



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

Thaís do Socorro da Luz Silva

Perspectivas de integralidade em saúde na percepção de
profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
e usuários da equipe de estratégia Saúde da Família no município de
Belém

Belém/PA
2018

Thaís do Socorro da Luz Silva

Perspectivas de integralidade em saúde na percepção de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e usuários da equipe de estratégia Saúde da Família no município de Belém

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão em Saúde

Orientador: Dr. Marcos Valério Santos da Silva

**Belém/PA
2018**

Thaís Do Socorro Da Luz Silva

Perspectivas de integralidade em saúde na percepção de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e usuários da equipe de estratégia Saúde da Família no município de Belém

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Pará.

Aprovada em: ___/___/___

Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva – Orientador UFPA

Profa. Dra. Denise da Silva Pinto

Profa. Dra. Ilma Pastana Ferreira

Profa. Dra. Tânia Alves Amador – Suplente

À **Deus e Nossa Senhora de Nazaré**, por sempre me conceder sabedoria em cada escolha, coragem para acreditar, força para persistir e proteção para me amparar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao **Profº Dr. Marcos Valério Santos da Silva**, por todo ensinamento (pessoais e acadêmicos), orientações, palavras de incentivo, paciência e dedicação. Você é uma pessoa ímpar, tenho orgulho em dizer que um dia tive sua orientação.

Aos meus pais **Conceição** e **José Walter**, pelo amor e toda dedicação na minha formação.

Às minhas irmãs **Tatiani**, **Taciana** e **Tatiara**, minha sobrinha **Raphaella** e minha prima **Suely** pelo amor, confiança e apoio de todos os momentos, vocês são a minha inspiração.

Aos mestres do **PPGSAS**, por todos os ensinamentos e contribuições durante esses dois anos de curso que tanto me ajudaram em minha caminhada profissional e pessoal.

À minha querida amiga **Gilza Miranda**, obrigada por TUDO. Por toda disponibilidade e incansável ajuda, por ter sido meu suporte nos momentos mais difíceis. Sua amizade foi essencial nesta conquista.

Aos meus colegas de turma pelo companheirismo e parceria fundamentais no decorrer dessa etapa, em especial à **Roseane**, **Marluce** e **Alisson**.

Às minhas grandes amigas **Nathália Bastos**, **Íris Castro** e **Gabriela Ribeiro**, obrigada pelo incentivo, força e por vocês torcerem junto comigo nessa jornada.

Às **equipes Nasf-AB** que me acolheram tão gentilmente durante a coleta de dados, muito obrigada.

Às **colaboradoras** que amavelmente aceitaram participar desta pesquisa. Obrigada por compartilhar suas experiências e engrandecer os resultados.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste projeto, muito obrigada.

Faz o que podes e reza pelo que não podes, para que Deus permita que o possas.

Santo Agostinho

RESUMO

SILVA, T.S.L. Perspectivas de integralidade em saúde na percepção de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e usuários da equipe de estratégia Saúde da Família no município de Belém. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará, Belém – Pará, 2018.

Desde a sua criação o SUS vem mostrando significativos avanços, entre os quais a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada como modelo prioritário de reorganização da atenção primária em saúde no Brasil. Em janeiro de 2008, foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf) para a ampliação, aumento da resolutividade e integralidade dos cuidados em saúde, posteriormente foi denominado Núcleo ampliado de Saúde da Família (Nasf-AB). O Nasf-AB atua em um determinado número de eSF, sendo constituído por profissionais de diversas áreas do conhecimento para atuarem no apoio e em parceria com as eSF. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o Nasf-AB quanto os desafios para a integralidade, sob a perspectiva de profissionais de duas equipes Nasf-AB e usuários de duas ESF no Município de Belém, Estado do Pará. Tratou-se de uma abordagem qualitativa do tipo estudo de caso com observação participante. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com posterior análise de conteúdo desse material, no período de Agosto a Dezembro de 2017. Participaram nove profissionais das duas equipes Nasf-AB e nove usuários adscritos em duas eSF. Os resultados revelam que cinco dos profissionais possuem pós-graduação, mas apenas um possui especialização na área de Saúde Coletiva, indicando formação teórica específica insuficiente da equipe. No que se refere ao tempo que as usuárias participam das atividades nos grupos das equipes Nasf-AB a metade da amostra realiza as atividades durante três anos. Dentre as mudanças trazidas com a implantação da ESF relatadas pelos usuários, destacam-se a dinâmica de agendamento de consultas, melhora no acesso aos serviços de saúde, além da realização de visitas domiciliares pelos profissionais. Os profissionais demonstraram compreender a essência do princípio da integralidade de maneira crítica, enquanto bandeira de luta para modificação das práticas de saúde e consolidação do modelo assistencial. Foi identificado também que os entrevistados associaram os grupos de atividades físicas com melhoras na qualidade de vida dos usuários, além de ser considerada a principal ferramenta para se alcançar a integralidade nas práticas. Por fim, percebeu-se que as equipes Nasf-AB estudadas precisam avançar para oferecer melhores condições de trabalho aos profissionais e estimular as práticas de educação permanente em saúde, possibilitando nesse sentido a transformação das práticas profissionais.

Palavras chave: Integralidade em saúde, Atenção Primária à saúde, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

SILVA, T.S.L. Perspectivas de integralidade em saúde na percepção de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e usuários da equipe de estratégia Saúde da Família no município de Belém. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará, Belém – Pará, 2018.

Since its inception, SUS has been showing significant progress, including the creation of the Family Health Strategy (ESF), adopted as a priority model for the reorganization of primary health care in Brazil. In January 2008, the Family Health Support Center (Nasf) was created to expand, increase the resolutiveness and comprehensiveness of health care, and was later called the Expanded Family Health Center (Nasf-AB). Nasf-AB acts in a number of eSF, being made up of professionals from different areas of knowledge to act in support and in partnership with the eSF. This research aimed to evaluate the Nasf-AB regarding the challenges for comprehensiveness, from the perspective of professionals of two Nasf-AB teams and users of two ESF in Belém, Pará. This was a qualitative, case-study approach with participant observation. Semi-structured interviews were conducted from August to December 2017, and subsequently, the content analysis of this material. Nine professionals of two Nasf-AB teams and nine users of two ESF teams took part in this research. The results show that five professionals have postgraduate degrees, but only one has specialization in the area of Collective Health, indicating insufficient specific theoretical training of the team. Regarding the time that the users participate in the activities in Nasf-AB teams groups, the half of the sample has been doing activities for three years. Among the changes brought by the implementation of ESF reported by the users, the dynamics of scheduling appointments, improvement in access to health services and home visits by the professionals stand out. The professionals demonstrated to understand the essence of comprehensiveness in a critical way, as a fight flag for modifying health practices and consolidating the care model. It was also identified that the interviewees associated the groups of physical activities with improvements in the quality of life of the users, besides being considered the main tool to reach the comprehensiveness in the practices. Finally, it was noticed that the Nasf-AB teams studied need to move forward to offer better working conditions to professionals and stimulate practices of permanent education in health, making possible the transformation of professional practices.

Keywords: Integrality in Health, Primary Health Care, Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Bairros e distritos administrativos do Município de Belém.....	56
Figura 2: Distrito DAGUA.....	58
Figura 3: Palestra sobre violência doméstica para os ACS – eSF I.....	59
Figura 4: Palestra sobre violência doméstica para os ACS – eSF I.....	59
Figura 5: Grupo corpo em movimento Nasf-AB I.....	59
Figura 6: Grupo corpo em movimento Nasf-AB I.....	62
Figura 7: Grupo de atividade física Nasf-AB II.....	63
Figura 8: Grupo de atividade física Nasf-AB II.....	63

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Modalidades de Nasf-AB, conforme Portaria nº 3.124/2012.....45

Tabela 01: Caracterização dos profissionais das equipes Nasf-AB I e Nasf-AB II Distrito DAGUA, Belém do Pará 2017.....70

Tabela 02: Características dos entrevistados a nível de titulação, Belém do Pará 2017.....71

Tabela 03: Caracterização dos usuários que participam das atividades das equipes Nasf-AB I e Nasf-AB II Distrito DAGUA, Belém do Pará 2017.....72

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

AMI – Ambulatório de Medicina Integral

APS – Atenção Primária à Saúde

CEBES – Centro de Estudos Brasileiros de Saúde

CSBE – Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa

DAB – Departamento de Atenção Básica

DABEL – Distrito Administrativo de Belém

DABEN – Distrito Administrativo do Bengui

DAENT – Distrito Administrativo do Entroncamento

DAGUA – Distrito Administrativo de Guamá

DAICO – Distrito Administrativo de Icoaraci

DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro

DAOUT – Distrito Administrativo de Outeiro

DASAC – Distrito Administrativo da Sacramento

DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais

EqAB – Equipes de Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

FMUSP – Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Icsab – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

HUJJB – Hospital Universitário João de Barros Barreto

LAPPIS – Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde

MS – Ministério da Saúde

Nasf-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NHS – National Health Service

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PEA – População Economicamente Ativa

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

PST – Projeto de Saúde no Território

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SESMA – Secretaria Municipal de Belém

SF – Saúde da Família

SUAS – Sistema Único de Assistencial Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPA – Universidade Federal do Pará

UFS – Unidade Saúde da Família

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	15
2- JUSTIFICATIVA	18
3 – REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 - As concepções de modelos assistenciais em saúde	20
3.2 - Sistema Único de Saúde – SUS	23
3.3 - Os princípios e diretrizes do SUS	26
3.4 - Integralidade	30
3.5 - Os Desafios para a consolidação do SUS.....	37
3.6 – Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família	39
4- OBJETIVOS	53
4.1-GERAL	53
4.2-ESPECÍFICOS	53
5 - METODOLOGIA	54
5.1- ASPECTOS ÉTICOS	54
5.2-TIPO DE ESTUDO	54
5.3- LOCAL DO ESTUDO	55
5.3.1- Distrito DAGUA	55
5.3.2- Equipe de Saúde da família I – eSF I	59
5.3.3- Equipe de Saúde da Família II – eSF II	60
5.3.4- NASF-AB I	60
5.3.5- NASF-AB II	62
5.4- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	64
5.5- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	64
5.6- INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS	64
5.6.1- OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	66
5.6.2- DIÁRIO DE CAMPO	66
5.6.3- ANÁLISE DE DADOS	67
5.7- RISCOS E BENEFÍCIOS	69
6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
6.1- Caracterização dos sujeitos	70
6.2- As mudanças vividas: a reorganização do modelo assistencial	73
6.2.1- Sujeitos que viveram a transição	73

6.2.2- Estudaram sobre a implantação da ESF	77
6.2.3- Não possuem informações a respeito da implantação da ESF	83
6.3- CONSTRUINDO O CONHECIMENTO ACERCA DO NASF-AB	85
6.3.1- O que é o Nasf-AB?	85
6.3.2- Quais os objetivos do Nasf-AB?	87
6.3.3- Quem faz parte do Nasf-AB?	90
6.4- CONHECIMENTO ACERCA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: o que é integralidade?	93
6.5- A CONTRIBUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O FAVORECIMENTO DO NASF-AB NA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE ..	98
6.6- AS PRÁTICAS DE SAÚDE VIVENCIADAS: Compreender o Nasf-AB e a construção das práticas de cuidado integral a saúde	104
6.7- AS POTENCIALIDADES E OS OBSTÁCULOS DA PROPOSTA DO NASF-AB	111
6.7.1- O que eu mais gosto	111
6.7.2- Os obstáculos	117
6.8- REFLEXÃO SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	126
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
8- REFERENCIAS	135
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO	149
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	150
APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE ACEITE DO ORIENTADOR	155
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	156
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA – PROFISSIONAL DO NASF-AB ..	158
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA - USUÁRIO	159

1 – INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde do Estado brasileiro. Surgiu como uma proposta inovadora de promover a oferta de serviços públicos a todos os cidadãos. Sendo considerado um sistema complexo por articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O SUS teve suas origens no movimento da reforma sanitária brasileira, que ocorreu no final da década de 70 e início da década de 80, movimento marcado por uma progressiva mobilização social em torno das políticas públicas, principalmente a de saúde, que passou a ser visualizada como direito de cidadania pela sociedade civil (LUZ, 2009). As propostas de mudanças na organização dos serviços e na área da saúde, que surgiram durante esse movimento, foram expressas no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986). Tais propostas tanto influenciaram a construção da própria constituição Federal (BRASIL, 1988) como na legislação que forneceu as bases para a constituição do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Este sistema de saúde tem como objetivo principal formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O SUS possui diretrizes que são a universalidade do acesso, a integralidade, o cuidado organizado em rede e a equidade da oferta e das oportunidades em saúde. Entretanto, a efetivação dessas diretrizes implica na mudança profunda dos modelos de atenção e processos de trabalho em saúde até hoje vigente (BRASIL, 2010).

Nesse contexto surge a concepção de uma das diretrizes do SUS, a integralidade, que a Constituição expressa no artigo 198 como atendimento integral,

com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988). De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010) essa diretriz garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis e complexidades do SUS. Trata-se de um conceito polissêmico, dentre os vários sentidos do termo, a integralidade designa a atenção focada no indivíduo, considerando seu contexto familiar, social e cultural (BRASIL, 2010).

Neste sentido, desde a sua criação na constituição de 1988, o SUS vem mostrando significativos avanços, entre os quais a criação de programas que visam à reorientação do modelo assistencial vigente na época, que possuía como base a atenção curativa com postura medicalizante, verticalizada e individualista, centrada na atuação do médico, onde havia clara dicotomia entre assistência e prevenção (BRASIL, 2010; ROMAGNOLI, 2009; SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2016).

Na década de 1990, iniciou a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo MS, com o objetivo de reorganizar as ações de atenção primária no país e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e pautada na prevenção e promoção de saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010; STARFIELD, 2004). A partir de 1997, passou a ser considerada pelo MS como estratégia de mudança do modelo assistencial, chamado Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010; PAIM, 2003), sendo adotado como modelo prioritário de reorganização da atenção primária em saúde no país (BRASIL, 1997).

Assim, com o objetivo de apoiar a inserção das equipes de Saúde da Família (SF) na rede de serviços, além de ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização das ações da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010; NASCIMENTO, 2014). A partir da PNAB (2017) esses núcleos passam a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (BRASIL, 2017).

O Nasf-AB é constituído por profissionais de diversas áreas do conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com as equipes de SF. Logo os profissionais

do Nasf-AB atuam em suas especialidades para complementar a ação das equipes de SF. Sua função é organizar seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes SF que a ele se vinculam. (BRASIL, 2010; SOUZA *et al.*, 2013a).

Essa organização do processo de trabalho, levando em consideração o território sob a sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com trocas de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimentos conjunto etc. (BRASIL, 2010).

O Nasf-AB, portanto, faz parte da Atenção Básica (AB), mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente. Isso quer dizer que os profissionais do núcleo utilizam-se do próprio espaço das unidades básicas de saúde e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho. Eles atuam a partir de demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (BRASIL, 2014).

O Núcleo ampliado está comprometido com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe Nasf-AB, incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção e reabilitação da saúde e cura, além da humanização de serviços, educação permanente dos profissionais e da população, promoção da integralidade, participação social, educação popular e a organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

A integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelo Nasf-AB e a sua busca nos serviços de saúde deve ser, portanto, um processo em construção, sendo a equipe de SF um fértil campo ao fomento da atenção integral (BRASIL, 2010). Este processo se efetiva na medida em que ações de promoção da saúde, acompanhamento e monitoramento dos indivíduos em seus diversos aspectos são considerados no processo de cuidado (PAGANI; NASCIMENTO, 2016).

2 – JUSTIFICATIVA

O SUS é um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação. Ao longo dos anos, vem se fortalecendo com a implantação da Estratégia Saúde da Família. Nessa perspectiva foi criado o Nasf-AB, com o objetivo de apoiar e ampliar a atenção e a gestão da saúde na atenção básica (SOUZA *et al.*, 2013a; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O Nasf-AB é uma proposta inovadora que possui como requisitos além de conhecimento técnico, responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da saúde da família (BRASIL, 2010).

A implantação da proposta do Nasf-AB busca por meio da incorporação de várias abordagens disciplinares contribuir na adição de qualidade do atendimento. Todavia isso pode gerar a não responsabilização, tanto em termos individuais como coletivos, ocasionando uma fragmentação na atenção, onde aspectos individuais parciais são focados, gerando assim, danos inevitáveis a saúde (BRASIL, 2010). Ou seja, se não houver um processo de implantação do Nasf-AB embasado em seus conceitos teóricos e epistemológicos, corre-se o risco de haver uma ambulatorização do serviço, o que não condiz com a essência dessa proposta.

Neste sentido, o conceito de atenção integral pode ser uma importante contribuição na organização do processo de trabalho, de forma a afastar o risco da fragmentação do usuário (BRASIL, 2010). Visto que esse conceito busca olhar o indivíduo como um todo dentro de um contexto biopsicossocial no qual o mesmo está inserido.

O Nasf-AB deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. Por outro lado, para conseguir essa situação é necessário que os profissionais do Nasf-AB assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, surgem algumas inquietações a respeito da implantação do Nasf-AB, se há de fato a instalação de equipes com embasamento teórico assistencial e filosófico explanados na diretriz do Nasf; o que os profissionais do Nasf-AB entendem por integralidade e como o usuário consegue identificar a integralidade dentro do contexto assistencial. Diante disso, senti-me instigada a pesquisar, a partir da percepção dos profissionais envolvidos e dos usuários, como é que eles avaliam a inserção do Nasf-AB no cotidiano da assistência?

Por meio dessa avaliação poderemos identificar possíveis problemas que possam se constituir em desafios ou barreiras para a consolidação da proposta. Souza *et al.* (2013a) em sua pesquisa procuraram conhecer como os usuários do programa percebiam o Nasf-AB e inferiu que esta percepção pode ser útil para nortear melhor essa proposta, assim como subsidiar ações que contribuam para promover uma visão positiva de saúde. Esses autores concluíram que o fortalecimento desta prática pode incrementar o modelo de atenção integral ao indivíduo.

Levando em consideração a revisão de literatura de Correia, Goulart e Furtado (2017), que pesquisou as iniciativas de avaliação do Nasf-AB de 2008 a 2016, constatou-se que ainda são precoces as indagações dirigidas aos resultados e impactos da proposta dos núcleos de apoio, o que contribuiu para fomentar a realização desta investigação. Estes autores observaram também um conjunto importante de questões, sobretudo no que se refere às atividades e aos produtos destes núcleos, em detrimento dos chamados efeitos ou resultados. Fato esse que justifica o interesse nesse tema.

Visto que a análise do desenvolvimento da atenção à saúde por meio do Nasf-AB no município de Belém, através da visão do usuário e de profissionais do Nasf-AB, podem contribuir para pontos de discussão para melhorias do programa. Além de propiciar debates acerca da organização do sistema, o que pode colaborar com a melhoria da cobertura do SUS. Diante disso verificou-se a importância de investigações sobre esse tema em nosso contexto regional. Onde identificamos uma carência em pesquisas científicas a respeito desse assunto no município de Belém.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 As concepções de modelos assistenciais em saúde

Fertonani *et al.* (2015) afirmam uma dificuldade em conceituar o termo modelo assistencial devido a diversidade de denominações e de abordagens por diversos autores. O termo é utilizado por distintas variações terminológicas: “modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos”, “modos de produzir saúde”, “modelos assistenciais”, “modelo técnico ou tecnoassistencial e modelo técnico-assistencial”, “modos de intervenção”, “modelos de atenção” ou “modelos de cuidado”.

Segundo Silva Júnior e Alves (2007) modelo assistencial corresponde ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde em uma dada sociedade, envolvendo aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Para Lucena *et al.* (2006) o modelo assistencial é o resultado de uma construção histórica, política social, organizada num contexto dinâmico, para atender aos interesses de grupos sociais. Os autores apontam que este é o resultado de uma forma de organização do Estado e da sociedade civil, instituições de saúde, trabalhadores e empresas que atuam no setor para produzir serviços de saúde.

O modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia é chamado de medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano, em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá. Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária na década de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Para Fertoni *et al.* (2015) a hegemonia do modelo biomédico passa a gerar um movimento de críticas que assume relevância internacional a partir de 1970, as quais também se expressam no Brasil, intensificando-se na segunda metade dos anos de 1980. Por um lado, esse modelo foi incorporado pelos serviços de saúde, por seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade. Por outro, são amplamente reconhecidos seus limites na atenção à saúde das pessoas, destacando-se: o foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material.

Merhy (2002) utiliza a denominação de “modelo tecnoassistencial” para designar um processo composto por “tecnologias do trabalho em saúde” e a assistência, como uma “tecnologia do cuidado” operada por três tipos de arranjos tecnológicos: tecnologia leve, que se refere aos saberes e aos aspectos relacionais do processo de trabalho em saúde, tais como o vínculo e acolhimento, os saberes e a intencionalidade do sujeito cuidador; a tecnologia leve-dura, que são os saberes mais estruturados como a clínica; e a tecnologia dura, que inclui os equipamentos tecnológicos tais como máquinas e instrumentos. Para esse autor é preciso investir nas tecnologias leves do tipo relacionais, centradas nas necessidades dos usuários, invertendo o investimento nas tecnologias duras ou leve-duras, traduzidas nas normas, equipamentos e materiais.

De acordo com Campos (1994), autor reconhecido por debater sobre os modelos assistenciais, no Brasil, pode-se identificar três modelos assistenciais, o modelo liberal-privatista, o racionalizador-reformista e o modelo do SUS, os quais não significam uma ruptura com o modelo biomédico. Para esse autor o modelo biomédico tem sido implementado mesmo sob diferentes concepções de políticas de saúde e em diferentes processos históricos.

O modelo liberal-privatista é baseado na concepção de saúde como mercadoria e não em função das necessidades de saúde da população. O acesso aos serviços de saúde é feito mediante o pagamento pela assistência prestada, de forma direta, através dos seguros privados ou ainda pela previdência social.

Destaca-se pela ausência de planejamento em saúde e os investimentos são proporcionais à possibilidade de lucro. Segundo o autor esse modelo permaneceu por mais de 20 anos em crise financeira, solicitando investimento do Estado. Tem pouco impacto nas condições de saúde e a distribuição de benefícios é desigual (CAMPOS, 1994).

O modelo racionalizador/reformista constitui-se em um caminho de modificação das políticas de saúde, cuja característica foi a racionalização da utilização dos serviços públicos de saúde (CAMPOS, 1994). Já o terceiro modelo utiliza algumas bases do modelo biomédico, mas pretende superar a perspectiva de fragmentação do cuidado por meio de uma abordagem interdisciplinar, estimulando a percepção do indivíduo nas suas relações familiares e sociais (CAMPOS, 1994).

Paim (2003) compreende os modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde como diferentes combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde com diversas finalidades, como resolver problemas e atender necessidades de saúde, em determinada realidade e população adstrita, organizar serviços de saúde ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e risco à saúde.

Fertonani *et al.* (2015) concluem em sua análise que “modelo assistencial” é um termo polissêmico, utilizado para designar diferentes aspectos de um fenômeno complexo. Verificaram que todos os autores analisados referem como são organizados os serviços de saúde, como são realizadas as práticas, os valores que orientam o modo como a sociedade define saúde e os direitos dos seres humanos em relação à vida.

3.2 Sistema Único de Saúde – SUS

No Brasil, o movimento de reestruturação do modelo assistencial à saúde iniciou-se após a implantação do SUS e, sobretudo, a partir da criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (CONILL, 2008). De acordo com Santos (2013), o SUS teve início na década de 1970, com movimentos sociais e políticos contra a ditadura, a favor da Democratização do Estado, que crescia e se fortalecia por uma sociedade justa e solidária e um Estado renovado, que se baseava em políticas públicas voltadas para os direitos humanos básicos, com qualidade e universais.

Na contramão de outros países, a reforma do setor saúde no Brasil não seguiu as reformas difundidas, nesse período, que questionavam a permanência do estado de bem-estar social. A proposta brasileira, no entanto, estruturou-se durante a luta pela redemocratização (PAIM *et al.*, 2011). A concepção política do movimento pela reforma sanitária defendia a saúde como direito social a ser contemplado por políticas públicas (RODRIGUES, 2014). Tal movimento se embasava nos ideais de Atenção Primária à Saúde (APS) instituídos na Declaração de Alma Ata: equidade, descentralização, integralidade e universalidade (LEITE *et al.*, 2016). Concepções estas que rompiam com todos os princípios que ordenavam a política de saúde naquele período (MENICUCCI, 2014).

O Movimento pela Reforma Sanitária, liderado por profissionais de saúde e intelectuais da área da saúde coletiva, divulgava suas ideias e incorporava aliados como lideranças sindicais e populares, além de parlamentares e até mesmo técnicos de instituições oficiais de saúde (FALLEIROS; LIMA, 2010). Para Vasconcelos e Pasche (2006), foi um processo político que propôs novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde que mobilizou a sociedade brasileira. Além disso, o movimento almejava um modelo para superar os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma biomédico, o que ainda constitui um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro na atualidade (LEITE *et al.*, 2016).

Esse movimento cujos ideais foram representados pelo Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES), fundado em 1976, apresentou e debateu publicamente um novo modelo para o sistema de saúde do Brasil, o qual já era chamado de Sistema Único de Saúde (NÓBREGA *et al.*, 2010). Assim, com a

criação do CEBES e, posteriormente, a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, a base institucional para alavancar as reformas foi constituída, ambos tiveram enorme importância na luta pela democratização da saúde e da sociedade brasileira (FALLEIROS; LIMA, 2010; PAIM *et al.*, 2011).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marcou, a partir de seu relatório final, o processo de reformulação de um novo modelo de saúde pública nacional. Este modelo visava romper tanto com o paradigma entre saúde pública e medicina curativa individual, quanto com a intensa privatização que caracterizava o sistema de saúde no país (FALLEIROS; LIMA, 2010; MAEYAMA, *et al.*, 2016). Assim, durante essa conferência, instituiu-se o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, baseado no desenvolvimento de diversas estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais (PAIM *et al.*, 2011).

Para Vasconcelos e Pasche (2006) este sistema está baseado em fundamentos constitucionais e legais que estabelecem seus princípios e objetivos, as atribuições e competências dos entes federados, suas diretrizes operacionais e seus mecanismos de financiamento. Os fundamentos legais do SUS estão explicitados na Constituição Federal (1988) e regulamentados pelas Leis Orgânicas da saúde 8.080 e 8.142 de 1990, as quais estabelecem princípios e diretrizes operacionais para a organização e o funcionamento do sistema de saúde no país (ALMEIDA FILHO, 2011; VASCONCELOS; PASCHE, 2006). A Constituição de 1988, em seu texto, reconhece como direitos sociais o acesso à saúde, previdência, assistência, educação e moradia, além de segurança, lazer e trabalho. Trouxe, como base da construção desse novo modelo, a noção de cidadania (LOBATO, 2016).

Nesta perspectiva, o SUS preconizou uma mudança estrutural no sistema de saúde em direção à universalidade e à eficácia, fazendo da atenção básica a porta de entrada de um sistema destinado a atender as necessidades da população (FALLEIROS; LIMA, 2010).

Assim, encontramos na base do processo de construção do SUS, o conceito ampliado de saúde, a criação de políticas públicas para promovê-lo, a participação social na construção do Sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade de o setor sanitário responder à transformação dos determinantes e dos condicionantes para garantir opções saudáveis a população (VIEGAS, 2010).

Os princípios doutrinários do SUS são: a universalidade, a equidade e a integralidade; que fundamentam as diretrizes operacionais, a descentralização da gestão dos estados e municípios, a hierarquização e a regionalização dos serviços, e a participação e o controle social efetivo dos conselhos e conferências de saúde, além de ser organizado com fundos públicos para a prestação de cuidados de saúde gratuitos para os cidadãos brasileiros (ALMEIDA FILHO, 2011; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Segundo Almeida Filho (2011) o SUS possui duas linhas principais de atuação: a Estratégia Saúde da Família e uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratados pelo SUS, que realiza atendimento secundário e terciário em todo país.

Por meio da implantação do SUS são evidentes algumas conquistas em relação a situação de saúde da população brasileira. Entre as quais podemos destacar a melhora considerável ao acesso a atenção básica e ao serviço de emergência, estabelecendo o acesso universal e igualitário aos brasileiros, proporcionou melhoria na cobertura de vacinação e assistência pré-natal, além de investir em recursos humanos e em tecnologia, incluindo esforços para a fabricação de produtos farmacêuticos essenciais no país (vide a lei que determina a quebra das patentes); a ampliação do PSF, alcançando metade da população brasileira e a instalação do atendimento pré-hospitalar para urgências e emergências com a atuação do SAMU (BARBOSA, 2013; DOMINGOS *et al.*, 2016; PAIM, 2015; PAIM *et al.*, 2011).

Por outro lado, a construção do SUS apresenta muitos problemas, sendo sua implementação lenta e, por vezes, com retrocessos (DOMINGOS *et al.*, 2016). Entre os desafios que o SUS apresenta citamos, por exemplo, a reforma na sua estrutura de financiamento, com objetivo de assegurar a universalidade, igualdade e

sustentabilidade, a infraestrutura restrita, a organização deficiente entre a atenção básica e as chamadas de média e alta complexidade, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender as rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país e a promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos usuários (PAIM, 2015).

3.3 Os princípios e diretrizes do SUS

O SUS é um sistema organizado de acordo com princípios doutrinários e diretrizes organizativas que se articulam e se complementam, formam as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde do Brasil (MATTA, 2010; VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Os princípios doutrinários conferem ampla legitimidade ao sistema representando os valores, os preceitos, as bandeiras de luta que o sustentam, os quais são: a universalidade, a integralidade e a equidade (MATTA, 2010; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A Universalidade é o princípio que organiza e dá sentido aos demais princípios e diretrizes do SUS na garantia do direito à saúde de forma integral, equânime, descentralizada e com participação popular (PAIM, 2015). Esse princípio garante o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Para Matta (2010), a universalidade expressa a defesa do direito à vida e da igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação dos cidadãos brasileiros.

De acordo com Paim (2015), apesar de ser assegurada pela Constituição, a universalidade na saúde oscila entre ações abrangentes e integrais a ações focalizadas e verticais. Isso resulta na luta pela democratização da saúde que remontam aos ideias da reforma sanitária brasileira e aos grupos econômicos que lutam pela privatização da saúde e sua mercadorização.

A Equidade em saúde admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para que se possa alcançar a igualdade (PAIM, 2015). Segundo Teixeira (2011) a equidade diz respeito à necessidade de se “tratar igualmente os desiguais” de modo a atingir a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade.

O princípio da equidade não pressupõe a noção de igualdade, que em situações onde ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades, não alcançando assim a igualdade (MATTA, 2010; PAIM, 2015).

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação permite desenvolver uma atenção integral a saúde (PAIM, 2015). A integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades, além da prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Segundo Matta (2010) a integralidade pode apresentar diversos sentidos no campo da saúde. Sendo que a mesma pode ser entendida como uma ruptura histórica e institucional derivada da crítica a separação existente entre ações preventivas e curativas. Num outro sentido, a noção de integralidade leva em consideração o conceito ampliado de saúde que compreende as diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, e que envolvem o sujeito, seu corpo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente.

Teixeira (2011) nos mostra que a integralidade envolve ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.

Todavia para Paim (2015) a integralidade da assistência deve contemplar também a continuidade do atendimento em distintos níveis de atenção: a atenção básica ou atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a

atenção hospitalar. Posteriormente, este princípio será abordado com mais esclarecimentos.

As diretrizes organizativas do sistema visam produzir racionalidade e efetividade ao seu funcionamento, e as mais relevantes são a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços e a participação comunitária (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). As diretrizes seriam normas para alcançar os objetivos do SUS, articulados com os seus princípios. Assim, organizar o sistema de saúde com direção única em cada esfera de governo por meio da descentralização é uma forma de atingir os objetivos do SUS (MATTA, 2010).

A Descentralização corresponde a distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para estadual e municipal, se constitui a mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do sistema de saúde no Brasil (MATTA, 2010; VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Segundo Teixeira (2011), a transferência de poder ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação a condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território, com a transferência concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes.

As definições normativas apontaram com nitidez que a base do sistema de saúde seria municipal ao atribuir ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços (MATTA, 2010; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A Regionalização remonta para uma organização do sistema voltada para a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região (MATTA, 2010). Assim essa diretriz tem como base organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento (PAIM, 2015).

De acordo com Paim (2015), a rede regionalizada permite a distribuição dos estabelecimentos de saúde (como centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais, etc.) em um dado território, de modo que os serviços básicos estejam mais

disseminados e descentralizados enquanto os serviços especializados se apresentam mais concentrados e centralizados. As ações e serviços de saúde podem ser organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde.

A Hierarquização dos serviços está relacionada a possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, ou seja, o estabelecimento de uma rede de referência e contra referência de usuários e informações, que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas (TEIXEIRA, 2011). Para Vasconcelos e Pasche (2006) essa diretriz pode ser uma forma de regular o acesso aos serviços mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais frequente. A crítica aos modelos mais hierarquizados tem apontado a necessidade de superar a ideia de pirâmide por modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada e fluxos reversos entre os vários serviços.

A Participação Comunitária confirmada por meio da Constituição Federal e regulada pela Lei n. 8.142/90, ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de saúde nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. A principal característica dos conselhos é o seu caráter deliberativo sobre a formulação de estratégias de atenção à saúde no país (MATTA, 2010; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A participação popular no SUS remonta às lutas pela democratização e universalização dos serviços de saúde. Além disso, essa diretriz constitucional traduz o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa em que a comunidade pode participar na identificação de problemas e no encaminhamento das soluções, assim como na fiscalização e avaliação das ações e serviços públicos de saúde, influenciando, neste sentido, de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde (PAIM, 2015; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

As conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde possuem o objetivo de avaliar a situação de saúde em cada uma de suas áreas de competência e propor as diretrizes para formulação de políticas (MATTA, 2010).

