

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

RAQUEL VICENTINA GOMES DE OLIVEIRA DA SILVA

**O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF E SUA
ARTICULAÇÃO COM A ESF: POTENCIALIDADES PARA A
INTEGRALIDADE**

**FLORIANÓPOLIS
2014**

RAQUEL VICENTINA GOMES DE OLIVEIRA DA SILVA

**O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF E SUA
ARTICULAÇÃO COM A ESF: POTENCIALIDADES PARA A
INTEGRALIDADE**

Tese apresentada a banca examinadora do curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem.
Linha de pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

**FLORIANÓPOLIS
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da.

O processo de trabalho do NASF e sua articulação com a
ESF: potencialidades para a integralidade / Raquel
Vicentina Gomes de Oliveira da. Silva ; orientador,
Flávia Regina Souza Ramos - Florianópolis, SC, 2014.
294 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Assistência Integral à Saúde. 3.
Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Atenção Primária à
Saúde. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Ramos, Flávia
Regina Souza . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

RAQUEL VICENTINA GOMES DE OLIVEIRA DA SILVA

O PROCESSO DO TRABALHO DO NASF E SUA
ARTICULAÇÃO COM A ESF: POTENCIALIDADES PARA A
INTEGRALIDADE

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

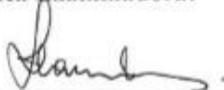
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 17 de outubro de 2014, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem.

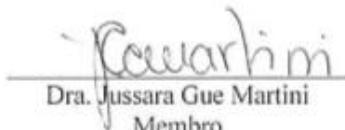


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



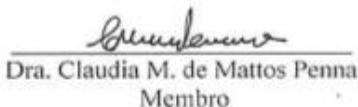
Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Presidente



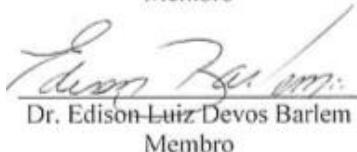
Dra. Jussara Gue Martini
Membro



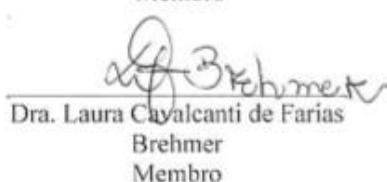
Dra. Soráia Dornelles Schoeller
Membro



Dra. Claudia M. de Mattos Penna
Membro



Dr. Edison Luiz Devos Barlem
Membro



Dra. Laura Cavalcanti de Farias
Brehmer
Membro

Pois dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas.

Bíblia Sagrada
(Romanos 11:36)

AGRADECIMENTOS

A DEUS, minha fortaleza e meu refúgio, por estar sempre presente em minha vida. Por tudo o que TENS feito, por tudo o que vais fazer, por tuas promessas... eu quero Te agradecer...

À minha família por acreditarem em mim. Em especial a minha mãe, pela educação e incentivo. Ao Sidnei e minhas filhas Bruna e Amanda, pelo constante apoio e compreensão pela minha ausência.

À professora Dra. Flávia Regina Souza Ramos, minha orientadora e amiga, que confiou em meu trabalho, ensinando com sabedoria e ética. Obrigada por tudo..., obrigada por acreditar em minhas potencialidades.

Aos membros da Banca Examinadora, pelas contribuições, sugestões e disponibilidade na leitura deste estudo.

Ao grupo PRAXIS pelo acolhimento e contribuições.

À coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

À Secretaria Municipal de Florianópolis pela autorização para a coleta de dados do estudo.

Aos profissionais do NASF e ESF que contribuíram para que a pesquisa fosse realizada.

À minha equipe de trabalho pelo apoio e incentivo.

A todos que não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da. **O processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a integralidade.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 294p.

Orientadora: Dra Flávia Regina Souza Ramos
Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar o processo de trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e sua articulação com as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Florianópolis, sob a ótica da integralidade. Como referencial teórico utilizou-se as Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Integralidade. Trata-se de uma pesquisa com proposta metodológica de estudo de caso, contemplando duas abordagens: quantitativa e qualitativa. O cenário da pesquisa foram os Centros de Saúde do Município de Florianópolis, distribuídos em cinco Distritos Sanitários. Os dados quantitativos foram coletados por um questionário autoaplicado e submetidos à análise estatística descritiva. Participou dessa abordagem quantitativa 243 profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS), sendo 198 integrantes das equipes de ESF e 45 das equipes do NASF. Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, observação e pesquisa documental contando com a participação de 36 profissionais, sendo 10 da ESF, 20 do NASF e 06 representantes dos Distritos Sanitários. Esses dados foram analisados e interpretados de acordo com a análise textual discursiva, com o apoio do software de análise qualitativa ATLAS.TI. Os resultados quantitativos e qualitativos foram paralelos e complementares. Demonstraram que o NASF vem crescendo e se fortalecendo ao longo dos anos no âmbito da APS, e o impacto que vem provocando é inegável, como uma ferramenta tecnológica inovadora que potencializa a assistência das equipes de ESF. Evidenciou-se um conhecimento acerca do processo de trabalho do NASF, e em menor proporção, acerca da instrução normativa das Diretrizes do NASF. O acesso ao NASF acontece preferencialmente através dos profissionais da ESF; o apoio oferecido aponta para uma dimensão técnico-pedagógica e assistencial, destacando-se as ações clínicas compartilhadas, com a discussão de

casos clínicos, existindo um fator positivo em relação ao planejamento do processo de trabalho quando são garantidos espaços para que este aconteça. O processo de trabalho do NASF e sua articulação com as equipes de ESF estão em construção, e evidenciam-se algumas potencialidades e limites. Ampliar a assistência da APS é um dos avanços em potencial, corroborado pela inserção dos novos núcleos de conhecimento, troca de saberes, interdisciplinaridade, qualidade da assistência, entre outros. Os limites que desafiam a articulação entre o NASF e ESF circulam tanto na dimensão assistencial como na técnico-pedagógica, expressando fragilidades na organização, conhecimento do processo de trabalho e território, infraestrutura, recursos humanos e materiais. Existe um descompasso entre a percepção e a ação do trabalho em equipe, indicando certa dificuldade em realizá-lo. É revelada a lógica de um trabalho fragmentado, que demanda por espaços de discussão do processo de trabalho pelos atores envolvidos. As relações estabelecidas no processo de trabalho do NASF e da ESF estão diretamente associadas ao perfil dos profissionais, das equipes e aos recursos materiais e humanos disponibilizados e organizados pela gestão e demais sujeitos envolvidos. O trabalho interdisciplinar é percebido como uma ferramenta importante na articulação do processo de trabalho do NASF e da ESF, sendo reconhecido o desafio da construção de uma prática interdisciplinar. Do processo de trabalho, identifica-se a característica que potencializa a integralidade do cuidado, que possibilita um crescimento do conhecimento, amplia as ações na APS e aumenta a resolutividade. A construção da integralidade é considerada um desafio, que se fortalece nas práticas cotidianas e nos diálogos entre os profissionais de saúde. Por fim, confirma-se a tese de que a articulação entre profissionais do NASF e equipes da Estratégia Saúde da Família sofre limitações, inclusive da própria organização do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que representa um importante potencializador da integralidade na atenção básica à saúde.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde (Integralidade em Saúde). Equipe de Assistência ao Paciente. Trabalho. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da. **The Working Process of the NASF and its articulation with the ESF: potentialities for the integrality.** Thesis (Doctorate in Nursing) - Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 294p.

