cotidiano de trabalho das equipes.

**Quadro 12-** Identificação das dimensões da integralidade, sentidos e discursos, com base nas falas dos profissionais do NASF e ESF, Recife/PE, Brasil, 2018.

(Continua)

Dimensões da Integralidade	Sentido	Discursos
Abordagem Integral	<p>Atendimento às necessidades do cidadão, família e comunidade.</p> <p>Troca de saberes entre vários núcleos, amplia a oferta de cuidado à saúde .</p> <p>Práticas de cuidado que vislumbram aspectos sociais do indivíduo.</p>	<p>“[...] a USF tinha envolvimento, mas com a chegada do NASF, outros profissionais, ampliou-se o leque de possibilidades de intervir no caso” (E5_ NASF_GF1).</p> <p>“Nas consultas e visitas compartilhadas e nas reuniões de discussão de casos, que estão presentes outras categorias profissionais, ampliamos o olhar e aprendemos muito com isso... aprendemos todos os dias com eles[...]” (E6_ ESF_GF3).</p> <p>“O grupo de convivência de usuários e familiares, em transtorno mental, criado pelo NASF e Residência multiprofissional, é direcionado para inserção destes usuários no contexto social e integração familiar [...]” (E6 ESF_GF2).</p>
Integralidade nas ações	<p>Desenvolvimento de ações de educação em saúde, ações para promoção de modos de vida saudáveis com equipes da ESF e NASF;</p> <p>Realização de atendimento individual/compartilhado entre as equipes da ESF e NASF voltado a cura, tratamento e reabilitação.</p>	<p>“Temos ações periódicas como o de Bar em Bar, que fazemos uma caminhada nos bares da comunidade, abordando os usuários sobre a importância do cuidado em saúde, com participação da ESF, NASF e redutores de danos” (E1_ ESF_GF 3).</p> <p>“As visitas e as consultas realizadas pelos profissionais do NASF e ESF estão mais direcionadas a cura, reabilitação e tratamento. E a depender da necessidade do paciente, o profissional do NASF faz a intervenção orientando ou encaminhando para outro serviço da rede [...]” (E6 ESF_GF2).</p>
Interprofissionalidade	<p>Participação em equipe: atividades coletivas, reuniões, planejamento e organização do processo de trabalho;</p> <p>Construção de Projeto de Saúde no Território (PTS), Projeto Terapêutico Singular (PTS) e discussão de casos.</p>	<p>“Os casos que não conseguimos dar resolatividade, levamos para discussão com o NASF, dialogamos sobre outras possibilidades, às vezes construímos um PTS[...]” (E8 ESF_GF3).</p> <p>“Nos nossos atendimentos compartilhados, como a puericultura, o profissional do NASF dá as orientações ao usuário e a família. E também é uma forma de matriciamento entre nós, eNASF e eSF ” (E1_NASF).</p>

**Quadro 12-** Identificação das dimensões da integralidade, sentidos e discursos, com base nas falas dos profissionais do NASF e ESF, Recife/PE, Brasil, 2018

(Conclusão)

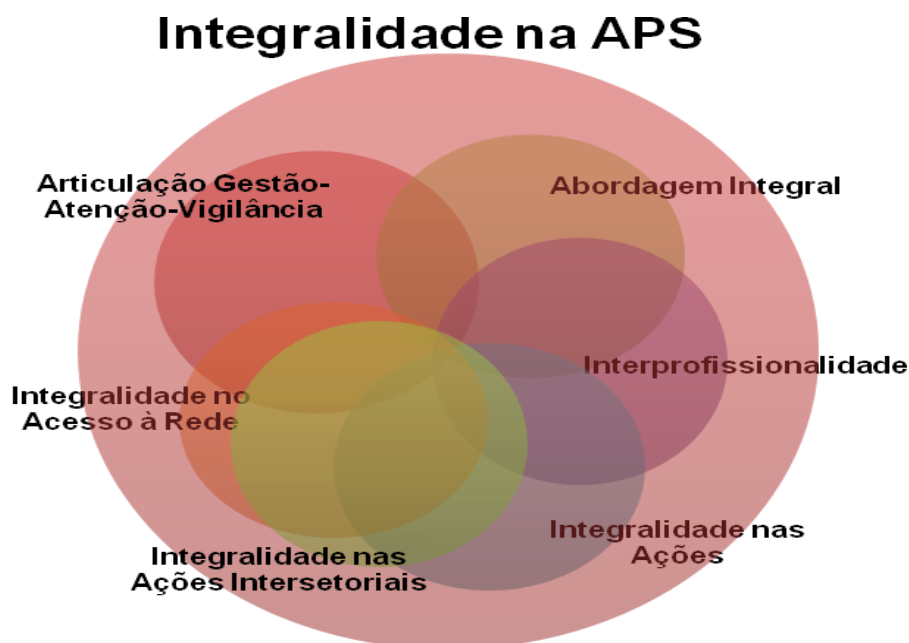
Dimensões da Integralidade	Sentido	Discursos
Integralidade no acesso à Rede	Realização de encaminhamento, discussão de casos e matriciamento em outros serviços da rede de atenção à saúde.	<p>“[...] discutimos casos de usuários da nossa área, os profissionais do CAPS AD junto e o NASF [...]” (E6_ESF_GF2).</p> <p>“[...] Tivemos um caso de uma criança com obesidade mórbida e articulamos a coordenação do distrito [...] devido a demanda de exames hospitalares [...] convidamos também a mãe da criança para juntos pactuarmos o plano de cuidado” (E1_NASF_GF1).</p> <p>“Como não temos uma rede especializada, vamos tentando se articular com os serviços disponíveis, o Napi com práticas para o alívio das dores crônicas, do bem-estar. Orientamos também o PAC, para realização de caminhada; e hidroginástica, hidroterapia, a depender das ofertas existentes no território” (E5_NASF_GF1).</p>
Integralidade nas Ações intersetoriais	<p>Realização de ações de promoção da saúde e prevenção envolvendo igrejas, escolas, creches, associação dos moradores, grupos culturais e etc.</p> <p>Realização de ações do Programa Saúde na Escola.</p>	<p>“Para desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, contamos com o apoio de Clube cultural, igrejas, Centros Sociais entre outros existentes no território [...]” (E1_ESF_GF3).</p> <p>“O NASF, a eSF, a coordenação do PSE distrital, direção da escola, planejamos um calendário anual, com programações mensais, com a inserção de todos os profissionais da equipe NASF e ESF nas atividades da escola” (E1_NASF_G1).</p> <p>“A escola identificou uma criança com importante dificuldade na aprendizagem [...] contactou o profissional do NASF [...] para avaliação da criança e responsáveis, muitas vezes a própria professora participa desse momento de orientação com a família” (E2_NASF_GF1).</p>
Articulação Gestão-Atenção-Vigilância	Sugere a inexistência de espaços dialógicos e realização de ações na comunidade de forma desarticulada pela gestão, atenção e vigilância à saúde.	Ausência de falas