3.4 Integralidade

Na primeira metade do século XX, com a expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde, surge a diretriz política da integralidade, cujo exemplo mais expressivo no âmbito das democracias ocidentais e políticas de saúde, se manifesta na criação do National Health Service (NHS), no Reino Unido. Em 1946, o NHS estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos e gratuitos para toda a população (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

No Brasil, a integralidade surge como princípio do SUS na Constituição Federal de 1988, de fato, o texto constitucional não utiliza o termo integralidade, entretanto se expressa no artigo 198 como atendimento integral. Mas a expressão integralidade tem sido utilizada correntemente para designar exatamente essa diretriz, apesar de concepções afins tenham sido introduzidas no debate acadêmico da saúde anos antes, nas décadas de 1950/1960 (KALICHMAN; AYRES, 2016; MATTOS, 2009; QUEVEDO; OLIVEIRA, 2016). Duas noções fundamentais relacionadas a de integralidade são trazidas dos Estados Unidos – integração de serviços (1920) e atenção integral (comprehensive care). Articulando-se entre si progressivamente ao longo da primeira metade do século XX, essas noções acabam por se tornar centrais em um movimento que se contrapunha à intensa especialização da prática médica e a maciça incorporação de tecnologias biomédicas para o diagnóstico e tratamento, estando na origem das propostas da Medicina Integral e da Medicina Comunitária como modelos de organização da atenção à saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016). Embasada no modelo de História Natural da Doença e Níveis de Prevenção, essa contraposição se dá tanto pelo entendimento do ser humano como um todo “biopsicossocial”, postulando a necessidade de uma assistência integral à saúde de cada pessoa, quanto pela necessária integração e articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma a garantir a integralidade da atenção à saúde também do ponto de vista da organização da atenção (KALICHMAN; AYRES, 2016).

No Brasil, segundo Mattos (2009, p. 50),

O movimento da medicina integral não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado, associou-se num primeiro momento à

medicina preventiva, locus privilegiado da resistência ao regime militar e um dos berços do que seria posteriormente chamado de movimento sanitário. [...] Nos anos 70 estava nascendo no Brasil a Saúde Coletiva, campo de conhecimento que se construía a partir de uma crítica à saúde pública tradicional, à medicina preventiva tal como proposta nos Estados Unidos, e a partir das contribuições do movimento de medicina social.

Neste sentido, a integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral, o qual criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária, atentando tão somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho anátomo-fisiológico no qual se especializaram (FURUYA *et al.*, 2011; MATTOS, 2009).

Na década de 1970, começaram a surgir dentro das universidades brasileiras serviços de assistência organizados pela lógica da atenção integral à saúde e da saúde comunitária. Na Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) foi inaugurado, em 1972, o Ambulatório de Medicina Integral (AMI) e na Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo (FMUSP), em 1977, o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSBE), exemplos de várias iniciativas semelhantes deste período (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Nessa perspectiva, a integralidade passou a fazer parte das propostas de reforma no início da década de 1980 no Brasil, com a criação de programas abrangentes para grupos específicos, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). Sendo o mesmo divulgado oficialmente em 1984 por meio do documento: Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Neste documento pode-se perceber o duplo alcance da integralidade: orientar o conjunto das atividades propostas para a promoção, prevenção e assistência da população de mulheres; e propor atendimento integral à saúde de cada uma delas, em todos os seus ciclos e necessidades de vida, e não apenas nos aspectos maternos ou reprodutivos (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012; KALICHMAN; AYRES, 2016).

Todavia, mesmo sendo um termo utilizado no campo da saúde desde a primeira metade do século passado, ainda não existe um consenso quanto a sua definição (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). Observamos, por exemplo, na

Constituição Federal de 1988 a mesma sendo apresentada com a lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes. I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – Atendimento Integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – Participação da comunidade. (BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988, p. 41)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) a integralidade é entendida como:

[...] a principal diretriz a ser praticada pelos Nasf-AB. Ela pode ser compreendida em três sentidos: a) a abordagem integral ao indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.

A partir dessa ideia, chegamos ao sentido utilizado rotineiramente quando se fala do termo integralidade – o de ser uma das diretrizes básicas do Sistema único de Saúde, instituído pela Constituição. Entretanto, a integralidade não pode ser definida apenas como uma diretriz básica do SUS (MATTOS, 2009; SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2016). Trata-se de uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas práticas que são consideradas por alguns desejáveis (MATTOS, 2009). De acordo com Oliveira e Cutolo (2012) a integralidade não é passível de abstração, como vários críticos insistem afirmar. Ela pode ter, e tem, muitos sentidos possíveis e é justamente essa gama de sentidos que a fortalece como princípio, imagem objetivo, bandeira de lutas, práticas.

Corroborando com este ponto de vista, Louzada, Bonaldi e Barros (2010) qualificam a integralidade como dispositivo político, como práticas de atenção à saúde. Assim, a integralidade, para além do texto da lei, se constrói no dia a dia dos serviços, no diálogo entre os diversos agentes sociais que compõem o SUS. Isto é, não possui um sentido estável, apenas a partir do que está instituído, mas no vai e vem dos movimentos constantes de transformação das práticas de saúde.

Para Starfield (2004), a integralidade exige que a APS reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do

paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Já Mattos (2009), define a integralidade a partir da ampliação do conceito descrito na Constituição e aponta para outras possibilidades que devem ser exploradas, agrupando-as em três conjuntos de sentidos: a integralidade como traço de boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas em saúde e a integralidade na construção de políticas especiais.

O primeiro conjunto de sentidos, a integralidade se caracteriza pelo exercício da boa medicina, ou seja, da medicina que tem como objetivo privilegiado de conhecimento e como eixo de suas intervenções a doença. Onde se preconiza o uso prudente desse conhecimento sobre a doença, mas sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos de que tratamos. A integralidade está presente no encontro, na conversa, em que a atitude do médico busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde (MATTOS, 2009).

No sentido de falar de integralidade como uma dimensão das práticas, ela pode ser compreendida como um modo de organizar as práticas que exige “horizontalização” dos programas antes verticais, desenhados pelo MS, superando a fragmentação das atividades e a dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais (MATTOS, 2009).

Desse modo, deve-se reconhecer que a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade (MATTOS, 2009). Em outras palavras, a forma como as práticas de saúde são articuladas no cotidiano de trabalho impacta diretamente a integralidade da atenção ofertada aos usuários (SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2016). Nesta visão, a integralidade passa a não ser uma atitude, mas uma marca de um modo de organizar o processo de trabalho (MATTOS, 2009).

Neste contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca em ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assumam uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Neste sentido, a articulação entre a

demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional (MATTOS, 2009).

Por fim, o último conjunto de sentidos, proposto por Mattos (2009), é sobre a integralidade e as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional. O autor aborda que este conjunto pode abranger também os atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos.

Segundo o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) a definição do termo integralidade é o princípio fundamental de sistemas públicos de saúde que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações.

De acordo com Fracoli *et al.* (2011), este princípio corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública (preventivas) e as práticas assistenciais. Articular práticas de saúde pública com assistenciais significa borrar as distinções então cristalizadas entre os serviços de saúde pública e serviços assistenciais. A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

Para Mattos (2009), os sentidos da integralidade que incidem sobre as práticas dos profissionais de saúde têm em comum a preocupação de discernir de modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando, por um lado, gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, por outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças.

Deste modo, a integralidade se refere a um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relaciona com um ideal de sociedade mais justa e solidária (OLIVEIRA; CUTOLO, 2012; MATTOS, 2009). Sendo assim, a construção deste princípio surge como base para superar contradições e vencer desafios na consolidação do SUS e garantir a assistência integral à saúde como direito e dever dos cidadãos, profissionais e gestores. Além de pressupor acesso a bens e serviços, formulação, gestão e controle participativo nas políticas públicas, bem como a interação usuário/ profissional sem perder a perspectiva daquilo que é comum a todos e deve ser universal: o direito de viver e ser tratado com respeito à integralidade e à dignidade da condição humana em situações de saúde, doença e morte (VIEGAS; PENNA, 2013).

A integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação de conhecimento biomédico, não é atribuído exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde (MATTOS, 2009). Neste ponto de vista, Guizardi e Pinheiro (2004), afirma que este termo deve contemplar uma noção de cuidado que, apreendida como ação integral, trata do encontro entre os vários atores envolvidos no cotidiano das ações em saúde capaz de produzir relações de acolhimento, respeito, dignidade e vínculo. Ou seja, que esse conceito perpassa a relação médico-paciente e engloba toda a equipe multiprofissional que faz parte da produção do cuidado.

Confirmando essa questão observamos na pesquisa de Sousa *et al.* (2017), que buscou apreender a atuação do enfermeiro no modelo de gestão colegiada de um hospital de ensino na perspectiva do cuidado integral, concluíram que o cuidado pautado na integralidade requer que as ações da enfermagem sejam integradas com as das demais profissões.

Assim, a integralidade exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam as necessidades mais comuns da população adscrita, aliada à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e ao reconhecimento adequado aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Enfim, a coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado, o que por sua vez

exige o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (GOMES *et al.*, 2011; MELO *et al.*, 2013).

Visto isso, é ressaltada a importância do trabalho em equipe na ESF, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. Considerado um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade reveste-se, no decorrer dos anos 1990, e principalmente nesse início de século, de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Na visão de Viegas e Penna (2015), a integralidade tem sido defendida como o eixo condutor dos processos de mudanças para uma ruptura de valores tradicionais na Saúde, como a fragmentação da atenção e do cuidado às pessoas. Assim sendo, a integralidade constitui um elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade, a equidade no atendimento às pessoas para alcançar ações resolutivas em saúde.

Por outro lado, ainda observamos alguns desafios para a sua consolidação, na pesquisa de Diniz *et al.* (2016) foi concluído que o atributo integralidade na atenção à saúde da criança no contexto da APS apresenta fragilidade nas duas dimensões mensuradas, serviços disponíveis e prestados, evidenciando que o cuidado se dá de forma fragmentada e não integral. Além disso, foram observados baixos índices obtidos que revelam que o atributo da integralidade não está presente na extensão esperada para um serviço de APS e apontam para os aspectos que requerem mudanças.

Neste contexto o Ministério da Saúde (2014) em um de seus Cadernos de Atenção Básica nos relata que para a integralidade se concretizar é necessário políticas abrangentes e generosas, existência e organização de diferentes tipos de serviços articulados em rede para dar conta de diferentes necessidades, bem como práticas profissionais eficazes no sentido do aumento dos graus de autonomia dos usuários, da redução de danos, dos riscos e das vulnerabilidades, além do aumento da potência de vida. Assim, a agregação de profissões e ocupações propiciadas pelo Naf-AB aumenta a possibilidade de resposta mais abrangente da atenção básica diante das demandas e necessidades do usuário.

Na prática, para se atender os princípios da integralidade, deve-se trabalhar sob a ótica do conceito ampliado de saúde, e cada vez mais, nos contextos da APS, necessita-se de equipes interdisciplinares capazes de interagir com as diversidades apresentadas pelos indivíduos atendidos. O Nasf-AB surgiu com o desafio de organizar o processo de trabalho de forma ampliada, em equipe e entre equipes (Nasf-AB e eSF). Contribuindo deste modo com a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2014; SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2016).

Por fim, compreendemos que a integralidade possui vários sentidos e traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras a serem criadas. Assim, Fracoli *et al.* (2011) refere que não se deve buscar definir este princípio, mas sim identificar os sentidos que os profissionais de saúde de um modo geral estão conferindo a concepção e a prática desta diretriz tão importante do SUS. Por este ponto de vista, concluímos a importância de pesquisas para avaliar a percepção dos atores envolvidos nas práticas de cuidado a saúde sobre a integralidade, para analisar a compreensão tanto de profissionais quanto de usuários da AB.

3.5 Os Desafios para a consolidação do SUS

A partir da década de 1990, observou-se crescentes dificuldades, que afetaram o avanço das forças que persistem em fazer do SUS o que está na Constituição: um sistema público de saúde de qualidade e universal, comprometido com as necessidades e direitos a saúde da população (SANTOS, 2013). Atualmente, verificamos cada vez mais obstáculos a consolidação do SUS, o que pode ser explicado quando analisamos o processo de sua implantação. Período em que, segundo Rodrigues (2014), a conjuntura política tanto a nível mundial como nacional era favorável às práticas e ideias neoliberais, o que trouxe dificuldades para a construção de novas políticas sociais e para a própria manutenção do modelo social democrata, o qual o SUS foi baseado.

De acordo com Almeida Filho (2011), a insuficiência de investimentos, corrupção e má gestão decorrente da burocracia governamental estão entre os sérios problemas que envolvem a igualdade de oportunidades, qualidade e eficiência. O principal determinante da baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede SUS é a limitação de recursos humanos, a qual, no entanto, é qualitativa e não quantitativa.

Além disso, outros fatores influenciam a consolidação desse sistema, de acordo com Santos (2013), o subfinanciamento do SUS impede o cumprimento das diretrizes constitucionais. Isso provoca a falta de investimento em equipamentos diagnósticos e terapêuticos e em tecnologia nos serviços públicos, limitação do pessoal de saúde e precarização das relações de trabalho, o que provoca a privatização por dentro do SUS, ou seja, os interesses privados e pessoais inseridos no sistema público.

Menicucci (2014), em sua reflexão quando o SUS fez 25 anos, identificou como aspecto importante que acarretou problemas posteriores, o crescimento da assistência da previdência social, que se ampliou gradativamente. Assim, para conseguir suprir essa ampliação de cobertura o governo passou a comprar o serviço de saúde na rede privada. Nessa perspectiva, uma série de políticas públicas incentivaram o desenvolvimento do mercado privado de saúde. No entanto, se, em um primeiro momento, a assistência empresarial era complementar à assistência pública, tornou-se suplementar, isto é, ser independente e adquirindo importância como política de pessoal. Como consequência política disso, o SUS enfraquece a sua base de apoio social, onde cada vez mais a massa de trabalhadores reivindica planos de saúde empresariais.

Segundo Rodrigues (2014), a existência de um forte setor privado de saúde é um dos motivos que influenciam a frágil base de sustentação social do SUS, sendo esse setor sustentado por uma série de políticas que visam o seu fortalecimento e que não foram alteradas mesmo com a criação do SUS. Além disso, é possível dizer que a maioria dos brasileiros que não tem acesso a planos de saúde, almejam ter no futuro. Tal situação revela o baixo prestígio do SUS em meio à população.

Nessa perspectiva, em busca de garantir o que o texto constitucional diz, é importante entender que o movimento de reforma sanitária brasileira, ao contrário de encerrada, enquanto movimento social está desafiada a persistir na sua ação inovadora e criativa, na luta pelos direitos sociais (SANTOS, 2013). Para Paim (2015), a agenda da reforma sanitária ainda não esgotou, sendo necessário revisitar os ideais da reforma e ampliar suas bases, a fim de lutar pelas mudanças prometidas por seu projeto.

3.6 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde – ou Atenção Básica, termo utilizado pelo Ministério da Saúde para definir, no contexto do SUS, a saúde da família como sua principal forma de cuidado primário à saúde – voltada a comunidade, foi o modelo organizacional adotado pelo Ministério da Saúde para o SUS e tem recebido bastante destaque (MAEYAMA, *et al.*, 2016; MORETTI; FEDOSSE, 2016; PAIM *et al.*, 2011). Esse conceito foi definido pela primeira vez na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, que estabelecia que a APS está relacionada aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde próximo dos lugares de vida e trabalho das pessoas, sendo assim, o primeiro elemento de contato com o sistema de saúde nacional (GOMES *et al.*, 2011). Este mesmo documento confere como fundamento da APS a assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006).

Baseado na produção de Starfield (2002), podemos conceituar APS como o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção às demais condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A atenção primária também compartilha características com outros níveis

dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe.

Segundo Brasil (2010) a APS representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Dentro dessa perspectiva Paim *et al.* (2011) afirma que a atenção básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidados assim como implementar ações intersectoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que abrange promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Assim, para Starfield (2002) a APS apresenta como atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema. Já os atributos derivados são os seguintes: orientação familiar, considerando o seu contexto familiar e o seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde na avaliação das necessidades individuais; orientação comunitária: reconhecendo as necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e da relação com a comunidade, o incentivo ao controle social, assim como o planejamento, a avaliação conjunta dos serviços; e competência cultural e adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com esta (SILVA *et al.*, 2014).

No Brasil, na década de 1990, a implantação do PSF foi um marco para a APS, influenciado por abordagens internas e externas de cuidados primários, apresentando-se como uma abordagem mais abrangente de APS (ARANTES *et al.*,

2016). A qual foi municipalizada e desenvolvida por meio de políticas públicas e normas operacionais que garantiram o respaldo jurídico, administrativo e financeiro, para a criação do PSF (SILVA *et al.*, 2014).

O sistema de saúde brasileiro, historicamente marcado por um modelo de assistência curativista e hospitalocêntrico, centrado na consulta médica, carecia de mudanças profundas e radicais. Aspecto este que sofreu rupturas com o desenvolvimento da atenção primária, por meio de equipes multiprofissionais, estratégica e prioritariamente implantadas nas áreas de maior vulnerabilidade das cidades (BRASIL, 2012).

O norte inspirador para a implementação do PSF em diversos municípios brasileiros foi a decisão de reestruturar o sistema e reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à AB e consolidasse o recente processo de descentralização (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; PAIM *et al.*, 2011). Inicialmente foi criado como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a população mais carente ou de alto risco, o PSF tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998 (PAIM *et al.*, 2011).

O PSF possui como característica inovadora sua ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde no Brasil para que se concentrem nas famílias e nas comunidades, por meio de uma visão ampla da SF no seu território de vida. Além de reafirmar os princípios e os valores da promoção da saúde integrando a assistência médica com as ações preventivas (MATTOS *et al.*, 2014; PAIM *et al.*, 2011).

Devido a sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente, o PSF passou a ser reconhecido por Estratégia Saúde da Família (ARANTES *et al.*, 2016). A mesma baseia-se por princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (ARANTES *et al.*, 2016). Com a ESF, a família passou a ser considerada uma unidade de intervenção e firmou-se a premissa da reorientação

das práticas profissionais a partir da atenção básica, no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010a).

Nessa perspectiva, a ESF possui como principal objetivo reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases de acordo com os preceitos do SUS e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias, e é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS (BRASIL, 2010; VIEGAS; PENNA, 2015). Assim, visando essa mudança no modelo assistencial mecanicista e biomédico, a ESF trouxe novas formas de produzir ações e serviços de saúde. Portanto, essa estratégia se propõe a modificar o tradicional modelo sanitário brasileiro (médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde) em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade (GOMES *et al.*, 2011).

A equipe de saúde da família é composta por um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na cadeia de assistência integral e primária à saúde. Sendo esta equipe multidisciplinar formada por no mínimo um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) que são primariamente responsáveis pela cobertura de três a quatro mil habitantes. É importante ressaltar que cada ACS assiste 100% da população adscrita, com o máximo de 750 habitantes. Pode ser ampliada por uma equipe de saúde bucal, na qual estão presentes: dentistas, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BRASIL, 2010; BRASIL, 2012; PAIM *et al.*, 2011; FERRETTI *et al.*, 2015).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de no máximo quatro mil pessoas de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidades no cuidado à sua saúde (BRASIL, 2010). A atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas unidades básicas de SF, nas residências e nos espaços comunitários. A ESF se caracteriza por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil

epidemiológico e demográfico de área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco os quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2010).

Na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na AB, o Ministério da Saúde, a partir de experiências municipais e debates nacionais, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por meio da portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 4 de Março de 2008. Essa criação significou o início de uma política audaciosa, mas que ainda não contemplava grande parcela dos municípios brasileiros (BRASIL, 2014). A partir da portaria nº 2.436 de 2017 com a aprovação da nova PNAB (2017) esses núcleos passam a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (BRASIL, 2017).

O principal objetivo da criação desta política foi o de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2010; CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2016). Segundo Klein e Oliveira (2017), outro objetivo desta proposta é, idealmente, reduzir os encaminhamentos a serviços de atenção especializadas, com maior longitudinalidade e integração dos profissionais do cuidado. Além de ser visto, enquanto apoiador matricial das equipes de referência, com potencialidade para se tornar um dispositivo de gestão, para fomentar a rede de serviços em saúde (VOLPONI; GARRANHANI; CARVALHO, 2015).

Deste modo, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, presentes no modelo biomédico, visando um exercício continuado de colaboração, reformulação e qualificação de ações e estratégias de intervenção capazes de responder com maior resolutividade aos desafios cotidianos das equipes de atenção primária a saúde, tendo em vista à construção de redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS (KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2016; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010a). Apesar dos bons resultados alcançados com a implantação da ESF, verifica-se que para

alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a ação conjunta de outros profissionais de saúde apoiando e integrando as eSF (SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2016).

O NASF-AB deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas do conhecimento atuam em parceria com os profissionais das equipes de SF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde e atuando diretamente no apoio dessas equipes nos territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2010; NAKAMURA; LEITE, 2016). O mesmo deve atuar apoiando não somente os profissionais da eSF, mas também, os das equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e academias da saúde (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; PAGANI; NASCIMENTO, 2016). Trata-se, portanto, de uma proposta de inserção de profissionais de diversas formações com a responsabilidade de desenvolver atividades de APS, com o objetivo de complementar as ações realizadas pelas eSF voltadas para o controle e tratamento de doenças (SOUZA *et al.*, 2013b).

Neste sentido a inserção de um maior número de categorias profissionais nas equipes mínimas da ESF, mesmo que respeitadas as características de cada território, mostra-se como uma possibilidade ímpar de ampliação das práticas profissionais, bem como oportuniza o compartilhamento de conhecimentos e novas práticas (SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2016). Para Nascimento e Oliveira (2010a), o Nasf-AB pode ser considerado uma retaguarda das eSF, por atuar em conjunto com esses profissionais, compartilhando com eles saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços. Além de ser um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante das responsabilidades nas organizações e construir a responsabilidade de pessoas por pessoas (ANJOS *et al.*, 2013).

Cada Nasf-AB vincula-se a um número variável de equipes de saúde da família, entre oito e vinte, e pode ser composto por até 19 profissionais. De acordo com o Ministério da Saúde as equipes Nasf-AB podem ser constituídas por: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico

geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014; SILVA *et al.*, 2012).

A composição da equipe de cada um dos Nasf-ABs deve ser definida pelos gestores municipais, se possível em parceria com os profissionais das equipes de AB, e seguindo os critérios de necessidades e demandas de saúde, identificadas a partir dos dados epidemiológicos e necessidades locais das equipes de saúde que serão apoiadas (PAGANI; NASCIMENTO, 2016).

Com o objetivo de permitir que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado com tal política e incentivar o aprimoramento do trabalho dos Nasf-ABs já implantados, novas regulamentações foram elaboradas. As portarias vigentes que se referem ao Nasf-AB são a de nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, e a de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que incorpora definitivamente o Nasf-AB a PNAB e redefine os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2, além de criar a modalidade 3 (BRASIL, 2014; SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2016).

A partir desta portaria, temos hoje três modalidades de Nasf-AB financiados e reconhecidos formalmente pelo MS, que se diferenciam quanto a carga horária de trabalho e ao número de eSF/EqAB (Equipes de Atenção Básica) que apoiam (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2016), como podemos observar no quadro abaixo:

Quadro 1 – Modalidades de Nasf-AB, conforme Portaria nº 3.124/2012

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
Nasf 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: Brasil, 2014.

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas

**Equipe Consultório na Rua

***Equipe Saúde da Família

****Equipe de Atenção Básica

Cada Nasf-AB poderá ser vinculado a no máximo três polos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independente do tipo de Nasf-AB e da modalidade do polo implantado. Além disso, o programa academia da saúde amplia a capacidade de intervenção da AB para as ações de promoção, prevenção e reabilitação, além de possibilitar o fortalecimento do protagonismo dos grupos sociais. As equipes Nasf-AB devem se apropriar destes espaços como um local de potencialização do seu trabalho em prol da qualidade de vida da população (PAGANI; NASCIMENTO, 2016).

Desde a sua criação em 2008 esses núcleos vêm se ampliando numericamente, vale ressaltar que este total mais do que duplicou nos últimos três anos, indo de 1.983 equipes, em janeiro de 2013, para 4.462, em janeiro de 2016, sendo considerados os três tipos existentes (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017). De acordo com a Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde atualmente são 3.797 equipes do Nasf-AB credenciadas no país. Das equipes implantadas, 2.259 são modalidades de Nasf-AB 1, 769 são modalidade de Nasf-AB 2 e 769 são modalidade de Nasf-AB 3 (competência Março/ 2017). Sendo que existem mais de 23 mil profissionais que compõem essas equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). As cinco categorias profissionais que mais aparecem na composição delas são: fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e educadores físicos (PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015).

Na pesquisa de Moretti e Fedosse (2016) que visava analisar o crescimento dos Nasf-AB no Brasil e seus impactos no número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (Icsab), verificou-se que entre os anos de 2000 e 2016 a região que apresentou maior redução nas taxas de Icsab (número de internações por 10.000 habitantes) foi a Centro-Oeste, com redução de 42,5%, sendo a região com menor número de núcleos implantados. Concluiu-se assim que a maior cobertura de Nasf-AB, em uma determinada região, ainda não está relacionada com maiores quedas nas taxas de Icsab. Inferindo também que as intervenções nesse nível de atenção nem sempre têm escopo amplo o suficiente para lidar com as iniquidades de saúde, bem como no cuidado de grupos expostos à vulnerabilidade de diferentes estratos sociais, que podem interferir nessas internações.

Por outro lado, de acordo com Martinez, Silva e Silva (2016), apesar do crescente número de Nasf-AB no país, a implantação dessa política ainda constitui-se em grande desafio. A proposta de trabalho constituída na corresponsabilização do cuidado e no planejamento coletivo de projetos terapêuticos contrasta com a realidade da maioria das eSF. O que resulta, como observado em pesquisas como Menezes (2011), Andrade (2012), Azevedo (2012), Mafra (2012), Santos (2012) e Leite, Nascimento, Oliveira (2014), no surgimento de resistência ao desenvolvimento do trabalho em conjunto entre profissionais do Nasf-AB e das eSF.

Na visão de Santos (2015) a ESF precisa conhecer melhor a organização do trabalho do Nasf-AB, inclusive, valorizar a prática matricial, em vez de priorizar o atendimento individualizado e especializado.

Neste contexto, Souza M. *et al.* (2013) refere que o desafio principal dos profissionais que atuam no Nasf-AB é o de desenvolver uma nova concepção de trabalho que utilize a atualização conjunta, integrada e intersetorial, com base nas redes entre os trabalhadores e incorporando a participação dos usuários, refletindo o conceito ampliado de saúde assumido pelo SUS. Por outro lado, o trabalho em equipe não é muito focado na graduação da maioria dos profissionais, devendo ser aprendido no cotidiano da produção e prestação de serviços de saúde e na imersão no trabalho coletivo. Isso pode ser um ponto desencadeador das próprias resistências ao desenvolvimento do trabalho discorrido anteriormente.

Corroborando com isso Leite, Nascimento, Oliveira (2014) citam em seu estudo que o contexto de formação na graduação não atende as necessidades e vulnerabilidades identificadas nos diversos territórios de atuação do SUS, atrelado aos modelos de atenção atual. Requer dos profissionais uma visão menos fragmentada e singular das necessidades em saúde. O desacerto entre a formação e o solicitado no cotidiano de atuação gera insegurança e conflitos no ambiente de trabalho, sofrimento, adoecimento, com conseqüente impacto na qualidade de vida no trabalho.

A proposta do Nasf-AB se baseia nas concepções de equipes de referência e de apoio matricial que são arranjos organizacionais e metodologias para a gestão do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, a ESF seria a referência do cuidado para o

sujeito, fortalecendo a ideia das mesmas serem porta de entrada do sistema e o Nasf-AB configuraria a estratégia de apoio matricial a essa equipe, não enfatizando assim, o atendimento ambulatorial especializado (PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015). Logo, o Nasf-AB não se configura como porta de entrada do sistema de saúde. Dessa forma, esses núcleos deveriam atuar de forma integrada às eSF, isto é, priorizar as demandas identificadas e acordadas entre as duas equipes. Os processos de trabalho devem constituir-se a partir de ações compartilhadas entre ambas as equipes: discussões de casos de sujeitos ou de demandas do território, atendimento e grupos. Para tanto, utilizam como estratégias de trabalho o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (PTS) e o projeto de saúde no território (PST) (GONÇALVES *et al.*, 2015).

No Brasil, a ferramenta de apoio matricial e a lógica de trabalho do Nasf-AB diferem consideravelmente das práticas e das relações tradicionais estabelecidas entre médicos e enfermeiros da SF e os profissionais de outras formações. São novas formas de organizar o trabalho, novos parâmetros nas relações interprofissionais e nova forma de responsabilizar-se pelos usuários. No entanto, ainda predomina no país um modelo de formação em que cada profissional é responsável por uma parte do corpo do indivíduo, sem a devida abordagem da importância do trabalho interdisciplinar (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Para Cunha e Campos (2011), o apoio matricial é uma ferramenta tecnológica que oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência e promove o compartilhamento dos saberes, ampliando a resolução dos problemas. O apoio matricial se propõe a alterar a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilidade territorial, buscando maior resolutividade para assegurar, de forma dinâmica e interativa, retaguarda especializada às equipes.

Nesse sentido o apoio matricial, por meio de sua dimensão assistencial, busca produzir ação clínica direta junto aos usuários. Já a dimensão técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem ser associadas em diversos momentos, uma vez que não é possível a nenhum trabalhador em saúde esquivar-se de lidar, em alguma medida com os afetos nas relações terapêuticas (BARBOSA *et al.*, 2010).

Segundo Silva *et al.* (2012), apesar dos profissionais envolvidos em sua pesquisa reconhecerem a consulta individual como recurso indispensável para aumentar a compreensão do caso e potencializar a resolutividade, os entrevistados manifestaram preocupação com o risco de que essa atividade assuma o papel de atenção secundária.

A proposta da Clínica Ampliada orienta-se a todos os profissionais que fazem clínica em um recorte, ou seja, um destaque de sintomas e informações, de sua competência profissional. Ampliar a clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários (FIGUEIREDO, 2012).

Já o PTS consiste em um conjunto de condutas terapêuticas articuladas para cada sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e, se necessário, com apoio matricial. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Representa um momento em que toda a equipe compartilha opiniões e saberes na tentativa de ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde, e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações (FIGUEIREDO, 2012).

O PST, por outro lado, é uma estratégia para o desenvolvimento de ações efetivas na produção da saúde de um território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades. Deve ainda ter foco na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, com a criação de espaços coletivos de discussão, nos quais sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e à promoção da saúde (FIGUEIREDO, 2012).

Tesser (2017), em sua pesquisa, aborda sobre a existência de duas reduções comuns sobre as funções do Nasf-AB: seu centramento na prestação de cuidados especializados ao usuário 'assistencialismo' ou no suporte técnico pedagógico às equipes de SF. Sendo essas reduções vistas, frequentemente, nos serviços, onde talvez predomine a versão assistencialista.

Segundo Moretti e Fedosse (2016), o Nasf-AB desde a sua criação foi orientado no alargamento da oferta de serviços de saúde da ESF. Porém a falta de serviços especializados pode conduzir a um funcionamento equivocado do Nasf-AB que tende a realizar a “substituição do serviço que falta”, na tentativa de responder à demanda da população. Nesta lógica, Hirdes (2015) pondera necessário o entrosamento das eSF e do Nasf-AB para que haja a prática de apoio matricial, e que, para tal, sejam considerados os princípios profissionais que a sustentam: a interprofissionalidade, o vínculo, a integralidade no cuidado, a acessibilidade, a resolutividade e a longitudinalidade.

No entanto se observam situações como a mencionada por Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017) em sua investigação que visou caracterizar o modo como as ações de apoio matricial estão inseridas no cotidiano, verificaram que o funcionamento das eSF e equipes Nasf-AB não estão articuladas como seria teoricamente esperado. Concluíram o enunciado a partir dos dados coletados, onde notaram a presença de especificidades nas respostas das equipes, sendo que caso fossem ações realmente compartilhadas as porcentagens atribuídas tenderiam a ser mais próximas entre as duas equipes.

Assim sendo a partir do trabalho da equipe do Nasf-AB, a porta de entrada pode se tornar mais resolutiva e proporcionar o acesso mais organizado da população aos outros níveis de assistência do sistema de saúde. Neste sentido, o Nasf-AB pode ser um dispositivo que favoreça uma atenção básica coordenadora do cuidado e a articulação entre atenção básica e os outros níveis do sistema (PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015).

Os profissionais do Nasf-AB apresentam as seguintes atribuições: conhecer a realidade socioeconômica e epidemiológica das famílias residentes na área adscrita; identificar em conjunto com a comunidade e as eSF, o público prioritário para o desenvolvimento das ações, além do tipo de abordagem a ser adotada; atuar na prevenção e na promoção da saúde por meio de ações educativas; promover ações interdisciplinares com as eSF, a partir de discussões de caso realizadas periodicamente, além de apoiar as equipes de AB para populações específicas (GONÇALVES *et al.*, 2015).

As ações do Nasf-AB estão organizadas a partir de nove áreas temáticas, sendo elas: atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares/ acupuntura e homeopatia; reabilitação/ saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança e do adolescente; saúde da mulher; assistência farmacêutica (BRASIL, 2010).