Orientador: Dra Flávia Regina Souza Ramos
Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

ABSTRACT

The study aimed to analyze the working process at the Supporting Nucleus for Family Health (NASF) and its articulation with teams of the Family Health Strategy (ESF) under the integrality perspective, in the municipality of Florianópolis. As a theoretical framework, it was possible to use the Supporting Nucleus for Family Health and Integrality. It is a survey with a methodological proposal focusing on the case study considering two approaches: quantitative and qualitative. Health centers distributed in five health districts were the research scenarios, in Florianópolis. Quantitative data were collected by a self-administered questionnaire and subjected to descriptive statistical analysis. There was a participation of 243 professionals in that quantitative approach of the Primary Health Care (APS), with 198 members of ESF groups and 45 others from NASF teams. Qualitative data collection was through semi-structured interviews, observation and documentary research with the participation of 36 professionals, 10 from ESF, 20 from NASF and 6 representatives of the Sanitary Districts. Data were analyzed and interpreted according to discursive textual analysis, with the support of qualitative analysis software ATLAS.TI. Quantitative and qualitative results were parallel and complementary. They demonstrated that the NASF is growing and getting stronger over the years within the APS, and the impact as an innovative technological tool that enhances the ESF assistance teams is undeniable. It became evident some knowledge about the working process of NASF, and to a lesser extent, on the normative instruction from NASF Guidelines. NASF access occurs preferentially through ESF professionals. The support offered points to care and technical-pedagogical dimension, highlighting clinical actions shared with the discussion of clinical cases, and there is a positive factor in relation to the working process planning when spaces are guaranteed to do that. The working process of the NASF and its articulation with the FHS teams are under construction and show up some possibilities and limitations. Expand the assistance of

APS is one of the advances in potential, corroborated by the insertion of new knowledge hubs, exchange of knowledge, interdisciplinarity, quality of care, among others. The boundaries defying articulation between NASF and ESF circulate intertechnical-pedagogical and care dimension expressing the organization's weaknesses, working process knowledge and territory, infrastructure, human resources and materials. There is a gap between perception and teamwork action indicating some difficulty in performing it. It appeared the logic of a fragmented work that demand discussion spaces of the work process by the actors involved. The relations established in the working process of NASF and ESF are directly associated to the professionals' profile, teams, human and material resources available and organized by the management and other subjects involved. The interdisciplinary work is a valuable tool in the working process articulation of NASF and ESF, and it is possible to recognize the challenge of building an interdisciplinary practice. The labor process identifies the feature that potentiates care integrality, enables knowledge growth, expands actions in the APS and increases resolvability. The integrality construction is considered a challenge that gets stronger in daily practices and dialogues between health professionals. Finally, it is possible to confirm the thesis that articulation between NASF professionals and Family Health Strategy teams suffers concrete limitations, including the very organization of working process. At the same time, it represents a significant integrality potentiator in the primary health care.

Key words: Integral Health Care (Integrality in Health). Patient Care Team. Work. Primary Health Care. Family Health Strategy.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da. **El Proceso de Trabajo del NASF y su articulación con la ESF: potencialidades para la integralidad.** Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 294 p.

Orientador: Dra Flávia Regina Souza Ramos
Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar el proceso de trabajo de los profesionales del Núcleo de Apoyo para la Salud de la Familia (NASF) y su articulación con los equipos de Estrategia para la Salud de la Familia (ESF), en el municipio de Florianópolis, y bajo la óptica de la integralidad. Como referente teórico se utilizaron las Directrices del Núcleo de Apoyo para la Salud de la Familia y la Integralidad. Se trata de una investigación con propuesta metodológica con enfoque en el estudio de caso, contemplando dos abordajes: cuantitativo y cualitativo. Los escenarios de investigaciones fueron los Centros de Salud del Municipio de Florianópolis, distribuidos en cinco Distritos Sanitarios. Los datos cuantitativos fueron obtenidos con un cuestionario autoaplicado y sometidos al análisis estadístico descriptivo. Participaron de ese abordaje cuantitativo 243 profesionales de la Atención Primaria para la Salud (APS), siendo 198 integrantes de los equipos del ESF y 45 de los equipos del NASF. Los datos cualitativos fueron recolectados por medio de una entrevista semiestructurada, observación e investigación documental contando con la participación de 36 profesionales, siendo 10 de la ESF, 20 del NASF y 6 representantes de los Distritos Sanitarios. Esos datos fueron analizados e interpretados de acuerdo con el análisis textual discursivo, con el apoyo del software de análisis cualitativo ATLAS.TI. Los resultados cuantitativos y cualitativos fueron paralelos y complementarios. Ellos demostraron que el NASF está creciendo y fortaleciéndose con el correr de los años, en el ámbito de la APS, y el impacto que está provocando es innegable, como una herramienta tecnológica innovadora que potencializa la asistencia de los equipos del ESF. Quedó en evidencia el conocimiento acerca del proceso de trabajo del NASF, y en menor proporción, acerca de la instrucción normativa de las Directrices del NASF. El acceso al NASF se da preferencialmente a través de los profesionales de la ESF; el apoyo ofrecido indica una dimensión

técnico-pedagógica y asistencial, destacándose las acciones clínicas compartidas con la discusión de casos clínicos, existiendo un factor positivo en relación al planeamiento del proceso de trabajo cuando son garantizados los espacios para que esto suceda. El proceso de trabajo del NASF y su articulación con los equipos del ESF están en construcción y se evidencian algunas potencialidades y límites. Ampliar la asistencia de la APS es uno de los potenciales avances, corroborado por la inserción de los nuevos núcleos de conocimiento, intercambio de conocimientos, interdisciplinaridad y cualidad de la asistencia entre otros. Los límites que desafían la articulación entre el NASF y el ESF circulan tanto en la dimensión asistencial como en la técnica-pedagógica, expresando fragilidades en la organización, conocimiento del proceso de trabajo y territorio, infraestructura, recursos humanos y materiales. Hay una cierta divergencia entre la percepción y la acción del trabajo en equipo, indicando cierta dificultad en realizarlo. Se revela la lógica de un trabajo fragmentado, que demanda por espacios de discusión del proceso de trabajo por los actores envueltos. Las relaciones establecidas en el proceso de trabajo del NASF y de la ESF están directamente asociadas al perfil de los profesionales, de los equipos, de los recursos materiales y humanos disponibles organizados por la gestión y otros sujetos envueltos en la misma. El trabajo interdisciplinario es entendido como una herramienta importante en la articulación del proceso de trabajo del NASF y de la ESF, siendo reconocido el desafío por la construcción de una práctica interdisciplinaria. A partir del proceso de trabajo es posible identificarla característica que potencializa la integralidad del cuidado que posibilita un crecimiento del conocimiento, amplía las acciones en la APS y aumenta la resolutivez. La construcción de la integralidad es considerada un desafío que se fortalece en las prácticas cotidianas y en los diálogos entre los profesionales de la salud. Por fin, se confirma la tesis de que la articulación entre los profesionales del NASF y los equipos de la Estrategia Salud de la Familia sufre limitaciones concretas, inclusive de la propia organización del proceso de trabajo, al mismo tiempo en que representa un potencializador importante de la integralidad en la atención básica para la salud.