**Fonte:** Autora.

**Legenda:** NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ESF= Estratégia de Saúde da Família; PE= Pernambuco; E= Entrevistado.

Perante o exposto nos produtos deste estudo e no arcabouço teórico de integralidade escolhido para subsidiar esta pesquisa, pôde-se esquematizar as dimensões da integralidade na APS conforme figura 3.

**Figura 3-** Dimensões da integralidade no contexto da APS, Brasil, 2018



Fonte: Autora.

#### **5.4 Projeto de Intervenção: Instrumento de autoavaliação da integralidade no contexto das eNASF e eSF**

O NASF emergiu frente à necessidade de ampliação da equipe da ESF e o fortalecimento das abordagens interprofissional na perspectiva da Clínica Ampliada, Apoio Matricial as equipes de referência.

De acordo com as orientações ministeriais, como integrante da APS, o NASF deve empenhar-se para qualificar e complementar o trabalho das ESF, ampliando suas ações, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, visando a construção de redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance o máximo de integralidade do cuidado físico, mental e social na atenção aos usuários do SUS (BRASIL, 2009).

Por esta concepção, a partir das informações compiladas no presente estudo, propôs-se um instrumento de autoavaliação para as equipes matriciais e de referência, que as permitam identificar as dimensões alcançadas para a consolidação da integralidade e a partir deste refletir sobre aspectos que necessitam de aperfeiçoamento no dia a dia das equipes.

O instrumento (ver apêndice E) apresenta uma lauda. Inicialmente, contém uma descrição que visa explicar sobre a forma de utilização do mesmo e, em seguida, tem uma figura contendo 11 (onze) questões que podem ser dificultadoras ou facilitadoras da concretização da integralidade em saúde.

Cada questão deve ser pontuada numericamente, numa escala que varia de 1 (um) a 10 (dez). Quanto menor a pontuação atribuída pelos respondentes, o aspecto tende a ser mais desfavorável ao contexto de saúde para a garantia da integralidade nas suas variadas dimensões.

Conforme pactuado com a gerência distrital do território pesquisado, propôs-se apresentar os resultados da pesquisa a todos os profissionais do NASF e ESF do DS VII, como pauta da reunião territorial. No momento, cada profissional receberá uma cópia do instrumento, para acompanhar a explicitação sobre a utilização. Em seguida, no debate, poderão apreciar a proposta com sugestões e críticas.

Ressalta-se que sendo utilizado periodicamente, este instrumento pode fornecer dados importantes para nortear as equipes em relação aos aspectos que necessitam ser aprimorados no processo de trabalho ou exigem mais atenção por parte dos profissionais envolvidos, instigando novas práticas que favoreçam o cuidado à saúde integral e de qualidade.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi possível analisar os grandes desafios e potencialidades postos às equipes multiprofissionais para consolidar a integralidade no cotidiano da APS.

Visto que os aspectos facilitadores e dificultadores se entrecruzam e se transformam, desconstruindo e reconstruindo cotidianamente, as ações e os saberes dos profissionais envolvidos na sua execução, em meio ao contexto político institucional, precarização de vínculos e a história de vida destes atores.

Verificou-se o incremento de ações do NASF que perpassa a educação permanente em saúde, a organização do trabalho junto às equipes da ESF, atendimento compartilhado, educação em saúde nas atividades coletivas, qualificação de encaminhamentos, articulação com a rede, bem como a assistência focalizada na cura e reabilitação, sendo estes últimos bastante demandados pelos profissionais das equipes de referência.

Percebeu-se o excesso de eSF apoiadas por uma eNASF, externado pelas eSF, comprometendo uma atenção mais abrangente da retaguarda especializada. Na tentativa de suprir este déficit, constatou-se que as equipes de referência tentam solidificar parcerias com outros equipamentos e serviços, para executar as ações coletivas no território.

A efetivação de abrangentes ações que englobam aspectos da promoção, prevenção, atenção, manutenção e reabilitação na saúde, pelo NASF e eSF corroboram com o desenvolvimento da integralidade vistas nas dimensões: Abordagem Integral, Integralidade nas Ações, Integralidade no Acesso à Rede, Integralidade nas Ações Intersetoriais e Interprofissionalidade.