De acordo com Souza e Calvo (2016) em sua revisão de literatura verificaram que para o cumprimento dos objetivos que norteiam as ações desenvolvidas pelo Nasf-AB, há uma forte aposta na capacidade das atividades técnico-pedagógicas do apoio matricial como indutoras de mudanças que possibilitem os resultados esperados sobre as equipes apoiadas, incluindo o alcance da resolutividade.

De modo geral, vale ressaltar que a constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um Nasf-AB. Com esse objetivo, a sua equipe e as eSF deverão criar momentos de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Nesse contexto, o Nasf-AB precisa buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É uma situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do Nasf-AB assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (BRASIL, 2010).

O Nasf-AB possui como principal diretriz a integralidade, compreendida em três sentidos: o indivíduo, as práticas de saúde e a organização do sistema de saúde. Além disso, outros princípios orientam as ações desenvolvidas pelo Nasf-AB como: território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2010; REIS *et al.*, 2016).

Segundo as Diretrizes do Nasf-AB (BRASIL, 2010),

É consensual que a amplitude da prática da integralidade exija que os sistemas organizados a partir da APS reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las. A reflexão sobre a integralidade deve, todavia, ampliar o conceito constitucional, em busca de outras possibilidades, ou seja, a integralidade como traço da boa medicina, como o modo de organizar práticas em saúde e como elemento da construção de políticas especiais. Com efeito, no modo tradicional dos sistemas de saúde, é notória a fragmentação da atitude dos médicos e dos outros profissionais da saúde, reduzindo o usuário a mero sistema biológico, desconsiderando seu sofrimento e outros aspectos envolvidos na sua qualidade de vida. Assim, a integralidade deve ser considerada como um valor e estar presente na atitude do profissional no encontro com seus usuários, no qual deverá reconhecer demandas e necessidades de saúde, bem como incorporar ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras.

Nesse sentido, observa-se a importância da compreensão da proposta do Nasf-AB, pelos profissionais de saúde que o constituem, levando em consideração o seu embasamento teórico e metodológico, com o intuito de adquirir ferramentas facilitadoras para a atuação em conjunta com a ESF.

A busca pela integralidade nos serviços de saúde deve ser um processo em construção, sendo a equipe de SF um campo fértil ao fomento da atenção integral. Assim, a atuação em equipe do Nasf-AB com a ESF visa não só incremento da integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos (BRASIL, 2010).

4 – OBJETIVOS

4.1 – Objetivo Geral:

Avaliar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família dentro do modelo assistencial quanto os desafios para a integralidade, sob a perspectiva de profissionais de duas equipes Nasf-AB e usuários de duas Estratégias Saúde da Família no Distrito DAGUA, no Município de Belém no Estado do Pará.

4.2 – Objetivos Específicos:

- Descrever a visão de usuários quanto às mudanças observadas após a implantação da ESF em duas equipes no distrito DAGUA no município de Belém;
- Compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no contexto do Nasf-AB na perspectiva da equipe;
- Avaliar se as atividades realizadas pelos profissionais do Nasf-AB contribuem para a integralidade.

5 – METODOLOGIA

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi realizado segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, após aceite do orientador (APÊNDICE A). A coleta foi realizada após autorização da instituição envolvida na pesquisa (ANEXO A) e após a aprovação do Comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJJB) por meio do protocolo 2.070.728 e CAAE 65993617.7.0000.0017 (ANEXO B).

Os participantes envolvidos no estudo foram esclarecidos, verbalmente e por escrito, quanto aos aspectos éticos e legais, dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos que foram utilizados e dos riscos e benefícios da pesquisa, através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Sendo garantido o anonimato e o afastamento da pesquisa pelo participante a qualquer momento, se assim o desejar. Mediante a assinatura do TCLE pelos sujeitos da pesquisa iniciou-se a coleta de dados.

5.2 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com observação participante, que visa avaliar a proposta de duas equipes Nasf-AB e identificar os desafios para a integralidade, sob a perspectiva de profissionais do Nasf-AB e usuários da ESF, em duas eSF e NASF-AB do Distrito Guamá (DAGUA), Município de Belém no Estado do Pará.

A abordagem qualitativa foi empregada devido permitir a leitura das respostas dos participantes, bem como identificar os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que são resultados da ação humana, aprendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação das pessoas que vivem em determinada situação (MINAYO, 2013).

5.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em duas unidades de saúde da família pertencentes ao município de Belém, Distrito Guamá (DAGUA), com os profissionais de duas equipes Nasf-AB e os usuários adscritos na unidade de saúde da família e inseridos nas atividades desenvolvidas pelo Nasf-AB.

5.3.1 Distrito DAGUA

O município de Belém está localizado na Região Norte do Brasil no Estado do Pará, ocupa uma área de 1.059,458 Km² (IBGE/2017), de acordo com dados do plano municipal de saúde de 2014 da Secretaria Municipal de Belém (SESMA) sua porção continental corresponde a 35% da área total e a porção insular, composta por 39 ilhas, a 65%.

O Forte do Castelo foi fundado em 12 de Janeiro de 1616, com o objetivo de criar uma defesa de território, ambiente que inicialmente chamou-se de Feliz Lusitânea, posteriormente Santa Maria do Grão Pará, Santa Maria de Belém do Grão Pará, tornando-se o núcleo para o nascimento de Belém do Pará. Caracteriza-se por ser cercada por rios e pelas chuvas frequentes, possuindo o clima quente e úmido.

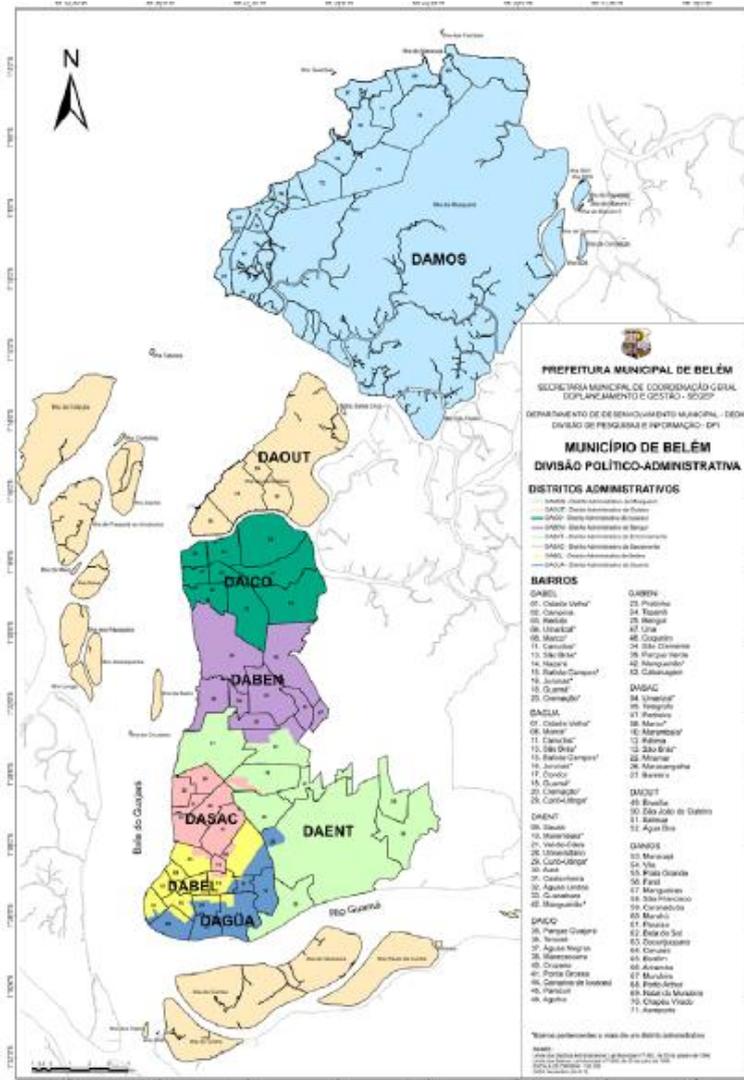
Segundo dados do IBGE/2017, possui uma população estimada de 1.452.275 habitantes, do ponto de vista da gestão, de acordo com a Lei 7.682/94, o município foi legalmente distribuído em 71 bairros compondo oito Distritos Administrativos, sendo assim dividido: Mosqueiro (DAMOS), Outeiro (DAOUT), Icoaraci (DAICO), Bengui (DABEN), Entrocamento (DAENT), Sacramento (DASAC), Belém (DABEL) e Guamá (DAGUA), conforme Figura 1 e Figura 2.

O município de Belém conta com um Produto Interno Bruto (PIB): R\$ 16, 5 Bilhões (2009), uma renda per capita de 11.496,00 (2009). As principais atividades econômicas são turismo, comércio e serviços e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,806 (IBGE/2010) (SESMA, 2014).

A população economicamente ativa (PEA) de 16 anos a mais de Belém, segundo os três últimos censos demográficos IBGE ocorreu um crescimento considerável de 31,61% em relação aos referidos censos (SESMA, 2014).

O distrito DAGUA é considerado o mais populoso com uma população estimada de 346.931 habitantes (24,6%) segundo censo e estimativas IBGE/2010. Apresenta cinco Unidades Básicas de Saúde, localizadas nos bairros da Condor, Cremação, Guamá, Terra Firme e Jurunas. Possui, além destas, seis Unidades de Saúde da Família, sendo as quais: Casa Família Terra Firme, Casa Família Riacho Doce, Casa Família Radional II, Casa Família Parque Amazônia I e II, com 15 equipes cadastradas (BELÉM, 2012).

FIGURA 1: BAIRROS E DISTRITOS ADMINISTRATIVOS DO MUNICÍPIO DE BELÉM



Fonte: Prefeitura de Belém (BELÉM, 2018)

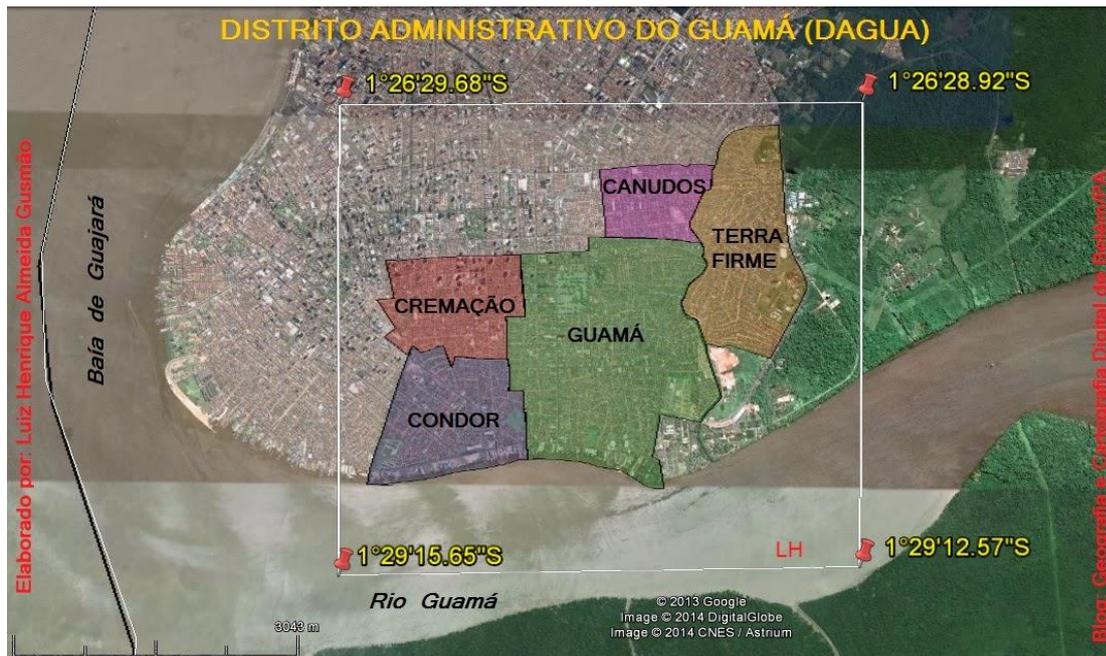
Segundo Gusmão (2013) o DAGUA engloba os bairros da Terra Firme, Condor, Canudos, e parte dos bairros do Jurunas, Batista Campos, Cidade Velha, Guamá, Curió-Utinga, São Brás, Marco e Cremação (parte de alguns bairros do

Distrito Administrativo de Belém), onde estes estão entre os mais populosos da cidade. Uma parte significativa da população dessa área é de baixa renda, onde há diversas áreas de ocupação espontânea ou aglomerados subnormais (as invasões), principalmente ao longo das primeiras avenidas, como a Bernardo Sayão, Perimetral e Cipriano Santos, sendo acompanhada com a carência de saneamento básico (Tratamento de esgoto doméstico e água canalizada potável), culminando na frequência de doenças relacionados a transmissão pela água.

Esse distrito é caracterizado por ser constituído pelos bairros mais violentos da cidade (Guamá, Terra Firme e Jurunas), além de possuir altos índices de pobreza. As suas ruas apresentam traçado irregular, devido a ocupação rápida e desordenada durante a década de 1960 e 1970. As áreas mais próximas do DABEL estão em crescente valorização imobiliária, sendo cada vez mais comuns, os edifícios de médio-alto padrão e serviços mais sofisticados. É um distrito que concentra diversos órgãos públicos: SERPRO, MUSEU EMÍLIO GOELDI, ELETRONORTE, UFRA, entre outros. É importante ressaltar que o norte da Cremação, o Oeste de Canudos, o Noroeste do Jurunas e o Extremo norte do Guamá se assemelham mais ao DABEL (Centro de Belém), por serem mais suscetíveis aos alagamentos constantes, assim sendo moradia de classes mais abastadas em relação ao restante do distrito (GUSMÃO, 2013).

Além disso, este distrito abrange bairros com população de conglomerados vulneráveis e complexo insular (população ribeirinha). Há duas unidades básicas de saúde no modelo tradicional e somente uma Equipe de Saúde Bucal agregada a duas Equipes de Estratégia Saúde da Família. Sendo que as Unidades de Saúde que serviram de base para a pesquisa estão nos bairros da Condor e Terra Firme.

FIGURA 2: DISTRITO DAGUA



Fonte: Google Earth (GUSMÃO, 2013)

O sistema de saúde de Belém possui uma Rede assistencial/ SUS composta por 205 estabelecimentos de saúde na Gestão Pública Municipal, sendo 29 Unidades Básica de Saúde (UBS), 52 Unidades Saúde da Família (USF), 11 Casas Especializadas, 26 Hospitais (2.431 leitos SUS) e 62 privados, com 2 Hospitais de Pronto Socorro Municipais, 3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 117 eSF cadastradas, com 30 equipes de Saúde Bucal e 11 equipes Nasf-AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; SESMA, 2017). Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) a população cadastrada é de 1.410.430 pessoas.

Optou-se por desenvolver o estudo no Distrito DAGUA por ser o mais populoso e ser localizado em área de alta densidade populacional.

5.3.2 Equipe Estratégia Saúde da família I – eSF I

A escolha dessa USF levou em consideração ser coberta pela primeira equipe de Nasf-AB implantada no Distrito DAGUA no município de Belém. Na área coberta por essa equipe existem duas escolas de ensino municipal, a UBS é próxima ao local. Atualmente é formada por quatro equipes de Saúde da família, são dois médicos, quatro enfermeiras e dezenove ACS.

Durante a pesquisa presenciei atividades entre as equipes e estudantes de graduação do curso de Fisioterapia da UFPa. Em uma dessas atividades os alunos abordaram sobre o tema de violência doméstica. As figuras a seguir retratam esse momento.

FIGURA 3: Palestra sobre violência doméstica para os ACS – eSF I



Fonte: Pesquisa de campo (2017)

FIGURA 4: Palestra sobre violência doméstica para os ACS – eSF I



Fonte: Pesquisa de campo (2017)

5.3.3 Equipe Estratégia Saúde da Família II – eSF II

Em relação a escolha da eSF II foi por ter sido implantada desde 2001. Atualmente é composta por duas equipes, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e cinco ACS na primeira e quatro ACS na segunda.

Esta estratégia realiza atendimentos de segunda a sexta pelo turno da manhã e tarde. Realizam atendimento para a população em geral, focada para o atendimento a programa como o Hiperdia, a crianças de 0 à 12 anos de idade e às sextas feiras ocorre atendimento interno (reunião entre as equipes, discussão de casos) e as visitas domiciliares.

5.3.4 NASF-AB I

A equipe avaliada nomeada por Nasf-AB I, foi a primeira das quatorzes equipes Nasf-AB instaladas na cidade de Belém em 2014, abrange quatro equipes de saúde da família, ESF Condor (quatro equipes), ESF Parque Amazônia II (duas equipes), ESF Riacho Doce (duas equipes) e ESF Radional (duas equipes). É uma equipe formada por uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, um psicólogo e uma profissional de Educação Física.

Essa equipe se organiza para que cada dia da semana esteja presente em uma USF, assim, as segundas realizam atividades na ESF Parque Amazônia II; as terças na ESF Riacho Doce; as quartas na ESF Radional; as quintas acontece o grupo “Corpo em Movimento” na ESF I (figuras 5 e 6), além de visitas domiciliares ou atendimentos compartilhados ou individuais; já as sextas a equipe do Nasf-AB se reúne para o matriciamento, as vezes se reúnem com a secretaria de saúde municipal ou com os gestores distritais.

O Nasf-AB I é uma equipe que realiza várias atividades durante a semana e que se divide devido à quantidade de equipes que cobrem. Dificuldade essa que outras equipes possuem, pois fazem a cobertura em um número elevado de ESF em um território demasiadamente extenso. Limitando assim o suporte para as equipes apenas em um dia por semana. A equipe, nesse sentido, se esforça e realiza, dentro

das limitações de cada unidade, o impossível para atender da melhor forma a população.

Entre as atividades realizadas em cada estratégia podemos destacar: educação em saúde, por meio de palestras, workshos em semanas de campanha, qualificação para ACS, ações na escola junto com o Programa Saúde na Escola (PSE) realizando essa ponte, já realizaram apoio a creches do bairro, entre outros; além de atendimentos compartilhados ou individuais, visitas domiciliares, formação de grupo de atividade física e educação popular em saúde, oferecerem suporte para as ESF na realização de eventos do calendário do Ministério da Saúde, como combate ao tabagismo, outubro rosa, combate a tuberculose, por exemplo.

FIGURA 5: Grupo Corpo em Movimento – Nasf-AB I



Fonte: Pesquisa de campo (2017)

FIGURA 6: Grupo Corpo em Movimento – Nasf-AB I



Fonte: Pesquisa de campo (2017)

5.3.5. NASF-AB II

Implantada em Abril de 2014, a equipe Nasf-AB II, é formada por um profissional de Educação Física, um terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga e uma psicóloga. Essa equipe realiza a cobertura em quatro equipes da Unidade Municipal da Terra Firme e duas equipes na Unidade da ESF Parque Amazônia I.

As atividades realizadas por essa equipe são atendimentos individuais e compartilhados, visitas domiciliares, nas segundas e quartas ocorre o grupo de atividades físicas na UBS da Terra Firme, além das atividades extras que acontecem como a organização de passeios com o grupo de usuários, caminhadas, atividades em festas comemorativas (festa junina), atividades culturais; e nas sextas a equipe realiza reuniões para o matriciamento.

Assim como a equipe Nasf-AB I, a equipe Nasf-AB II também sofre algumas dificuldades devido à quantidade de equipes que cobrem e pela extensão do território coberto. Além disso, lidam com situações de risco por ser uma área de alta periculosidade, o que limita algumas ações da equipe. Verificou-se a atuação da equipe que se esforça para desenvolver atividades que estimulem os usuários a continuarem a cuidar de sua saúde. Proporcionando assim, atividades de promoção e prevenção de saúde.

FIGURA 7: Grupo de atividade física – Nasf-AB II



Fonte: Pesquisa de campo (2017)

FIGURA 8: Grupo de atividade física – Nasf-AB II



Fonte: Pesquisa de campo (2017)

Primeiramente a pesquisadora realizou uma visita na unidade, para conhecer o contexto da inserção da rede de assistência local, a infraestrutura da unidade e do bairro, assim como as atividades que os profissionais do Nasf-AB realizam. Posteriormente os usuários da eSF I e eSF II e profissionais do Nasf-AB foram convidados a participar da pesquisa.

Foram entrevistados 18 (dezoito) participantes, sendo três profissionais da equipe Nasf-AB I e seis profissionais da equipe Nasf-AB II, cinco usuários da eSF I e quatro usuários da eSF II. Dois profissionais do Nasf-AB I estavam de licença ou férias no período da coleta de dados e não participaram da pesquisa. Duas usuárias da eSF I não aceitaram participar e quatro usuárias (duas da eSF I e duas da eSF II) foram excluídas, pois frequentavam o grupo multidisciplinar de atividade física, porém moravam em uma área sem cobertura da ESF.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa usuários inseridos há mais de um ano na unidade de eSF I e eSF II, de ambos os sexos, maiores de 18 anos; e os profissionais do Nasf-AB I e Nasf-AB II colaborativos e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Adotou-se como critério de exclusão, participantes com déficit cognitivo, que não compreendam os comandos verbais e os que se encontravam de férias, licença ou ausentes após três tentativas de entrevistas.

5.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

Utilizou-se como técnica de coleta, a entrevista semi-estruturada com os profissionais do Nasf-AB e usuários. Inicialmente realizamos uma pesquisa documental para obter informações importantes a respeito do microcontexto do município de Belém. Além de observação direta no local da pesquisa e registros em

um diário de campo utilizado para anotar as observações e impressões do pesquisador.

A pesquisa documental baseia-se na utilização de documentos originais, fontes diversificadas e dispersas, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor, tais como: documentos oficiais, relatórios, cartas e tabelas estatísticas, por exemplo (OLIVEIRA, 2007).

A pesquisa semi-estruturada, segundo Minayo (2013), é aquela que combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de ampliar seu discurso sem se prender à indagação formulada.

A entrevista foi semi-estruturada e guiada por um roteiro com questões (APÊNDICE C) divididas em duas partes, a primeira compreendeu informações sobre caracterização em relação à idade, sexo, ano de conclusão de graduação, titulação, tempo de experiência profissional para os profissionais e sobre o tempo de inserção na ESF, tempo que frequenta a atividade no grupo do Nasf-AB para os usuários, e a segunda teve questões referentes ao Nasf-AB, o processo de implantação e as práticas de integralidade, que visou obter a percepção do usuário e de profissionais do Nasf-AB a respeito do referido programa e outros temas abordados de acordo com os objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente com os profissionais, previamente agendada de acordo com dia, horário e local com sala exclusiva disponibilizada na USF e UBS. Já a entrevista aos usuários foi por livre demanda ao acessarem as atividades em grupo organizadas pelas equipes Nasf-AB's. Geralmente a entrevista ocorreu quando o participante teve uma atividade na ESF, o qual está inserido, após a execução das atividades. Cada entrevista teve duração média de 20 minutos. O conteúdo das entrevistas foi gravado em áudio com consentimento dos participantes e transcrito na íntegra para evitar possíveis danos ao mesmo e posteriormente foram analisados.

O acompanhamento foi realizado no período de Agosto a Dezembro de 2017, sendo os três primeiros meses a coleta foi realizada na eSF I e os dois últimos meses na eSF II. Durante este período, as atividades (grupo "corpo em movimento" e grupo multidisciplinar, palestras, reuniões de equipe, períodos nas unidades de

saúde, atendimentos individuais) foram acompanhadas pela pesquisadora que se utilizou do ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos para apreender o fazer desses profissionais, sua inserção e interação com a equipe e com os usuários. Todas as observações, incluindo falas e expressões de outros profissionais e de usuários, foram registradas em diário de campo.

Para a análise desse material, inicialmente realizou-se a leitura completa e exaustiva do mesmo. As falas presentes nas respostas do questionário foram registradas por meio de nomes de flores, para resguardar a identidade dos sujeitos da pesquisa, e em seguida formamos as categorias emergentes das falas dos participantes.

A coleta de dados com os usuários aconteceu até o momento em que ocorreu a saturação das informações, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos nos discursos começam a ter uma regularidade de apresentação (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2012). Já com os profissionais da equipe Nasf-AB apenas dois não participaram da pesquisa, por se encontrarem de licença no período da coleta.

5.6.1 Observação Participante

A observação participante pode ser considerada como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. É um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de um fato social, com objetivo de realizar uma investigação (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2012).

5.6.2 Diário de campo

Utilizamos um diário de campo, denominado por Minayo (2013) como o principal instrumento de trabalho de observação, é um caderno de notas, onde o investigador anota o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista.

O diário de campo é um importante instrumento para o registro de informações no decorrer da pesquisa. As informações colhidas contribuirão na construção da análise dos dados.

5.6.3 Análise de Dados

Foi realizada uma leitura flutuante do material coletado e entrevistas. A partir dos discursos dos participantes utilizamos, para a análise dos dados, inicialmente, uma das técnicas da análise de conteúdo, a análise categorial. Baseia-se em desmembrar o texto em unidades, segundo um agrupamento analógico, formando assim as categorias (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que apresentam como fator comum uma interpretação controlada, baseada na inferência (BARDIN, 2011).

Segundo Minayo (2013), a análise de conteúdo se refere a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

De acordo com Bardin (2011), as fases da análise de conteúdo organizam-se em três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

- a) Pré-análise: caracteriza-se por ser a fase da organização do material. Trata-se de um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Geralmente, esta fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

A leitura flutuante consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Pouco a pouco, a leitura vai se tornar mais precisa, em função de hipóteses

emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos.

Utilizamos as anotações do diário de campo, assim como as gravações com as informações paralinguísticas, informações de qualquer som ou qualidade de voz, que acompanha a fala e manifesta a situação em que o sujeito se encontra, se está alegre, triste, com raiva, etc.

- b) A exploração do material: se trata de procedimentos aplicados manualmente ou de operações efetuadas por computador, o decorrer do programa completa-se mecanicamente. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos – ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Mediante a organização das gravações, do material transcrito e leitura repetida do material nomeamos as categorias de análise a partir das principais ideias expressas nos relatos dos participantes. Foram separadas as falas equivalentes das respostas dos profissionais e também as falas das usuárias. Durante as entrevistas surgiram pontos principais debatidos e a partir destes pontos elaboramos as categorias, sendo as quais:

- a) **As mudanças vividas**, que proporciona discutir sobre a reorganização do modelo assistencial, sendo subdividida nas subcategorias:
 - sujeitos que viveram a transição;
 - conhecimento durante a formação; e
 - não possuem informações a respeito da implantação da ESF.

- b) **Conhecimento acerca do Nasf-AB**, dividido nas subcategorias:
 - o que é o Nasf-AB?;
 - quais os objetivos do Nasf-AB?; e
 - quem faz parte do Nasf-AB?.
- c) **Conhecimentos acerca da integralidade na atenção a saúde;**
- d) **A contribuição da equipe multiprofissional para o favorecimento do Nasf-AB na integralidade na atenção a saúde;**
- e) **As práticas de saúde vivenciadas: Compreender o Nasf-AB e a construção das práticas de cuidado integral a saúde;** e
- f) **As potencialidades e os obstáculos da proposta do Nasf-AB**, dividido nas subcategorias:
 - O que mais gosto;
 - Os obstáculos.

5.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos desta pesquisa são mínimos para a instituição e para a integridade física e psicológica dos participantes da pesquisa, os pesquisadores garantem o anonimato e a preservação de qualquer tipo de identificação dos sujeitos. Os benefícios são a contribuição na literatura sobre o conhecimento a respeito da proposta do Nasf-AB dentro do modelo assistencial e seus desafios para a integralidade, incentivando a investigação científica, e para o participante é refletir sobre atuação da equipe Nasf-AB dentro da equipe de estratégia saúde da família que está inserido, identificando os principais desafios para a efetivação da integralidade na assistência.

Os resultados serão encaminhados à SESMA para apreciação dos resultados e providências que se fizerem necessárias.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos sujeitos

Constatou-se que as duas equipes Nasf-AB possuíam no total 11 (onze) profissionais, representantes de distintas profissões (terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e fonoaudiólogo). Sendo que destes nove participaram da pesquisa, pois dois profissionais da equipe Nasf-AB I estavam ausentes no serviço no período da coleta de dados, uma encontrava-se de licença maternidade e o outro de férias. Outras características podem ser observadas na tabela a seguir:

Tabela 01 – Caracterização dos profissionais das equipes Nasf-AB I e Nasf-AB II Distrito DAGUA, Belém do Pará 2017.

SEXO	IDADE	Tempo de conclusão da graduação (Anos)	Tempo de experiência profissional (Anos)
F	43	20	3
F	39	11	3
F	28	5	3
F	28	7	3
F	34	3	1
M	56	13	2
F	35	13	3
M	30	5	2
F	37	6	3

Fonte: pesquisa de campo.

A tabela 01 nos mostra que a maioria dos profissionais são do sexo feminino, sendo em número de sete (77,78%); a idade mínima apresentada foi vinte e oito anos e a máxima cinquenta e seis anos, com média de idade igual à 36,67 anos. O tempo de conclusão da graduação variou de três a vinte anos, com período de experiência profissional na equipe Nasf-AB de um a três anos na equipe.

No que concerne às categorias profissionais as duas equipes Nasf-AB apresentam: dois terapeutas ocupacionais, dois psicólogos, um educador físico, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um nutricionista e um assistente social.

Quanto à formação profissional, apenas um entrevistado possui especialização na área de saúde coletiva, sendo que quatro possuem especialização em outras áreas e quatro não possuem especialização (Tabela 02).

Tabela 02 – Características dos entrevistados a nível de titulação, Belém do Pará 2017.

Entrevistado	Especialização Saúde coletiva	Especialização outras áreas
Bromélia	-	Nutrição clínica
Orquídea	-	Desenvolvimento infantil
Violeta	-	-
Alfazema	-	Psicologia Clínica
Amarilis	-	-
Cravo	Saúde Pública	-
Magnólia	-	Audiologia
Narciso	-	-
Verônica	-	-

Fonte: pesquisa de campo.

O baixo índice de profissionais com especialização na área de APS e áreas correlatas foi encontrado em outras pesquisas científicas (CASTRO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2014). De acordo Silva *et al.* (2014), isso pode estar relacionado com a rotatividade de profissionais. Esta alta rotatividade está associada a vínculos precários de trabalho, à ausência de capacitação adequada, ao tempo de locomoção e à falta de materiais para a realização do trabalho.

Em contrapartida na pesquisa de Reis *et al.* (2016), que buscou compreender os significados atribuídos da equipe multiprofissional ao trabalho desenvolvido em uma unidade do Nasf-AB, observou-se que entre os 14 profissionais, 50% dos quais possuíam especialização em Saúde da Família, apenas dois participantes não apresentavam pós-graduação. Os autores concluíram que a qualificação profissional trouxe um diferencial significativo à assistência. Isso também pode confirmar a literatura que mostra que os profissionais mais qualificados avaliam melhor a APS (CASTRO *et al.*, 2012; CHOMATAS *et al.*, 2013).

Nesse sentido é importante conhecer o perfil dos profissionais que atuam no Nasf-AB, para ser possível compreender o processo de formação profissional e se estes estão capacitados a atuar na atenção primária. Diante disso, proporcionar ferramentas que incentivem a qualificação e, conseqüentemente, a melhoria na construção das práticas assistenciais.

Já em relação aos usuários que frequentam os grupos de atividades multiprofissionais organizados por essas duas equipes Nasf-AB's participaram da pesquisa nove usuárias, sendo cinco da equipe Nasf-AB I e quatro participantes da equipe II. As características encontradas podem ser observadas na tabela a seguir:

Tabela 03 – Caracterização dos usuários que participam das atividades das equipes Nasf-AB I e Nasf-AB II Distrito DAGUA, Belém do Pará 2017.

	SEXO	IDADE	Tempo de inserção na ESF (Ano)	Tempo que realiza as atividades do Nasf-AB (Ano)
Azaleia	F	69	10	1
Dália	F	51	2	1
Margarida	F	67	5	4
Rosa	F	54	3	3
Angélica	F	78	5	3
Jasmim	F	65	20	3
Gardênia	F	59	5	1
Lírio	F	59	3	3
Tango	F	69	7	1

Fonte: pesquisa de campo

Na tabela 03 observamos que todos os sujeitos da pesquisa são do sexo feminino. A idade mínima foi de 51 (cinquenta e um) anos e máxima de 78 (setenta e oito), com a média de idade de 63,44 anos, sendo uma amostra composta por idosos em sua maioria. No que se refere ao tempo que as usuárias são inseridas na ESF verificamos que seis delas, estão inseridas há cinco anos ou mais na ESF. Já em relação ao tempo que realiza as atividades no grupo da equipe Nasf-AB a metade da amostra realiza as atividades durante três anos.

6.2 AS MUDANÇAS VIVIDAS: a reorganização do modelo assistencial

6.2.1 Sujeitos que viveram a transição

Quando questionados os usuários a respeito do atendimento em saúde antes da implantação da ESF, o que mudou após esse processo e o que se pensa a respeito dessa mudança, a maioria das entrevistadas relataram que faziam uso dos serviços na unidade de saúde.