Palabras clave: Asistencia Integral para la Salud (Integralidad en Salud). Equipo de Asistencia al Paciente. Trabajo. Atención Primaria de Salud. Estrategia de Salud Familiar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ATLAS.ti	The Qualitative Data Analysis Software
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Criança Adolescente
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CNESNET	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CS	Centro de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento de DST AIDS
FORMSUS	Serviço do DATASUS - criação de formulários na Web
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Melitus
DSS	Distrito Sanitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Saúde da Família
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PEN	Programa Pós Graduação em Enfermagem
PSF	Programa de Saúde da Família
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PRAXIS	Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem
SC	Santa Catarina
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SEstatNet®	Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web

SUS
TCLE
UFSC
UPA
VD

Sistema Único de Saúde
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Universidade Federal de Santa Catarina
Unidade Pronto Atendimento
Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Matriz conceitual: conceitos, pontos-chave, questões norteadoras e método de coleta de dados para análise do trabalho do NASF e sua articulação com a ESF no município de Florianópolis	63
QUADRO 2 - Distribuição dos estudos segundo descritor e fonte de indexação.....	69
QUADRO 3 - Variáveis incluídas no estudo	89
QUADRO 4 - Perfil sócio profissional dos participantes da ESF e NASF, Florianópolis, SC, 2014	91
QUADRO 5 – Resumo do delineamento da pesquisa	99
QUADRO 6 – Profissionais do NASF e o número de equipes de ESF de sua responsabilidade	105
QUADRO 7 – Caracterização do perfil sócio profissional dos participantes do NASF e ESF	130
QUADRO 8 – Ações clínicas compartilhadas presentes no processo de trabalho do NASF, Florianópolis, SC, 2014	134
QUADRO 9 - Ações características da organização do processo de trabalho do NASF articulado à ESF de um município do sul do Brasil, 2014.....	150
QUADRO 10 – Articulando resultado do estudo	239

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
1.1 QUESTÃO NORTEADORA	29
1.2 OBJETIVO GERAL	29
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
2 PLATAFORMA TEÓRICA DA PROPOSTA	31
2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESENVOLVIMENTO E EXPANSÃO DA APS NO BRASIL	31
2.2 INTEGRALIDADE EM SAÚDE: UM EIXO NORTEADOR DO TRABALHO NA ESF	40
2.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM TRABALHO EM EQUIPE	45
2.4 MATRIZ CONCEITUAL E ANALÍTICA: A SÍNTESE DA PLATAFORMA TEÓRICA	51
2.4.1 Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: NASF	51
2.5 TRABALHO EM EQUIPE E INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): UMA REVISÃO DE LITERATURA	65
3 METODOLOGIA	81
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	81
3.2 LOCAL DA PESQUISA	82
3.3 ABORDAGEM QUANTITATIVA	85
3.3.1 Os participantes da etapa quantitativa	85
3.3.2 Coleta de dados quantitativo	86
3.3.3 Análise de dados quantitativo	89
3.4 ABORDAGEM QUALITATIVA	89
3.4.1 Os participantes da etapa qualitativa	89
3.4.2 Coleta de dados qualitativo	91
3.4.3 Análise de dados qualitativo	94
3.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVO E QUALITATIVO	96
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	97
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	101
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	102

4.1.1 Participantes da etapa quantitativa.....	102
4.1.2 Participantes da etapa qualitativa	103
4.2 CATEGORIA – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES QUE REGEM A ATUAÇÃO DO NASF	106
4.3 MANUSCRITO 1 - O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF E SUAS DIRETRIZES: CONHECIMENTO E AÇÃO DOS PROFISSIONAIS	124
4.4 MANUSCRITO 2 - O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF E ORGANIZAÇÃO: RECORTE NAS AÇÕES CLÍNICAS COMPARTILHADAS, ESPECÍFICAS E NO TERRITÓRIO.....	146
4.5 MANUSCRITO 3 - ARTICULAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF E DA ESF: POTENCIALIDADES E LIMITES.....	176
4.6 MANUSCRITO 4 - VISÃO E ARTICULAÇÃO DO NASF E ESF: O TRABALHO EM EQUIPE COMO RELAÇÃO ESTABELECIDA	210
4.7 ARTICULANDO RESULTADOS DO ESTUDO	238
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	251
REFERÊNCIAS.....	257
APÊNDICES	273
ANEXO.....	289

1 INTRODUÇÃO

Nenhum vento sopra a favor de quem não sabe para aonde ir.
(Sêneca)

A trajetória histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) está inserida em transformações políticas, socioculturais e econômicas da sociedade brasileira.

O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, com origem no movimento sanitário, o qual mobilizou a sociedade brasileira e propôs novas políticas e modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde. Hoje é um sistema que assume a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação, sendo por isso considerado um sistema complexo (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Os fundamentos legais do SUS estão explicitados na Constituição Federal (1988) e regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080 e 8.142, sancionadas em 1990. Sua construção é norteadas pelos seguintes Princípios doutrinários: Universalidade, Igualdade, Integralidade, e pelos princípios organizativos: Hierarquização, Regionalização, Resolutividade, Descentralização, Complementaridade do setor privado e Participação dos cidadãos (BRASIL, 1990). Em 2011, por sua vez, o Decreto 7.508 regulamenta a lei 8.080, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, dentre outros aspectos (BRASIL, 2011).

O SUS, na prática, está sendo implantado de forma gradual e necessita de políticas gerais de governo, estruturação e organização do setor saúde, para continuar produzindo efeitos positivos sobre a saúde da população.

Através de reformas administrativas, o setor saúde vem se destacando com propostas de “mudanças, inovações em aspectos de gestão, organização e financiamentos de serviços” (FERNANDES; SECLIN-PALACIN, 2004, p. 9).

Nesse contexto, após conquistas constitucionais, em 1994 foi concebido pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF), um programa público que propõe a reversão do modelo assistencial vigente, a partir da Atenção Básica: a família passa a ser objeto da atenção e é percebida no ambiente onde vive. Em 1996 os documentos do Ministério da Saúde renomeiam este programa como

Estratégia Saúde da Família – ESF, no sentido de uma proposta não verticalizada, com uma construção a partir das equipes de saúde em consonância com a participação popular (BRASIL, 2006). Ao favorecer uma reorientação do processo de trabalho, a ESF é percebida pelo Ministério como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Atualmente no Brasil existem 33.404 equipes de ESF, dando cobertura a 100.504.290 de pessoas, atingindo 54,8% da população brasileira (BRASIL, 2014). Enquanto estratégia inovadora vem colaborando diretamente para “a efetivação da máxima constitucional que preconiza a saúde como um Direito Social” e para a qualidade do atendimento, reconhecida como “um dos horizontes imediatos” (FERNANDES; SECLÉN-PALACIN, 2004, p. 9).

Conforme Franco e Merhy (2006, p. 56), frente à crise do modelo assistencial, os órgãos governamentais oferecem a ESF como principal resposta. Esta estratégia tem por objetivo “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e no hospital”.

Uma das características das equipes de ESF é sua atuação de maneira interdisciplinar e multiprofissional com responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência. As equipes de Saúde da Família são compostas além do enfermeiro generalista e ou especialista em saúde de família e comunidade família, por médico generalista e ou especialista em saúde da família, dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A ESF procura incorporar e reafirmar os princípios básicos do SUS e passa a ser a estratégia prioritária da política do Ministério da Saúde. É considerada uma das portas de entrada para o sistema local de saúde e sua efetiva implantação, com seu processo de trabalho contribuem para que ocorra a consolidação da integralidade em saúde e para a operacionalização do SUS (BRASIL, 2011).

De acordo com Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006, esta estratégia “visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS” (BRASIL, 2006, p. 19; BRASIL, 2011). Ao procurar centrar suas ações de atenção e cuidado à família na perspectiva da integralidade, a ESF contribui para mudanças expressivas na atenção básica (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Segundo Kantorski et al. (2009), no cotidiano de suas práticas, os profissionais estão engajados na mudança do atual modelo assistencial,

a medida que buscam oferecer um cuidado integral a população assistida. A ESF e seu processo de trabalho vêm gerando um importante movimento de reorientação do modelo de Atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2010).

Entretanto, enquanto alguns estudos relacionados à ESF trazem avaliações positivas sobre esta estratégia, outros ressaltam seus limites (ROCHA et al., 2008).