No entanto, para tal é imprescindível à integração não só dos profissionais das equipes matriciais e de referência, a fim de favorecer a realização dos atendimentos compartilhados, planejamento conjunto das ações, a partilha do trabalho ao que concernem as ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação e, como também a articulação dos parceiros da rede intra e intersetorial.

Com este estudo, detectou-se a importância do papel dos profissionais do NASF e ESF no exercício da preceptoria e testemunhou-se a atuação da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família, impulsionando novas práticas nas

equipes, condizentes com as proposições e necessidades do SUS, potencializando o fazer cotidiano na ESF.

Salienta-se a necessidade de qualificação profissional para a prática docente em serviço, convergindo no trabalho colaborativo interprofissional e interdisciplinar, no contexto de uma concepção ampliada da saúde, na perspectiva da integralidade e comungando com as mudanças impostas no cotidiano do SUS.

Identificou-se a intervenção do NASF no acolhimento como uma prática exitosa pelos profissionais da eSF, contudo, suscita-se a necessidade de diálogo entre as equipes e gestores para refletirem sobre a experiência vivenciada e traçar possibilidades e estratégias, como sensibilização dos profissionais, elaboração de protocolos e fluxogramas que direcionem e ordene o cuidado a partir do acolhimento, potencializando o vínculo, responsabilização dos profissionais e acesso do usuário no sistema.

Constatou-se que as ações de promoção e prevenção da saúde na ESF fazem parte do escopo de ações da equipe de retaguarda especializada, e encontra-se no elenco de ações campo comuns a todos os profissionais inseridos neste Núcleo. No entanto, no cotidiano da ESF estas ações são suprimidas pela lógica reprimida do sistema, que atrai os profissionais para atuar mais em função do aspecto curativo, favorecendo a hegemonia do modelo biomédico, balizando, a práticas isoladas de atenção à saúde.

Ademais, detectou-se que algumas atividades coletivas, denotam a visão reduzida da promoção da saúde, algumas vezes relacionado à prevenção de doenças e agravos e a ações focalizadas em temáticas específicas e verticalizadas.

As práticas realizadas pelas equipes envolvidas nesta pesquisa referem-se, essencialmente, ao campo de desenvolvimento de habilidades pessoais, não se configura em ações de promoção da saúde, visto que esta última perpassa o escopo da ESF. Não obstante, estas equipes atuantes na APS tem grande potencial para mobilizar a comunidade incrementar a promoção da saúde em sua essência.

Frente ao exposto, defende-se o diagnóstico da saúde da população do território como uma ferramenta importante para o NASF e eSF desenvolverem ações propriamente de Promoção da Saúde, focalizadas na qualidade de vida.

Esta pesquisa explicitou um importante distanciamento no desenvolvimento da integralidade referente à dimensão Articulação Gestão-Atenção-Vigilância. Partindo do princípio que ações na ESF sejam delineadas de acordo com as



necessidades de saúde do território, infere-se que a ausência do planejamento por estes atores podem configurar uma assistência focalizada pela demanda espontânea, fomentando uma prática curativista.

Percebeu-se a potencialidade do NASF na construção da integralidade, referente às dimensões Integralidade no Acesso à Rede, Integralidade nas Ações Intersetoriais, integrando a ESF com serviços da RAS e com serviços de outros setores como: educação, assistência social, saneamento, cultura, frente aos casos que extrapolam o elenco de ações deste nível de atenção. Além disso, apontou-se a qualificação dos encaminhamentos para outros serviços, pela equipe NASF, corroborando com a continuidade do cuidado para além da ESF.

Sobre as ações identificadas na equipe de retaguarda especializada, neste estudo, que além das dimensões do apoio matricial, clínicos assistenciais e técnicos pedagógicos evidenciadas na literatura, nomeou-se uma terceira dimensão, a bidimensional, referindo a ações que transcorrem ambas vertentes, como grupos terapêuticos e grupos de educação em saúde, ações educativas, de rastreamento e de prevenção nas escolas e creches, ações intersetoriais nos grupos e no território, reunião com a comunidade, articulação da rede, matriciamento, elaboração de PTS e discussão de casos.

Vislumbra como um potencial para materialização da integralidade, a estratégia de educação permanente em saúde, por meio do apoio matricial, fortalecendo o saber e o fazer cotidiano na ESF, em meio à complexidade do processo saúde doença do indivíduo, família e comunidade.

Evidenciou-se que grande parte das dificuldades que envolvem a operacionalização do trabalho das eNASF e eSF, no desenvolvimento da integralidade está relacionada com a fragilidade dos processos de formação profissional e educação permanente, ou seja o descompasso da formação profissional ao perfil profissional condizentes com a proposta da APS, caracterizando-se como como um imponente entrave para uma prática mais integral no contexto de trabalho da ESF.

Tais problemáticas refletem na tendência à fragmentação do trabalho, com predomínio de ações nucleares, reduzidas e focalizadas tanto no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde, quanto de cura e reabilitação, pela equipe de retaguarda especializada e de referência, comprometendo o trabalho

interdisciplinar, que rescinde a integralidade vista nas suas dimensões Abordagem integral, Interprofissionalidade; e Integralidade nas ações.

Reforça-se a emergência de uma revisão crítica dos processos educativos e formativos que vêm sendo disponibilizados por Instituições de Ensino Superior na formação de profissionais da saúde, condizentes com as normativas do NASF que preconiza o desenvolvimento do trabalho interprofissional. Aponta-se como estratégia a utilização de metodologias ativas no processo ensino aprendizagem, como recomenda a Política de Educação Permanente em Saúde.

Destacou-se como ponto dificultador da integralidade, na dimensão Abordagem Integral, o entendimento equivocado e reduzido dos profissionais sobre participação popular, concebendo como a adesão às atividades coletivas em grupo. Tal entendimento impossibilita os profissionais da equipe de retaguarda especializada de exercer o estímulo e fortalecimento do controle social, para estruturar um SUS participativo e comprometido com a qualidade de vida e saúde do usuário.