No SUS, eu ia para o posto de saúde, por ai que a gente andava [...] Olha mudou sim as coisas, muitas coisas. Eles passam negócio de exames. Eles passam para outro lugar, como daqui daquele posto foi daqui a requisição né, daí eu fui levar ali, ai de lá já foi e já me chamaram já foi pro Betina sobre a vista, sobre o ouvido, e por aí eu vou levando. (Margarida - Usuária)

Mudou pra melhor porque agora o agendamento é feito pela agente de saúde né ai eu venho aqui falo com ela e só, ela que agenda pra mim e só. Eu não preciso vim aqui marcar consulta ela que agenda tudinho. É rapidinho. (Rosa - Usuária)

A gente consultava [na unidade] saúde, mas era aquela dificuldade de 4 horas da manhã pegar ficha pra marcar. Aí era um sufoco e tanto, depois que veio a casa da Saúde, aí a moça veio na porta perguntando se a gente queria se cadastrar que aí é mais fácil. Aí que eu passei e foi por isso, que eu as vezes que vou lá para não deixar de ir, mas é mais aqui (USF) porque ela passa na porta ela pergunta se tem alguém doente. Ela faz curativo no meu primo. Ela vai lá com a minha sogra. Quando alguém da minha família está doente a doutora vai lá na casa. Melhorou mil por cento aqui. (Gardênia - Usuária)

Dentre as mudanças trazidas com a implantação da ESF relatadas pelos entrevistados, destaca-se a dinâmica de agendamento de consultas, procedimento este que passou a ser realizado pelo ACS da comunidade, evitando a formação de filas na unidade de saúde para agendamento de exames da atenção secundária; facilidade na obtenção de encaminhamentos para centros especializados; melhora no acesso aos serviços de saúde, além da realização de visitas domiciliares pelos profissionais.

Dado semelhante foi encontrado na pesquisa de Hemmi e Penna (2012) sobre as representações sociais de usuários dos serviços de saúde que frequentam a UBS em Belo Horizonte. As falas dos participantes trouxeram relatos sobre as mudanças vivenciadas desde a época em que a unidade só contava com atendimento médico, onde as filas eram imensas e era preciso ir cedo para

conseguir consulta. Nesses discursos também se notou a percepção sobre as modificações e sobre os recursos existentes atualmente.

Em relação à marcação de consulta pelos ACS, destacamos a relevância do trabalho desses agentes contida nas falas dos usuários, uma vez que este favorece o primeiro contato com a unidade por meio do agendamento de consultas sem a necessidade do usuário ir pessoalmente a USF. O depoimento da flor Rosa demonstra esse significado da presença do ACS na comunidade. Segundo Oliveira *et al.* (2012a), cuja pesquisa apresentou resultado semelhante, o ACS é um agente importante de ligação entre a população e a USF. Ferreira e Santo (2012) também evidenciaram que a prática do ACS é considerada um elemento facilitador principalmente por este facilitar a marcação de consultas.

Ainda nesse contexto podemos inferir a importância da marcação de consultas para o acesso dos usuários as unidades de saúde na região estudada, corroborando com a pesquisa de Viegas, Carmo e Luz (2015), que avaliou os fatores que influenciam o acesso aos serviços públicos de saúde de uma população em um município em Minas Gerais. Estes autores identificaram a inexistência de horário fixo para a marcação na unidade estudada, embora não seja diária, uma vez que periodicamente a agenda permanece fechada. Este dado diverge do presente estudo, pois nas duas unidades de ESF não havia período de agenda fechada.

O estudo de Cunha e Vieira-da-Silva (2010) identificou que a dificuldade para marcação de consultas e o longo período de espera para o atendimento foram avaliados como um dos aspectos negativos para a ESF. Desse modo, constituíram critérios de marcação ideal a marcação diária, sem horário fixo para a demanda espontânea; marcação por telefone; a priorização segundo critérios de gravidade; a marcação comunicada pelo ACS ou pela unidade; a existência de lista de espera e de substituição do paciente faltoso de modo sistemático; e o tempo de espera entre a marcação e o atendimento de até cinco dias.

Neste contexto, encontramos depoimentos que demonstram uma semelhança em relação a demora para conseguir atendimento tanto na UBS, quanto na ESF, além de apresentar também uma percepção sobre acessibilidade aos serviços, indicando uma melhoria que envolve a localização do estabelecimento próximo a sua população de abrangência.

Lá no posto [unidade de saúde] que é a unidade básica. Para mim o atendimento foi bom, não tenho que reclamar. Toda vida que eu ia lá eu era atendido. Pra conseguir consulta não é tão fácil, mas eu conseguia. É a mesma coisa quando começou a tirar o cartão SUS. É o mesmo tempo que eu esperava lá espero aqui. Para mim teve uma mudança sim, porque fica mais perto da minha casa [...] e a gente vem aqui com a médica e a médica encaminha é isso, ficou mais fácil. (Azaleia - Usuária)

Em sua investigação Lima *et al.* (2015) também encontrou como barreira mencionada por seus sujeitos de pesquisa, o tempo prolongado de espera para conseguir marcar as consultas, além da necessidade de chegarem muito cedo ou pernoitar para tentar conseguir uma ficha. Essas características também foram descritas em nossa pesquisa a respeito do acesso antes da implantação da ESF, mas segundo algumas falas, ainda são observadas a demora em conseguir atendimento nas unidades. Essas situações influenciam negativamente no primeiro contato ao sistema de saúde.

O estudo de Leite *et al.* (2016) buscou compreender a percepção dos usuários sobre o processo de transição das modalidades de serviços centro de saúde para a ESF. Eles verificaram que o atendimento era deficitário, limitado somente a determinado número de vagas, além da exposição dos usuários a condições adversas, como passar a noite no serviço e mesmo assim não obter êxito diante do número insuficiente de vagas para o atendimento clínico. Além disso, este estudo apontou dificuldade na obtenção de apoio complementar e diagnóstico, bem como de alguns medicamentos, o que era percebido no antigo serviço do centro de saúde e foi amenizado com os serviços da ESF. Todavia, identificaram uma mudança entre os centros de saúde e a ESF no que se refere às relações com os profissionais que atendem na unidade e à humanização da assistência, onde os profissionais da ESF demonstraram respeito a atenção durante o acolhimento e o cuidar.

Na pesquisa de Campos *et al.* (2014), que visou avaliar o acesso aos serviços de saúde cobertos pela ESF em um município do estado de São Paulo, os entrevistados descreveram o acesso ao serviço de APS como algo burocrático e demorado, desde o tempo de espera do agendamento até o dia da consulta, assim como o próprio processo de atendimento no serviço. O acolhimento é apontado como um espaço de escuta aos seus problemas e de orientação, mas o criticam por

constituir-se em uma forma de controlar o acesso àquilo que é mais esperado: a consulta com o médico.

Entretanto, em relação à acessibilidade geográfica uma parte dos usuários referiu ser melhor atualmente com a USF, quando comparado ao modelo de assistência da UBS, devido a proximidade com a sua residência. Esses dados divergem daqueles encontrados por Lima *et al.* (2015), onde essa questão foi citada como barreira de acesso devido a distribuição inadequada das USF dentro do território, tanto em relação a distância da unidade às residências, quanto dos próprios obstáculos na locomoção como presença de morro, córregos e escadarias no trajeto.

Outra situação encontrada neste estudo foi a percepção de divergência com os demais modelos assistenciais. Embora considerando que antigamente o modelo de saúde era melhor do que após a implantação da ESF devido a presença de médico na unidade, uma das entrevistadas reconhece que o modelo atual é satisfatório.

Olha, era bem melhor que agora. Eu acho, porque antigamente tinha médico para atender melhor. Hoje é difícil, o pessoal vem aí, marca e reclama que demora. Mas é condição de todos os hospitais de local de saúde. Mas mesmo assim, eu digo: “dão graças a Deus”, porque tem como fazer ou demore ou não, mas são atendidos. Pior aqueles que não tem como ser atendido. Então, para mim eu acho que não é ótimo, mas satisfaz as necessidades das pessoas. (Angélica - Usuária)

No que concerne à falta de profissionais, vale destacar o sentido que a figura do médico ainda está muito atrelada ao antigo modelo assistencial, concentrado, principalmente, na figura deste profissional. Desta forma, um “bom atendimento” na unidade de saúde está relacionado à disponibilidade de consultas médicas. Portanto, se há dificuldades em realizar esse procedimento, o sistema é considerado como ruim.

A pesquisa de Lima *et al.* (2015) também obteve este achado em Recife. Todos os grupos analisados evidenciaram uma oferta insuficiente de médicos e outros profissionais na atenção primária para a demanda local. Os autores enfatizaram também que este problema proporciona um aumento no tempo para a população conseguir atendimento, e muitas vezes a qualidade da consulta não responde às necessidades do paciente.

Para Viegas, Carmo e Luz (2015) a falta de médico e a demora na marcação de consultas foram as principais dificuldades de utilização do serviço de saúde, sendo relatada por 36,8% e 31,6% da amostra, respectivamente. O estudo evidenciou a adequação do número de profissionais para a prestação de serviços como um dos fatores determinantes para o acesso do grupo estudado.

6.2.2 Estudaram sobre a implantação da ESF

No resultado da pesquisa observou-se que quando os profissionais que compõem o Nasf-AB foram interrogados sobre a implantação da ESF, apenas um entrevistado em cada equipe respondeu que durante a sua formação teve conhecimento sobre essa política pública, mas que não vivenciaram esse processo. Ambos os profissionais mencionaram as dificuldades em relação à consolidação das práticas da ESF e também do próprio Nasf-AB.

Eu lembro que na época da graduação a gente pegou PSF que acabava não abrangendo tudo e tal, então, quando eu entrei pra trabalhar realmente, já tinha mudado. Já era essa estrutura de estratégia saúde da família [...] Então a gente já entrou nesse modelo novo. Eu não sei como foi essa transição, mas pela experiência que a gente tem, embora tenha mudado tudo isso, a gente vê que as casas de saúde da família, ainda, não conseguem colocar realmente em prática todas essas ações que deveriam compor realmente a estratégia de saúde da família. Houve a mudança no papel, mas eu acho que ainda na prática a gente ainda tá caminhando, pela experiência, assim, que eu tenho. (Orquídea - Profissional)

Verifica-se neste relato que o profissional não possuía conhecimento sobre o que foi o PSF e como era o sistema de serviços de saúde antes da inserção da ESF, apesar de ser um tema abordado durante sua graduação como relatado. Esse dado pode estar atrelado a recente inclusão desses profissionais no campo da saúde da família, por meio do Nasf-AB. No município de Belém, a implementação da equipe multiprofissional para apoiar a eSF ocorreu a partir de 2014, alguns dos profissionais entrevistados foram inseridos no Nasf-AB nesse período e outros foram contratados posteriormente. Por outro lado, o desconhecimento sobre o PSF demonstra a falta de informações sobre os acontecimentos referentes à saúde tanto a nível regional quanto a nacional.

Levando em consideração que desde a criação do SUS no final da década de 1980 vêm sendo discutidas propostas de mudança na formação em saúde no Brasil, ainda encontramos deficiências nesse processo, sendo estas observadas nas falas dos entrevistados e que irão ser reproduzidas nas práticas no serviço de saúde. Desta forma, é importante compreender o processo de formação dos profissionais que atuam na APS e, então, discutir modificações no ensino que vão influenciar na assistência.

Partindo deste pressuposto, Marqui *et al.* (2010) considera importante entender o contexto das práticas em saúde quando tratamos sobre a formação profissional. Este entendimento é importante devido a marca histórica deixada pelo ensino centrado nos conteúdos biomédicos, bem como a tentativa atual das instituições formadoras de colocar em ação as indicações das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação da área da saúde.

O ensino em saúde vem adequando sua estrutura de formação na medida em que aproxima os estudantes antecipadamente ao exercício pré-profissional por intermédio das atividades realizadas extraclasse. Deste modo, o profissional em formação pode conhecer e discutir a conjuntura atual das políticas públicas de saúde, entre elas a PNAB com foco em Saúde da Família. Os cursos de graduação, em sua maioria, têm uma formação generalista, o que possibilita ao estudante desenvolver competências e habilidades para intervir nas mais variadas situações dentro do processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades (ALMEIDA FILHO, 2013; BRASIL, 2001).

As DCNs da formação em saúde incluem todo um ideário avançado de formatação de currículo. Preconizam a articulação educação superior/sistema de saúde; formação geral e específica, com competências comuns às formações profissionais; ênfase nos conceitos de saúde; promoção da saúde, princípios e diretrizes do SUS; ensino-aprendizagem com ampla liberdade de integração curricular; perfil acadêmico e profissional; competências, habilidades e conteúdos contemporâneos; capacidade de atuar com qualidade e resolutividade no SUS (ALMEIDA FILHO, 2013; BRASIL, 2001).

Sobre o assunto, Almeida Filho (2013) esclarece que dentre os desafios do SUS e da Universidade na formação dos trabalhadores da saúde, fazem-se

necessários novos modelos que sejam tecnologicamente competentes, que favoreçam o trabalho em equipe, sejam criativos, autônomos, resolutivos, engajados na promoção da saúde, abertos à participação social e comprometidos com a humanização da atenção.

Nessa perspectiva, com o objetivo de apoiar a implantação das DCNs para os cursos da área da saúde e da adoção da integralidade como eixo orientador dos processos de formação, o MS vem incentivando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competências. Em 2005, surgiram projetos como Pró-saúde no intuito de reorientar os cursos de graduação, de modo a oferecer à sociedade, profissionais habilitados para responder às necessidades da população e à operacionalização do SUS e as instituições de educação superior visando melhorias da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e a integração da rede à formação dos profissionais na graduação e na educação permanente (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010b; OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010).

Ressalta ainda o Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET-Saúde), modelo de educação pelo trabalho, orientado pela integração ensino-serviço-comunidade, onde atuam grupos tutoriais formados por tutores acadêmicos, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. Os projetos mencionados sinalizam a ação indutora do Ministério para promover mudanças na formação inicial em saúde, por meio da aproximação das instituições formadoras dos serviços de saúde. Além desses, o MS apoia a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, cujo objetivo é articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial – muitas vezes fragmentado e desarticulado – com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010b; OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010).

Entretanto, no ponto de vista de Fiúza *et al.* (2012) esta reorientação nas estratégias de educação em saúde vem sendo fragmentadas, insuficientes e pouco efetivas. Em seu estudo buscaram analisar as necessidades educacionais em saúde percebidas e representadas pelos profissionais de nível superior que atuam na ESF do município de Fortaleza, o qual culminou na constatação que a maioria desses

profissionais, atuando no mercado de trabalho no município em questão, não foi formada para atuar e “aderir” a uma proposta como a ESF.

Assim, podemos observar as medidas elaboradas com o intuito de alcançar uma formação adequada para que os profissionais de saúde atuem de maneira mais resolutiva, buscando a integralidade na assistência. Essas medidas possam ser discutidas entre gestores, profissionais e com a própria participação popular para o surgimento de novas propostas, buscando superar os desafios ainda encontrados, principalmente nas práticas nos serviços.

Neste sentido, a formação do ensino em saúde é construída por meio de diversos saberes, incluídos aqueles produzidos no cotidiano das práticas profissionais, nas relações políticos sociais e nas experiências dos sujeitos inseridos neste campo. A valorização das experiências práticas significativas pode contribuir para a criação de diferentes espaços de ensino-aprendizagem, durante o processo de formação, sendo estas práticas orientadas por uma construção dialógica entre o mundo do trabalho e o da formação, como parte do processo de transformação. Porém, essa valorização dos saberes da prática não se constrói de forma simples e automática. Requer diversas estratégias e planejamentos para sua mobilização pelo conjunto de docentes (OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN 2010).

Por outro lado, uma das falas também demonstra que o modelo assistencial ainda apresenta dificuldades para a sua consolidação, pois refere: *“houve a mudança no papel, mas (...) na prática a gente ainda tá caminhando”* (Orquídea - Profissional). Diante disso, é importante discorrer sobre os entraves que influenciam a atuação do Nasf-AB, visando trilhar caminhos para uma melhor prática profissional e, com isso, contribuir no fortalecimento do SUS.

De acordo com Silva e Caldeira (2010) os modelos assistenciais em saúde devem ser compreendidos como um conjunto de atividades técnicas e tecnologias com o objetivo de atender as necessidades de saúde de uma população. Assim, a prática centrada na consulta do médico e na abordagem da doença só será modificada quando a percepção de um novo modelo assistencial for assumida pelas eSF. É preciso que os próprios integrantes das equipes assimilem a estratégia como uma prática inovadora e reestruturadora das ações de saúde, com resgate de uma

visão mais ampliada do processo saúde-doença e das relações entre os membros da equipe de saúde.

Para esses mesmos autores, em sua pesquisa cujo objetivo era conhecer por meio da percepção das equipes de saúde o quanto a consolidação do novo modelo assistencial se associa com as ações de saúde desenvolvidas por tais equipes, constataram que as equipes com maior adequação ao novo modelo de assistência proposto pela ESF apresentam melhores resultados nas ações de atenção à saúde, traduzidos em maiores escores nas subdimensões do AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família) avaliadas no estudo.

Nesta perspectiva Fertoni *et al.* (2015), em sua reflexão teórica sobre o modelo assistencial no Brasil, refere que o processo de construção deste “novo” modelo na atenção básica, após mais de 20 anos de implantação, ainda apresenta muitos desafios. Dentre eles, destaca o trabalho em equipe, considerado essencial para alcançar os objetivos da ESF. No entanto, o trabalho mantém-se em geral fragmentado, com persistência de práticas hierarquizadas e da desigualdade entre as diferentes categorias profissionais, geralmente com subordinação de diversas profissões aos saberes e práticas da medicina.

Já Oliveira, Fernandez e Koifman (2010) abordam um tema anteriormente debatido nessa investigação, pois afirmam que a principal dificuldade na consolidação do SUS é a preocupação com a formação de profissionais para atuar de acordo com seus princípios ético-políticos. As propostas de reformulação na formação de profissionais de saúde, orientadas pelas diretrizes curriculares e respaldadas por políticas públicas que estimulam esse processo, têm o intuito de superar algumas dessas questões.

Além das indagações acima discutidas, destacou-se a fala de outro profissional que teve sua formação já orientada nessas diretrizes curriculares e que participou do processo de implantação dos Nasf-ABs no município de Belém, relatando a sua percepção, na seguinte fala:

No meu período de formação eu já escutava alguma coisa, mas nunca tinha tido nenhum tipo de vivência prática em relação a isso. Então assim, eu vejo assim uma certa forma positiva essa mudança, porém a gente ainda vê muitos entraves e esses entraves ainda são muito perceptíveis até hoje. Eu tive agora uma experiência profissional de ter participado do projeto de implantação dos núcleos de apoio então pelo que eu lembro pela política a

gente tem que fazer a consulta popular em relação a como implantar os serviços de saúde a partir do controle social e a gente tem aquela parte da sociedade com os profissionais, os civis e a parte política né, mas assim infelizmente ainda não acho que seja democrática. (Cravo - Profissional)

Observa-se uma visão positiva em relação à ESF, porém o entrevistado ressalta os entraves de como se tem feito na prática o modelo assistencial no município. Esta percepção crítica pode estar relacionada ao próprio processo de formação profissional, pois se trata do único profissional com especialização voltada à saúde coletiva, o que acarreta uma visualização diferenciada e, até certo ponto, crítica à realidade no contexto da ESF.

Vasconcelos (2013) pondera que na universidade brasileira há um movimento de busca de novas formas de ensino, que vêm experimentando e difundindo uma reorientação da aprendizagem. Nesse processo, para além das mudanças curriculares, criou-se um conjunto de estratégias pouco explícitas que vêm conseguindo redirecionar o ensino. Segundo o autor, para um conjunto considerável de estudantes comprometidos com a transformação social, estruturou-se um currículo informal que critica o modelo dominante e aponta novos rumos.

Silva e Caldeira (2010) observaram que, na amostra de sua pesquisa, a maioria dos profissionais entrevistados possui formação específica, com residência em medicina da família e comunidade ou residência multiprofissional em saúde da família. Os autores ressaltam que a formação de recursos humanos para a ESF representa um aspecto crítico do processo de transformação do modelo assistencial.

Diante disso, esses mesmos autores ressalvam a importância da realização de estudos de avaliação com a participação de atores implementadores do processo, pois eles podem expressar adesão ou resistências em relação a nova estratégia (SILVA; CALDEIRA, 2010). No estudo realizado por Pedrosa e Telles (2001) no Piauí revelou que os médicos e enfermeiros da ESF não percebiam mudanças no modelo assistencial e repetiam as práticas da assistência fragmentada focada na doença.

Por outro lado, para Oliveira *et al.* (2012b), a AB passou por um processo de mudanças radicais após a implantação da ESF. A adscrição das comunidades foi uma das importantes modificações desse período, determinando vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde. Consequentemente, possibilita-se o

acolhimento e a humanização do atendimento, no sentido de responsabilização das equipes da estratégia pelo acompanhamento do processo saúde/ doença dos indivíduos e de suas famílias.

Também podemos verificar diferenças entre esses dois modelos na pesquisa de Arantes *et al.* (2016) onde a ESF apresentou melhor desempenho no aspecto técnico-assistencial em comparação ao modelo de APS tradicional. Isto se deu devido ao trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária.

6.2.3 Não possuem informações a respeito da implantação da ESF

No resultado da pesquisa também foi encontrado tanto profissionais quanto usuários que desconheciam como eram os serviços de saúde antes da inserção da ESF e o seu processo de implantação, de acordo com os seguintes discursos:

Não sei te responder. (Amarilis - Profissional)

Mudou pouco, porque assistência ficou no papel. Ficou uma atenção a nível de prevenção. Mas eu vejo pouco isso. Então se mudou, mudou pouco (...) É a primeira vez que eu trabalhei na prefeitura (...) Eu não sei lhe dizer isso (sobre como era antes da ESF). (Alfazema - Profissional)

De acordo com as entrevistadas Amarilis e Alfazema percebe-se essa insuficiente informação que demonstra a fragilidade na formação dos trabalhadores da atenção primária à saúde. Ressalta-se, neste sentido a importância na discussão sobre as ações educativas desenvolvidas para os trabalhadores.

Já para a usuária Lírio, o não conhecimento dos serviços de saúde estava atrelado ao trabalho, o que a impedia de procurar a unidade, sendo que posteriormente devido a problemas de saúde esta participante procurou atendimento médico. Isso pode estar relacionado a condições econômicas que influenciam na escolha entre manter uma jornada de trabalho e a procura por cuidado a saúde.

Antes eu quase não ia no médico, porque eu vivia trabalhando, só procurei o médico depois do AVC. (...) eu tinha que trabalhar, eu me aposentei e tive que continuar. (Lírio - Usuária)

Observou-se também o desconhecimento sobre as diferenças entre os dois tipos de modelos assistenciais e a associação desse fato ao pouco tempo de serviço no Nasf-AB, conforme a fala de uma profissional:

Eu te dizer exatamente como ocorreu não tem como eu te dizer (...) Assim de comparar o início pra cá tipo assim pra mim não (...) não teve mudança, não sei explicar pelo o tempo que eu tô aqui porque eu acho que tô pouco tempo. Eu não sei como era antes eu não conheço. Eu conheci assim como eu entrei. (Bromélia - Profissional)

Para esta análise considero válido reiterar a discussão sobre o processo de formação do profissional da saúde, enfatizando a política de educação permanente como instrumento de formação contínua e capacitação em serviço, que nos remete a caminhos que podem ser traçados como forma de incentivo para a qualificação desses servidores com o intuito de atuar de acordo com as necessidades da equipe e da população. O resultado do estudo de Silva *et al.* (2012) corrobora essa informação quando coloca a necessidade do próprio profissional do Nasf-AB ser formado em campo, pois, boa parte das vezes, ele não terá experiência em atenção primária à saúde.

Segundo Barbosa *et al.* (2010) há necessidade de adequação da formação às propostas do SUS e às diversas atribuições dos profissionais estabelecidas não apenas pela teorização das características do profissional na atenção primária à saúde, mas também de acordo com as necessidades de saúde da população. Por outro lado para Gigante e Campos (2016) a formação de profissionais de saúde tem sido delineada por um modelo de atenção à saúde pautado na ciência positivista, centrado em metodologias conservadoras e incongruentes com os problemas de saúde da população. Nesse entendimento, o conhecimento e o saber são fragmentados e reduzidos à busca pela eficiência técnica, reduzindo o seu potencial para um cuidado integralizado.

Nesse contexto é importante garantir que os profissionais sejam capazes de atender as demandas e necessidades de cada população. Assim, a OMS (Organização Mundial da Saúde) sinaliza sobre a importância da educação e da formação contínua dos profissionais de saúde e esse processo deve estar em consonância com os serviços. Além de incluir a formação de profissionais educadores, bem como a utilização de métodos eficazes e o acesso a

infraestruturas, equipamentos e ferramentas adequadas (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

6.3 CONSTRUINDO O CONHECIMENTO ACERCA DO NASF-AB

6.3.1. O que é o Nasf-AB?

Quando as usuárias foram questionadas sobre o que entendiam da sigla “Nasf-AB”, parte das entrevistadas associou este termo ao grupo de atividade física que participam nas unidades que são organizados pela equipe Nasf-AB, como ilustrado a seguir:

Eu acho muito importante. Já ouvi falar já. (...) Eu acho muito importante porque o idoso, ele não pode ficar o tempo todo em casa encolhidinho. Ele tem que se movimentar para poder obter mais saúde. A gente, por exemplo, eu me senti muito bem, por causa que deu problema na coluna e isso aí melhorou muito das dores no corpo que eu tinha. Melhorou muito, então eu me sinto bem aqui. (Azaleia - Usuária)

É nosso grupo aqui. É um grupo que cuida da saúde do idoso. Por sinal tá até agora aberto. Antigamente era só do idoso, agora quem vier vem prevenindo. Eles integram muito não só a parte física, mas vão para passeios, dança, e vão levar até o grupo daqui para outra parte, porque muitos idosos aqui não saem. Não tem condições. (Angélica - Usuária)

É uma coisa para ajudar a gente né? Eu acho que é isso, para que a gente entender o que é saúde. O que é esse projeto da ginástica aqui isso é bom principalmente para os idosos, porque eu já tô com 59, e olha o reumatismos né? aí a gente sente dor no braço na perna. (Gardênia - Usuária)

Alguma coisa pra... (silêncio) é sobre atividade física? “o corpo em movimento” essas coisas assim. (Rosa - Usuária)

Verificou-se que em ambas as unidades avaliadas parte das usuárias já tinham ouvido falar do Nasf-AB, mas que associavam este termo ao grupo de atividade física para os idosos. Esse dado pode ser influenciado por ser no grupo o momento de maior contato dos usuários com a equipe Nasf-AB.

Mas houve também aquelas usuárias que não sabiam do que se tratava o termo, como podemos observar nas falas a seguir:

Não tenho ideia. (Tango - Usuária)

Não (ouviu nada sobre Nasf-AB). Não tenho a mínima ideia. (Dália - Usuária)

O estudo de Souza *et al.* (2013b) evidenciou que parte dos usuários, exceção de uma, não reconhecem a equipe pela sigla Nasf-AB ou conhecem o seu significado. No entanto, existe a identificação das atividades realizadas pelo Nasf-AB, mesmo quando estas não são associadas ao nome da proposta, o que para esses autores, pode comprometer a posterior articulação entre as atividades realizadas e uma proposta de saúde. Por outro lado, em outras pesquisas os usuários atribuem as ações do Nasf-AB à melhoria na qualidade de vida, porém isso pode ter sido influenciado pela coleta de dados ser realizada imediatamente após os sujeitos participarem das atividades do Nasf-AB, facilitando assim o reconhecimento da equipe (NÓBREGA, 2013).

Na pesquisa de Aciole e Oliveira (2017), que visou explorar a percepção de usuários e profissionais da ESF sobre o Nasf-AB, identificaram em sua amostra que os usuários relataram total desconhecimento em relação à sigla ou a seu significado. No entanto, há um reconhecimento da equipe Nasf-AB de forma atuante na UBS, pois os usuários frequentavam as atividades desenvolvidas por estes profissionais.

O mesmo dado foi encontrado em nossa pesquisa, como exemplificado na fala de Margarida, que apesar de afirmar nunca ter ouvido falar da sigla Nasf-AB reconhecia as ações dos profissionais que faziam parte dessa equipe em sua comunidade.

Não (ouviu sobre Nasf-AB) Daqui sempre a doutora, a menina sempre ia lá em casa (...) a menina a loira (profissional do Nasf-AB) é ela sempre ia lá em casa (...) ia com as outras colegas (da eSF e do Nasf-AB), o mesquita (ACS) ia, agora elas nunca mais foram. (Margarida - Usuária)

Segundo Aciole e Oliveira (2017) esta “não identificação” nominalista, por parte dos usuários, pode ser esperada caso seja pensada sob a perspectiva da transdisciplinaridade. Permitindo especular que para a população, o mais importante talvez seja como os serviços de saúde se apresentam em termos de acesso e qualidade do cuidado, especialmente na perspectiva multiprofissional, sendo menos importante o nome que esses serviços recebem dos arranjos gerenciais ou programas governamentais criados para induzir e estruturar políticas públicas.

6.3.2. Quais os objetivos do Nasf-AB?

Quando foram perguntados sobre os objetivos do Nasf-AB foi verificado que os profissionais apresentaram diferentes visões acerca dessa proposta, ora associam ao apoio matricial à ESF e ora relacionam a ações de prevenção, como observado nos seguintes discursos:

Olha o principal papel do NASF-AB é trabalhar com a prevenção (...) então a gente procura estar se inserindo desta forma, então a prevenção e a orientação são os principais pontos que a gente procura atingir. (Magnólia - Profissional)

Dá esse apoio para a estratégia saúde da família, não deixando de mandar (apoio) também para a unidade. A gente visa assim atender todo mundo, quem vem é bem-vindo, independe de ser de Belém ou de Santa Izabel, não importa, vindo até nós será atendido. (Verônica - Profissional)

Atendimento primário, (...) aquela coisa meio mais básica. Até porque a gente só tem uma vez na semana. Então não tem como a gente atender a comunidade aqui da unidade [USF] com aquele cuidado maior com aquela atenção maior e nem com aquele cuidado contínuo. Não tem como porque se a gente for acompanhando continuamente o paciente deixa de atender outros né?! (Bromélia - Profissional)

Notou-se no depoimento da flor Verônica um equívoco referente ao objetivo do Nasf-AB na frase: *“independe de ser de Belém ou de Santa Izabel, não importa, vindo até nós será atendido”*. Segundo Brasil (2011) essas equipes não são de livre acesso, seja para atendimento individual ou coletivo, devendo responder às demandas da equipe das redes de atenção à saúde, da academia da saúde e mesmo de outras redes, como o Sistema Único de Assistencial Social (SUAS).

Além disso, identificou-se com as falas de Magnólia e Bromélia uma associação do objetivo do Nasf-AB ao atendimento primário e que este pode ser comprometido com a reduzida frequência da equipe na unidade de ESF. No caso de Bromélia isso se explica pelo fato da equipe Nasf-AB, que esta profissional integra, apoiar outras eSF e por isso só realizar atividade uma vez na semana em cada unidade. Percebeu-se um reducionismo no entendimento do objetivo da equipe de apoio para estas participantes, limitando as ações desse Núcleo ampliado ao atendimento primário na unidade de saúde da família.

Segundo Brasil (2010) o Nasf-AB tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/ Saúde da Família. É responsável por um número de eSF e pelo desenvolvimento de habilidades relacionadas ao

paradigma da Saúde da Família. Além de atuar compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem seu escopo de ofertas (BRASIL, 2014). Para Anjos *et al.* (2013), é dever de tal equipe desconstruir, nas organizações de saúde, o modelo de “linhas de produção” fragmentadas, nas quais o poder gerencial se atrela ao saber disciplinar fragmentado e as chefias se dividem por corporações, produzindo arranjos que desvalorizam ou rivalizam as categorias envolvidas no processo de atenção à saúde. Logo, o Nasf-AB propõem o estabelecimento de outro modelo que vise a superar essa lógica fragmentada da saúde por meio da construção de redes articuladas de atenção e cuidados, funcionando sobre as diretrizes de ação interdisciplinar e intersetorial. Dessa forma, o apoio matricial deve atuar de maneira corresponsabilizada, reorientando e reorganizando o modelo de gestão e de atenção com a eSF.

Partindo desse pressuposto Silva *et al.* (2012) e Volponi, Garanhani e Carvalho (2015) destacam que o Nasf-AB visa apoiar as ações das equipes de saúde da família e contribuir para ampliar a resolutividade da APS, buscando assegurar a integralidade do cuidado, tendo, como lócus principal de desenvolvimento, as ações da atenção primária à saúde e das equipes de saúde da família, além de intervir na cultura de encaminhamentos. Possibilitando, concomitantemente, promover uma discussão sobre a formação dos profissionais de saúde.

Nesse sentido por meio da Portaria nº 2.488 descreve que com a responsabilização compartilhada pelo conjunto Nasf-AB – equipes e SF, o acompanhamento dos casos ocorreria de forma interdisciplinar, e as práticas de encaminhamento seriam reavaliadas, modificando a coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

No estudo de Silva *et al.* (2012), o grupo estudado formado por vários profissionais da saúde destacou a necessidade do Nasf-AB potencializar a atenção primária à saúde, ampliar as ações das equipes de saúde da família, articulando as redes de atenção à saúde e, assim, otimizar os fluxos de referência e contra referência. Auxiliando nesse aspecto, a reorganização da rede de atenção

secundária e terciária. Ou seja, os objetivos desses núcleos perpassam o atendimento primário como mencionado na amostra da presente pesquisa.

Encontramos também uma percepção mais completa do objetivo da proposta estudada como visto nos discursos a seguir e que pode estar relacionado a ser a resposta de profissionais que estudaram esta abordagem na graduação ou que possuíam especialização na área de saúde da família, o que reflete a importância da formação que contemple o conhecimento generalista voltado para a APS. Esse dado corrobora outras pesquisas onde os profissionais com pós-graduação específica para a área de saúde coletiva apresentam uma visão mais favorável ao programa, além de trazer um diferencial significativo à assistência (CHOMATAS, 2013; REIS *et al.*, 2016). Cabe ressaltar, que entre essas duas falas, o participante Cravo, cujo discurso foi mencionado abaixo, apresentou um conhecimento mais preciso a respeito do papel do Nasf-AB, sendo o único integrante que possui especialização em residência multiprofissional na área de ESF.