Em sua discussão, Franco e Merhy (2006, p. 122) indicam que a ESF precisa ser reciclada para incorporar “potência transformadora”. Colocam que a maneira como a ESF esta estruturada, não é um efetivo dispositivo de mudança. Uchôa (2009) chama a atenção para a atual presença de práticas do modelo biomédico nas equipes de Estratégia Saúde da Família. As práticas direcionadas às famílias ainda estão distantes da preconizada (SILVA et al, 2014).

Desta forma, percebemos que somente a implantação da ESF não garante que o modelo assistencial seja modificado e reorganizado, mas certamente gera reflexão acerca das mudanças necessárias e muitas vezes urgentes na maneira de agir e programar ações e serviços (COSTA et al., 2009).

Neste contexto e no decorrer de minha vida profissional, a partir de 2002, venho desenvolvendo atividades como enfermeira assistencial na Atenção Primária à Saúde, em algumas Equipes de ESF e também na atenção hospitalar, em uma Unidade de Internação Pediátrica. Minha trajetória profissional tem um olhar especial para a saúde da criança e saúde da família, independente do local onde estas se encontrem: hospital e ou em Atenção Básica/ESF. Sendo assim, estas duas áreas tem sido foco de estudos, no sentido de encontrar caminhos para reorganizar o processo de trabalho, em busca de melhorias à assistência prestada a esta parcela da população.

A partir de minha prática assistencial na Atenção Primária à Saúde, olhando atentamente as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) percebi, além de esforços por parte dos profissionais para efetivar esta estratégia em sua prática diária, limites e fragilidades em seu processo de trabalho. Estes limites, destacando-se a fragmentação do trabalho, por sua vez vêm dificultando o movimento de reorientação que a Estratégia deveria provocar no modelo de atenção à saúde.

Pensando em superar a lógica de um processo de trabalho fragmentado, individual, característico do modelo tradicional, em direção à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, surge a proposta do Núcleo de Apoio à Saúde à Família (NASF), uma “retaguarda” das equipes da ESF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados em 2008 pelo Ministério da Saúde, como uma proposta inovadora para o SUS, mediante a Portaria GM n 154/2008, que vem para “apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária no Brasil” (BRASIL, 2010, p. 7; BRASIL, 2011).

Diferentemente da ESF, o NASF não representa uma das portas de entrada para os usuários e sim se constitui um apoio às equipes de ESF: um apoio que se configura como um suporte técnico-pedagógico e assistencial aos profissionais de saúde. Dentre as ferramentas utilizadas na organização do seu processo de trabalho estão o apoio matricial, clínica ampliada, processo terapêutico singular e projeto de saúde no território. É formado por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas do saber apoiam e compartilham práticas de saúde nos seus devidos territórios de atuação. Estes profissionais são definidos de acordo com prioridades identificadas pelos gestores municipais e equipes de ESF no seu território (BRASIL, 2009; 2010; 2011).

O NASF deve buscar superar a “lógica fragmentada da saúde para a construção de rede de atenção e cuidados de forma corresponsabilizada com a ESF” (BRASIL, 2010, p. 13). Possui como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes de atenção à saúde, dentre elas estão a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2010).

A motivação para a realização desta pesquisa surgiu de minha trajetória profissional em equipes de Estratégia Saúde da Família, ganhando força durante a realização do curso de mestrado, à medida que realizava minha dissertação, quando alguns resultados encontrados, chamaram-me a atenção e estimularam a realização desta pesquisa.

Naquele estudo intitulado: “O Trabalho de Enfermagem na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica no pós alta da criança – subsídios para a integralidade”, surgiram alguns limites e potencialidades sobre a prática integral do enfermeiro no processo de alta hospitalar da criança. Porém, emergiram também algumas contradições, quando alguns elementos das práticas analisadas despontaram tanto como potencialidades quanto como limites desse processo. Dentre estes, está um dos atores integrantes do cenário a ser pesquisado: o médico pediatra, um dos profissionais do NASF, identificado principalmente como fator limitante, à medida que assistia

praticamente todas às crianças que procuravam os Centros de Saúde. Desvelou-se que eram poucas as equipes de ESF onde a proposta do matriciamento em pediatria funcionava em conformidade com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Este profissional que deveria ser apoio à equipe no cotidiano da atenção à saúde da criança, representava um obstáculo ao processo de trabalho de enfermagem, já que dificilmente esta população chegava às consultas de enfermagem. A prática identificada vinha contrapor um trabalho articulado e integrado: a presença do médico pediatra foi apontada como fator que contribui para um cuidado fragmentado e não favorece a integralidade do cuidado.

Com a tarefa de buscar qualificar e complementar o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, o NASF deveria, sim, atuar de forma compartilhada para então superar o modelo hegemônico do cuidado à saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Concordamos com Bonaldi et al. (2007), quando afirmam que a reunião de diferentes profissionais não garante um cuidado integral. Na perspectiva da integralidade, salientam a necessidade da desfragmentação dos processos em equipe.

Como refere Peduzzi (2007), o trabalho multiprofissional, na perspectiva da integralidade, para se integrar, deve preservar as especificidades dos diferentes trabalhos e articular as ações realizadas pelos integrantes da equipe.

Durante minha atuação profissional, ao vivenciar a inserção do NASF em equipes de ESF, percebi que o processo de trabalho do NASF, seus objetivos e missão pareciam não ser compreendidos por alguns dos trabalhadores envolvidos, seja pelas equipes de ESF ou do próprio NASF. Na maioria das vezes não existia o compartilhar das ações com a equipe, bem como uma efetiva articulação do processo de trabalho entre NASF e ESF.

Neste contexto, analisando pela ótica da realidade vivida em minha prática e das informações concretas de pesquisa, nos deparamos com um processo de trabalho fragmentado. Reconhecemos um descompasso entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) e a realidade concreta da prática. Certamente faz-se necessário chamar a atenção dos atores envolvidos para esta temática.

Apesar de estar citado no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; 2011) que, as ações desenvolvidas pelo NASF junto às equipes de Saúde da Família devem ser planejadas e definidas em conjunto com os profissionais da ESF, é necessário que os envolvidos se conscientizem que o trabalho desenvolvido deve ser compartilhado, para

que este Núcleo contribua para a consolidação da ESF e a concretização da diretriz da integralidade (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

A obtenção de uma ferramenta não garante um trabalho ideal, à medida que é necessário saber utilizá-la, explorar suas funções e potencialidades para então alcançar melhores resultados na assistência prestada, na qualidade de saúde e no trabalho final, qual seja, na trajetória da construção do SUS e da integralidade em saúde. Não basta ter uma estratégia e uma proposta que a apoie, a reorganização do modelo depende da atuação individual e coletiva dos profissionais envolvidos. Faz-se necessário a atuação em equipe.

Dentre os desafios da ESF está o trabalho em equipe, fundamental para um agir eficaz e de qualidade na produção dos serviços de saúde (SILVEIRA et al., 2011).

De acordo com Bonaldi et al. (2007, p. 54-56) atuar em equipe exige mais do que o atuar de diferentes saberes/práticas profissionais, “pressupõe a tessitura de um saber-fazer comum, um fazer com” e “delinea-se pela potencialidade, pelo desafio que a articulação destes profissionais têm de produzir saúde”.

Enquanto profissional integrante deste cenário, esta fragmentação na assistência gera preocupação e instiga alguns questionamentos: Será que esta fragmentação permanece na prática do profissional pediatra do NASF na articulação com os profissionais da Atenção Básica/ESF? Estaria essa fragmentação ocorrendo também com outros profissionais que compõem o NASF? Após o primeiro momento de implantação do NASF, como enfermeiros e médicos da ESF percebem este apoio? Quais são efetivamente as contribuições do NASF às equipes da ESF? Que limites e obstáculos existem neste processo? Quais as potencialidades? Certamente, conhecer e compreender em particularidades, como acontece o processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF, potencializará mudanças neste cenário.