Para a efetivação da integralidade, além dos limites expostos quanto à formação e integração dos profissionais, testificou-se a deficiência da rede de atenção e fragilidade na linha de cuidado no território, comprometendo a Integralidade no Acesso à Rede e Integralidade nas Ações Intersetoriais. Todavia, os desfechos deste estudo apontam que na saúde mental, a integralidade vista nas dimensões supracitadas, estão começando a se corporificar.

Como produto relevante desta pesquisa, com base nos achados, construiu-se um instrumento de autoavaliação que pode contribuir, para os profissionais da ESF e NASF, refletirem e dialogarem sobre o fazer cotidiano, repensar e dedicar-se à idealização de novas práticas na APS, articulando parcerias intra e intersetorial que favoreçam o desenvolvimento da integralidade, nas distintas dimensões.

Para tal, é importante que os recursos de cada território sejam apreciados e que parcerias sejam constituídas para proporcionar uma atenção conectada às necessidades da população, favorecendo a materialização da integralidade do cuidado.

Como limitações deste estudo, a proximidade da pesquisadora que realizou as observações (NRNTVS), também atuante na rede de serviços do município, pode ter acarretado irreais expectativas dos profissionais sobre os possíveis efeitos da pesquisa no seu trabalho e no seu comportamento durante as atividades. Todavia,

essa proximidade pode estar relacionada também à boa receptividade das equipes dos núcleos e das USF na realização da pesquisa.

Contudo, as entrevistas foram realizadas por outros pesquisadores do grupo de pesquisa AcesSUS para amenizar possíveis constrangimento dos entrevistados e induzir mudanças nas informações dadas durante as entrevistas.

Em suma, consideram-se os resultados relevantes, visto que, ao analisar o caminhar do NASF nas seis dimensões da integralidade propostas neste estudo, revelou-se entraves e potenciais horizontes para ampliar e intensificar as ações das eSF.

Em caráter acadêmico, possibilita várias produções científicas, cooperando para reduzir as lacunas existentes na literatura atual sobre o tema.

No âmbito do trabalho em saúde, apresenta possibilidades de contribuir na gestão do processo de trabalho, subsidiadas pelo instrumento de autoavaliação, a fim de deflagrar novas práticas, que conduzam os profissionais no desenvolvimento do cuidado integral, favorecendo um sistema de saúde mais humano e de qualidade.

Frente ao exposto, vislumbra-se a realização de novos estudos, na perspectiva de analisar as possíveis transformações no contexto de trabalho das equipes envolvidas, frente à implantação do instrumento de autoavaliação da integralidade.

Por fim, propõem-se também novos estudos que possibilitem analisar o papel da residência no processo de indução e melhoria das práticas das equipes matriciais e de referência.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. B.; COSTA, N. M. S. C. Formação e atuação de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.28, n.2, p. 207-216, abr. 2015.
- ALBUQUERQUE, M. A. N. et al. Contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto ao princípio da integralidade. 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. **Atas CIAIQ**, Porto, v.1, n.2, p. 1482-1491, 2016. Disponível em: < <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/issue/view/13>> Acesso em: 15 nov. 2017.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.15, p. 259-274, ago. 2004.
- ALVES, M. A.; RIBEIRO, F.F.; SAMPAIO, R. F. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.23, n.2, p.185-192, jun. 2016.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.39-52, fev. 2005.
- ANDRADE, L. O. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 847-902.
- ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v.37, n.99, p. 672-680, dez. 2013.
- ARAUJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.31, n.1, p. 20-31, jun. 2014. Disponível em: < [https://www.medicina.ufg.br/up/148/o/FORMACAO\\_DE\\_PROFISSIONAIS\\_DE\\_SAUDE\\_NA\\_PERSPECTIVA\\_DA\\_INTEGRALIDADE.pdf](https://www.medicina.ufg.br/up/148/o/FORMACAO_DE_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_NA_PERSPECTIVA_DA_INTEGRALIDADE.pdf) > Acesso em: 07 fev. 2018.
- ARAUJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, Sobral, v.2, n.25, p. 461-468, 2013.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.16, n.40, p. 67-82, 2012.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.9, p. 2847-2856, set. 2015.

BERNARDES, R. Trabalho: a centralidade de uma categoria analítica. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.8, n.4, p. 33-41. 1994.

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**, Juiz de Fora, v.17, n.2, p. 195-203, abr./jun. 2014.

BRANDÃO, G. C. G.; OLIVEIRA, M. A. de C. O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande - PB, Brasil, na perspectiva da educação permanente em saúde. **Indagatio Didactica**, Aveiro, v.5, n.2, p. 825–835, 2013. Disponível em: < <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2493/2361> > Acesso em: 08 abr. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 7 abr. 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília, DF, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.28).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília, DF, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n.27).

BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família– volume I: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, DF, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n.39).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011a. Disponível: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2016.html)> Acesso em: 5 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília, DF, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 3 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html). Acesso em: 9 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: Norma Operacional da Assistência à Saúde**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao\\_assist\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao_assist_saude.pdf)>. Acesso em: 9 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PORTARIA-825.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clinica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2017

BRITO-SILVA, K. et al . Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-248, abr. 2014.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZRESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 19-42.