A gente dá esse apoio né, é uma equipe que a gente vai ajudar nessa leitura de território. A gente tem como porta de entrada a referência da Estratégia na conta da equipe de enfermeiros, os médicos e agente de saúde e a partir do momento que eles tem toda a análise desses territórios epidemiológicos e socioeconômico (...) A gente entra com o Nasf-AB com esse objetivo de ampliar essa atuação a partir dos profissionais especialistas voltados para essas demandas que vem a partir desse levantamento. Então o Nasf-AB sempre vem depois para dar esse apoio e então esse apoio é tanto assistencial aspectos de ajudar o manejo no cuidado dessas demandas que a ESF acaba necessitando de apoio (...) e além do apoio assistencial tem o apoio pedagógico também né que a gente pode ajudar ensinar um ACS a fazer triagem daquelas situações que cabe ao terapeuta ocupacional ou outros profissionais do Nasf-AB. Assim como a própria discussão dos casos trocar esses saberes para que não só a gente evite chegar ao adoecimento avançado do hospital mas até mesmo um agente de saúde poder dar uma orientação. Aí oferecer um cuidado seguro a partir de um apoio pedagógico que o Nasf-AB venha dar. Daí só reforça aquilo que é estratégia já tem como objetivo que é fazer a pessoa dá orientação para prevenção e saúde, mas também autonomia para que a pessoa corresponsabilize com a saúde dela e busque também o seu direito de cidadania e tudo mais sem que cause essa dependência. (Cravo - Profissional)

A gente vem para auxiliar e dar apoio à estratégia, mais nas questões de prevenção e promoção a saúde. Com orientações de como favorecer realmente, aquela população aquele território, a estrutura que existe entorno da estratégia, como escolas, creches, até os próprios centros comunitários e não como ambulatório. (Orquídea - Profissional)

Na fala de Orquídea percebeu-se tanto o esclarecimento sobre as atribuições do núcleo quanto também uma preocupação em esclarecer a função que não

compete a equipe de apoio, que será discutido posteriormente na categoria sobre os desafios da proposta.

De acordo com Aciole e Oliveira (2017) em sua amostra grande parte dos profissionais entrevistados mostrou entendimento acerca da proposta do Nasf-AB, baseando-se na prática do apoio matricial, evidenciando o trabalho multiprofissional, trocas de saberes, compartilhamento de casos e atendimento conjunto, confirmando o Nasf-AB como uma equipe de apoio matricial à eSF, conforme previsto nas diretrizes. Em sua pesquisa, os autores entrevistaram alguns profissionais da eSF, foi verificado que os mesmos atrelaram fortemente o conhecimento sobre o Nasf-AB ao apoio matricial.

Por outro lado, na pesquisa de Barros *et al.* (2015) que analisou a percepção da eSF acerca do Nasf-AB, identificou o apoio matricial como um dos desafios enfrentados pelo Nasf-AB, apontando que este não está assimilado por todos da eSF, o que dificulta a efetivação de sua lógica de trabalho. Já para Martinez, Silva e Silva (2016), referiram que a maioria das ferramentas tecnológicas do processo de trabalho do Nasf-AB (Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular – PTS – e Projeto de Saúde no Território – PST) ainda são pouco conhecidas pela maioria dos profissionais da ESF, assim como, por alguns integrantes do Nasf-AB.

6.3.3. Quem faz parte do Nasf-AB?

Quando os usuários foram questionados a respeito da atuação dos profissionais que fazem parte da equipe Nasf-AB foi verificado que a maioria reconhecia os trabalhadores da equipe. No entanto, notou-se que existem alguns integrantes do Nasf-AB mais conhecidos que outros.

O educador físico é o mais comunicativo entre o grupo. Mas assim, a fono eu acho que veio aqui uma vez ou duas, eu não conheço. O fisioterapeuta é sempre um que vem da federal para cá e tá entrosado no meio, mas um fixo só cabe a nós o professor, é ele que dá atenção para o pessoal e a psicóloga, a menina aí que tá aqui no nosso meio. Essa aí também, é bem conhecida, a assistente social, também. São os que mais a gente vê. (Angélica - Usuária)

Conheço o nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional. Sempre venho me consultar com eles (Lírio - Usuária)

Além dessas percepções destacamos também discursos onde os usuários não relacionam os profissionais que promovem os grupos de atividades com o Nasf-AB, o que pode ser verificado nas falas abaixo. Isso pode estar associado a ausência de informações da própria equipe para a população assistida nas atividades. Além disso, percebeu-se que após o esclarecimento e identificação de cada membro da equipe, os entrevistados reconheceram estes trabalhadores.

Não sei quem é até porque nunca ninguém falou isso aqui de quem faz parte (Azaleia - Usuária)

Não, conheço mesmo não (os profissionais). Mas eu já tive consulta com a nutricionista e com a psicóloga (Jasmim - Usuária)

Não conheço (os profissionais) (Tango - Usuária).

Aciole e Oliveira (2017) identificaram que os usuários entrevistados reconheceram as categorias profissionais do Nasf-AB, tais como nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, pois frequentavam atividades desenvolvidas por esses profissionais. Dado semelhante foi encontrado nessa pesquisa, onde as usuárias reconheceram as categorias dos trabalhadores quando citaram participar dos grupos de atividades físicas, ter recebido visita domiciliar da equipe ou após atendimento individual.

Além disso, algumas usuárias reconheceram a função de cada profissional na comunidade. Esse conhecimento pode também estar atrelado ao convívio com esses profissionais durante as atividades realizadas pelo Nasf-AB, como demonstrado nos discursos abaixo.

A psicóloga seria orientar as pessoas nas suas necessidades, nas suas queixas e procurar sempre o caminho mais amigável, fácil. Assistente social sempre tá encaminhando, algum exame. O pessoal pede, vai com ela, ela atende, vai encaminhando conforme a possibilidade. A nutricionista não conheço, mas sei, também, que é para cuidar da nutrição. (Angélica - Usuária)

A nutricionista (trata) sobre a nossa alimentação adequada, devido a obesidade e a psicóloga aconselhar os problemas da minha neta que tá ruim e conversar com gente adulto mesmo [...] todos os encaminhamentos que a gente precisa lá (na UBS) demora as vezes, mas quando a gente faz a primeira vez a doutora já passa a gente direto (na ESF). (Gardênia - Usuária)

Na revisão elaborada por Correia, Goulart e Furtado (2017) foi verificado que a maioria dos artigos selecionados constituiu-se de dúvidas e buscas pelo

estabelecimento das atribuições e dos papéis de cada uma das áreas integrantes da proposta. A ênfase nessas questões evidencia, para esses autores, a carência de referenciais estabelecidos para dar sustentação às práticas profissionais nesse novo arranjo organizacional.

Por outro lado, foi identificado na fala da flor Rosa que a alta rotatividade dos profissionais para atuarem nas equipes pode contribuir na dificuldade dos usuários reconhecerem esses trabalhadores.

Olha porque muda, todo tempo muda. Logo que eu comecei, a gente se dava muito com as meninas, sabe, aí todas saíram, o nosso educador físico saiu também até que veio uma moça que tá de licença maternidade agora. Aí a gente não tá tendo educação física por causa disso, mas a gente conhecia todos eles, a psicóloga a terapeuta a fisioterapeuta, uma vez ela até me encaminhou pra fazer fisioterapia no meu joelho. (Rosa - Usuária)

Sobre esse assunto, Martiniano *et al.* (2013) identificaram que os profissionais entrevistados possuíam vínculo por meio de contrato temporário de trabalho, devido indicação política. Eles verificaram que esse tipo de contratação parece trazer algumas implicações para o processo de trabalho no Nasf-AB, como a precarização do trabalho das equipes. Além disso, outros problemas podem estar associados como a falta de estrutura para o planejamento nos serviços, a descontinuidade na assistência, a exaustiva jornada de trabalho visto múltiplos vínculos, as inadequadas remunerações, o rodízio de profissionais e as precárias condições de trabalho que interferem na qualidade da intervenção ao usuário.

Ainda segundo esses autores, uma outra implicação se refere a como os próprios profissionais do Nasf-AB se sentem com esse tipo de vínculo, ora vulneráveis, considerando que a qualquer momento o contrato pode ser rompido; ora pouco comprometidos, não assumindo as responsabilidades e inerentes ao cargo.

6.4 CONHECIMENTO ACERCA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: o que é integralidade?

Ao interrogar os informantes sobre a integralidade percebeu-se uma variedade de sentidos, parte dos entrevistados a caracterizaram como assistência geral, visão do indivíduo como um todo e também como integração no processo de trabalho.

Olha, desde a lei do SUS, a Lei 8080 - ela diz que a integralidade é universalidade da Saúde. Então, a pessoa tem que ter a assistência geral, social, médica, psicológica e de lazer. Isso tudo na lei está. O NASF-AB ele é parecido com isso porque ele pega assim as profissões. Então ele chega perto dessa integralidade. (Alfazema - Profissional)

A integralidade foi considerada como assistência geral para a flor Alfazema, pois em sua percepção a integralidade está associada à visão integral do ser humano. Para essa profissional o termo envolve o atendimento de forma universal, levando em consideração a integridade física, social e mental. Apesar de usar o termo “universalidade” no contexto da integralidade essa fala se aproxima com dois sentidos atribuídos a este princípio, a abordagem integral do indivíduo e a abordagem multiprofissional.

A integralidade não visa reduzir o usuário ao sistema biológico ou a queixa que provoca a dor. Apresenta um sentido que se relaciona com uma atitude dos médicos que seria desejável, caracterizada como um traço de boa medicina, ou seja, o uso prudente dos conhecimentos sobre a doença, mas guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos tratados (MATTOS, 2009).

Segundo Mattos (2009) a atitude do médico que, diante do encontro com o paciente, busca reconhecer fatores de riscos de outras doenças que não são envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investiga a presença de doenças que ainda não se expressaram em dor, ilustra um dos sentidos de integralidade profundamente ligado aos ideais da medicina integral.

Nesse aspecto, para esse mesmo autor, a busca por compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria a marca maior desse sentido de integralidade. Visto que, as necessidades dos que

buscam esses serviços não se reduzem a perspectiva de abolir a dor gerada por uma doença ou de evitar tal sofrimento.

Corroborando com esse pensamento Viegas e Penna (2015), caracterizam essa dimensão da integralidade na expressão “olhar a pessoa”, concretizando a abordagem do usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, ou seja, em sua vivência no mundo.

O Nasf-AB possui como fundamento ideológico a integralidade do cuidado aos usuários, como uma visão ampliada da clínica, ou seja, a saúde depende de fatores além dos biológicos. Assim, a atuação das equipes profissionais deve levar em conta essa pluralidade de fatores para intervir (QUEVEDO; OLIVEIRA, 2016).

O cuidado em saúde deve contrapor-se a abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos, para isso os profissionais de saúde têm a necessidade de apreender este usuário em sua dimensão biopsicossocial (QUEVEDO; OLIVEIRA, 2016).

Deste modo, o depoimento da flor Alfazema demonstra concordância com esses autores ao mencionar que a pessoa necessita de assistência geral, que abrange as áreas: social, médica, psicológica e de lazer, isto é, o indivíduo deve ser visualizado como um todo e que várias condições sejam elas de moradia, desemprego, violência, entre outras podem afetar a qualidade de vida familiar e comunitária.

Outro sentido da integralidade está voltado ao modo de organizar as práticas de saúde e a articulação entre a rede de assistência para garantir acesso e resolutividade às questões de saúde. Na fala abaixo visualiza-se esses dois sentidos abordados.

A integralidade eu vejo em dois aspectos. A integralidade, por exemplo, assistencial acontece no processo de trabalho entre o Nasf-AB e entre as estratégias, os outros serviços de atenção primária – academia da saúde e tudo mais. Essa primeira integralidade assistencial está de acordo com o conceito de saúde e serve para todos os profissionais da saúde. Todo o aspecto biopsicossocial, então a gente entende aquilo que é o adoecimento. Ele não vem só da biologia [...] é ver o ser humano em todas as suas dimensões [...] E tem a integralidade assistencial, que a partir do momento que a gente identifica o caso lá no território e esse caso precisa realmente de, por exemplo, fazer exames laboratoriais para esclarecimento diagnóstico. Então já é outro ponto da rede, o serviço de laboratório. Então é conseguir fazer essa comunicação da porta de entrada, que é a ESF, com

o Nasf-AB e o laboratório. Então o resultado do laboratório e retorna aí [...] precisa de alguns exames mais específicos. Já precisa de uma intervenção em outro nível de atenção então a ESF coordena, faz um encaminhamento, mas se possível tá em contato com esse outro ponto para saber como é que está a situação do paciente para que quando ele retornar, saber que orientações ele recebeu de lá para que a gente possa ajudar nessas orientações aqui no território. Então, a integralidade assistencial vejo assim, você poder ter o ponto de coordenação que a ESF e ter informações em todos os pontos que o paciente for encaminhado. (Cravo - Profissional)

Eu acho assim que a integralidade [...] é você conseguir integrar todos os sistemas de saúde estratégia, unidade básica, Nasf-AB para tentar fazer com que esse indivíduo não tenha doença. Nem sempre a questão da prevenção e orientação tá. (Violeta - Profissional)

No primeiro discurso identifica-se o sentido da integralidade relacionado à visão do ser integral ilustrada no trecho “*é ver o ser humano em todas as suas dimensões*”. O processo de trabalho entre a equipe Nasf-AB e os outros serviços de atenção primária foi outro ponto destacado pela flor Cravo e pela flor Violeta. O primeiro relato caracterizou esse termo também na dimensão da integração e a organização dos serviços de saúde.

Esses dados encontram ressonância na pesquisa de Miranda (2016) realizada também com profissionais das eSF e Nasf-AB na capital paraense, evidenciando relação deste termo à visão integral do ser humano e também na perspectiva da articulação dos serviços. O que demonstra o conhecimento dos profissionais sobre este conceito, ainda que de forma reducionista, levando em consideração a integralidade ser um princípio complexo que permite diferentes interpretações dependendo do contexto ao qual é aplicado.

Para Quevedo e Oliveira (2016) o modo como as práticas de saúde são articuladas no cotidiano de trabalho impacta diretamente a integralidade da atenção ofertada aos usuários. Assim sendo, o Nasf-AB deve trabalhar no sentido de discutir junto aos serviços a maneira como os mesmos devem ser organizados, para poderem apreender de forma ampliada as necessidades da população a ser cuidada, sejam essas necessidades explícitas ou não.

Mattos (2009) aponta o termo relacionado à integralidade como modo de organizar as práticas, onde os serviços devem ser organizados para realizar uma compreensão ampliada das necessidades da população que atendem. Ou seja, que

os serviços não estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora devam responder a tais doenças.

Segundo Quevedo e Oliveira (2016) o Nasf-AB deve organizar o processo de trabalho para garantir o acesso da população a cuidados de saúde de acordo com a rede de serviços disponíveis no território, considerando ações de caráter assistencial e curativo, bem como atividades de promoção e prevenção, de modo individual e coletivo, por meio de ações locais, intersetoriais e clínicas.

No depoimento a seguir são apresentadas algumas dificuldades à integralidade nos serviços tais como, a comunicação inadequada entre os níveis de assistência, ausência de contra referências e de seguimento. Além disso, notou-se um sentimento de desânimo do participante, ao mencionar que não possui informações dos usuários quando são encaminhados para outros serviços.

Eu entendo que cada profissional que está inserido no contexto da atenção básica, eles deveriam se unir, se integrar mais para que o serviço possa vim realmente a ter um êxito. Porque às vezes a gente faz o encaminhamento, por exemplo, lá para a casa mental, o paciente precisa desse atendimento e foi para lá, a gente não tem esse retorno do paciente. A gente não sabe se esse paciente foi atendido, o que aconteceu com ele, se está sendo atendido, acompanhado. A gente não tem, até porque o paciente não volta mais para a gente. Então eu acho que a gente devia se integrar mais dentro das redes de atendimento para o atendimento realmente funcionar. (Amarilis - Profissional)

Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Macedo e Martin (2014), onde foi identificado que as dificuldades de integração das ações da Unidade Básica com os demais níveis de cuidado foram destacadas com conotação afetiva negativa, indicando indignação, descrédito, desânimo e impotência frente às limitações na resolubilidade das demandas.

Os dados corroboram também com a pesquisa de Oliveira *et al.* (2017), onde os principais desafios assinalados pelos entrevistados para as articulações com a rede foram as dificuldades de comunicação entre as instituições; a falta de comprometimento ou disponibilidade para parcerias; e a descontinuidade dos atendimentos encaminhados pela equipe Nasf-AB para a rede, não havendo responsabilidade compartilhada pelo cuidado ao usuário.

Para esse mesmo autor é necessário que os profissionais e equipes desenvolvam um trabalho articulado com redes e instituições que estão fora do seu

próprio setor, a fim de superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, produzindo efeitos mais significativos na saúde da população e reestruturando a lógica de atendimento (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A integralidade também é considerada como uma prática que visa atender a população do território adscrito pela estratégia “*da melhor forma, mas nas suas especificidades*”. Ou seja, neste discurso há o reconhecimento de que as pessoas possuem suas peculiaridades.

A integralidade, eu entendo que é a gente poder atender a todos ali do nosso território, que a estratégia tá, da melhor forma, mas nas suas especificidades. Eu acho que foi, por isso que houve a mudança que justamente para gente atender cada especificidade, cada grupo, porque apesar de ser a mesma população, cada um tem necessidade diferente, cada grupo tem necessidades diferentes. Então, eu entendo que é isso. É atender a todos, mas nas suas especificidades. (Orquídea - Profissional)

Conforme Viegas (2010) apesar de ser difícil a prática da integralidade com o tempo pode-se identificar a quem dar mais atenção ou as demandas específicas. Neste sentido, essa identificação deveria implicar nas respostas as desigualdades, a equidade nas ações.

Portanto a equidade postula a diferença. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido segundo suas necessidades que são singulares e específicas a cada um. Em cada população, existem grupos que vivem de forma diferente, decorrentes da diversidade do modo de viver, de adoecer e de ter oportunidade de satisfazer suas necessidades de vida. Reconhece desse modo o imperativo de tratar desigualmente os desiguais, com implicações importantes para a questão da demanda (SPINK, 2007).

De modo geral foi observado que a essência do princípio da integralidade foi compreendida de maneira crítica pelos participantes do estudo, enquanto bandeira de luta para modificação das práticas de saúde e consolidação do modelo assistencial.

6.5 A CONTRIBUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O FAVORECIMENTO DO NASF-AB NA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

Quando questionados a respeito da contribuição de cada trabalhador para o favorecimento da integralidade na atenção à saúde a maioria dos participantes demonstraram perceber a relevância da atuação de cada profissão na equipe Nasf-AB. Destacou-se a fala da flor Orquídea e da flor Verônica por apresentar também a percepção da importância da atuação interdisciplinar da equipe que visa alcançar a assistência integral aos usuários.

Assim, eu costumo dizer que na realidade o NASF-AB veio deter vários profissionais, que é para gente realmente ver aquele ser humano, aquela população, aquela família como um todo. Assim, eu acho que eu sou parte fundamental integrante, mas de vários profissionais que vão somar comigo. Eu sozinha enquanto terapeuta ocupacional acredito que não iria conseguir fazer essa integralidade. Então, eu acho que sou mais um, junto com todos, que realmente é a visão de um todo, a visão da saúde em sua totalidade. E não só em uma especificidade, de profissional, como a gente estava acostumado antes, que a saúde era estar ou não doente e isso já se quebrou. Então, eu acho que a terapia ocupacional vem para somar na realidade nessa visão de um todo. Eu entro para trabalhar as questões psicomotoras com eles, que é pela questão mais dessa própria imagem corporal que o próprio idoso acaba perdendo, a questão de lateralidade, equilíbrio, a gente já teve apoio nutricional também, para eles. Então assim eu acho que no grupo dentro do próprio NASF-AB, é onde a gente consegue trabalhar melhor essa questão da integralidade onde cada profissional acaba atuando de certa forma. (Orquídea - Profissional)

Neste discurso foi identificada a compreensão do papel do profissional, enquanto membro da equipe, como integrante que vai somar com os outros trabalhadores e contribuirá para alcançar a integralidade na assistência. No trecho: *“E não só em uma especificidade, de profissional, como a gente estava acostumado antes”* a entrevistada manifesta a importância de não focar em cada especialidade.

O NASF-AB não depende só de um profissional, ele depende de vários, se a gente não tivesse um grupo de profissionais, uma equipe multidisciplinar a gente não tem NASF-AB. Então se a gente não interagir um com outro fica difícil a gente desenvolver o trabalho de um grupo e o nosso NASF-AB não consegue desenvolver um trabalho assim. O nosso trabalho do NASF-AB é muito mais orientar do que desenvolver as nossas atribuições. O paciente vem até nós, explica a situação, explica a patologia, a gente orienta e ele leva o que a gente explicou para o dia a dia dele. Eu acho que a contribuição do fisioterapeuta é muito importante como qualquer um dos outros profissionais. Nós não temos nutricionista no nosso grupo e a gente sente uma grande deficiência nisso [...] nós somos uma equipe e se a gente não interagir para resolver um determinado caso fica difícil de fluir as coisas. (Verônica - Profissional)

A flor Verônica também demonstrou conhecer a importância da integração entre a equipe dentro da proposta do Nasf-AB para o desenvolvimento do trabalho, ilustrado no seguinte trecho: “*nós somos uma equipe e se a gente não interagir para resolver um determinado caso fica difícil de fluir as coisas*”. Destacou também que as ações do núcleo se baseiam mais em orientações e na prevenção do que na realização das próprias atribuições profissionais.

Nesse contexto é importante discorrer sobre o processo de trabalho desenvolvido pelo Nasf-AB que busca essa integração entre os trabalhadores. Segundo Souza M. *et al.* (2013) o processo de trabalho do Nasf-AB tem como objetivo qualificar e dar suporte ao trabalho desenvolvido pelas eSF, agindo de maneira participativa e colaborativa para suplantiar a atenção fragmentada que vigora no modelo de saúde. Para isso, uma das metas que o Nasf-AB prioriza é o atendimento compartilhado, que visa desenvolver intervenções interdisciplinares, partilhando saberes, capacitações e responsabilidades; intervenções específicas do profissional do Nasf-AB, em situações extremamente necessárias, aos usuários ou famílias das unidades, assim como, ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as eSF.

Em relação à equipe Nasf-AB, apesar dos diferentes profissionais, faz-se necessária articulação e comprometimento de ações no âmbito dos serviços de saúde, sendo justificado pela complexidade do trabalho de assistência à saúde. Além disso, o aspecto da interdisciplinaridade no processo de trabalho deve ser contemplado, bem como a capacidade de cuidado de toda a equipe, a fim de garantir a integralidade do cuidado (QUEVEDO; OLIVEIRA, 2016).

Ainda segundo Quevedo e Oliveira (2016) o trabalho em equipe na saúde traz em sua essência uma real possibilidade de alcançar a integração de diferentes áreas profissionais e também disciplinares. Cada equipe é organizada a partir de arranjos organizativos possíveis, considerando aspectos conceituais do modelo assistencial proposto, da necessidade assistencial que emergem do processo de cuidado dos sujeitos, das possibilidades financeiras e estruturais do próprio serviço e da disposição das pessoas que compõem o trabalho.

Nesse sentido Viegas (2010) afirma que a composição da eSF com apoio dos outros profissionais não diz respeito apenas à incorporação de novos agentes,

sobretudo à busca pela superação da fragmentação por meio da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, contribuindo para a construção de novos saberes, apropriados às necessidades do trabalho em saúde, mediante a criação de novas práticas.

Conforme pesquisa de Oliveira *et al.* (2017) é necessário promover práticas interdisciplinares, buscando a inter-relação entre as áreas de conhecimento, entre profissionais que atuam no sistema e entre estes e a população atendida. Tendo a integralidade como base norteadora, uma das diretrizes da AB é a corresponsabilidade no trabalho em equipe e com a rede de apoio profissional disponível no sistema.

Uma das características da equipe interdisciplinar é o planejamento da assistência que é realizado com a participação de todos os profissionais da equipe de forma ativa (QUEVEDO; OLIVEIRA, 2016).

Outro fator de destaque apontado por um participante foi a contribuição de sua formação no desenvolvimento da análise do contexto e do planejamento das ações a partir de reflexões com as equipes Nasf-AB e SF. Evidenciando assim que cada trabalhador possui o seu papel na composição das práticas de trabalho da equipe multiprofissional.

A gente já vem da nossa formação com essa habilidade de analisar atividades nos contextos [...] tem um documento que a gente se orienta muito [...] a gente tem assistência, a intervenção pessoal, tem a intervenção para a população e a intervenção para as instituições. Então todos esses três domínios e você consegue fazer análise do contexto. Então quando eu cheguei no Nasf-AB, é um trabalho muito de planejamento né, porque como a gente junto ao apoio à esf, que é a coordenadora da rede de atenção, a gente contribui também com isso. A gente trabalha muito com planejamento então por isso que é importante adquirir a habilidade de planejamento na atenção primária, e a TO ajuda muito nisso tanto para fazer ações de cunho coletivo ou individual por ter esse conhecimento da análise das atividades a gente consegue fazer essa análise no aspecto constitucional também. (Cravo - Profissional)

Nesta perspectiva, Silva *et al.* (2012) em sua investigação concluíram que deve ocorrer uma soma de conhecimentos isolados, quando os profissionais não possuem experiência sobre a realidade do território, assim, a relação será multidisciplinar. A expectativa é que, com o passar do tempo, havendo uma crescente apropriação dos casos, das características do território e integração com as equipes de saúde da família, será possível a construção de novos saberes que

transitarão pelas diversas especialidades de maneira dinâmica, indo em direção à transdisciplinaridade.

Segundo estes mesmos autores para ocorrer o êxito da interdisciplinaridade devem existir um objetivo comum e a disponibilidade ao diálogo. Essa troca de conhecimentos é fundamental para as práticas de saúde, e bastante evidente na APS, na qual ninguém é detentor de todo o saber necessário (SILVA *et al.*, 2012).

Para Quevedo e Oliveira (2016) o trabalho em saúde não deveria, nem poderia ser realizado de forma compartimentalizada, no qual cada grupo profissional se organiza e presta parte dos cuidados à saúde separada dos demais. Faz-se necessária articulação e comprometimento de ações no âmbito dos serviços de saúde. Diante disso, o trabalho compartilhado e colaborativo baseia-se na reunião de conhecimentos, habilidades e experiências, bem como na parceria, horizontalidade e corresponsabilização entre os profissionais na tomada de decisões (BATISTA *et al.*, 2017).

De acordo com Severo e Seminotti (2010) quando não ocorre uma reflexão e diálogo nas equipes multiprofissionais, ocorre uma probabilidade de separação entre as disciplinas, em seus focos de estudos e em suas ações, o que ocasiona sentimentos de desagregação, pois a fala é de integralidade, mas o agir é fragmentado.

Observou-se também que a maioria dos trabalhadores apresentou em suas falas uma visão que contemplava apenas a sua atuação enquanto profissional, não relacionando a sua atuação junto a equipe, o que reflete ainda a visão fragmentada de assistência a saúde, conforme visualizadas nas falas a seguir:

É de suma importância, ainda mais que a gente trabalha em área de muita vulnerabilidade social. Na periferia onde a gente trabalha muita gente não tem conhecimento dos seus direitos e muito menos dos seus deveres, então eles vivem em uma situação de fazer o que dá na cabeça e isso gera com certeza violência, criminalidade, a vulnerabilidade de estar metido com drogas. Então a informação que vem a partir do serviço social é de suma importância para eles, sem dúvida nenhuma. (Amarilis - Profissional)

Olha o meu papel eu acho que é muito importante por essa questão da prevenção. Não só da prevenção, mas de ensino. Como já pego alguns pacientes que estão acamados, que já estão doentes realmente precisando de uma orientação e fazendo algumas modificações das questões de alimentação, de como mastigar, de como engolir. Então assim é muito importante o meu papel trabalhando as áreas de musculatura de deglutição.

Então eu acho muito importante realmente o meu papel como fonoaudióloga. (Violeta - Profissional)

A fala de Amarilis destaca a sua atuação na transmissão de conhecimentos para a população. Enquanto a flor Violeta também refere à importância de sua atuação tanto na prevenção quanto nas orientações aos usuários.

Além desses discursos outros profissionais também apresentaram a mesma percepção de sua profissão na equipe. Entre as práticas descritas destacou-se ações de orientação e prevenção, levando assim conhecimentos para a população.

Olha logo quando comecei aqui muitos usuários não sabiam, principalmente os idosos, não sabiam o que era fonoaudiologia. Não sabiam em que área a fono atuava. [...] Então já consegui meio que fazer a minha propaganda do curso, pois muita gente não sabia, pensavam que era mais para tratar da voz. Então assim eu também trabalho com orientação, muitos pacientes idosos. (Magnólia - Profissional)

Eu contribuo de uma forma bem. Eu procuro ser a mais simples possível, mas realmente conscientizar eles do porquê da importância da alimentação saudável de acordo com a doença, se é hipertenso, é diabético, sobrepeso ou as três doenças. Então assim eu sempre converso muito com eles. Eu demoro. (Bromélia - Profissional)

É importante ressaltar, no entanto, que o trabalho em equipe constitui uma prática cotidiana de comunicação entre os profissionais e articulação das intervenções técnicas peculiares a cada área profissional com flexibilização dos limites entre elas, com o desafio de superar os valores sociais hierarquizados e a existência de relações de subordinação entre as categorias (BATISTA *et al.*, 2017).

Diante disso, cabe enfatizar que o trabalho em equipe representa um dos principais pilares para uma assistência integral e equânime na saúde. Assim, uma abordagem integral dos indivíduos/ famílias pode ser facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes de SF e favorecer uma ação interdisciplinar. Desta maneira, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de integração entre si e com a comunidade (VIEGAS; PENNA, 2013).

Oliveira *et al.* (2017) concluem que um dos principais desafios para a Psicologia refere-se à adequação das suas práticas ao novo modelo assistencial, baseado no conceito de saúde como processo saúde-doença e que confronta o hegemônico modelo biomédico de atenção, sendo este expresso na Psicologia pela prevalência de um modelo de atuação consolidado na prática clínica individualizante.

Nesse contexto Batista *et al.* (2017) afirmam a necessidade de preparação para os profissionais de saúde para trabalharem em equipe, por meio de uma interação comunicativa e horizontal, em um processo de articulação de saberes. Concluíram em sua investigação a presença de fragilidade e precarização dos vínculos e falta de motivação para o trabalho.

Diante disso, é importante que os trabalhadores compreendam a sua especificidade, sendo estas potencializadas, e a de cada integrante da equipe Nasf-AB e, porém, é necessário que essa concepção perpassa a visão que cada profissional contribui dentro de “sua área específica” para o cuidado integral do usuário. Logo, o compartilhamento de conhecimentos com o intuito de agregar e fortalecer a construção do processo de trabalho, a abertura ao diálogo entre os componentes do Núcleo ampliado e entre estes e a eSF podem ser uma medida para se alcançar a integralidade na assistência.

Dentre as usuárias entrevistadas ressaltam-se os depoimentos da flor Rosa e da flor Margarida que avaliaram positivamente a atuação da equipe Nasf-AB, identificando as práticas realizadas por um dos profissionais, conforme ilustrado abaixo:

Bom eles orientam, a psicóloga, por exemplo, ela conversa. Eles fazem muita coisa assim, eles ajudam muito a gente, eu acho muito bom, porque eu acho muito bom mesmo, porque não tinha isso aqui antes. (Rosa - Usuária)

De explicar as coisas bem pra gente e isso não é só pra mim é pra todas nós. Olha até agora eles estão fazendo coisas que dá pra melhorar a família. Só faz coisa boa. Eles conversam coisa boa com a gente. (Margarida - Usuária)

Essa percepção positiva da atuação da equipe pode ter relação ao fato dos usuários associarem as atividades realizadas pelo núcleo e o próprio vínculo construído com os profissionais a qualidade de atendimento e qualidade de vida.

Na pesquisa de Souza *et al.* (2013b) as voluntárias ao serem questionadas sobre as ações da equipe Nasf-AB agregaram a atividade física, a alimentação e a prevenção de enfermidades à melhora em sua qualidade de vida. Além disso, os dados revelaram que as ações desenvolvidas pelo Nasf-AB representaram fator importante na construção do conceito de qualidade de vida para as usuárias e trouxeram mudanças nos conceitos de autocuidado e promoção de saúde alterando

consideravelmente o cotidiano das usuárias. Posteriormente, no tópico dos pontos positivos do Nasf-AB esse tema será discutido com mais detalhes.

6.6 AS PRÁTICAS DE SAÚDE VIVENCIADAS: Compreender o Nasf-AB e a construção das práticas de cuidado integral a saúde

Ao serem questionados a respeito das práticas realizadas pela equipe Nasf-AB os trabalhadores citaram com maior frequência os atendimentos em grupo, visitas domiciliares, atividades educativas de prevenção, palestras em salas de espera, roda de conversa, ações nas praças, nas escolas, nas creches e nos centros comunitários. Como ilustrado nas falas a seguir.