Assim, um dos fatores que impulsiona este estudo é explorar e conhecer o processo de trabalho de profissionais do NASF e sua relação com as equipes de ESF na Atenção Básica. Ao propor este estudo pretendemos ampliar a reflexão acerca da articulação do processo de trabalho dos profissionais dos NASF e ESF, contribuindo para maior instrumentalização e capacitação dos profissionais envolvidos, buscando novas formas de atuar e pensar a prática, considerando o contexto no qual ele está inserido, na perspectiva da integralidade. A integralidade, considerada aqui como um dos pilares a sustentar a criação do SUS (PINHO et al, 2006), um valor que deve estar presente nas práticas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

A importância deste estudo reside na atualidade da temática e sua relevância para a efetivação do princípio da integralidade na atenção à saúde, pois, conhecer e compreender o processo de trabalho do NASF junto às equipes de ESF, bem como seus limites e potencialidades favorecerá um enfrentamento desta problemática pelos atores envolvidos.

Acreditamos que esta pesquisa contribuirá, para ampliar o olhar sobre a temática, sob a ótica da integralidade, gerar reflexão dos profissionais envolvidos, de modo a capacitar para a proposição de intervenções positivas, para práticas que contribuam para a mudança em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e NASF. Certamente a construção de uma prática conforme preconiza a proposta do NASF é um desafio, mas de extrema importância, tendo em vista o fortalecimento da integralidade, da construção do SUS e a promoção da saúde da família.

Refletindo sobre o tema exposto, na sua importância para a prática da integralidade em saúde, visando à consolidação da Estratégia Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, identificando-os com minha prática profissional, este estudo focalizará o processo de trabalho dos profissionais do NASF e ESF na prática cotidiana da atenção.

1.1 QUESTÃO NORTEADORA

Como ocorre o processo de trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e sua articulação com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da perspectiva da integralidade?

1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho dos profissionais do NASF e sua articulação com as equipes de Estratégia Saúde da Família, no município de Florianópolis, sob à ótica da integralidade.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a atuação dos profissionais do NASF articulados à ESF;
- Descrever as relações estabelecidas entre o processo de trabalho dos profissionais do NASF e da ESF, a partir da percepção e experiência

dos profissionais destas equipes;

- Identificar limites e potencialidades na articulação do processo de trabalho dos profissionais do NASF com os profissionais da ESF, sob a ótica da integralidade;

- Analisar as ações desenvolvidas e o conhecimento das diretrizes do processo de trabalho do NASF pelos profissionais do NASF e ESF no município de Florianópolis.

Estes objetivos fundamentaram-se nos seguintes **pressupostos**:

- a articulação do trabalho dos profissionais do NASF e da ESF e de seus diversos conhecimentos e olhares favorecem a integralidade do cuidado na Atenção Básica à Saúde, resultando em uma melhor atuação na promoção da saúde da família.

- a integralidade se concretiza nas práticas profissionais e no processo de trabalho em saúde, quando o objetivo da assistência integral é partilhado pela equipe, com uma atuação e abordagem interdisciplinar sobre as necessidades de saúde.

A tese que se buscará confirmar é de que **a articulação entre profissionais do NASF e equipes da Estratégia Saúde da Família sofre limitações, inclusive da própria organização do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que representa um importante potencializador da integralidade na Atenção Básica à Saúde.**

2 PLATAFORMA TEÓRICA DA PROPOSTA

A construção da plataforma teórica de uma pesquisa deve dar suporte e fundamentar o caso que se pretende pesquisar, apontando o que será investigado (MARTINS, 2008).

Para situar o contexto onde a temática desta pesquisa se insere, a revisão de literatura foi realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME e publicações do Ministério da Saúde, utilizando os seguintes descritores: assistência integral à saúde, equipe de assistência ao paciente, sistema de saúde, NASF, Programa Saúde da Família. Para aprofundar o conceito e a prática de integralidade, recorreremos a materiais publicados pelos pesquisadores do LAPPIS (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde).

Na laboração final da revisão de literatura, para atender ao escopo deste estudo resgatamos a trajetória da Estratégia Saúde da Família: em busca da integralidade, a Organização do Trabalho na Atenção Primária em Saúde: um trabalho em equipe, e uma reflexão sobre a construção da integralidade e o trabalho em equipe na atenção à saúde.

Finalizamos este capítulo, com essa última temática organizada em um manuscrito intitulado: Trabalho em equipe e integralidade na ESF: uma revisão de literatura.

2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESENVOLVIMENTO E EXPANSÃO DA APS NO BRASIL

A implantação do SUS teve início na década de 90, seus fundamentos legais estão explicitados na Constituição Federal (1988) e regulamentados pelas LOS 8.080 e 8.142, sancionadas em 1990. Fundamenta-se em princípios e diretrizes que orientam sua organização e funcionamento, buscando assegurar dentre outros aspectos: a integralidade da assistência e a universalidade do acesso aos serviços de saúde.

O SUS é o “arranjo organizacional do Estado Brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531). Um Sistema complexo, responsável pela articulação e coordenação de “ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p.532). Define que o acesso da população à rede deve ser por meio dos serviços de nível primário de atenção (BRASIL, 1990).

São vários os debates acerca da Atenção Primária. Starfield (2002) coloca que a Atenção Primária em Saúde (APS), reconhecida mundialmente, representa o primeiro contato dentro do sistema de saúde. O acesso de primeiro contato do indivíduo ao sistema de saúde, a longitudinalidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema, são seus atributos essenciais.

A APS é complexa, sendo assim, necessita de intervenção ampla em vários aspectos para que venha gerar efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, fazendo-se necessário um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutive (STARFIELD, 2002).

Nesta pesquisa, assim como na Política Nacional de Atenção Básica, consideraremos equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011).

Neste contexto, visando ampliar o atendimento na Atenção Básica, foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família (PSF) e Estratégia Saúde à Família (ESF).

O Ministério da Saúde, em 1991, institui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, um programa com enfoque na família, antecessor a Estratégia Saúde da família.

Inicia-se assim a história da ESF: uma estratégia de mudança do modelo assistencial vigente. A partir de uma reunião em dezembro de 1993 em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, emerge a proposta deste programa (VIANA; DAL POZ, 2005). Após conquistas constitucionais, em janeiro de 1994 nasceu o Programa de Saúde da Família com suas primeiras equipes, incorporando e ampliando a atuação do Programa Agentes Comunitários de Saúde, porém o primeiro documento data de setembro de 1994 (BRASIL, 1994), com as diretrizes concebidas a partir daquela reunião de 1993. O PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde, um programa público que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços e compromissos de corresponsabilidades entre os profissionais de saúde e a população. A família passa a ser o centro da atenção e é percebida no ambiente onde vive (BRASIL, 1997).

Posteriormente, em 1996, o PSF, por não ser uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, se consolida como estratégia, passando a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Surge uma estratégia que visa a reversão do modelo assistencial vigente. Considerada como estratégia, quando sua implantação vem não somente para organizar a atenção primária no SUS de forma temporária, mas em sua essência, estruturar o sistema público de saúde com um

“redirecionamento das prioridades de ação em saúde”, “reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde” e “consolidação dos princípios organizativos do SUS” (ANDRADE et al., 2006, p. 803). A passagem de PSF para ESF representa não somente a troca no termo em si, mas possui uma essência política revelando o embate entre diferentes correntes no Ministério da Saúde.

A ESF é uma política em processo evolutivo. Vertente brasileira da Atenção Primária em Saúde, procura incorporar e reafirmar os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Conforme Andrade et al. (2006, p. 804) a ESF é definida, de uma forma mais ampla como:

Um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

Em 2006, o Ministério da Saúde, considerando a expansão da ESF para uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, com necessidades de adequação em suas normas, resolve aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, e em 2011 estabelece 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).