CABRAL, D. L. **Resolutividade Clínico-Assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: construção de um instrumento de medida para avaliação e monitoramento. 2017. 154 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

CARVALHO, M. R. **Modelos assistenciais de unidades básicas e integralidade**. Estudo de caso: a área de planejamento 3.1 (RJ/RJ), contribuição para sua distritalização. 1991. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 455-481, jun. 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1400-1410, out. 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECILIO, L. C.O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINEIRO, R; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CECILIO, L. C.O.; REIS, A. A. C. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam! **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.8, p. 1-3, 20 ago. 2018.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v.20, n.1, p. 31-39, 2015.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p. S7-S16, 2008.

CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Saúde em Debate**, Londrina, v.41, n. esp., p. 345-359, 2017.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, Londrina, v.38, n.103, p. 733-743, 2014.

CRUZ, P. J. S. et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.4, p. 1087-1100, dez. 2012.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p. 961-970, 2011.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Promoção e Prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap.2, p. 43-58.

DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M. (Org.). **Saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 44-66.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, Londres, v.19, n.1, p. 8-20, maio 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096142>>. Acesso em: 22 set. 2017.

DESLANDES, S. F.; MENDES, C. H. F.; LUZ, E. S. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 865-874, mar. 2014.

DUARTE, W. B. A.; FALCÃO, T. M. L.; BELTRÃO, A. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica. **Saúde em Debate**, Londrina, v.41, n.115, p. 1061-1074, dez. 2017.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.1, p. 126-134, dez. 2012.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.2, p. 429-439, jun. 2010.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde em Debate**, Londrina, v.38, p. 13-33, out 2014.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.38, n.2, p. 129-138, 30 jun. 2014.



FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1869-1878, jun. 2015.

FEUERWERKER, L. C. M; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 965-971, ago. 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.2, n.3, p. 51-71, ago. 1998.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910. (Bulletin, 4).

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, Londrina, v.40, n.110, p. 64-80, jul./set. 2016.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FREIRE, S. **Análise de Discurso**: Procedimentos metodológicos. Scotts Valley: Createspace Independent Publishing Platform, 2014. E-book

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **Uma Atenção Primária forte no Brasil**: Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família. Madri: Equipe Cesca, 2012. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal\\_portugues.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf)>. Acesso em: 5 out. 2016.

GONÇALVES, R. M. A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.40, n.131, p. 59-74, jun. 2015.

GRAN BRETANA. Ministerio de Salud. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS; Geneve: OMS, 1964. (Publicación científica n. 93).

GUARDA, F. R. B. et al. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. **Revista Pan-amazônica de Saúde**, Ananindeua, v.5, n.4, p. 63-74, dez. 2014. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232014000400008](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000400008)> Acesso em: 25 ago. 2017

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP),

Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p. 3561-3571, ago. 2014.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.8, p. 1-13, 2016.

KERCHER, P. V. *et al.* O Projeto Terapêutico Singular como dispositivo de promoção da integralidade do cuidado em um serviço de emergência. In: FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F.; FARJADO, A. P.; DALLEGRAVE, D.; ROSSONI, E.; PASINI, V. L.; SONAGLIO, R. G. (Org.). **Residências e a educação e ensino da saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho**. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 127-132.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.22, n.3, p. 263-269, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46444>> Acesso em: 27 nov. 2016.

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

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p. 867-874, dez. 2011.

LEITE, D.F.; NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 507-525, 2014.

MACEDO, M. A. V. *et al.* Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v.15, n.30, p. 194-211, 2016.

MACINKO, J; MENDONÇA, C. S.. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 42, n. 1, p.18-37, set. 2018.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS: IMS, UERJ, 2006. p. 51-64.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família : integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.19, n. 2, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14030>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATUDA, C.G. et al. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.8, p. 2511-2521, 2015.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.12, n.2, p. 204-213, 2009.

MENDES, E.V. A Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde. In: MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. p. 19-44.

MENDES, E. V. A APS no Brasil. In: MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012a. p. 71-137.

MENDES, E. V. Os níveis 1 e 2 do modelo de atenção às condições crônicas na APS: as intervenções de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde. In: \_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2012b. p. 177-233.

MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.8, n.2, p. 218-219, jul./dez. 2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, Londrina, v.27, n.65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MERHY, E. E. ; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO M. C. S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MOLINI-AVEJONAS, D. R. et al. Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Communication Disorders, Audiology and Swallowing**, São Paulo, v.26, n. 2, p.148-154, abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S2317-17822014000200148](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S2317-17822014000200148)> Acesso em: 27 nov. 2016.

MOURA, R. H. et al. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 1, p.957-970, dez. 2014.

NASCIMENTO, C. M. B. N. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise da atenção à saúde em municípios da Região Metropolitana do Recife**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

NOGUEIRA, R. P., As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

OLIVEIRA, F. R. L. **A integração das ações no campo da saúde mental entre a estratégia de saúde da família e o núcleo de apoio à saúde da família: desafios para uma prática interdisciplinar**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

OLIVEIRA, I. F. et al. The role of the psychologist in NASF: challenges and perspectives in primary health care. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n.1, p. 291-304, 2017.

OLIVEIRA, L. C. et al. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.18, n.2, p.1389-1400, dez. 2014.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma Ata. **Declaração de Alma**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/sala5575.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2016

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Londrina, v.36, n.94, p. 343-347, set. 2012.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p.1723-1728, jun. 2018.

PANIZZI, M. *et al.* Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Londrina, v.41, n.112, p.155-170, mar. 2017.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 75-91, mar. 2003.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 234-249.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A. G. Integrality in the population's health care programs. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 343-349, abr. 2007.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, CEPESC: ABRASCO, 2008. p. 39-58.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html?>>. Acesso em: 20 out. 2016.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 9-36.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1903-1914, jun. 2018.

PONTE, H. M. S.; OLIVEIRA, L. C.; ÁVILA, M. M. M. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). **Saúde em Debate**, Londrina, v.40, n.108, p. 34-47, mar. 2016.