Nós trabalhamos com orientação, seguimos o calendário do Ministério da Saúde, fazendo palestras, orientações de acordo com o tema do mês que comemora [...] a gente procura trazer profissionais capacitados para fazer essa palestra, porque muitas dessas coisas a gente não é capacitado, a gente sabe, mas a gente não sabe profundamente entrar nesse assunto. Então a gente procura está se inserindo desta forma, então a prevenção e a orientação são os principais pontos que a gente procura atingir. (Magnólia - Profissional)

Olha as nossas atividades funciona dessa forma educação em saúde que são de orientações, são as salas de espera. No caso das estratégias de Saúde da Família são orientações, com pacientes no domicílio, são orientações em creches e escolas e nas associações. Tudo isso para tentar minimizar a questão da doença, ou seja, levando realmente a questão da prevenção. (Violeta - Profissional)

Percebe-se na fala da flor Magnólia que nas atividades que seguem o calendário do Ministério da Saúde, houve uma preocupação em trazer outros profissionais para abordar assuntos que a equipe apresenta pouco domínio.

A gente faz dentro da unidade, muita roda de conversa. A gente fazia muita palestra, porém a gente parou porque a comunidade não se apodera, ela não toma posse do que é seu. Ela não quer nenhum conhecimento que é dado de graça, eles não querem. Então a gente montava, se programava e não aparecia ninguém. [...] Então a gente trabalha com quem tá dentro do posto, a gente faz roda de conversa dentro do contexto do ministério da saúde, a gente vai as casas também, a gente orienta, na medida do possível, a gente faz atividade nas praças. Na praça até que a gente tem bem aceitação, quando a gente sai para fazer palestras. (Amarilis - Profissional)

Também foi possível identificar por meio da fala da flor Amarilis algumas dificuldades em relação a adesão da comunidade as atividades ofertadas, mas se destaca a reformulação das ações para superar essas adversidades.

Os entrevistados mencionaram também os grupos de atividades físicas que tanto a equipe Nasf-AB I quanto a equipe Nasf-AB II organizam e orientam. Foi percebido durante a pesquisa e com as anotações no diário de campo que ambas as equipes referem as ações em grupo como aquelas que melhor exemplificam as práticas de saúde.

Olha a gente tem um grupo que é multiprofissional. Nesse grupo tem os seis profissionais inseridos e cada um olha uma parte para depois olhar a integralidade. Ele é um grupo que vai somar as partes. Se dentro do grupo uma pessoa tá precisando de uma orientação psicológica, vai a psicóloga, se tá precisando de uma orientação da fonoaudióloga, vai a fonoaudióloga. Sem deixar de inserir no grupo que tá os seis profissionais. (Alfazema - Profissional)

O nosso maior trabalho é o nosso “corpo em movimento” [...] Então, no grupo “corpo em movimento” a gente acaba vendo isso um pouco mais. Embora seja um grupo um pouco mais de atividade física. Mas tu ver que a gente tem parceria com o pessoal de fisio que acaba melhorando a questão de amplitude, força muscular além da questão do próprio peso, perda de peso, perda de calorias. (Orquídea - Profissional)

Assim, os discursos dos trabalhadores revelam que as equipes Nasf-AB realizam várias práticas de saúde preconizadas pelo MS. Foi observado que a maioria das ações são comuns em ambas as equipes.

A evolução dos modelos de atenção propõe mudanças nas características de modelos assistenciais já existentes e diferenciam-se quanto à organização do serviço e do trabalho em saúde, revelando a necessidade de chamar os profissionais de saúde à reflexão sobre o seu trabalho e o modelo assistencial que lhes é subjacente (SOUZA *et al.*, 2013a).

De acordo com o Ministério da Saúde inúmeras atividades podem ser desenvolvidas para a realização do trabalho do Nasf-AB, que abrangem tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica (ou até ambas ao mesmo tempo). Entre as ações podem ser destacadas: discussões de casos, atendimentos em conjunto com os profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes, construção de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenções no território e em outros espaços da comunidade para além das unidades de saúde, visitas domiciliares, ações intersetoriais, de prevenção e promoção de saúde e discussão do processo de trabalho da equipe (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, destaca-se que as práticas de saúde devem ser compreendidas como processo de trabalho, não podendo ser reduzidas a seus aspectos técnicos, mas como conjuntos estruturados de práticas sociais e históricas. Estas práticas resultam da articulação dos diferentes componentes, quais sejam: o objeto, os instrumentos ou meios utilizados no trabalho e as relações sociais estabelecidas neste processo, através das quais seus agentes articulam suas práticas à totalidade social (ARCE; TEIXEIRA, 2017).

O Nasf-AB pode contribuir na produção do cuidado integral no SUS e várias ações podem ser desenvolvidas para esse intuito (BRASIL, 2014). De acordo com Quevedo e Oliveira (2016) o cuidado integral se faz presente desde o olhar para aquilo que faz o sujeito adoecer até os componentes de saúde que permanecem mesmo na condição de estar doente. Em todo o processo de adoecimento do indivíduo, faz-se necessário avaliar tanto os aspectos de risco quanto os aspectos de proteção. Os aspectos de proteção estão relacionados aos mecanismos de enfrentamento que o sujeito utiliza para adaptar-se a uma situação de limitação quer sejam agudas ou crônicas.

Nesta perspectiva é importante ressaltar que o trabalho do Nasf-AB não se resume a uma metodologia, que remete o fazer individualizado e fragmentado, como discutido anteriormente. Para Volponi, Garanhani e Carvalho (2015) a construção do processo de trabalho do Nasf-AB acontece no cotidiano do serviço, por erros e acertos, apoiadas em avaliações realizadas, coletivamente, por gestores e profissionais do Nasf-AB. A atuação deste núcleo se orienta no referencial teórico-metodológico do apoio matricial, que acontece a partir da integração das equipes de saúde envolvidas na atenção as situações comuns de dado território (MELO; BARBOSA, 2018).

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial e suporte técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe (BRASIL, 2010).

Diante deste contexto, deve ser destacado que o apoio matricial e as demais formas de organização do trabalho propostas pelo Nasf-AB são inovadoras e fundamentada numa relação de horizontalidade entre os profissionais. O apoio

matricial possibilita o desenvolvimento de habilidades dos profissionais envolvidos, bem como o acesso a outras informações, à formação de novas estratégias de intervenção, à corresponsabilização e ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Logo, a interdisciplinaridade é um princípio que permeia todo o trabalho do Nasf-AB, entendida como uma ação, uma vivência entre os profissionais de diversas disciplinas que reflete a permeabilidade de conceitos, modos de se relacionarem e habilidades características de determinado conjunto de conhecimentos que conformam cada prática profissional. Exige integração e estreita relação entre saberes e práticas, entre conhecimento e ação (REIS *et al.*, 2016).

Para Viegas (2010) a interdisciplinaridade favorece a prática da integralidade nas ações da equipe. Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção à saúde passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, sendo dividida entre os membros da equipe.

Nesta perspectiva, é importante destacar que o uso do matriciamento pelas equipes fortalece a mudança de paradigmas no campo da APS, ao propor uma nova lógica de trabalho. Implica em transformar práticas profissionais já estabelecidas, desconstruir a lógica da referência e contra referência existente, bem como favorecer mudanças importantes na organização do trabalho (BARROS *et al.*, 2015).

Na pesquisa de Volponi, Garanhan e Carvalho (2015) que visou analisar o Nasf-AB como dispositivo de mudança nas práticas de cuidado e de gestão, a partir das ações desenvolvidas por uma equipe gestora da AB, de um município do sul do Brasil, constataram avanços após a implantação do Nasf-AB. Entre os quais uma ampliação do olhar para a produção do cuidado, um aumento nas opções de ações desenvolvidas pela UBS aos usuários, relacionadas às atenções aos ciclos de vida anteriormente pouco assistidos, formação de novos grupos terapêuticos, além do desenvolvimento do apoio matricial e à ampliação de ações de prevenção e promoção.

Em relação as atividades educativas de prevenção, sejam aquelas pontuais, como salas de espera, ou os grupos de atividades físicas foram identificadas como importantes instrumentos para a prevenção e promoção da saúde. De acordo com o

Ministério a principal função desses grupos situa-se na questão de educação em saúde, sendo o emponderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes alguns de seus objetivos (BRASIL, 2014).

Neste contexto, é importante compreender que a promoção da saúde não envolve apenas um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, mas deve ser considerada como estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde. Para a promoção da saúde é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e a produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis (BRASIL, 2010).

Em relação as atividades de articulação da rede de serviço/ território, os resultados desta pesquisa apontam que as equipes Nasf-AB estudadas se articulam com a rede intersetorial sendo os principais citados foram às escolas, as creches e os centros comunitários. A equipe Nasf-AB I referiu algumas articulações com escolas próximas as unidades de referência, para o desenvolvimento de ações preventivas junto com o PSE.

O PSE trata-se de uma política intersetorial entre educação e saúde que compreende a escola como espaço privilegiado de práticas de prevenção de agravos e doenças, por meio de ações compartilhadas que têm como responsáveis atores de ambos os setores (BRASIL, 2014). Para Oliveira *et al.* (2017) o PSE concretiza a articulação entre os Nasf-AB e as escolas. As visitas às escolas e as palestras educativas sobre diversos temas expressam o caráter educativo e preventivo das intervenções.

Por outro lado, a falta de integração entre os profissionais da equipe e com outros serviços é apontada como uma restrição para o desenvolvimento da integralidade nas ações. A falta de recursos físicos e materiais adequados para o trabalho da equipe e, também a escassez de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico foi evidenciada como perdas para a atenção integral (VIEGAS, 2010).

Dentre as atividades de planejamento, gestão, capacitação e organização do trabalho da equipe Nasf-AB apenas a flor Cravo apontou como prática as atividades

de planejamento e organização do trabalho, assim como o apoio pedagógico a equipe, como ilustrado a seguir:

A gente junto ao apoio à esf, que é a coordenadora da rede de atenção, a trabalha muito com planejamento então por isso que é importante adquirir a habilidade de planejamento na atenção primária. A gente ajuda até na formação, na capacitação, de contribuir com os outros profissionais em relação a essa questão do apoio pedagógico. De poder mostrar um pouco de como a gente faz análise nas situações dos indivíduos durante todo esse contexto e da instituição. (Cravo - Profissional)

Por meio das anotações no diário de campo identificou-se que ambas as equipes possuem agenda predefinida e realizam atividades nas unidades de ESF cobertas. A equipe Nasf-AB I está presente apenas uma vez na semana em cada unidade de referência, devido fazer cobertura em quatro unidades e geralmente um dia da semana a equipe se reúne com todos os profissionais para o matriciamento, discussões de casos e planejamento das ações. Assim como a equipe Nasf-AB I, a equipe Nasf-AB II, por fazer cobertura em uma quantidade menor de ESF, desenvolvem atividades duas vezes na semana nas unidades acompanhadas e uma vez na semana a equipe se reúne para ações como matriciamento e discussões de casos.

Sendo assim, com os discursos e durante a observação participante nas equipes estudadas observou-se um pequeno grau de integração entre os trabalhadores no planejamento das atividades de forma conjunta com as eSF. Esse dado exemplifica o que é preconizado pelo Nasf-AB, o compartilhamento de saberes entre os profissionais.

No entanto, foi identificado no estudo que há uma diminuta atuação do Nasf-AB no apoio pedagógico às equipes. Bispo Júnior e Moreira (2017) apontaram em sua amostra que os profissionais do Nasf-AB não estão preparados e sentem-se inseguros para o desenvolvimento de atividades formativas. Já para Silva *et al.* (2012) um dos fatores identificados que dificultam o desenvolvimento da ação pedagógica pelos apoiadores é a frágil formação dos próprios profissionais do Nasf-AB. Também Souza M. *et al.* (2013) destacaram a necessidade de aprimoramento no processo formativo dos profissionais do Nasf-AB para que estes possam atuar de maneira qualificada na dimensão pedagógica.

Na pesquisa de Reis *et al.* (2016) foi apontada como entrave para a prática interdisciplinar a diminuição do tempo disponível para reuniões de equipe. Somente por meio do debate, das discussões, é possível o compartilhamento de saberes. Foi apontada também a necessidade de aprimoramento nas habilidades e atitudes para o avanço na prática do trabalho em equipe e conseqüentemente na prática interdisciplinar, como o desenvolvimento de empatia, assertividade e planejamento pessoal.

A partir das falas das usuárias foram identificadas opiniões positivas em relação às atividades oferecidas pela equipe Nasf-AB, pois referiram que tais ações nunca existiram naquela unidade, destacam-se a visita domiciliar, atendimento individualizado, atendimento grupal por meio das atividades físicas e encaminhamentos para exame diagnóstico. Além disso, durante a pesquisa de campo a equipe Nasf-AB II organizou um passeio com os usuários para um ponto turístico na cidade.

Quando eu estive doente foram lá me visitar. Estiveram um bom tempo com a gente conversando. Porque eu tenho problema de artrose, aí eu fiquei sem andar. Então com ausência aqui, eles foram lá saber o que era. Quando dá eu venho seguida, quando não venho é porque não tô podendo andar. (Angélica - Usuária)

Eu acho importante porque antigamente não tinha isso. Por exemplo, meu pai e minha mãe nunca tiveram. Nunca teve esse projeto na vida deles. Já hoje a minha idade já tem muitos e eu gosto muito. (Azaleia - Usuária)

Já fomos convidadas para a abertura do outubro rosa, nós dançamos carimbó. Escreveram quem queria fazer mamografia e preventivo e eles iam mandar uma resposta. Depois de um tempo mandaram uma resposta de que tinha que comparecer e levar os documentos necessários, mas só que eu acho muito demorado esse negócio de exame. A psicóloga e o outro professor são bem presentes e eu trago muitas amigas de infância [...] falei para ela do posto e ela veio para cá, porque melhora a autoestima. (Lírio - Usuária)

Foi demonstrado na fala da flor Angélica a atuação da equipe nas visitas domiciliares e o vínculo entre esta usuária e a equipe. A flor Azaleia, por outro lado, relaciona as atividades que o Nasf-AB desenvolve como fator importante ao comparar a existência dessas ações antigamente.

Já a flor Lírio apontou outras ações da equipe como as práticas educativas voltadas para temas preconizados pelo MS, como o outubro rosa, a formação de grupos de dança formado com os usuários que frequentam o grupo de atividade física da equipe Nasf-AB II e a articulação com outros setores para

encaminhamentos de exames. O que se destaca no discurso desta flor é a percepção que as atividades contribuem para a melhora da sua autoestima.

Esses resultados corroboram com a pesquisa de Souza *et al.* (2013a) onde percebeu-se que as participantes expressaram pensamentos positivos a respeito do contato com profissionais não médicos, a partir das atividades oferecidas pelo núcleo. Os autores concluíram que os resultados revelam que há percepção das usuárias sobre a importância de atividades que norteiam cuidados e ensinamentos para que haja melhoria na vida das pessoas, mesmo que os programas não sejam muito bem entendidos pela população.

Aciole e Oliveira (2017) concluíram em sua pesquisa que a população reconhece e valoriza a proposta idealizada pelo Nasf-AB. Para esses autores um serviço multidisciplinar voltado à atenção básica tem impacto na percepção dos indivíduos por ser uma lógica diferenciada.

Miranda (2016) identificou em sua pesquisa que os profissionais de uma eSF e Nasf-AB ressaltaram a importância das atividades coletivas desenvolvidas pelo Nasf-AB como espaço de convivência, compartilhamento de experiências, discussões e trocas de ideias. Além disso, reconhecem esse momento como fonte de conhecimento e estabelecimento de trocas e vínculos, caracterizado como uma ótima oportunidade para falar de bem-estar, conquistando confiança dos usuários para expressar medos, alegrias, sentimentos em geral que compõem o universo da saúde. Assim como, cultivar bons hábitos e uma nova mentalidade em saúde, afastando-se um pouco da visão medicalizada da vida, mas sim considerando a saúde de fato como ela é, plena, complexa e cheia de desafios.

6.7 AS POTENCIALIDADES E OS OBSTÁCULOS DA PROPOSTA DO NASF-AB

6.7.1 O que eu mais gosto

Quando as usuárias foram questionadas sobre os pontos positivos do Nasf-AB a maioria referiu que gostavam de tudo. Os achados da pesquisa demonstram que as participantes associam as práticas de atividade física, desenvolvidas pela

equipe de apoio, a diminuição da dor, a frase: “se sentir bem”, aumento da disposição, da autoestima e da distração.

Eu gosto de tudo, porque muitas vezes a gente se sente assim como eu, que passei seis meses sem vir fazer, aí eu me sentia mal. Eu não dormia direito, quando eu andava as minhas pernas doíam, meu corpo tinha vez que amanheceu dolorido. Aí eu peguei e voltei de novo. Graças a Deus, me senti muito bem. (Jasmim - Usuária)

É isso aí, eu por acaso me sinto bem, eu me sinto uma pessoa bem disposta. (Margarida - Usuária)

Pra mim, eu acho que mudou tanta coisa. Porque eu tinha tanta dor no meu corpo e eu me sinto bem depois que eu faço entendeu. (Dália - Usuária)

Eu gosto muito daqui, porque é o momento de se encontrar com os amigos, a gente ri até por besteira. Isso é muito importante para mim, porque às vezes lá em casa isso não acontece. Aquele corre-corre do dia-a-dia a gente tá acostumado com aquilo e tá mecanicamente fazendo. Então quase que não se lembra de se distrair com nada. (Angélica - Usuária)

Percebe-se por meio das falas das usuárias que houve benefícios para a comunidade, onde cada uma descreve uma melhora em sua condição de saúde. Isso confirma que as ações desenvolvidas pelas equipes impactam de forma positiva no município. Logo, o Nasf-AB consegue alcançar um dos seus objetivos de acordo como o MS (BRASIL, 2014) que é contribuir na ampliação da resolutividade das ações da APS, que está associada à realização de atividades de promoção à saúde na comunidade, onde as equipes buscam impactar os problemas e trazer respostas reais que alterem a condição de saúde da área de abrangência.

Na pesquisa de Nóbrega *et al.* (2016), a maioria das pessoas entrevistadas referiram que o Nasf-AB foi capaz de trazer mudanças para o seu cotidiano. Entre essas mudanças destacam-se: o bom atendimento; a resolutividade, descrita como a capacidade de solucionar os problemas; a competência profissional; acesso favorável, visto que os indivíduos deixaram de se deslocar ao centro do município, para serem atendidos na própria comunidade; e o acolhimento, que denota a postura dos trabalhadores para o atendimento das necessidades de saúde do usuário.

De acordo com a fala da flor angélica, a oferta de atividades físicas em grupo possibilita uma ampliação do seu conceito de saúde, que passa a incorporar aspectos relativos a uma vida com mais vigor, satisfação e alegria. Isso demonstra

que os benefícios das ações perpassam aquela visão limitada da saúde que se relaciona com a melhora da dor física para essa usuária.

Diante disso, Souza *et al.* (2013b) afirmam que uma das principais ofertas do Nasf-AB são os programas de atividade física orientados e diferenciados em caminhadas, alongamentos e fortalecimentos, com periodicidade semanal inseridos na APS. Dada a sua comprovada eficácia na dinamicidade de mulheres acima de 60 anos, seria importante que estas tivessem uma conotação mais explícita de lazer, e este como uma dimensão importante da qualidade de vida.

Segundo estes mesmos autores em sua pesquisa, a integração do conhecimento e o desenvolvimento de vínculo da equipe multiprofissional com as usuárias pode ter contribuído na avaliação da percepção da qualidade de vida pelas participantes. Embora os discursos encontrados possuam suas diferenças em relação ao conceito de qualidade de vida, a sensação subjetiva de bem-estar pareceu ser um denominador comum nas opiniões sobre qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 2013b). Resultado análogo foi encontrado na presente investigação, onde as voluntárias descreveram se sentir bem após as atividades dos grupos, o que pode inferir uma melhora na qualidade de vida da amostra.

Neste contexto, Arcanjo, Valdes e Silva (2008) identificaram em seu estudo que a percepção das usuárias sobre a qualidade de vida está diretamente relacionada a aspectos de sua vida cotidiana, como a maior facilidade de execução nas atividades de vida diária, a capacidade plena de autocuidado, a sensação geral de boa saúde, a perspectiva de vida longa e suporte da família. Para estas voluntárias a prática de atividades de saúde em grupo orientadas por equipe multiprofissional pode contribuir positivamente para a qualidade de suas vidas.

Ao questionar os profissionais a respeito das potencialidades e pontos favoráveis que a proposta do Nasf-AB possui foi identificado também uma associação do grupo de atividade física com melhoras na qualidade de vida dos usuários, conforme discurso a seguir:

Favoráveis são as atividades que eles estão desenvolvendo, que antes não desenvolviam. Principalmente os idosos que ficavam mais tempo em casa que agora podem ter uma vida mais ativa. Não só fisicamente, como mentalmente, trabalhar com o corpo você está trabalhando também com a mente. Muitos idosos entraram com depressão, com problema de coluna,

com “diartrose”. Eles chegam com a gente e diz que melhoraram bastante quando começaram a participar. (Magnólia - Profissional)

Nesta fala a flor Magnólia apontou os benefícios para o público que frequenta o grupo. Para esta profissional o Nasf-AB contribui na melhora da qualidade de vida, não se limitando somente ao estado físico. Incluiu também benefícios psicológicos. Também o grupo de atividades físicas foi reconhecido como fator potencializador da integralidade na atenção para uma profissional, como observado a seguir:

O ponto favorável realmente é a formação do grupo. E esse é o nosso ponto mais forte para trabalhar essa questão da integralidade. Mas dentro do nosso NASF-AB, infelizmente a gente só conseguiu montar esse grupo realmente fixo. A gente já teve outros grupos, nas escolas, mas são grupos que terminam. Não conseguimos dar continuidade, mas ainda acho que surte um bom efeito. (Orquídea - Profissional)

Os discursos revelam que o grupo de atividades físicas é realizado e considerado importante, pois constitui um momento de encontro e troca de conhecimentos dos profissionais com os usuários e entre os próprios usuários. Apesar da fala da flor Orquídea demonstrar que houve uma dificuldade na continuidade de outros grupos terapêuticos que a equipe Nasf-AB I formou, percebeu-se um sentimento de tristeza pela profissional ver o efeito positivo dos grupos com os usuários e mesmo assim não presenciar a efetivação dos grupos em outras USF.

Anjos *et al.* (2013) afirma que o Nasf-AB constitui uma importante estratégia para promover o fortalecimento da ESF. Com esse objetivo é necessário garantir ações coletivas centradas no desenvolvimento do ser humano e na promoção da saúde, e ser capazes de produzir saúde além do contexto individual, assistencial e medicalizante.

Nessa abordagem, a fala da flor Azaleia corrobora essa discussão, pois também indica uma avaliação positiva das ações do Nasf-AB. Outro ponto destacado nesta fala é a identificação do grupo como instrumento fonte de informações que contribui para a redução do uso de medicamentos.

Eu gosto muito porque uma coisa que eu já falei que edifica um pouco a nossa saúde. A gente tem mais conhecimento né e evita de tomar tantos remédios. (Azaleia - Usuária)

Segundo Silva *et al.* (2012) em seu estudo verificou que a equipe Nasf-AB apresentava uma expectativa de poder atuar como reestruturador da atenção à

saúde, formulando ações capazes de dar respostas aos problemas apresentados, agindo no sentido de diminuir a medicalização. Barros (2002) define medicalização como a dependência dos indivíduos de bens de ordens médico-assistencial, tendo como característica, a hipervalorização dos medicamentos.

Outro ponto de discussão que as falas dos profissionais trouxeram, se refere ao Nasf-AB proporcionar acesso aos diversos saberes que no antigo modelo o usuário não encontraria nas unidades básicas de saúde. Logo, o usuário tem acesso mais fácil e rápido a profissões como: terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, assistente social e psicologia.

O ponto positivo é a informação para dá apoio. Antigamente ninguém tinha acesso ao serviço social, fisioterapeuta muito menos. O paciente esperava três a quatro meses para ter acesso ao fisioterapeuta. Tudo bem que a nossa não vai todo dia na tua casa, mas a pessoa já tem uma base até a chegada da consulta dela. A fono muito menos, ninguém nunca tinha ouvido falar de fono no posto de saúde, terapeuta ocupacional, psicóloga até tem, mas a psicóloga do posto é do posto. Ela não sai para ir até a residência, então o ponto chave é esse. Lógico que o NASF-AB veio só para somar. (Amarilis - Profissional)

Por meio da fala percebe-se que esta profissional reconhece a importância do conhecimento como ferramenta para estimular a participação social para que a comunidade tenha autonomia e empoderamento para enfrentar os diversos condicionantes e problemas de saúde. Além disso, a profissional aponta a relevância e especificidade de cada profissão na APS.

Neste sentido, a participação social 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, 2010). A principal função do trabalho grupal das equipes de apoio situa-se na questão da educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos usuários alguns de seus objetivos (BRASIL, 2014).

A fala aponta também a facilidade de acesso as diferentes especialidades que compõem o Nasf-AB. Durante a coleta de dados foi verificado nas duas equipes avaliadas, que alguns usuários possuíam contato com os profissionais da equipe e

ao terminarem as atividades no grupo se aproximavam destes para pedir alguma orientação ou informação.

As equipes multidisciplinares assumem várias conformações, porque há diversidade de profissionais que podem fazer parte do escopo das equipes do Nasf-AB. Essa diversidade deve contribuir para a integração de saberes entre os trabalhadores do Nasf-AB e as equipes de referência em saúde (SILVA I. *et al.*, 2017).

Nesse contexto Cela e Oliveira (2015) afirmam que cabe ao Nasf-AB, em conjunto com a ESF, interagir com as redes de atenção sócio-assistencial de forma intersetorial. Assim como a interdisciplinaridade transcende a pura troca de informações, a intersetorialidade vai além da construção de uma rede de encaminhamentos e tem também papel fundamental na construção do PTS, e do diagnóstico das situações das comunidades atendidas.

O terceiro ponto de discussão que os participantes trouxeram é a equipe Nasf-AB como instrumento promotor de ações de educação em saúde e promoção de saúde. A fala da flor Violeta mostra que os usuários ainda apresentam uma postura passiva em relação a seu estado de saúde.

Olha, no meu modo de pensar eu acho assim que o ponto favorável realmente do Nasf-AB vai fazer com que a gente traga esse indivíduo para procurar a questão de prevenção, de orientação. Porque muitos usuários de hoje se acomoda, não tá doente, mas assim acaba se acomodando e não buscando realmente as formas de prevenção, de orientação. Nas questões de atendimento nos usuários que não estão adoecidos, mas que as vezes eles se acomodam e não procuram se informar acerca da prevenção para ver que eles não vim a adoecer. (Violeta - Profissional)

Por outro lado, na fala da flor Cravo foi identificado como ponto favorável a contribuição da proposta do Nasf-AB na autonomia dos indivíduos. Onde o profissional mostra a parceria com a família e com o usuário, demonstrando o papel da família como agente participante e importante no cuidado à saúde.

O que favorece muito quando a gente faz essa atuação integral é o apoio da família [...] quando a gente chega numa residência e a gente vê toda uma família mobilizada para dar o suporte para aquela pessoa. Então quando a gente encontra apoio naqueles familiares a gente dá orientação e depois quando a gente retorna a gente vê que foi executado, que tá gerando uma um sentimento de auto-satisfação do paciente e da família. Então a gente consegue ter bom resultado todos os profissionais. (Cravo - Profissional)

Neste discurso o profissional destaca o apoio familiar, a participação social e a autonomia do usuário, onde a equipe chama esse usuário para o seu cuidado e a partir desse saber, esse sujeito possa fazer as melhores escolhas pra si.

Um dos principais resultados esperados com o cuidado da atenção básica é a ampliação da autonomia, da capacidade dos sujeitos de governar a sua própria vida, fruto tanto das ações técnicas quanto da produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (BRASIL, 2014).

Souza *et al.* (2013a) em sua pesquisa verificaram que as usuárias avaliaram positivamente as atividades, visto que todas participam espontaneamente de atividades oferecidas pelo Nasf-AB, porém com ressalvas, pois a difusão de informações sobre prestação de serviços não apresenta cobertura adequada.

6.7.2 Os obstáculos

Analisando as falas dos participantes quantos aos desafios na proposta do Nasf-AB no âmbito da AB, encontra-se nos discursos alguns fatores que dificultam a execução das práticas com os usuários que buscam o serviço. Para a maioria das usuárias a principal dificuldade relatada foi a falta de infraestrutura adequada nas unidades, o que interfere nas práticas. A questão da limpeza do local também foi identificada, pois nas falas verificamos que muitas vezes as próprias usuárias tiveram que limpar o lugar onde é desenvolvido o grupo de atividades.

O espaço é pequeno, mas fazer o que? que aqui é tudo pequeno, não podemos fazer nada. (Margarida - Usuária)

Precisa melhorar na atenção deste local que se faz reunião. Falta de higiene, depois se fala que o pombo transmite doença. As pessoas não ligam para a higiene não é só do pombo, é sujeira também. (Angélica - Usuária)

Porque lá tá sol, tá quente, aí quando tá quente a gente só ficava naquele corredorzinho, mas às vezes o mato tá olha! A gente que tirou os matos, a gente reclama. Aí olha só hoje está quebrado aquele piso [...] tem umas pedras soltas de lá [...] É mais estrutura né. É só a estrutura, dá uma melhorada. (Rosa - Usuária)

Da mesma forma como as usuárias referiram dificuldades com a infraestrutura, a maioria dos profissionais também apontaram esses e outros

problemas na execução das atividades como: falta de segurança, de materiais, a falta de apoio e a distância entre as unidades, o que prejudica o deslocamento da equipe. Conforme ilustrado nos discursos a seguir:

O negativo é o que a gente enfrenta, falta de estrutura, material, falta de segurança, já que a gente vive em uma área de risco. (Magnólia - Profissional)

Os obstáculos, eles são muitos. Um dos obstáculos é uma sala para a equipe do NASF-AB, não tem nas unidades. O nosso atendimento ele é muitas vezes no corredor, numa sala emprestada. A parte estrutural ainda muito carente e se a parte estrutural melhorar, com certeza o atendimento, também, deve melhorar. (Narciso - Profissional)

A gente fica em três postos, o fixo, mas de repente chama a gente para o quarto, para o quinto posto. Tem a distância, falta de apoio, o material. Porque você montar um grupo não é fácil, aí te mandam para um outro posto que tu não sabe como é a demanda lá. Vai chegar lá e vai fazer o quê? O grupo tem que saber da população, o território. Não é chegar lá e faz um grupo, fica meio vago. (Alfazema - Profissional)

Nesse sentido foram verificadas deficiências na infraestrutura e em recursos tecnológicos para os profissionais realizarem as atividades elaboradas como fatores a ser melhorados. A falta de uma estrutura física adequada, como uma sala para a realização de ações, como a escuta e o próprio acolhimento do usuário, foram observadas em ambas as equipes. Por outro lado, foi relatada a dificuldade no espaço até para a realização das atividades do grupo “corpo em movimento” para a equipe Nasf-AB I, onde as usuárias reclamaram que precisa de cobertura e o piso deve ser trocado. Logo, o espaço necessita de melhorias para proporcionar condições para o desenvolvimento de ações para a população.

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Souza M. *et al.* (2013) que destacou como pontos críticos a atuação do fisioterapeuta no Nasf-AB a escassez de recursos como tecnologias, aparelhos ou equipamentos, o que influencia na execução das ações desse profissional. Assim como no estudo de Gonçalves *et al.* (2015) onde observou-se carências no ponto de vista material e físico que interferiram na realização do trabalho previsto para o Nasf-AB. Relataram também ausência e inadequação de locais para a realização de atendimentos (individuais ou coletivos), as reuniões e as principais tarefas.

Segundo Martinez, Silva e Silva (2016) que também encontraram dificuldades em relação a infraestrutura das unidades de saúde, dos transportes para os profissionais e à falta de materiais em sua pesquisa, apontaram que esses

problemas podem estar relacionados a condição estrutural de precariedade generalizada dos serviços públicos de saúde.

Por outro lado, Souza *et al.* (2013a) referem que os espaços físicos públicos e privados utilizados na ESF para a realização de atividade física em nível de atenção primária devem ter as condições mínimas necessárias para uma boa condução do trabalho e agregação social dos indivíduos envolvidos, profissionais e usuários. Miranda (2016) afirma que mesmo se tratando de ações de educação em saúde uma estrutura mínima é o básico para o bom desempenho das atividades e funcionamento dos serviços, aliado ao fato da existência de uma demanda bastante considerável que necessita de recursos à cura e reabilitação.

A estrutura das UBS influencia no trabalho dos profissionais e acaba refletindo nos serviços oferecidos, pois assim como estes possuem sua responsabilidade, cada esfera de governo deve arcar também com a sua parte, garantindo a estrutura necessária ao funcionamento das unidades com a manutenção dos recursos referentes a materiais, equipamentos para que as ações preconizadas e planejadas sejam cumpridas (BRASIL, 2012).