Considerando o que coloca o Ministério da Saúde, o termo Atenção Básica está caracterizado como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (...) É desenvolvida por meio do exercício de práticas (...), sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos (...) Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da Universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da

continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011, p. 48).

A Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde possui fundamentos e diretrizes, sejam eles:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - **adscrever os usuários** e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - **coordenar a integralidade em seus vários aspectos**, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; **trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe**; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o

campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2011, p.48).

O desenvolvimento de vínculo e responsabilidade das equipes com a população adscrita deve garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006).

A continuidade é percebida como um elemento estrutural importante para alcançar a integralidade e a longitudinalidade. A continuidade é entendida como um conjunto de arranjos através dos quais, a atenção “é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos”, e orientada para o problema (STARFIELD, 2002, p. 249).

A longitudinalidade, assim como a integralidade, é um atributo da atenção básica e é entendida como uma relação longa entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde, uma “fonte regular de atenção” como “sua”, sendo orientada para a atenção à pessoa (STARFIELD, 2002, p. 248).

De acordo com a portaria 2.488/2011, a Política Nacional de Atenção Básica, define a organização de Redes de cuidados, como uma estratégia para um cuidado integral voltado para as necessidades de saúde da população. Para tal, a atenção básica possui algumas funções que devem ser cumpridas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011, p. 49).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) coloca que a ESF deve ser inserida em suas redes de serviços e ser a estratégia prioritária de organização, expansão e consolidação da Atenção Básica.

A ESF deve estar alicerçada sobre três grandes pilares: “a família, o território e a responsabilização”, além de contar com o trabalho em equipe (MARQUI et al., 2010, p. 957).

Esta vem contrapor-se à prática de saúde tradicional, elegendo como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços e compromissos de corresponsabilidades entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2011).

Os profissionais da ESF devem possuir perfil e qualificação diferenciados, pois o ponto forte da assistência seria a inter-relação da equipe, comunidade e família.

O trabalho em equipe é destacado entre suas características, como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho e enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2006).

O fortalecimento da ideia de equipe interdisciplinar deve-se ao foco desta estratégia estruturante do SUS, não estar apoiada em um único profissional (ANDRADE et al., 2006), onde a equipe de ESF é composta por uma equipe multiprofissional.

Em relação às especificidades da equipe de saúde da família, de acordo com a Política de Atenção Básica, são necessários alguns itens à ESF:

I- existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o

limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2011).

Estas equipes devem focalizar áreas estratégicas de atuação, incluindo a saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do adulto e idoso.

No que se refere ao processo de implantação da ESF, sua expansão é notável em todo o território brasileiro. Apesar da persistente cultura pela valorização da atenção em saúde estar centrada no médico, é visível uma sensibilização relacionada ao entendimento que a

promoção da saúde faz necessário intervenções multiprofissionais com práticas interdisciplinares. A “interlocação” dos diversos saberes dos profissionais resulta na interação do conhecimento técnico/científico ao saber popular (PINHEIRO, 2011, p. 44).

De maneira geral a ESF e sua implementação gerou um importante impacto nos mecanismos de gestão de saúde no Brasil, em especial sob alguns dos princípios organizativos do SUS: universalidade, descentralização, integralidade e controle social. Na dimensão organizativa integralidade, um dos impactos levantados é a necessidade de integração da rede básica com a rede secundária e terciária e também a busca de uma atuação interdisciplinar pelas equipes de ESF, contribuindo assim para o processo de aplicação deste princípio (ANDRADE et al., 2006).

Estudo relacionado à percepção dos trabalhadores das equipes de ESF sobre o seu processo de trabalho mostra dificuldades no que se refere ao trabalho em equipe, dentre estas estão a falta de planejamento dos profissionais para o trabalho coletivo, falta de sensibilização e interação das pessoas para o trabalho em equipe, individualização das atividades, dificuldade no fluxo de informações, dentre outras. Estas dificuldades resultam em uma assistência parcelar, contrária ao trabalho coletivo em saúde, o que descaracteriza a proposta da ESF. A experiência prática da ESF revela fragilidades que limitam o alcance de seus objetivos (MARQUI et al., 2010).

Concordamos com Marqui et al. (2010, p. 961) quando colocam sobre a importância de se conhecer o processo de trabalho das equipes de ESF para acontecer um “(re) pensar e refletir sobre a organização e a produção do cuidado em saúde”.

2.2 INTEGRALIDADE EM SAÚDE: UM EIXO NORTEADOR DO TRABALHO NA ESF

A integralidade é um termo que pode ser considerado novo no setor saúde e possui várias dimensões e sentidos. Neste contexto, faz-se necessário conhecer estas dimensões e sentidos visando a construção do saber que fortalece o agir e favorece a consolidação do trabalho em saúde.

Em uma revisão da literatura nacional, Silva e Ramos (2010, p. 596; 600) identificaram quatro eixos temáticos acerca da integralidade em saúde: “Sentidos e significados da integralidade” (PINHO et al.,

2006; FONTOURA; MAYER, 2006; PIRES, 2007; SILVA et al., 2003; CONNIL, 2004; MATTOS, 2004), “Eixo integrador dos sistemas de saúde e integralidade” (SILVA, 2004; GIOVANELLA et al., 2002; KEHRIG, 2001; GIOVANELLA et al., 2003; COSTA; SILVA et al., 2007), “Formação profissional e integralidade” (SILVA; SENA, 2006; CECCIM, 2004; MACHADO et al., 2007; PINHEIRO, 2005) e “Trabalho em equipe e integralidade” (PINHEIRO et al., 2007; GOMES et al., 2007; LOUZADA et al., 2007; BONALDI et al., 2007; BARROS; BARROS, 2007; PEDUZZI, 2007; SOARES et al., 2009) . Constatou-se nas fontes estudadas que, apesar de o Sistema de Saúde ter avançado, a integralidade é um dos princípios do SUS de grande complexidade e dificuldade de operacionalização, onde muitas vezes é desconhecida e não praticada pelos profissionais de saúde. Reafirmamos que “Um campo de conhecimento se consolida e avança quando conhece e enfrenta suas necessidades e fragilidades (...)” (SILVA, RAMOS, 2010, p. 600).

Em busca de uma reflexão acerca da integralidade, sentidos, significados e trabalho em equipe, partimos de um dos significados de “qualidade integral” que indica “total, inteiro, global” (FERREIRA, 2005, p. 483). A integralidade da assistência é defendida no texto constitucional como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1990, p. 33). Pinheiro (2003, p. 8) reconhece a integralidade como uma “ação global”, uma totalidade na atenção que ultrapassa os limites dos níveis do sistema, o que vêm ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS. Conforme Camargo Junior (2005, p. 37; 40), “integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito”. Ressalta que existe uma “não definição” e que esta pode ser uma das explicações de escassez bibliográfica sobre o tema. Para este autor a integralidade é vista como um ideal regulador, um dever, impossível de ser plenamente atingida, mas do qual almejamos nos aproximar. Segundo Nunes (2011, p. 29) existe uma dificuldade em se definir contornos/bordas e intersecções dentre as diferentes noções que “traduzem os princípios orientadores do SUS”. Mattos (2005, p. 46) prefere não dar uma definição unívoca para abraçar o conjunto de sentidos da integralidade e enfatiza “que o caráter polissêmico do termo integralidade é fértil”.

A integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde. O cumprimento das diretrizes e princípios do SUS refletirá em uma melhor assistência à saúde. O enfermeiro integrante de uma equipe multiprofissional deve engajar-se na concretização da

integralidade na Rede Básica de Saúde (PINHO et al., 2006).