QUEIROZ, D. T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 276-283, abr./jun. 2007.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Referências Básicas para a Atuação do Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Cidade do Recife**. Recife: Gerência da Atenção Básica, Coordenação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, 2016.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Recife, 2017.

REIS, M.L. et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p.1-9, 2016.

RIBEIRO, C. **A Integralidade e seus percursos no SUS**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

RIBEIRO, H.M.C.B. et al. Representações sociais de profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família sobre interdisciplinaridade. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 97-115, 2015.

RODRIGUES, D. C. M.; BOSI, M. L. M. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.27, n.6, p. 735-746, dez. 2014.

RODRIGUES, J.; DESCHAMPS, A. Política de saúde mental e projeto terapêutico singular. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.17, p. 78-92, abr. 2016. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3024>>. Acesso em: 18 Jan. 2018.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Londrina, v.37, n.96, p. 139-147, mar. 2013.

SANTANA, J. S. et al. Center for family health support: team performance at the family health strategy. **Revista online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 2362-2371, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3790> >. Acesso em: 30 mar. 2016

SANTOS, M. C. et al. Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF):: Importância da Qualificação Profissional. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.8, n.2, p. 60-69, maio/ago. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265352024007>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

SANTOS, N. R. N. T. V.; **Encontro do grupo de yoga**, Recife, 2017. 1 fotografia color.

SANTOS, N. R. N. T. V. **Matriciamento e encontro do grupo de gestantes e mulheres**. Recife, 2017. 1 fotografia color.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. **Saúde em Debate**, Londrina, v.41, n.114, p. 694-706, set. 2017.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.28, n.11, p. 2076-2084, nov. 2012.

SILVA, K. L. et al. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p.4361-4370, nov. 2014.

SILVA, M. T.; LANCMAN, S.; ALONSO, C. M. C. Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.1, p. 36-42, 2009.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. O acolhimento e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: fragmentos, perspectivas e reflexões. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.10, n.34, p. 1-7, mar. 2015. Disponível em: < <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1010> >. Acesso em: 15 nov. 2017.

SOUSA, D.; OLIVEIRA, I. F.; COSTA, A. L. F. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Psicologia Usp**, São Paulo, v.26, n.3, p. 474-483, dez. 2015.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1283-1293, 2014.

SOUSA, F. O. S. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.25, n.2, p. 221-228, 2011. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469> > Acesso em: 15 dez. 2016.

SOUZA, M. C. et al. Fisioterapia, cuidado e sua práxis no núcleo de apoio à saúde da família. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v.16, n.2, p. 67-76, jun. 2015. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/299595697\\_Fisioterapia\\_cuidado\\_e\\_sua\\_praxis\\_no\\_nucleo\\_de\\_apoio\\_a\\_saude\\_da\\_familia](https://www.researchgate.net/publication/299595697_Fisioterapia_cuidado_e_sua_praxis_no_nucleo_de_apoio_a_saude_da_familia)>. Acesso em: 24 mai. 2017.

SOUZA, T. T.; CALVO, M. C. M. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.4, p. 976-987, 2016.

SOUZA, J. et al. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19,

n.1, p. 140-147, 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_19.pdf) > Acesso em: 14 jan. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2004.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface**, Botucatu, v.19, n.55, p. 1089-1100, dez. 2015.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 133-141, mar. 2013.

VOLPONI, P. R. R.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v.39, n. esp., p. 221-231, 2015.

VUORI, H. Primary health care in Europe: problems and solutions. **Community medicine**, Oxford, n.6, p. 221-231, 1984.

VUORI, H. The role of schools of public health in the development of primary health care. **Health Policy**, Amsterdam, n.4, p. 221-230, 1985.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Profissional da saúde,

Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise sobre as dimensões da integralidade ” de autoria de Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos Santos, sob orientação da professora Paulette Cavalcanti de Albuquerque, vinculada ao Instituto Aggeu Magalhães(IAM) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A pesquisa tem como objetivo analisar o desenvolvimento das ações do NASF na perspectiva da integralidade da atenção à saúde em. Você foi selecionado(a), pois representa um sujeito fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o Serviço ao qual representa.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar participar de grupo focal onde buscaremos discutir e refletir sobre a atuação do NASF. O risco da sua participação é o de constrangimento, devido ao fato de se discutir o desenvolvimento do seu processo de trabalho e de outros profissionais que atuam com você. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre como vem se dando as ações do NASF frente ao seu objetivo de ampliar a integralidade na Atenção Primária à Saúde, além da contribuição acadêmica.

A discussão do grupo será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo no apoio a gestão e aos profissionais da saúde no que refere a organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF na rede de atenção a saúde do Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, Uma cópia deste termo de consentimento será fornecida ao Sr(a) e a outra ficará em posse da pesquisadora. Caso

sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com pesquisadora mestranda Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos Santos ou com a sua orientadora Paulette Cavalcanti pelo telefone (81) 2101-2500, e-mail: [naerciaranuzia@gmail.com](mailto:naerciaranuzia@gmail.com) ou no endereço do CPqAM [paulette@cpqam.fiocruz.br](mailto:paulette@cpqam.fiocruz.br).