Também foram descritas por dois profissionais algumas dificuldades relacionadas com a adesão da população as atividades desenvolvidas pelo Nasf-AB. Como observado a seguir:

A gente não tem muito suporte. Às vezes a gente tenta fazer, tenta montar um grupo aí às vezes tem uma certa dificuldade até de montar um grupo. Às vezes não chama os acs, se chamam divulgam, mas os pacientes não aparecem ou então falta de suporte. É mais falta de suporte. Eu acho [que] cada profissão falta muita coisa. A gente não tem essa ajuda, sabe de fazer algo melhor realmente a gente não tem. (Bromélia - Profissional)

A questão do usuário aderir aos programas e tudo, ninguém procura para se prevenir, só para se tratar. Primeiro eu acho que a gente esbarra muito na questão do ambiente físico, dentro das próprias estratégias a gente não tem, espaço para formar um grupo terapêutico. Aqui [na unidade] é a única que a gente tem espaço melhor que dá para formar esse grupo de “corpo em movimento”. É difícil a gente trazer a população para prevenção, para promover a sua saúde. Então, eu acho isso bem complicado, porque às vezes para gente conseguir um grupo satisfatório precisa dizer que vai ter brinde sempre tem um atrativo para trazer essa população. (Orquídea - Profissional)

Dentro deste contexto, o MS aborda que na ânsia de tentar manter a adesão aos grupos, medidas coercitivas como distribuição da medicação somente neste contexto, ou sedutoras, oferecendo lanches ou prêmios, acabam se tornando usuais,

prejudicando ainda mais o desenvolvimento de intervenções terapêuticas coletivas positivas. Este tipo de postura está atrelada ao modelo biomédico que exige uma postura dos profissionais de saúde como aqueles que têm as soluções e as respostas, que orientam e resolvem, deixando o usuário em uma posição passiva. A possibilidade de transformação deste modelo está associada ao desenvolvimento de uma abordagem nova, centrada no usuário, e não no atendimento e na intervenção dos profissionais. Faz-se necessária atitude receptiva a esse sujeito, acolhendo suas questões pessoais, subjetivas, familiares e sociais (BRASIL, 2014).

Ainda sobre essa questão, em relação a dificuldade relatada pelas usuárias, foi identificado como fator que pode contribuir para a limitada adesão as ações desenvolvidas nas unidades a pequena oferta. Como observado na fala da flor Rosa:

mais aí outras também começam a vim e param. Desistem né. Ahhh porque é só um dia! (Rosa - Usuária)

Nesta fala a usuária adscrita na área coberta pela eSF I relata o motivo de outras participantes não permanecerem na atividade em grupo organizada pela equipe Nasf-AB. Demonstrando que uma das limitações das ações desta equipe se deve a reduzida frequência na unidade. Porém, isso se deve a atuação da equipe em outras unidades de ESF, o que impossibilita a permanência do Nasf-AB mais vezes na semana.

Dados estes que corroboram com os resultados de Oliveira *et al.* (2017) onde foi identificado que a maior parte das equipes organiza o trabalho baseando-se em um cronograma de visitas e de atividades. Contudo, a exigência de cobertura de muitas unidades de saúde por uma equipe Nasf-AB requer desses profissionais a presença sazonal (poucas vezes ao mês) em cada unidade, o que prejudica a continuidade das ações desenvolvidas e o contato com os profissionais da ESF.

Outro ponto apontado por uma profissional diz respeito a falta de classes profissionais na composição da equipe. Por outro lado, no discurso de uma usuária percebeu-se que a ausência nas atividades de profissionais que fazem parte da equipe também foi considerada uma dificuldade.

Olha essa questão dos obstáculos realmente eu acho assim eu não sei se é por usuário para todos para os profissionais e pela proposta mesmo do Nasf-AB porque eu acho a dificuldade em relação a isso seja um obstáculo

é mais de uma questão da gente adentrar no território. Por que são territórios de área vermelha. Então realmente a gente precisava de um assistente social e a gente não tem na equipe para tá fazendo essa entrada. Para a gente então assim essa é a nossa grande dificuldade nosso grande obstáculo. Às vezes a gente tem essa dificuldade pela questão de não ter esse acesso para dar essa porta de entrada para a gente (Violeta - Profissional)

A psicóloga, fisioterapeuta deveriam estar mais presentes, aí gente sente falta dos profissionais...eles deveriam estar mais presentes. (Lírio - Usuária)

Na pesquisa de Martiniano *et al.* (2013), que visou avaliar o processo de implantação das equipes Nasf-AB em uma cidade do nordeste brasileiro, foi observado que para alguns dos profissionais do Nasf-AB entrevistados a ausência de algumas categorias compromete o trabalho. Martinez, Silva e Silva (2016) referiram que desde a implantação do Nasf-AB os trabalhadores enfrentaram tanto a falta de profissionais quanto a de materiais. Essas condições foram reiteradas pelos participantes do estudo como uma das principais dificuldades na organização do trabalho do Nasf-AB.

Observou-se também na fala de apenas um dos participantes, trabalhador do Núcleo ampliado, a dificuldade em trabalhar em equipe. Como ilustrado abaixo:

Então Nasf-AB II a gente tem contribuído mas a gente precisa reconhecer as nossas limitações e um pouco das nossas falhas. Então como eu te falei o trabalho em atenção primária ele requer muito planejamento, habilidade de planejamento. Eu acho que a gente tira com dificuldade. A maioria não vão ter essa de habilidade de planejamento e a gente precisa desenvolver e, para isso, a gente precisa buscar. Então a gente vai ter isso pessoas que vão querer buscar e pessoas que não vão querer. Só que como é o trabalho em equipe a gente fica amarrado também aos que não querem e a outra situação é que a gente não consegue fazer um bom planejamento a possibilidade de falhar são maiores. (Cravo - Profissional)

Neste discurso percebe um grau de dificuldade na elaboração compartilhada do projeto terapêutico singular, demonstrando a existência de fragmentação do saber e do cuidado. Ressaltando que durante o período de coleta de dados o termo PTS não foi sequer citado no cotidiano dos profissionais do Nasf-AB.

É importante destacar na fala que a elaboração do planejamento das ações do Nasf-AB é prejudicada como se observa no trecho: “*a gente não consegue fazer um bom planejamento a possibilidade de falhar são maiores*”. Como o próprio trabalhador conclui, quando não há um investimento no planejamento entre as equipes os resultados esperados para a comunidade não são alcançados.

Resultados semelhantes estão na pesquisa de Vecchia (2011) sobre o trabalho em equipe na APS, destacando-se a ausência de condições objetivas para o desenvolvimento do planejamento de ações a partir de reflexões coletivas. Segundo esse autor seria necessário dispor-se de tempo, com compreensão adequada da imprescindibilidade dessa atividade para se perseguir a integralidade da atenção.

Conforme Andrade *et al.* (2012) o planejamento das equipes de saúde é fundamental para que as atividades sejam realizadas de acordo com os objetivos além de permitir que os profissionais realizem ações no cotidiano da APS, com mais efetividade e eficiência. Entretanto, por si só essa prática de planejar não garante o cumprimento das metas e propostas estabelecidas, pois as demandas reais podem não estar ajustadas a esses instrumentos de trabalho.

Neste contexto, Anjos *et al.* (2013) refere que os profissionais que atuam no Nasf-AB apresentam dificuldades em criar possibilidades para a atuação conjunta, intersetorial e integrada que incorpore a participação de usuários na atual concepção ampliada de saúde. Verifica-se dificuldades em aprender no cotidiano, com a assistência e com o trabalho coletivo no território coberto, o que depende da flexibilidade e interlocução dos envolvidos.

Barros *et al.* (2015) identificaram desafios para colocar em prática o matriciamento no cotidiano do trabalho do Nasf-AB em sua pesquisa. Referiram dificuldades relacionadas a organização do trabalho entre as duas equipes Nasf-AB e SF; e outras vinculados a forma como cada profissional ou equipe conseguia expor suas necessidades sem sentir-se fragilizado ante seus pares. Para esses autores matriciar implicar trocar ideias e informações, ajustar expectativas, pactuar decisões. Neste sentido apropriar-se desta proposta, além de expor dúvidas, dificuldades e desconhecimento tanto teórico quanto prático, exige dos profissionais disponibilidade, confiança e colaboração.

No entanto, cabe reiterar a discussão sobre a formação profissional que pode estar atrelada a essa dificuldade apresentada. Nascimento e Oliveira (2010a) descrevem que dentre as dificuldades reconhecidas no processo de trabalho do Nasf-AB, está a formação de profissionais, que não é compatível com as necessidades do SUS. Para esses autores as propostas pedagógicas eram

construídas distanciadas dos serviços e não contemplavam pontos-chaves como o trabalho em equipe, o vínculo, o acolhimento, imprescindíveis para o Núcleo ampliado. Apesar das mudanças no modelo curricular, ainda foi visualizado as dificuldades apontadas por esses autores na amostra deste estudo, visto que, como já descrito anteriormente, a maioria dos profissionais não possuíam conhecimento sobre a política do Nasf-AB.

Diante disso, Volponi, Garanhani e Carvalho (2015) enfatizam que o Nasf-AB se caracteriza por ser um mecanismo de mudança que para alcançar a integralidade da produção do cuidado e a interdisciplinaridade, foram criados novos padrões de relacionamento, que propiciaram outras formas de experimentação da grupalidade. Além de provocar certos incômodos no modo de se operar no interior dos serviços, produziram reflexões das práticas e estabeleceram novas parcerias.

De acordo com Barros *et al.* (2015) uma das potencialidades do apoio matricial é promover a integração profissional, entretanto, para que isso ocorra é necessário que a hierarquia e as relações entre os profissionais sejam menos burocratizadas e mais horizontalizadas. Para a construção de uma postura profissional mais permeável a novos processos de trabalho é necessário que as práticas cotidianas estejam organizadas de modo que as relações de cooperação e confiança sejam favorecidas e subsidiem, inclusive, a compreensão e apropriação da proposta.

Os dados da pesquisa também revelaram alguns problemas que os profissionais encontram durante o desenvolvimento das ações nas unidades de referência, como a falta de conhecimento sobre a função dos núcleos de apoio. Isso justifica a cobrança que os trabalhadores atuem em forma de ambulatório na unidade. Por outro lado, alguns profissionais apontaram que já houve mudanças sobre essa questão.

Temos muitas dificuldades, agora até já melhorou, mas porque como a gente é mais da área de reabilitação, eles queriam que a gente atendesse e fizesse a reabilitação e não é isso [...] e não como ambulatório. [...] A gente vem para promover saúde e prevenir. (Orquídea - Profissional)

Agora quando a gente chega aqui na unidade a pessoa quer o psicólogo, quer o fono, quer o fisioterapeuta, quer o educador físico, aí a gente tenta colocar essa ideia geral. Porque querem que a gente faça clínica. (Alfazema - Profissional)

Na fala da flor Orquídea por meio da frase: “... e não como ambulatório” identifica-se um dos obstáculos mencionado pela equipe a implementação do Nasf-AB no SUS, a realização de atividades que vão de encontro com os objetivos dessa política. O mesmo foi ressaltado na pesquisa de Silva *et al.* (2012) onde os trabalhadores destacaram que o Nasf-AB não assumisse o papel de outros níveis de atenção, apesar das filas de espera para atendimento em serviços de atenção secundária.

Por outro lado, a flor Narciso relata uma situação que acontece na unidade, a realização de clínica entre alguns membros da equipe Nasf-AB. Foi identificada também durante a observação participante a realização de atendimentos individuais não compartilhados por alguns trabalhadores do Núcleo ampliado. Além disso, durante as entrevistas os próprios profissionais se confundiam em relação ao seu papel no Nasf-AB, relatando que a sua profissão é “porta aberta do grupo”. Conforme os discursos abaixo:

O nosso grupo ele não é ambulatorial, embora isso aconteça principalmente com psicólogo, com o fono, isso é um atendimento mais ambulatorial. (Narciso - Profissional)

A psicologia, por ser a porta aberta, ela faz a primeira escuta, pelo menos dentro do nosso NASF-AB. Faz a escuta para entender o que essa pessoa está passando, depois disso aí que a gente insere ela dentro do grupo. (Alfazema - Profissional)

A fala de Alfazema exemplifica como esta participante percebe a importância de sua contribuição ao Nasf-AB por realizar o atendimento por demanda espontânea e por meio deles encaminhar os usuários para as atividades que a equipe realiza. Porém essas práticas não caracterizam o que é preconizado como equipe matricial e ainda se encontra muito voltada a clínica e ao atendimento fragmentado.

Nessa discussão, Cunha e Campos (2011) afirmam que a falta de serviços de saúde especializados pode conduzir a um funcionamento equivocado do Nasf-AB, que assume um papel de “substituição do serviço que falta”, na tentativa de responder à demanda da população.

Dados semelhantes também foram encontrados na pesquisa de Souza M. *et al.* (2013), onde seus entrevistados apontaram uma tendência a perceber o Nasf-AB como ambulatório, repetindo o que já acontece com outros profissionais da USF. Isso reflete uma dificuldade de compreensão do Nasf-AB como Núcleo ampliado à

Saúde da Família, que deve atuar junto com as equipes, operando um trabalho em redes, demonstrando uma difícil operacionalização da integralidade.

Oliveira *et al.* (2017) identificaram em sua pesquisa que os principais limites para a realização do trabalho do Nasf-AB dizem respeito a infraestrutura, a recursos materiais e desconhecimento da função deste núcleo e do trabalho de uma profissão específica, no caso o psicólogo, tanto por partes das eSF quanto dos usuários. Concluíram que os profissionais entrevistados, de maneira geral, não apresentam uma trajetória de trabalho no campo das políticas públicas, partindo de referenciais individualizantes e tradicionais, pouco condizentes com a proposta de trabalho do Nasf-AB.

Durante as atividades em grupos foi observado que as eSF não participavam das ações das equipes Nasf-AB e os encaminhamentos geralmente ocorriam de forma direta, onde a eSF direcionava os usuários ao Nasf-AB. Esse fato corrobora os resultados de Cella e Oliveira (2015) onde foi constatado que na prática cotidiana das equipes Nasf-AB, essa articulação, se dá prioritariamente por meio de encaminhamentos vindos da eSF para o Nasf-AB. Assim se reproduz uma lógica tradicional no sistema de saúde de estabelecer relações verticalizadas (ao contrário da lógica horizontalizada proposta para os serviços) de transferência de responsabilidade sobre o caso, por meio de comunicação precária entre diferentes níveis hierárquicos.

Para esses autores a realização pela equipe Nasf-AB, de ações assistenciais diretas à população também é parte das ações pretendidas pelo Nasf-AB, no entanto, ainda são ações subordinadas à lógica matricial e à corresponsabilidade das equipes, sendo fundamental promover a participação da eSF nos direcionamentos destas atividades e na continuidade do acompanhamento (CELLA; OLIVEIRA, 2015).

Silva K. *et al.* (2017) também encontraram em seu estudo um caráter clínico-assistencial predominante do Nasf-AB, caracterizado por compartilhamento de casos da eSF com o Nasf-AB por intermédio de encaminhamentos por escrito e agendamentos de consultas diretamente nas agendas dos profissionais do Nasf-AB. Essa transferência do cuidado para esta equipe é realizada em detrimento as

discussões de casos e consultas compartilhadas, uma vez que estes últimos são características básicas do apoio matricial.

Na amostra da presente pesquisa foi observada também, além deste sistema de referência e contra referência, uma pequena participação das eSF nas ações desenvolvidas pelas equipes Nasf-AB. O que demonstra que ainda há ações entre as equipes que reproduzem as relações hierárquicas e desarticuladas do modelo assistencial biomédico.

Diante do exposto acima é importante destacar que concerne aos princípios e diretrizes que norteiam as ações em saúde desenvolvida pelos profissionais do Nasf-AB a educação em saúde da população e a educação permanente em saúde, que se fundamentam no aperfeiçoamento das práticas profissionais e da organização do trabalho (SOUZA M. *et al.*, 2013).

6.8 REFLEXÃO SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

No Brasil, a principal estratégia institucional para a qualificação dos profissionais do SUS é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, portaria GM/MS nº 198/2004. A educação permanente é compreendida como um conceito pedagógico que relaciona ensino, serviço, docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, a gestão setorial e controle social. Essa política busca superar os tradicionais modelos de capacitação e de educação continuada, em que as atividades são pensadas e desenvolvidas alheias às necessidades reais dos serviços, sendo que devem ser orientadoras de estratégias de mudança das práticas de saúde. A educação continuada é fundamentada na transmissão vertical de conhecimento com o intuito de atualizar enfoques, novos procedimentos ou novas tecnologias. Na maioria das vezes, os processos educativos ocorrem com os trabalhadores isolados do contexto real do trabalho (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017; FRANÇA *et al.*, 2017).

Assim, a reflexão da prática profissional no trabalho é um dos pilares da educação permanente em saúde, pois é a partir dessa reflexão que poderão ser discutidas ações e assim como, produzir saberes no cotidiano dos serviços para que o Nasf-AB consiga transformar o processo de trabalho da equipe e deste modo,

contribuir na produção de autonomia dos profissionais e na melhor qualidade do cuidado. Segundo Merhy e Gomes (2016) a educação permanente em saúde pode e deve ser um dos eixos de atuação do Nasf-AB, o que carrega a potencialidade de promover mudanças na forma de discutir e buscar soluções para os problemas complexos da APS.

Na pesquisa de França *et al.* (2017) apontou como benefícios da educação permanente o engrandecimento pessoal do trabalhador, a progressão na carreira, o pagamento de gratificações e melhorias e mudanças no processo de trabalho. Estudos anteriores reforçam que a educação permanente promove reflexão e mudanças nos modos de organização e funcionamento do serviço, contribui para o trabalho em equipe e induz mudanças para melhor integração entre a equipe e a comunidade (PAULINO *et al.*, 2012; VIANNA *et al.*, 2010).

No estudo de Silva, Matos e França (2017), que buscou analisar as práticas de educação permanente em saúde e suas repercussões no processo de trabalho, referiram que os participantes indicaram a capacitação como possibilidade de aquisição dos conhecimentos necessários à atuação profissional, além de ser um espaço de troca e um dispositivo de atualização. Os discursos indicam que a educação permanente constrói e reconstrói espaços de troca entre os profissionais, o que contribui para a qualificação do trabalho e, conseqüentemente, da assistência. Esses achados permitem identificar que os sujeitos apontam indicativos de mudança na prática social dos trabalhadores.

Para Silva *et al.* (2012), em sua investigação identificaram que as atividades do Nasf-AB foram vistas como uma possibilidade de ampliação do campo de ensino de diversas especialidades médicas, de enfermagem e de outras categorias profissionais como a terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia. O que está de acordo com a proposta curricular das Diretrizes Nacionais, que pautadas nas necessidades do SUS, preconizam a formação de profissionais capazes de atuar na atenção primária à saúde, colocando o Nasf-AB como potencial espaço de ensino e de pesquisa.

Outra pesquisa realizada por Bispo Júnior e Moreira (2017) analisou como os processos de educação permanente são vivenciados pelos profissionais do Nasf-AB e das eSF em municípios do estado da Bahia. Verificaram que as ações

desenvolvidas ainda estão aquém do que se espera para as transformações desejadas no âmbito da saúde. Identificaram uma formação frágil sobre o apoio matricial para as duas equipes estudadas, sugerindo implicações para o trabalho no âmbito da atenção primária à saúde, visto que esta ferramenta de trabalho têm propósitos de alargar as intervenções em direção à clínica ampliada, superar a lógica dos encaminhamentos que fragmenta o cuidado, e potencializar a integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões.

Para esses mesmos autores, um processo formativo frágil para o apoio matricial gera incompreensões, expectativas irreais sobre o trabalho do outro e conflitos entre aqueles que deveriam ser parceiros. É importante compreender, no entanto, que a mudança lógica de trabalho proposta pelo apoio matricial não ocorre automaticamente, demanda tempo e comprometimento e deve ser fortemente fundamentada nos processos de educação permanente em saúde (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Para tanto, Andrade *et al.* (2012) afirmam que a inserção do Nasf-AB deveria modificar a interação dos envolvidos no processo, sendo de fundamental importância um novo planejamento e o exercício da educação permanente que possibilite sua implantação, adaptando-se o saber-fazer à nova perspectiva implantada. O Nasf-AB apresenta potencialidades e fragilidades, sendo necessários ajustes para que a prestação de serviço seja mais eficaz e eficiente.

Nessa perspectiva Bispo Júnior e Moreira (2017) afirmam que o processo formativo restrito a um conjunto de conteúdos, muitas vezes com enfoque biologicista e com ênfase na prescrição de procedimentos e protocolos, contribui para a consolidação de um modelo de atenção à saúde fragmentado e descontextualizado da realidade social. A formação dos profissionais deveria ter como propósito principal a transformação da práxis e dos sistemas de saúde.

Diante disso, os profissionais são chamados a refletirem suas ações com o objetivo de transformar as suas práticas, visto que a educação permanente em saúde pode ser analisada como uma ferramenta para a reorganização do sistema de saúde. Logo, a reprodução de ações realizadas no modelo biomédico, como analisado nos resultados desta pesquisa, não caracteriza essa ferramenta. Com isso

pode-se buscar a quebra das práticas fragmentadas e verticalizadas características do antigo modelo assistencial por meio da educação permanente em saúde.

Dentro desta perspectiva, Pagani e Nascimento (2016) afirmam que no dia a dia da prática em saúde, a necessidade de capacitação técnico-científica e aprimoramento profissional são indispensáveis para que o cuidado prestado à população seja cada vez mais eficaz, eficiente e efetivo. Nesse sentido, a educação permanente pode ser uma das estratégias utilizadas a partir da problematização, reflexão e reorganização do processo de trabalho de uma dada realidade.

Conforme Souza M. *et al.* (2013) a educação permanente em saúde compreende um mecanismo que tem sido estruturado para efetivar-se como processo coletivo capaz de garantir as mudanças necessárias na atenção à saúde. De acordo com Bispo Júnior e Moreira (2017) a educação permanente em saúde constitui-se uma principal estratégia para qualificar a atuação dos trabalhadores em suas dimensões técnicas, políticas e sociais. Estes autores demonstraram também em sua pesquisa a dificuldade de instituir a educação permanente como política.

Neste sentido, Pagani e Nascimento (2016) afirmam que os espaços de educação permanente em saúde devem ser construídos de forma coletiva, a partir do envolvimento e compromisso de profissionais, gestores e usuários com a produção de conhecimento no território, e a partir dele, visando um repensar nas práticas em saúde, com vistas à transformação de realidades e problemas concretos dos serviços e da comunidade.

Diante disso, o Nasf-AB, como uma equipe de apoio, deve estimular, propiciar e compor com a ESF espaços reflexivos de educação permanente em saúde, a fim de que a produção de novas ações de saúde se constituam, fortalecendo a interdisciplinaridade e o trabalho em saúde (PAGANI; NASCIMENTO, 2016). Para que essa mudança nas práticas, no processo de trabalho e nas relações com os próprios profissionais aconteça, Merhy e Gomes (2016) acreditam ser necessários processos de educação nos quais os sujeitos da ação sejam também sujeitos da problematização e transformação de suas práticas.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) a proposta de educação permanente traz consigo a importância do processo educativo no trabalho para a sua

transformação. Tem como intenção a qualidade do cuidado, a comunicação e o compromisso social entre os trabalhadores de saúde, os usuários, os gestores, as instituições formadoras e o controle social. Estimula a produção de saberes, valorizando a experiência, a formação anterior e a cultura do sujeito nas práticas de trabalho em saúde em um contexto.

Observamos que os estudos ratificam a importância da educação permanente como instrumento para o processo de formação do profissional do SUS. Assim, articulações entre a secretaria municipal de saúde e as universidades poderiam ser realizadas como forma de oferecer esses recursos a esses profissionais, tanto como meio de atualizar seus conhecimentos, quanto como via de incentivo a inserção de novas práticas no serviço.

Nessa perspectiva, ao constituir um novo desenho e estratégias no processo de formação dos profissionais de saúde na graduação, com um currículo integrado e orientado pela matriz dialógica de competência, há a necessidade de se constituir parceria com os serviços de saúde e comunidade para viabilizar as ações a serem realizadas (SANTOS *et al.*, 2016).

Levando em consideração que um dos papéis do Nasf-AB é fornecer apoio pedagógico as eSF, é necessário compreender e analisar o processo de formação da equipe e se a mesma está preparada e segura para o desenvolvimento das atividades formativas. Nesse sentido, os resultados da pesquisa suscitam reflexões que envolvem a formação inadequada para o desenvolvimento dos serviços e a qualidade da atenção prestada.

Entretanto, vale ressaltar que a educação permanente não se constitui em via de mão única. Logo, o apoio pedagógico deve ser tanto do Nasf-AB para com a eSF, como das equipes para com o Nasf-AB. Isso porque o apoio matricial tem a função de compartilhar conhecimento e construir conjuntamente possibilidades de intervenção (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017). Para Abrahão e Merhy (2014), formar é estar em formação, é produção, é produzir-se. Processo que se torna iminente às multiplicidades do encontro. Com o encontro, aqueles que se encontram estão em produção.

É importante destacar que a questão contida no instrumento de nossa pesquisa não contemplava uma investigação a respeito das ações educativas de qualificação profissional, apenas verificou-se a ausência de alguns trabalhadores nos dias de grupo de atividades com os usuários, organizada pela equipe Nasf-AB, devido a participação em cursos de capacitação. Entretanto percebeu-se a predominância de um modelo formativo baseado em cursos esporádicos e fragmentados. Desenvolvidos por meio de cursos de capacitações e treinamentos, apoiada no saber biomédico e baseada em uma abordagem metodológica de transmissão unidirecional de informação. Ainda assim, devido à fragilidade na formação profissional encontrada na pesquisa seria recomendável que o município investisse em ações educativas nessa área.

Por fim, ressalta-se a relevância em discutir ações de educação em saúde aos usuários da APS e de educação permanente para os profissionais que atuam nesse sistema, pois são duas ferramentas que podem ser usadas para ampliar os conhecimentos sobre o Nasf-AB. Do mesmo modo que podem ser instrumentos de prevenção e promoção de saúde para a população e uma forma de atualização profissional para a equipe e transformação das práticas em saúde.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa foi possível analisar e discutir a atuação de duas equipes Nasf-AB dentro do contexto da APS quanto aos desafios para a integralidade na assistência, no município de Belém, Pará. Tratou-se de conhecer, sob a perspectiva de profissionais do Nasf-AB e usuários inseridos nas unidades de ESF, a contribuição da equipe multiprofissional para o favorecimento dos núcleos de apoio na integralidade da atenção à saúde, as práticas vivenciadas por essas equipes, as dificuldades e potencialidades da proposta do Nasf-AB.

Na primeira etapa da pesquisa foi observado o cotidiano de cada equipe, a sua organização, o fluxo de atendimento dos serviços, as unidades da ESF cobertas e as atividades realizadas pelo Nasf-AB em cada uma. Posteriormente, os sujeitos foram convidados a participarem do estudo, por meio de entrevistas seguindo um roteiro semi-estruturado, com perguntas com o objetivo de analisar as práticas desenvolvidas pelo Nasf-AB e as percepções do público alvo.

Na amostra do estudo verificou-se que dentre os profissionais dos núcleos de apoio a maioria era do sexo feminino. O tempo de graduação variou de três a vinte anos, com período de experiência profissional na equipe Nasf-AB de um a três anos na equipe. Sendo que apenas um trabalhador possuía especialização na área de Saúde Coletiva e os demais apresentavam especialização em outra área ou não possuíam curso de pós-graduação. Esse fato é importante, visto que o profissional com formação específica na área demonstrou mais conhecimento e consciência da sua participação na construção das práticas na APS.

Em relação aos usuários adscritos nas unidades de ESF que frequentavam as atividades desenvolvidas pelo Nasf-AB, todos os sujeitos eram do sexo feminino, apresentaram média de idade de 63,44 anos e estavam inseridos na ESF há cinco anos ou mais. Sendo que a metade das participantes estava inserida nos grupos multiprofissionais durante três anos.

No que se refere a visão dos entrevistados quanto às mudanças observadas após a implantação da ESF foi evidenciado que a maioria das usuárias utilizava os serviços nas unidades básicas de saúde e reconhecem as mudanças positivas após

as unidades de saúde da família. Por outro lado, algumas participantes destacaram semelhanças desfavoráveis da UBS com a USF, como a demora no atendimento em ambas ou a falta de médico na USF. Já em relação aos profissionais foi verificado que apenas dois possuíam conhecimento sobre a ESF durante a graduação e o restante da amostra desconhecia como eram os serviços de saúde antes da inserção da ESF. Isso demonstra algumas dificuldades a respeito da formação e qualificação do profissional para atuar no contexto da APS.

Buscou-se compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no contexto do Nasf-AB, com esse intuito procurou-se conhecer o que a equipe entendia por integralidade em saúde e por meio disso observar como eles aplicam esse conceito em seu cotidiano nas unidades. Nesse sentido foi apontado que a essência do princípio da integralidade foi compreendida de maneira crítica pelos entrevistados, enquanto bandeira de luta para modificação das práticas de saúde e consolidação do modelo assistencial. O estudo demonstrou também que dentre as ações realizadas, para a maioria dos participantes, o grupo de atividades físicas organizado pela equipe multiprofissional foi considerado a principal ferramenta para se alcançar a integralidade nas práticas.

Foi possível constatar que as equipes Nasf-AB realizam várias atividades nas unidades de saúde da família de suas abrangências, dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde. Essas ações demonstraram, de acordo com a percepção dos usuários e dos profissionais, contribuir no objetivo de alcançar a integralidade na assistência. A maior parte dos participantes visualizaram as contribuições como a melhora na qualidade de vida das usuárias, acesso a uma equipe multiprofissional com maior facilidade. Além de promover educação em saúde, o que proporciona uma troca de saberes entre os trabalhadores e a população contribuindo na participação social e na autonomia da comunidade em enfrentar os diversos problemas de saúde.

Na pesquisa foi verificado que as equipes Nasf-AB estudadas precisam avançar para oferecer melhores condições de trabalho aos profissionais e estimular as práticas de educação permanente em saúde, possibilitando nesse sentido a transformação das práticas profissionais. Assim como proporcionar parcerias com a secretaria municipal de saúde e universidades com o intuito de desenvolver

momentos e espaços coletivos para favorecer a formação profissional, a elaboração e desenvolvimento de atividades pedagógicas problematizadoras, que contribuam na ampliação dos serviços, na resolutividade da ESF e no processo de consolidação do SUS.

Uma sugestão de pesquisa que seria de relevância para o desenvolvimento das ações do Nasf-AB no campo da Saúde Coletiva é analisar as práticas de educação permanente que as equipes Nasf-AB no município de Belém estão produzindo na ESF e conhecer também a respeito das ações educativas e de qualificação profissional que estão sendo ofertadas a estes trabalhadores.

Diante do exposto, ressalta-se a construção da identidade que as equipes Nasf-AB estão proporcionando nas comunidades localizadas no distrito DAGUA em Belém, apesar de todas as dificuldades de infraestrutura, de falta de material, de apoio da gestão e entraves na relação entre as equipes. Por fim, percebeu-se o comprometimento dos profissionais na busca por melhorar a condição de saúde dos usuários, realizando até o que não podem para alcançar esse objetivo.

8 – REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L.; MERHY, E.E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface** (Botucatu, online). v. 18, p. 313-24. 2014.

ACIOLE, G.G.; OLIVEIRA, D.K.S. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo ampliado à saúde da família. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro. v. 41, n. 115, p. 1090-1101, Out-Dez. 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1090.pdf. Acesso em: 23/02/2018.

ALMEIDA FILHO, N.M. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil**. Publicado online em 09 de Maio de 2011. In: www.thelancet.com. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/brazilporcom4.pdf>>. Acesso em: 12/08/2017.

ALMEIDA FILHO, N.M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 18, n. 6, p. 1677-1682, jun. 2013.

ANDRADE, L. M. B. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde e Transformação Social*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. p. 783-836. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Ed. Hucited/ Ed. Fiocruz, 2006.

ANJOS, K.F.; MEIRA, S.S.; FERRAZ, C.E.O.; VIVELA, A.B.A.; BOERY, R.N.S.O.; SENA, E.L.S. Perspectivas e desafios do Núcleo ampliado à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 37, n.99, p. 672-680, Out/Dez, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341756015.pdf>. Acesso em: 10/11/2017.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63045664017/index.html>. Acesso em: 12/08/2017.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARCANJO, G.N.; VALDES, M.T.M.; SILVA, R.M. Percepção sobre qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15, p. 2145-54. 2008.

ARCE, V.A.R.; TEIXEIRA, C.F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo ampliado à saúde da família em Salvador (BA). **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 41, n. especial 3, p. 228-240, Set. 2017.

AZEVEDO, N. S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o processo de implantação em Belo Horizonte. 2012. 108f. **Dissertação (Mestrado em Psicologia)** – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

BARBOSA, E.C. 25 anos do sistema único de saúde: conquistas e desafios. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. São Paulo. v. 2, n. 2, p. 85-102, Jul/Dez, 2013. Disponível em: www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/51. Acesso em: 31/08/2017.

BARBOSA, E.G.; FERREIRA, D.L.S.; FURBINO, S.A.R.; RIBEIRO, E.E.N. Experiência da fisioterapia no Núcleo ampliado à saúde da família em Governador Valadares. **Fisioterapia em Movimento**. v. 23, p. 323-30. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde Sociedade**. v. 11, p. 67-84. 2002.

BARROS, J.O.; GONÇALVES, R.M.A.; KALTNER, R.P.; LANCMAN, S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo ampliado à saúde da família (Nasf-AB) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 20, n. 9, p. 2847-2856. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2847.pdf>. Acesso em: 26/02/2018.

BATISTA, C.B.; MACHADO, R.M.C.; MACIEL, F.J.; MORAIS, M.C.N.; PAULA, P.P. Trabalho do Núcleo ampliado à saúde da família em um município de Minas Gerais. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. Belo Horizonte. v. 10, n. 2, Dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000200011. Acesso em: 21/05/2018.

BELÉM. Prefeitura Municipal. **Anuário Estatístico do Município de Belém**: 2012. Belém: Secretaria municipal de coordenação Geral de planejamento e Gestão, 2012, v. 17.

BELÉM. Prefeitura Municipal. Documento base preliminar de elaboração do plano plurianual 2018-2021. Belém: Secretaria municipal de coordenação Geral de planejamento e Gestão, 2018.