Um estudo sobre as percepções dos enfermeiros acerca da integralidade da assistência desvela que alguns enfermeiros conhecem integralidade como “atender o paciente como um todo, de forma holística e globalizada”; outros desconhecem e/ou confundem o significado de integralidade; alguns aplicam em sua prática e outros não (PINHO et al., 2006, p. 46).

Pinho et al. (2006) reconhecem que a formação acadêmica com um ensino não reducionista e menos fragmentado seria fundamental para uma assistência mais integral. Sugerem que a prática da integralidade deveria ser instituída nas academias e também nas Unidades de Saúde como um aperfeiçoamento profissional, refletindo assim em uma melhora na assistência. Acreditam que a integralidade é algo difícil de ser atingido plenamente, mas do qual buscam se aproximar.

Para Fontoura e Mayer (2006), a integralidade seria o próprio caminho que transforma as pessoas e constrói algo melhor. A integralidade perpassa por várias concepções e sentidos, entretanto seu alicerce está na qualidade da assistência prestada ao usuário. O profissional de saúde deve buscar a construção de práticas de atenção integral à saúde, tendo em vista uma assistência qualificada, que veja o indivíduo como um todo, preservando seus direitos e valores. Para possuir uma abordagem integral o profissional deve trabalhar com conceito mais amplo de saúde, em equipe, e colocar as necessidades do usuário como centro do pensamento e produção do cuidado.

Para Fontoura e Mayer (2006) a integralidade é uma das diretrizes mestras da reforma do SUS. Como proposta de mudança apontam a necessidade de repensar a formação dos profissionais.

Dentre os diversos sentidos da integralidade está o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde do usuário. Outro sentido que também se deve pensar é na prática do cuidado, do acolhimento e da humanização, como instrumentos para que tanto os profissionais como os serviços de saúde prestem uma assistência integral – alicerces da integralidade em saúde. No estudo de Fontoura e Mayer (2006) foi identificado que todos têm como concepção de integralidade a ideia de totalidade e que na maioria dos relatos, esta faz parte de suas práticas no cotidiano, seja no acolhimento, nas visitas domiciliares e ou reuniões de equipes.

A integralidade é um dos princípios que menos avançou e o menos visível na trajetória do sistema e suas práticas (FONTOURA; MAYER, 2006).

Conill (2004) identifica a integralidade como um conjunto amplo de ações, um acompanhamento ampliado e diferenciado dos indivíduos. Em seu estudo utiliza a integralidade e o acesso como categorias operativas ao avaliar a implantação do PSF. Neste detecta problemas em decorrência da deficiência de recursos humanos e na referência para serviços especializados, o que a seu ver pode comprometer vantagens obtidas na integralidade.

Para Mattos (2004, p. 1411), a integralidade designa um dos princípios do SUS, expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário e funciona também como uma “imagem objetivo”, quando indica características desejáveis do sistema de saúde e de suas práticas. Segundo este autor existem três conjuntos de sentidos para este princípio: um relacionado às práticas dos profissionais de saúde, outro se refere à organização dos serviços e o último, às respostas aos problemas de saúde. Sugere que, diante das práticas os profissionais devem fugir do reducionismo e procurar ver o usuário como um todo; diante da organização dos serviços de saúde, os profissionais precisam e devem com uma visão ampliada, buscar estabelecer e ampliar as percepções das necessidades dos grupos, adotando as melhores formas possíveis para responder às mesmas e diante do último conjunto de sentidos, quanto às respostas do governo aos problemas de saúde da população, devem ser incorporadas possibilidades de promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação nas três esferas do governo. Tais mudanças levarão a um modelo de prática integral em saúde. Mattos (2004), assim como outros autores, também considera a integralidade como o princípio menos visível na história do SUS.

Concordamos com Cecílio e Merhy (2005) quando colocam que a forma como se articulam os profissionais de saúde, bem como suas práticas, influencia diretamente a integralidade da atenção oferecida aos usuários.

Ao pesquisarmos integralidade, um dos eixos desvelados e considerado extremamente importante pelas autoras está o eixo trabalho em equipe (SILVA; RAMOS, 2010). Henriques (2005) ao debater acerca da integralidade como possibilidade de transformação na atenção a saúde, cita como outra faceta dessa prática o trabalho em equipe, um trabalho integrado. A atenção integral se concretiza com o trabalho de uma equipe multidisciplinar e com a atuação interdisciplinar à família e comunidade.

O trabalho em equipe passa a ser “pautado em relações de legitimação do outro”, no qual, potenciais qualidades e desejos são percebidos, bem como os defeitos, limites e angústias. É percebida

também a contribuição dos diferentes saberes para o agir em saúde e sua importância para a eficácia dos serviços. Focam as “tonalidades e modulações em que as ações dos trabalhadores da saúde se efetivam.” É no agir com o outro que as práticas de integralidade em saúde são produzidas (GOMES et al., 2007, p. 20).

Para Louzada et al. (2007, p. 39), “a integralidade pressupõe encontro entre fazeres e saberes efetivos de diferentes agentes”.

Conforme Bonaldi et al. (2007, p. 54-56) a integralidade somente se “expressa” nas práticas que são realizadas a partir das relações entre os atores nos variados serviços. Estes autores, procuram em sua pesquisa, “potencializar pistas, detalhes, indícios” de práticas de integralidade em diferentes contextos. Ao analisarem estas práticas, citam a metáfora do trabalho em saúde como “corpo”, onde todos os órgãos são importantes e um não funciona sem estar com o outro. Assim, também o trabalho em equipe exige mais do que o atuar de diferentes saberes/práticas profissionais, “pressupõe a tessitura de um saber-fazer comum, um fazer com”. O trabalho em equipe é delineado pela potencialidade e pelo desafio que a articulação dos profissionais tem de produzir saúde, sendo que na perspectiva da integralidade existe uma necessidade de desfragmentação dos processos de trabalho em equipe.

Peduzzi (2007) coloca que o trabalho em equipe é dinâmico, pode configurar equipes de trabalho integradas, ou equipes com apenas agrupamento de profissionais. O compartilhar de uma mesma situação de trabalho não caracteriza uma equipe integrada, bem como o relacionar-se cordialmente não alcança a integração dos diferentes trabalhos, na perspectiva da integralidade. O trabalho multiprofissional para se integrar, deve preservar as especificidades dos diferentes trabalhos e articular as ações realizadas pelos integrantes da equipe. Coloca que, para se construir algum grau de integração é necessário ocorrer a articulação das ações por parte de cada um e por todos os integrantes.

Portanto, ao considerar a integralidade em seus diversos sentidos, somos levados a pensar em um trabalho oposto ao fragmentário e reducionista (MATTOS, 2001), um resultado da união de diversos saberes.

2.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM TRABALHO EM EQUIPE

Segundo Pires (1999, p. 29) o trabalho em saúde:

é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor dos serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço – assistência de saúde – pode assumir formas diversas como a realização de uma consulta, uma cirurgia, (...), ações preventivas, individuais ou coletivas, (...). Envolve, basicamente, avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica (PIRES, 1999, p. 29).

Esta autora afirma que o **processo de trabalho** dos profissionais em saúde tem como finalidade, a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo que necessita de assistência curativa, preventiva, e ou preservação da saúde; como instrumental de trabalho, “os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde” e como produto final, a assistência de saúde que é produzida (PIRES, 1999, p.32).

O processo de trabalho em saúde apresenta várias transformações ao longo da história, bem como, influência da racionalidade positivista em busca da compreensão de doenças, resultando em um grande avanço do conhecimento, formação de especialidades e o aparecimento das variadas profissões, caracterizando o atual trabalho coletivo na área da saúde (PINHEIRO, 2011).