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento, que tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, que estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do Entrevistador \_\_\_\_\_

Data

Testemunha 1 \_\_\_\_\_

Testemunha 2 \_\_\_\_\_

## APENDICE B – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS NASF

### ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS NASF

Pesquisa- Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise sobre as dimensões da integralidade ”

Facilitadoras:

Local:

Data da realização: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS NASF

1. Como o trabalho do NASF é desenvolvido neste território? (quais profissionais compõe a eNASF, quantas equipes eSF apoiam, maiores demandas e etc.)
2. Que ações vocês relacionariam mais à promoção e prevenção da saúde realizadas no cotidiano do NASF? (como é feito o planejamento e implementação, como são escolhidas as temáticas, quais os atores que participam dessas ações, onde são realizadas/espacos).
3. Que ações vocês relacionariam mais à cura e reabilitação realizadas no cotidiano do NASF? Que atores participam do planejamento e implementação? (como é feito o planejamento e implementação, como são escolhidas as temáticas, quais os atores que participam dessas ações, onde são realizadas/espacos).
4. Como se dá o desenvolvimento dessas ações junto as eSF?
5. As ações são desenvolvidas de forma intersetorial? Com quais setores? Como eles participam da realização dessas ações? Cite um exemplo de uma ação já realizada.
6. Vocês consideram que já realizaram algum Projeto de Saúde do Território?
7. Como são realizados os Projetos Terapêuticos Singulares? Como os acompanham?
8. O NASF tem trabalhado o estímulo a participação popular no território? Como?
9. Como a atuação do NASF contribui para ampliar a integralidade na APS? (quais as atividades realizadas contribui mais com a integralidade na APS? Por quê?)
10. O NASF apoia a articulação entre as eSF e os serviços especializados? Como?
11. Quais os obstáculos enfrentados pelas equipes para concretização da integralidade?
12. Que fatores vocês identificam como facilitadores para concretização da integralidade?
13. Relate um caso que a equipe considera que mais se aproxima com o princípio da integralidade.

## APENDICE C – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS ESF

### ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS ESF

Pesquisa- Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise sobre as dimensões da integralidade ”

Facilitadoras:

Local: \_\_\_\_\_

Data da realização: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DA ESF

1. Como o trabalho da ESF é desenvolvido neste território? (quais profissionais compõem a USF, quantas equipes, população de cobertura, maiores demandas e etc.)
2. Que ações de promoção e prevenção da saúde são realizadas no cotidiano da ESF junto com o NASF? (como é feito o planejamento e implementação, como são escolhidas as temáticas, quais os atores que participam dessas ações, onde são realizadas/espacos).
3. Que ações de cura e reabilitação são realizadas no cotidiano da ESF junto ao NASF? Que atores participam do planejamento e implementação? (como é feito o planejamento e implementação, como são escolhidas as temáticas, quais os atores que participam dessas ações, onde são realizadas/espacos).
4. As ações são desenvolvidas de forma intersetorial? Com quais setores? Como eles participam da realização dessas ações? Cite um exemplo de uma ação já realizada.
5. A equipe tem trabalhado o estímulo a participação popular no território? Como? E o NASF, como tem participado?
6. Como a atuação do NASF contribui para ampliar a integralidade na APS? (quais as atividades realizadas contribui mais com a integralidade na APS? Por quê?)
7. O NASF apoia a articulação entre as eSF e os serviços especializados? Como?
8. Quais os obstáculos enfrentados pelas equipes para concretização da integralidade junto ao NASF?
9. Que fatores vocês identificam como facilitadores para concretização da integralidade junto ao NASF?
10. Relate um caso que a eSf junto ao NASF considera que mais se aproxima com o princípio da integralidade.

## APÊNDICE D - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

### ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

Local:

Data:

Horário:

Ações individuais	Profissionais participantes da eNASF	Profissionais participantes da eSF
Atendimento clínico		

Ações compartilhadas	Profissionais participantes da eNASF	Profissionais participantes da eSF
Ações compartilhadas no território	Profissionais participantes da eNASF	Profissionais participantes da eSF
Apoio aos grupos		
Trabalhos educativos no território		
Reunião com a comunidade		
Visitas domiciliares		

Ações compartilhadas	Profissionais participantes da eNASF	Profissionais participantes da eSF
Ações clínicas compartilhadas		
Atendimento conjunto presencial/ apoio por telefone		
Construção de PTS ou PST		
Discussão de casos clínicos na USF		
Discussão de casos em serviço de referência/ intersetorial		
Discussão sobre processo de trabalho		
Matriciamento/atividade de EPS		

**Observações gerais:**

## APÊNDICE E - Instrumento de autoavaliação da integralidade no contexto das equipes NASF e ESF



O instrumento de autoavaliação abaixo deve ser usado pelas equipes de referência e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família com o objetivo de qualificar as dificuldades ou facilidades encontradas no cotidiano de trabalho. ;

- Por favor, leia cada questão com atenção. É importante que responda todas elas, de forma individual. Não precisa se identificar;
- Observe que existe uma escala numérica que varia de 1 (um) a 10 (dez). Quanto mais próxima de 1, pior a dificuldade enfrentada pelas equipes;
- Então, você deve marcar, com um "X", apenas um dos números. Aquele que, na sua percepção, representa o que é vivenciado;
- Se você não estiver certo(a) da resposta, pergunte a si mesmo(a) se isso acontece na maioria das vezes;
- Para ter uma avaliação coletiva, um dos profissionais deve recolher as autoavaliações, fazer o somatório de cada item e dividir pelo número de participantes, obtendo assim a pontuação média por questão. Os resultados devem ser apresentados e discutidos pelos profissionais envolvidos.