BISPO JÚNIOR, J.P.; MOREIRA, D.C. Educação Permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos núcleos de apoio à saúde da família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 33, n. 9, p. 1-13, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=pt. Acesso em: 19/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de Outubro de 1988. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei 8.080/1990**, 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. 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142/1990**, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde. 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer Ministerial nº 1133 de 7 de agosto de 2001. Delibera sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 out. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº.154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF-AB. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2008, 25 jan. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em 01/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Nasf-AB: Núcleo ampliado à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/ GM nº 2.488, 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). Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 21 Out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 19 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo ampliado à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n.39).

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A.F.B.; TANAKA, O.Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para a sua efetivação. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação**. v. 16, n.40, p. 249-259, jan/mar, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1812>. Acesso em: 30/06/2017.

CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate. In: **Planejamentos sem normas**. 2 Ed. São Paulo: Hucitec. 1994. p. 53-61.

CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L.; GAMA, C.A.P.; CAMPOS, G.W.S.; TRAPÉ, T.L.; DANTAS, D.V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 38, n. especial, p. 252-264, Out, 2014.

CASTRO, R.C.L.; KNAUTH, D.R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B.B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 28, n. 9, p. 1772- 84, 2012.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. Rio de Janeiro. v. 4, n. 1, p. 41-65. 2004.

CELA, M.; OLIVEIRA, I.F. O psicólogo no Núcleo ampliado à saúde da família: articulação dos saberes e ações. **Revista Estudos de Psicologia**. v. 20, n. 1, p. 31-39. janeiro-março. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/thais/OneDrive/Documentos/Mestrado/cela%20e%20oliveira.pdf>. Acesso em: 03/06/2018.

CHOMATAS, E.; VIGO, A.; MARTY, I.; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira Med Fam Comunidade**. v. 8, n. 29, p. 294-303. 2013.

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. **Caderno de Saúde Pública**. v. 24, Suppl 1, p. 7-16. 2008.

CORREIA, P.C.L.; GOULART, P.M.; FURTADO, J.P. A avaliabilidade dos núcleos de apoio à saúde da família (Nasf-AB). **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 345-359, Mar, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0345.pdf>. Acesso em: 11/08/2017.

CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737. 2010.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Soc**. v. 20, p. 961-70. 2011.

DINIZ, S.G.M.; DAMASCENO, S.S.; COUTINHO, S.E.D.; TOSO, B.R.G.O.; COLLET, N. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 37, n. 4, p. 1-8, Dez, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160457067.pdf>. Acesso em: 22/04/2017.

DOMINGOS, C.M.; NUNES, E.F.P.A.; CARVALHO, B.G.; MENDONÇA, F.F. A legislação da atenção básica do sistema único de saúde: uma análise documental. **Revista Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 32, n. 3, p.1-13, mar, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00181314.pdf>. Acesso em: 01/09/2017.

FALLEIROS, I.; LIMA, J.C.F. Saúde como direitos de todos e dever do estado. In: PONTES, C.F. Org. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 239-246.

FERREIRA, J.; SANTO, W.E. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 22, n. 1, p. 179-198, 2012.

FERRETTI, F.; NIEROTKA, R.P.; BRAGHINI, C.C.; TEO, C.R.P.A.; FERRAZ, L.; FANTICELLI, M.L. Physical therapist insertion in the Family health strategy team: the users' view. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 3, n. 28, p. 485-493, July/Sept 2015. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502015000300485. Acesso em: 03/07/2017.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, E.N. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. UNIFESP. UMA-SUS. 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 02/04/2018.

FIÚZA, T.M.; RIBEIRO, M.T.A.M.; GOMES, K.W.L.; PEQUENO, M.L.; BARRETO, I.C.H.C.; MIRANDA, A.S.; OLIVEIRA, P.R.S.; MONTENEGRO JUNIOR, R.M. Necessidades educacionais dos profissionais da estratégia saúde da família (ESF): possibilidades de educação em saúde no município de fortaleza (CE). **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Florianópolis. v. 7, n. 24, p. 139-146, Jul-Set. 2012.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.P.; GRANJA, G.F.; ERMEL, R.C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 5, p. 1135-41. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>. Acesso em: 20/07/2017.

FRANÇA, T.; MEDEIROS, K.R.; BELISARIO, S.A.; GARCIA, A.C.; PINTO, I.C.M.; CASTRO, J.L.; PIERANTONI, C.R. Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017.

FURUYA, R.K.; BIROLIM, M.M.; BIAZIN, D. T.; ROSSI, L.A. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 158-62. Jan/Mar, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a26.pdf>. Acesso em 27/04/2017.

GIGANTE, R.L.; CAMPOS, G.W.S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 3, p. 747-763, set/ dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0747.pdf>. Acesso em: 19/03/2018.

GOMES, R.O. *et al.* Atenção primária à saúde “a menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. n. 16, supl.1, p. 881-892, 2011.

GONÇALVES, R.M.A.; LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I.; CORDONE, N.G.; BARROS, J.O. Estudo do trabalho em núcleos de apoio à saúde da família (NASF-AB), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1005/100541506007.pdf>, acesso em: 12/12/2017.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 21-36.

GUSMÃO, L.H.A. **Cartografia dos Distritos Administrativos de Belém/PA com Google Earth**. Maio, 2013. Disponível em: <http://geocartografiadigital.blogspot.com.br/2013/05/cartografia-dos-distritos.html>.

HEMMI, A.P.A.; PENNA, C.M.M. A construção social da estratégia saúde da família na perspectiva de usuários. **Ciência Cuidado e Saúde**. v. 11, n. 2, p. 235-242. Abr/Jun. 2012. Disponível em: periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/. Acesso em: 21/04/2018.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0371.pdf>. Acesso em: 12/11/2017.

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, agosto, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17/12/2017.

KLEIN, A.P.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o apoio matricial no Núcleo ampliado à saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 33, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00158815.pdf>. Acesso em: 11/08/2017.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE. LAPPIS. Descritor integralidade em saúde. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/site/quem-somos/descriptor-integralidade-em-saude>.

LEITE, D.F.; NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF-AB no município de São Paulo. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4008/400834034010.pdf>. Acesso em: 11/10/2017.

LEITE, R.S.; SANTOS, A.P.M.; LIMA, C.A.; RIBEIRO, C.D.A.L.; BRITO, M.F.S.F. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. **Revista Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 24, n.3, p. 323-329, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n3/1414-462X-cadsc-24-3-323.pdf> Acesso em: 01/09/2017.

LIMA, S.A.V.; SILVA, M.R.F.; CARVALHO, E.M.F.; CESSÉ, E.A.P.; BRITO, E.S.V.; BRAGA, J.P.R. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 25, n. 2, p. 635-656. 2015.

LOBATO, L.V.C. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 40, n. especial, p. 87-97, Dez, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0087.pdf>. Acesso em: 01/09/2017.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M.E.B. (Org.) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010. p. 37-52.

LUCENA, A.F.; PASKULIN, L.M.G.; SOUZA, M.F.; GUTIERREZ, M.G.R. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev esc enf**. v. 40, n. 2. p. 292-298. 2006.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

MACEDO, L.M.; MARTIN, S.T.F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da atenção primária. **Interface** (Botucatu). v. 18, n. 51, p. 647-659. 2014.

MAEYAMA, M.A.; MACHADO, C.; CUTOLO, L.R.A.; CERETTA, L.B.; MATTOS, D.B.; BEVILACQUA, L.L. Integração ensino-serviço na atenção básica: uma proposta de instrumento de avaliação. **Revista Inova Saúde, Criciúma**. v.5, n.1, julho, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/download/2387/2456>. Acesso em: 01/09/2017.

MAFRA, L. P. V. A trajetória do Nasf-AB no município de Piraí: uma análise para além da gestão. 2012. 53 f. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)** – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MARQUI, A.B.T. *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. v. 44, n. 4, p. 956-61, 2010.

MARTINEZ, J.F.N.; SILVA, M.S.; SILVA, A.M. O Núcleo ampliado à saúde da família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 40, n.110, p. 95-106, Julho/Setembro, 2016.

MARTINIANO, C.S.; SAMPAIO, J.; MAGALHÃES, F.C.; SOUZA, F.F.; MARCOLINO, E.C.; ROCHA, A.M.O. Avaliação do processo de implantação das equipes dos núcleos de apoio à saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE – online**. Recife. v. 7, n. 1, p. 53-61. Jan. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/thais/OneDrive/Documents/Mestrado/avaliacao%20processo%20de%20implantacao%20do%20Nasf-AB.pdf>. Acesso em: 09/04/2018.

MATTA, G.C. Saúde como direitos de todos e dever do estado – Princípios e diretrizes do sistema único de saúde. In: PONTES, C.F. Org. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 247-255.

MATTOS, G.C.M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: entraves, avanços e desafios. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n. 2, Fev, 2014.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2009. p. 43-68.

MELO, A.; BARBOSA, T.M. Atuação do Núcleo ampliado à Saúde da Família: o entendimento de profissionais da estratégia saúde da família de um município catarinense. **Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Brasília. v. 11, n. 2, p. 25-39. Jan. 2018. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2286/1775>. Acesso em: 24/05/2018.

MELO, S.C.C. *et al.* Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 66, n. 6, Nov/Dez. 2013.

MENEZES, C. A. Implantação do Núcleo ampliado ao programa Saúde da Família (Nasf-AB) em Olinda: estudo de caso. 2011. 68 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 77-92, jan/mar, 2014.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; GOMES, L.B. Colaborações ao debate sobre a revisão da política nacional de educação permanente em saúde. p.67 In: GOMES, L.B.; BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A. Orgs. **A educação permanente em saúde e as redes**

colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 272p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 31ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sala de apoio à Gestão Estratégica. Março, 2017. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 10/10/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Agosto, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 10/10/2017.

MIRANDA, G.B.N. **Integralidade no trabalho em saúde: dificuldades, possibilidades e perspectivas gerais da abordagem multiprofissional na visão dos trabalhadores de uma equipe da Atenção Primária de Belém-Pará.** 231f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade) – Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará, Belém – Pará, 2016.

MORETTI, P.; FEDOSSE, E. Núcleos de apoio à saúde da família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Revista Fisioterapia em Pesquisa.** v. 23, n. 3, p. 241-247, 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/fp/v23n3/2316-9117-fp-23-03-00241.pdf. Acesso em: 01/10/2017.

NAKAMURA, C.A.; LEITE, S.N. A construção do processo de trabalho no Núcleo ampliado à saúde da família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** v. 3, n. 21, p. 1365-1372, 2016. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501565&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03/08/2017.

NASCIMENTO, C. M. B. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo ampliado à saúde da família.** 182p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife. 2014.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família. **Revista O Mundo da Saúde.** São Paulo. v. 1, n. 34, p. 92-96, 2010a.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Revista Saúde Soc.** São Paulo. v. 19, n. 4, p. 814-827. 2010b. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29705/31580>. Acesso em: 11/03/2018.

NÓBREGA, C.B.C. *et al.* Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, Junho, 2010.

NÓBREGA, J.S.M. **Avaliações das ações do Núcleo ampliado à saúde da família (NASF-AB) em Macaíba/RN**. 2013. 68f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso em: 23/01/2018.

NÓBREGA, J.S.M.; AZEVEDO, A.B.F.; FARIA, B.S.; FIGUEIREDO, O.M.C.; SARAIVA, V.N.P.; MEDEIROS, M.R.S.; MEDEIROS, A.R.; MARANHÃO, O.B.V.; GERMANO, M.V.C.; SILVA, L.C.A. Avaliação da satisfação dos usuários em relação às ações do Núcleo ampliado à saúde da família num município brasileiro de médio porte. **Revista Ciência Plural**. v. 2, n. 1, p. 69-88. 2016.

OLIVEIRA, A.G.; MORAIS, I.F.; AZEVEDO, L.M.N.; VALENÇA, C.N.; SALES, L.K.O.; GERMANO, R.M. O que mudou nos serviços de saúde com a estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 13, n. 2, p. 291-9. 2012b.

OLIVEIRA, G.S.; FERNANDEZ, V.S.; KOIFMAN, L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas do cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. organizadores. **Por uma sociedade cuidadora**. 1 Ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do Cuidado), 2010.

OLIVEIRA, I.C.; CUTOLO, L.R.A. Humanização como expressão de integralidade. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 502-506, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/humanizacao_expressao_integralidade.pdf. Acesso em 27/11/2017.

OLIVEIRA, I.F.; AMORIM, K.M.O.; PAIVA, R.A.; OLIVEIRA, K.S.A.; NASCIMENTO, M.N.C.; ARAÚJO, R.L. A atuação do psicólogo nos Nasf-AB: desafios e perspectivas na atenção básica. **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto. v. 25, n.1, mar, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100017. Acesso em: 17/05/2018.

OLIVEIRA, I.S. *et al.* Acessibilidade e atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012a.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes. 2007.

PAGANI, R.; NASCIMENTO, D.D.G. Equipe do Núcleo ampliado à saúde da família: criar e recriar as possibilidades do seu fazer no cotidiano da saúde. In: SANTOS, M.L.M.; KODJAOGLANIAN, V.L.; FERRARI, F.P. **O Nasf-AB em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Edição temática Nasf-AB. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p. 53-83.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUARYOL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Saúde no Brasil*, maio, 2011. Disponível em: www.thelancet.com. Acesso em: 20/04/2016.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2015. 93 p.

PATROCÍNIO, S.S.S.M.; MACHADO, C.V.; FAUSTO, M.C.R. Núcleo ampliado à saúde da família: a proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 39, n. especial, p. 105-119. Dez, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500105, acesso em: 08/11/2017.

PAULINO, V.C.; BEZERRA, A.L.; BRANQUINHO, N.C.; PARANAGUÁ, T.T. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Rev. Enfermagem UER**. v. 20, n. 3, p. 312-316. 2012.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Rev. Saúde Pública**. v. 35, p. 303-11. 2001.

QUEVEDO, M.P.; OLIVEIRA, F.R. O cuidado como prática reflexiva. In: SANTOS, M.L.M.; KODJAOGLANIAN, V.L.; FERRARI, F.P. **O Nasf-AB em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Edição temática Nasf-AB. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p.15-49.

REIS, M.L.; MEDEIROS, M.; PACHECO, L.R.; CAIXETA, C.C. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo ampliado à saúde da família (NASF-AB). **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v. 25, n. 1, Abr, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100321&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 10/09/2017.

RODRIGUES, P.H.A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.37-59, jan./mar, 2014.

ROMAGNOLI, R. C. Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. **Saúde Soc.** [online]. v. 18, n. 3, p. 525-536, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01/12/2015.

SANTOS, I.F.; CHIRELLI, M.Q.; TONHOMS.F.R.; MOLARO, M.N.P. Educação permanente na formação em saúde: experiência na atenção básica. p. 107-127. In: GOMES, L.B.; BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A. Orgs. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 272p.

SANTOS, M.L.M.; KODJAOGLANIAN, V.L.; FERRARI, F.P. **O Nasf-AB em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Edição temática Nasf-AB. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p.178.

SANTOS, N.R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 1, n. 18, p. 273-280, 2013.

SANTOS, R.A.B.G. **Matriciamento na Atenção Básica: estudo de equipes ESF e Nasf-AB atuando na região da Capela do Socorro – SP**, 2015. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Programa de Pós Graduação Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015. Disponível em:

http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/030_bx_disertacao_rosimeiresantos.pdf. Acesso em: 12/12/2017.

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-AB. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, Julho/ Setembro, 2017.

SANTOS, R. C. **Núcleo ampliado à Saúde da Família como componente do cuidado em saúde mental: perspectivas de profissionais da estratégia Saúde da Família**. 2002. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SEVERO, S.B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15 (Supl. 1), p. 1685-1698. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/080.pdf>. Acesso em: 21/05/2018.

SILVA, A.T.C.; AGUIAR, M.E.; WINCK, K.; RODRIGUES, K.G.W.; SATO, M.E.; GRISI, S.J.F.; BRENTANI, A.; RIOS, I.C. Núcleos de apoio à saúde da família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária do município de São Paulo, Brasil. **Revista Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 28, p. 2076-2084, Novembro, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273550257_Nucleos_de_Apoio_a_Saude_da_Familia_desafios_e_potencialidades_na_visao_dos_profissionais_da_Atencao_Primaria_do_Municipio_de_Sao_Paulo_Brasil. Acesso em: 07/09/2017.

SILVA, I.C.B.; SILVA, L.A.B.; LIMA, R.S.A.; RODRIGUES, J.A.; VALENÇA, A.M.G.; SAMPAIO, J. Processo de trabalho entre a equipe de atenção básica e o Núcleo ampliado à saúde da família. **Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro. v. 12, n. 39, p. 1-10. Jan-Dez. 2017. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1433/857>. Acesso em: 03/06/2018.

SILVA, J.M.; CALDEIRA, A.P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Revista Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010.

SILVA, K.L.; MATOS, J.A.V.; FRANÇA, B.D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. v. 21, n. 4, p. 1-8. 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022004>. Acesso em: 18/03/2018.

SILVA, S.A.; NOGUEIRA, D.A.; PARAIZO, C.M.S.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde. **Revista Esc Enfermagem USP**. v. 48, n. esp, p. 126-132, 2014. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em 20/09/2017.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41. Disponível em: http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/4-Modelos_Assistenciais_em_Sade_-_Aluisio_G_da_Silva_Jr_e_Carla_A_Alves.pdf. Acesso em: 26/05/2018.

SOUSA, S.M.; BERNADINO, E.; CROZETA, K.; PERES, A.M.; LACERDA, M.R. Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 70, n. 3, p. 529-36, mai/ jun, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300504&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 02/010/2017.

SOUZA, F. L. D.; CHACUR, E. P.; RABELO, M. R. G.; SILVA, L. A. M.; VILLELA, W. V. Implantação do Núcleo ampliado à Saúde da Família: percepção do usuário. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr/jun, 2013a.

SOUZA, F. L. D.; CHACUR, E. P.; MARTINS, R.C.C.; SILVA, L.A.M.; GÓES, R.W.L.; VILLELA, W.V. Percepções sobre qualidade de vida das usuárias de um Núcleo ampliado à saúde da família. **Investigação**. v.13, n. 13, p. 34-38, 2013b. Disponível em: <http://publicações.unifran.br>. Acesso em: 02/08/2017.

SOUZA, M.C.; BOMFIM, A.S.; SOUZA, J.N.; FRANCO, T.B. Fisioterapia e Núcleo ampliado à saúde da família: conhecimento, ferramentas e desafios. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. v. 37, n. 2, p. 176-184, 2013. Disponível em: http://www.fufs.edu.br/admin/anexos/23-07-2013_08_59_52_.pdf. Acesso em: 10/11/2017.

SOUZA, T.T.; CALVO, M.C.M. Resultados esperados dos núcleos de apoio à saúde da família: revisão de literatura. **Revista Saúde Soc**. São Paulo. v. 25, n. 4, p. 976-987, 2016. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00976.pdf>. Acesso: 15/11/2017.

SPINK, M.J.P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 16, n.1, abril, p. 18-27, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250054136_Sobre_a_possibilidade_de_conciliacao_do_ideal_da_integralidade_nos_cuidados_a_saude_e_a_cacofonia_da_demanda. Acesso em: 15/05/2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. p. 726. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 20/08/2017.

STARFIELD, B. **Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia**. New York: Oxford University Press. 2004.

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferencias Municipal e estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 02/09/2017.

TESSER, C.D. Núcleos de saúde da família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface** (Botucatu). v. 21, n. 62, p. 565-78. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220150939.pdf>. Acesso em: 20/02/2018.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Ed. Hucited/ Ed. Fiocruz, 2006.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. In: _____. **Educação popular na formação universitária**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2013. p. 362-397.

VECCHIA, M.D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo**. 2011. Tese. Faculdade de Medicina de Botucatu. São Paulo. 2011.

VIANNA, A.L.; PIERANTONI, C.R.; SILVA, H.P.; FIGUEIREDO, J.A.; PINHEIRO, M.C.; FARIA, R.M.; NAKAGAWA, T.M. O modelo polos: comparação de duas experiências recentes. In: VIANNA, A.L.; PIERANTONI, C.R. Organizadores. **Educação e saúde**. São Paulo: Hucitec. 2010. p. 144-186.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015.

VIEGAS, S.M.F. **A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do vale do Jequitinhonha**. 2010. Tese (Doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-8CRNHQ?show=full>. Acesso em: 13/05/2016.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciências Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Janeiro. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>. Acesso em 21/09/2017.

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. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação**. v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015.

VOLPONI, P.R.R.; GARRANHANI, M.L.; CARVALHO, B.G. Núcleo ampliado à saúde da família: potencialidades como dispositivo de mudança na atenção básica em saúde. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 39, n. especial, p. 221-231, Dez, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00221.pdf>, Acesso em: 07/10/2017.

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO E REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

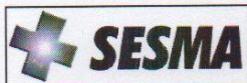
AUTORIZAÇÃO

Informamos que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SESMA está ciente do Projeto Pesquisa de **Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade da Amazônia, da Universidade Federal do Pará – UFPA**, intitulado: **“OS DESAFIOS DA INTEGRALIDADE NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERCEPÇÃO DOS GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS – UM DIÁLOGO POSSÍVEL?”**, de autoria da mestranda **Thais do Socorro da Luz Silva**, orientada pelo **Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva**. autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto - UFPA, sob o **CAAE 65993617.7.0000.0017**.

Portanto, comunicamos que a pesquisa está **AUTORIZADA** pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Município de Belém-Pa para ser realizada.

Belém, 10 de outubro de 2017.

Núcleo de Educação Permanente
NEP/DGRTS/SESMA



Tv: Chaco, 2086, (Almirante Barroso e 25 de setembro)
Marco, CEP. 66093-543
E-mail: nepcoordenacaobelem@yahoo.com.br
Tel: (91) 98413 1388

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os desafios da integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: a percepção de gestores, profissionais e usuários ¿ um diálogo possível?

Pesquisador: Thaís do socorro da Luz Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65993617.7.0000.0017

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.070.728

Apresentação do Projeto:

A pesquisa pretende avaliar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família dentro do modelo assistencial e identificar os desafios para a integralidade, sob a perspectiva de gestores, profissionais do Nasf e usuários da Estratégia Saúde da Família, no Município de Belém no Estado do Pará. Trata-se de uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com observação participante. Serão incluídos na pesquisa usuários inseridos há mais de um ano na unidade de estratégia saúde da família do município de Belém, de ambos os sexos, maiores de 18 anos; o gestor distrital e os profissionais do nasf que sejam colaborativos e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Serão excluídos da pesquisa participantes com déficit cognitivo, que não compreendam os comandos verbais. Utilizaremos como técnica de coleta, a entrevista que será semi-estruturada com os gestores do Nasf e usuários. Será também realizada uma pesquisa documental para obter informações importantes a respeito do microcontexto de implantação do Nasf no município de Belém. Além de observação direta no campo e registros em um diário de campo, que será utilizado para o registro das observações e impressões do pesquisador. A entrevista será semi-estruturada e guiada por um roteiro com questões referentes ao Nasf, o processo de implantação e as práticas de integralidade, que visam obter a percepção do usuário, profissionais e de gestores do Nasf a respeito do referido programa

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA **CEP:** 66.073-000
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-6754 **Fax:** (91)3201-6663 **E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.070.728

e outros temas abordados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família dentro do modelo assistencial identificando os desafios para a integralidade, sob a perspectiva de gestores, profissionais do Nasf e usuários da Estratégia Saúde da Família, no Município de Belém no Estado do Pará.

Objetivo Secundário:

Compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no contexto do Nasf na perspectiva da equipe; Conhecer a percepção de usuários quanto às mudanças observadas após a implantação do Nasf no município de Belém; Avaliar as atividades realizadas pelos profissionais que atuam no Nasf.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco materiais, físicos e/ou psicológicos do projeto são mínimos, estão no fato de dano ou constrangimento moral devido a identidade dos participantes serem revelada. Para isso os pesquisadores garantem que as informações prestadas serão confidenciais e os resultados obtidos serão analisados em conjunto com os de outros participantes e divulgados sem qualquer identificação. Se, ainda desta forma, o participante sofrer qualquer dano moral, ele será ressarcido pelos pesquisadores conforme processo jurídico e ainda lhe será oferecida ajuda psicológica.

Benefícios:

Os benefícios dessa pesquisa são significativos visto que há escasso conhecimento a respeito da proposta do Nasf dentro do modelo assistencial e seus desafios para a integralidade, expandindo assim, o acervo bibliográfico relacionado ao tema, incentivando a investigação científica e além da contribuição acadêmica, e para o participante, será refletir sobre atuação da equipe Nasf dentro da equipe de estratégia saúde da família na qual o participante está inserido, identificando os principais desafios para a efetivação da integralidade na assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando os resultados da pesquisa os autores esperam como meta contribuir para a qualificação da gestão e reorientação das práticas assistenciais, na perspectiva de um desenho assistencial que tenha como referência a perspectiva da integralidade. Avaliando assim, quais as diferenças que os usuários conseguem visualizar dessa proposta comparada com o modelo antigo

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA CEP: 66.073-000
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6663 E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação de Parecer: 2.270.728

de assistência e quais pontos que precisam de melhorias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com as legislações do Sistema CEP - CONEP/CNS/MS.

Recomendações:

No TCLE acrescentar espaço para data ao lado da assinatura do pesquisador responsável.

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá também ser informado ao CEP:

Relatório Semestral;

Relatório Final;

Envio de Relatório de Cancelamento;

Envio de Relatório de Suspensão de projeto;

Comunicação de Término do projeto na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; de elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ainda ao pesquisador:

- 1- desenvolver o projeto conforme delimitado;
- 2- Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1 - 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. Os relatórios deverão ser inseridos no Sistema Plataforma Brasil pelo ícone "Inserir Notificação" disponível para projetos aprovados.
- 3- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento.

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-8754

Fax: (91)3201-6853

E-mail: cep@ce@yaho.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.070.728

- 4- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 05 anos após o término da pesquisa;
- 5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- 6- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_842709.pdf	13/03/2017 16:17:40		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_orientador.docx	13/03/2017 16:15:15	Thais do socorro da Luz Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.docx	13/03/2017 16:09:27	Thais do socorro da Luz Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	13/03/2017 16:06:34	Thais do socorro da Luz Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.docx	13/03/2017 16:06:02	Thais do socorro da Luz Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/03/2017 16:04:14	Thais do socorro da Luz Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	21/01/2017 01:01:20	Thais do socorro da Luz Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.docx	21/01/2017 00:48:01	Thais do socorro da Luz Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

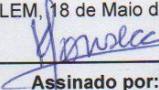
Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA CEP: 66.073-000
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6663 E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.070.728

BELEM, 18 de Maio de 2017


Assinado por: ~~Kátia Regina Silva da Fonseca~~
João Soares Felício ^{Coordenador Adjunto do} CEP / HUIBB / UFPA
(Coordenador)

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA CEP: 66.073-000
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6663 E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

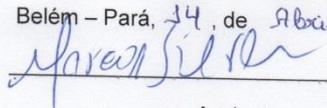
APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE ACEITE DO ORIENTADOR

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE

DECLARAÇÃO

Eu, Marcos Valério Santos da Silva, aceito orientar o projeto de pesquisa intitulado "Os desafios da integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: a percepção de gestores, profissionais e usuários – um diálogo possível?", de autoria da mestrande Thaís do Socorro da Luz Silva, matrícula 201626770024, declarando ter total conhecimento das normas de realização de Trabalhos Científicos vigentes, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação da banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do projeto ora entregue para o qual dou meu aceite pela rubrica das páginas.

Belém – Pará, 14 de Abril de 2016.



Assinatura

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) participante,

Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “Perspectivas de integralidade em saúde na percepção de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e usuários da equipe de estratégia Saúde da Família no município de Belém”, de autoria de Thaís do Socorro da Luz Silva, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva.

A pesquisa tem como finalidade analisar a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf-AB) identificando os desafios para a integralidade, sob o ponto de vista de usuários da estratégia saúde da família (ESF), profissionais do Nasf-AB. Assim avaliar o seu conhecimento acerca da inserção do Nasf-AB no cotidiano das unidades de saúde da família.

É garantido que todas as informações serão utilizadas somente nesta investigação, sendo posteriormente descartadas pelos pesquisadores ao término da pesquisa. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo com o serviço.

A coleta de dados será feita por meio da observação participante, onde a pesquisadora irá acompanhar a rotina da equipe durante um determinado período de tempo para conhecimento das práticas realizadas pela equipe. A sua colaboração é importante e se trata de responder perguntas, de um roteiro de entrevista, onde buscaremos analisar a proposta do Nasf-AB.

O risco materiais, físicos e/ou psicológicos de sua participação são mínimos, estão no fato de dano ou constrangimento moral devido sua identidade ser revelada. Para isso os pesquisadores garantem que as informações prestadas serão confidenciais e os resultados obtidos serão analisados em conjunto com os de outros participantes e divulgados sem qualquer identificação. Se, ainda desta forma, o participante sofrer qualquer dano moral, ele será ressarcido pelos pesquisadores conforme processo jurídico e ainda lhe será oferecida ajuda psicológica.

Os benefícios que sua participação proporcionará são significativos visto que há escasso conhecimento a respeito da proposta do Nasf-AB dentro do modelo assistencial e seus desafios para a integralidade, expandindo assim, o acervo bibliográfico relacionado ao tema, incentivando a investigação científica e além da contribuição acadêmica, e para o participante, será refletir sobre atuação da equipe Nasf-AB dentro da equipe de estratégia saúde da família na qual você está inserido, identificando os principais desafios para a efetivação da integralidade na assistência.

Não há despesas pessoais para quem aceitar participar da pesquisa em qualquer fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Esta pesquisa será realizada com recursos dos próprios autores, não sendo financiado por nenhuma instituição de pesquisa.

As entrevistas serão gravadas com dispositivo digital e posteriormente serão transcritas para análise pelos pesquisadores.

O (a) senhor (a) tem direito a se manter informado a respeito dos resultados parciais da pesquisa, para isto, a qualquer momento do estudo você poderá ter acesso aos pesquisadores para esclarecimento de dúvidas

procurando por Thaís do Socorro da Luz Silva (Av. Pedro Álvares Cabral, Rua Cláudio Bordalo, 513, e-mail: thais19luz@gmail.com) ou pelo pesquisador Marcos Valério Santos da Silva (telefone: (91) 980823016; Campus Universitário do Guamá; Rua Augusto Correa, Instituto de Ciências Farmacêuticas; Laboratório de Farmacognosia; CEP: 66075-110).

O projeto desta presente pesquisa foi submetido para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto (rua dos Mundurucus, 4487, 1º Andar, Fone: 32016754, E-mail: cephujbb@yahoo.com.br). Este comitê possui como função defender os interesses dos participantes e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

Eu, _____, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento, que tive a oportunidade de ler e tirar minhas dúvidas e que estou ciente dos meus direitos relacionados. Sinto-me devidamente esclarecido sobre os objetivos desta, assim como os seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar desse estudo cooperando voluntariamente na obtenção de dados, estando ciente de que posso me retirar a qualquer momento sem prejuízo à continuidade do meu tratamento neste serviço.

Belém, _____, de _____ de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa

ASSINATURA DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL
Thaís do Socorro da Luz Silva
CREFITO/12: 180.139F

ASSINATURA DO ORIENTADOR
Marcos Valério Santos da Silva

Apêndice C – Roteiro para entrevista profissional do Nasf-AB

1. Identificação

Flor: _____ Sexo: _____ Idade: _____
Formação/cursos: _____ Universidade: _____ Ano: _____
Pós-graduação: _____ Data de admissão: _____
Tempo de serviço no Nasf-AB: _____

Conhecimento acerca do processo de reorientação do modelo assistencial em saúde

1. Como ocorreu a mudança do modelo assistencial na atenção primária a saúde em Belém? O que mudou? O que pensa a respeito dessa mudança e da forma como se procedeu?
2. Como se organizava a atenção primária a saúde antes da implementação do Nasf-AB?
3. Na sua opinião, dentro do modelo assistencial vigente, qual o papel/objetivo do Nasf-AB?

Perspectivas de integralidade em saúde no modelo assistencial na perspectiva do ser integral

1. No contexto do modelo assistencial, o que você entende por integralidade na atenção a saúde?
2. Como você entende a contribuição da sua profissão para o favorecimento do Nasf-AB na integralidade de atenção a saúde?
3. Levando em consideração o novo modelo assistencial e a integralidade como um dos princípios do SUS, quais as atividades que o Nasf-AB desenvolve na perspectiva da integralidade?
4. Em relação à integralidade ao indivíduo, quais os pontos favoráveis/potencialidades da proposta do Nasf-AB?
5. Em relação à integralidade ao indivíduo, quais os pontos desfavoráveis/obstáculos da proposta do Nasf-AB?

Apêndice D – Roteiro de entrevista usuário

1. Identificação

Flor: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Tempo de inserção na ESF: _____

Quanto tempo realiza atividades do Nasf-AB: _____

Conhecimento acerca do processo de reorientação do modelo assistencial em saúde

1. Como era o atendimento em saúde antes da unidade de saúde da família? O que mudou após a instalação da estratégia saúde da família? O que você pensa a respeito dessa mudança?
2. Levando em consideração as atividades realizadas na unidade que você está inserido (a), o que você entende que seja o Nasf-AB?
3. Em relação às atividades realizadas na unidade com os profissionais da área da saúde como, por exemplo: nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta, como você avalia a atuação da equipe do Nasf-AB?

Práticas de integralidade em saúde

1. Em relação à unidade da ESF, na qual você está inserido (a), as atividades que você realiza, as consultas e os encaminhamentos, atendem os seus motivos de procurar a unidade de saúde? Por quê?
2. Com a inserção de outros profissionais da área da saúde para apoiar as unidades de ESF, você se sente atendido de forma integral, levando em consideração práticas de prevenção e recuperação de doenças e reabilitação?
3. Em relação às atividades do Nasf-AB realizadas na unidade de ESF, o que você considera como ponto positivo? E como ponto negativo? Por quê?