Questão desfavorável	Dificuldades					Facilidades					Questão favorável	Dimensões da Integralidade	
	← Pior					Melhor →							
Trabalho uni-profissional											0	Trabalho interprofissional	AI-IP
Olhar fragmentado											0	Olhar ampliado para o cuidado	AI-IP
Não cumprimento de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação											0	Desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação	AI-IA
Ausência de reunião para organização											0	Reunião para organização das atividades e processo de trabalho (eNASF e eSF)	IP-IAI
Ausência de reunião ou encontros periódicos											0	Reunião entre representantes da gestão, atenção e vigilância à saúde	AGAV
Ausência de diálogo que favoreça a educação permanente/ trocas											0	Encontro periódico para discussões de casos e processo de trabalho.	IP
Inexistência de PTS											0	Realização de PTS	AI-IP-IA-AGAV-IAR-IAI-
Inexistência de PST											0	Realização de PST	AI-IP-IA-AGAV-IAR-IAI-
Falta de articulação com demais níveis de atenção											0	Articulação com todos os níveis de atenção	IAR
Falta de articulação com equipamentos intersetorial											0	Articulação com equipamentos intersetorial	AI-IP-IA-AGAV-IAR-IAI-
Ausência de atividade preceptoria											0	Exercício da preceptoria	AI-IP-IA--IAR-IAI-

**Legenda:** eSF= equipe de Saúde da Família; NASF=Núcleo de Apoio à Saúde da Família; AI=Abordagem Integral; IA= *Integralidade nas ações*; IP=Interprofissionalidade; IAR =Integralidade no acesso à Rede; IAI=Integralidade das Ações Intersetoriais; AGAV=Articulação Gestão- Atenção-Vigilância.

## ANEXO A - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

	<b>CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES/</b>													
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>														
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>														
<b>Título da Pesquisa:</b> NASF: UMA AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE, RESOLUTIVIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO														
<b>Pesquisador:</b> PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE														
<b>Área Temática:</b>														
<b>Versão:</b> 2														
<b>CAAE:</b> 53408516.1.0000.5190														
<b>Instituição Proponente:</b> FUNDACAO OSWALDO CRUZ														
<b>Patrocinador Principal:</b> MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO														
<b>DADOS DO PARECER</b>														
<b>Número do Parecer:</b> 1.615.740														
<b>Apresentação do Projeto:</b>														
Este estudo buscará discutir o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) a partir de um estudo de múltiplos casos, com abordagem metodológica qualitativa e quantitativa, utilizando coleta de dados primários das ações desenvolvidas pelas equipes, grupos focais e entrevistas. Utilizará, como áreas de estudo, os municípios de Camaragibe, Recife e Caruaru. Os sujeitos participantes da pesquisa serão os profissionais e usuários do NASF e profissionais dos serviços de referência, além de profissionais da ESF.														
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>														
Geral: Avaliar a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, segundo seus objetivos de integralidade, ampliação da resolatividade e fortalecimento da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde.														
Específicos:														
a) Descrever o elenco e o quantitativo de atividades realizadas pelo Nasf e o perfil dos usuários atendidos;														
b) Analisar a percepção dos profissionais das EqSF, do Nasf e dos serviços de referência sobre a atuação do Nasf e a ampliação da resolatividade;														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3"><b>Endereço:</b> Av. Prof. Moraes Rego, s/nº</td> </tr> <tr> <td><b>Bairro:</b> Cidade Universitária</td> <td><b>CEP:</b> 50.670-420</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>UF:</b> PE</td> <td><b>Município:</b> RECIFE</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Telefone:</b> (81)2101-2639</td> <td><b>Fax:</b> (81)2101-2639</td> <td><b>E-mail:</b> comiteetica@cpqam.focruz.br</td> </tr> </table>			<b>Endereço:</b> Av. Prof. Moraes Rego, s/nº			<b>Bairro:</b> Cidade Universitária	<b>CEP:</b> 50.670-420		<b>UF:</b> PE	<b>Município:</b> RECIFE		<b>Telefone:</b> (81)2101-2639	<b>Fax:</b> (81)2101-2639	<b>E-mail:</b> comiteetica@cpqam.focruz.br
<b>Endereço:</b> Av. Prof. Moraes Rego, s/nº														
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária	<b>CEP:</b> 50.670-420													
<b>UF:</b> PE	<b>Município:</b> RECIFE													
<b>Telefone:</b> (81)2101-2639	<b>Fax:</b> (81)2101-2639	<b>E-mail:</b> comiteetica@cpqam.focruz.br												



CENTRO DE PESQUISAS  
AGGEU MAGALHÃES/



Continuação do Parecer: 1.615.740

- c) Analisar o papel do Nasf no fortalecimento da coordenação do cuidado das EqSF;
- d) Construir um Instrumento de medida para avaliação do processo de trabalho e da resolutividade do Nasf;
- e) Verificar a validade de conteúdo do Instrumento proposto.

**avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios foram devidamente descritos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto bem estruturado e de relevância Inquestionável.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O referido projeto apresentou todas as documentações e informações exigidas e necessárias para o entendimento do estudo.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O referido projeto, nesta versão, cumpriu com todas as exigências geradas no último parecer do CEP/CPqAM.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_662232.pdf	16/06/2016 18:44:11		Aceito
Outros	Carta de Resposta às Pendências.pdf	16/06/2016 18:43:36	Aline Cavalcante de Lira	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



## ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA DO  
**RECIFE**  
SECRETARIA DE SAÚDE

### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Dinalva Lacerda Cabral**, pesquisadora do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, a desenvolver pesquisa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **‘Núcleo de apoio à Saúde da Família: Avaliação da Integralidade, Resolutividade, Coordenação do Cuidado e Construção de Indicadores para Monitoramento’**, sendo orientada por Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em Compact Disk (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 13 de julho de 2015.

Atenciosamente,

  
**Juliana Ribeiro**

Chefe da Divisão de Educação na Saúde

**Juliana Ribeiro**  
Divisão de Educação na Saúde  
DSE/SECRETARIA SAUDE/PCB  
Matrícula nº 93.796-6