Atualmente percebe-se que o trabalho em saúde é um **trabalho coletivo**, envolvendo diferentes profissionais em saúde, com seus diferentes saberes que deveriam compartilhar seus conhecimentos técnicos em um atendimento integral ao indivíduo (PIRES, 2008). Entretanto, a autora coloca que nem sempre ocorre a relação entre os profissionais, e algumas vezes esta é insuficiente.

Capella (1996) ao trazer uma discussão acerca do trabalho afirma que, o processo de trabalho em saúde é um trabalho coletivo, onde cada

área técnica executa parte dessas ações, sendo necessária a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar.

Peduzzi (2001) cita em seus textos que o trabalho coletivo em saúde distingue dois tipos de trabalho em equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração.

Reafirmamos e concordamos que o **trabalho em equipe** é destacado entre suas características, como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho (BRASIL, 2006) e assim será valorizado nesta pesquisa.

No contexto da Atenção básica, conforme a Política Nacional de Atenção básica, o processo de trabalho das equipes de Atenção básica possui as seguintes características:

I - definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

III - desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - realizar atenção à saúde na Unidade Básica

de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL, 2011, p. 40-42).

Além dessas características citadas, o processo de trabalho da ESF possui outras características citadas na Política Nacional de Atenção Básica, como:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - **trabalho interdisciplinar e em equipe**, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção de saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006, p. 21-22).

Os documentos do Ministério da Saúde demonstram que na

Atenção Primária em Saúde busca-se superar um trabalho fragmentado e individualizado. A implantação da ESF requer a necessidade de reorganização do funcionamento dos serviços em saúde.

A partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, é viabilizada a mudança do modelo assistencial na equipe ESF: um trabalho determinado pelas tecnologias leves (MERHY, 2007). No trabalho em saúde, os profissionais possuem instrumentos como tecnologias leves, no qual se apresentam os tipos de abordagens utilizadas como o acolhimento e o vínculo; as tecnologias leve-duras, no qual se apresentam os saberes dos diversos profissionais; e as tecnologias duras, em que estão os materiais médico-hospitalares e os apoios diagnósticos.

Dentre os desafios da ESF está o trabalho em equipe, fundamental para um agir eficaz e de qualidade na produção dos serviços de saúde (SILVEIRA et al., 2011).

Na ESF, o trabalho em equipe necessita de responsabilização compartilhada do cuidado por profissionais de diferentes saberes para gerar impacto sobre os diversos fatores que interferem no processo saúde-doença, descentralizando-o assim da figura do médico (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Segundo Colomé e Lima (2006) existe dificuldades dos profissionais de saúde para integrar suas ações na sua prática diária e atuar coletivamente, havendo poucos momentos de interação entre estes. A falta de conexão entre o agir e a dificuldade de interação dos trabalhadores podem gerar entraves no desenvolvimento do trabalho.

Alguns estudos revelam ações divididas e desarticuladas evidenciando uma organização de trabalho de forma parcelar (SCHIMITH; LIMA, 2004), ausência de responsabilidade coletiva dos profissionais pelos resultados do trabalho e também a desarticulação entre o agir curativo, educativo e administrativo (PEDROSA; TELES, 2001).

Em um estudo sobre os desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no PSF, o trabalho em equipe é percebido como um trabalho em conjunto, um trabalho onde todos os profissionais devem participar. Seu desenvolvimento é comparado com o “funcionamento de uma engrenagem”, onde cada profissional da equipe deve contribuir para o planejamento de ações de saúde na busca de um resultado satisfatório. Foram constatadas algumas dificuldades enfrentadas pelas equipes para realizar um trabalho efetivamente integrado (COLOMÉ; LIMA, 2006). Segundo Colomé; Lima (2006), a enfermeira com seu potencial articulador dos variados trabalhos, ocupa

um papel fundamental nas equipes ESF: como agente de mudança na procura da consolidação de um novo agir voltado à integralidade da assistência.

Para Silveira et al. (2011, p. 201) a construção do trabalho em equipe necessita reconhecimento das diferenças dos saberes e das práticas realizadas, do “explicitamento e do enfrentamento de conflitos inerentes a qualquer processo de trabalho”, reconhecidos como um desafio. Chama a atenção para a necessidade de uma revisão no processo de trabalho por parte das Equipes de ESF, construindo objetivos comuns a serem alcançados, numa perspectiva de “assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade ao usuário”.

O processo de construção de práticas inovadoras geradas pela ESF está apoiado na articulação de uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe, realizadas pelos profissionais envolvidos. É necessário, além de novos conhecimentos, “mudanças na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456).

Segundo Colomé e Lima (2006) na ESF quando o contexto social e familiar é considerado, quando a atuação profissional conjunta e imprescindível ocorre, a integralidade da assistência à saúde poderá ser contemplada.

O trabalho em equipe interdisciplinar está apoiado na responsabilização de cada um dos profissionais e sua relação com um objetivo coletivo. A integração entre os profissionais pressupõe: “acolher e instrumentalizar os membros da equipe e sobre os objetivos em comum, dividir e pactuar responsabilidades” (MADEIRA, 2009, p. 12).

Segundo Araújo e Rocha (2007, p. 456) “a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos”.

Em estudo sobre ESF e experiência da equipe multidisciplinar, revela como um dos temas de maior incidência e significação do “PSF é o trabalho em equipe”, um trabalho que permite a continuidade do acompanhamento, com uma abordagem que envolva todos os profissionais e com boa interação entre estes. Uma abordagem que acontece em sua totalidade e é mais eficaz quando todos os profissionais envolvidos conhecem as famílias e suas necessidades (OLIVEIRA; SPIRI, 2006, p. 729).

2.4 MATRIZ CONCEITUAL E ANALÍTICA: A SÍNTESE DA PLATAFORMA TEÓRICA

Para Neves e Gonçalves (1984), apesar das diferenças na sua constituição, marco teórico, marco conceitual e modelos têm sido utilizados como sinônimo na literatura e na linguagem dos pesquisadores para se referir à estrutura teórica que direciona à pesquisa. Por sua vez, marco conceitual é uma construção mental logicamente organizada que pode ser feita a partir da teoria (marco teórico), a partir da organização do conhecimento existente documentado pela revisão de literatura (referencial teórico) (NEVES; GONÇALVES, 1984).

O aporte teórico trabalhado em todo o capítulo 2 será agora sintetizado no item 2.4 em seus aportes principais, daí ser chamado de Matriz Conceitual. O desenvolvimento desta etapa do estudo estará articulado em duas bases teóricas principais que se complementam, a saber: **Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**, com seu processo de trabalho e a **Integralidade**, um dos princípios que norteiam a construção do SUS. A concepção desta última será resgatada diretamente na constituição e Lei Orgânica 8.080/90, sendo acrescentadas complementações e contribuições de outros autores, como Bárbara Starfield, especialista em Atenção Primária à Saúde, e reconhecida também por sua obra “Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias” editada pela Unesco e Ministério da Saúde em 2002.

2.4.1 Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: NASF

A inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) com seus profissionais integrantes na Atenção Primária de Saúde (APS) representa um grande avanço na reversão do modelo de saúde, no entanto, ao longo desta trajetória foi reconhecido que somente esta formação de equipes e seus conhecimentos e olhares eram insuficientes (LACERDA; MORETTI-PIRES, 2013). A APS e sua complexidade e pluralidade de agravos à saúde precisa dos vários olhares de diferentes profissionais, com uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, para então garantir a continuidade e a integralidade da atenção (FIGUEIREDO, 2014).

Em 2008, o Ministério da Saúde criou uma proposta inovadora para o SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) mediante a Portaria N 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, que vem para

apoiar a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2008), e contribuir para que a Estratégia Saúde da Família supere alguns desafios, como sua “integração à rede assistencial”, a ampliação de sua resolutividade e a “capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado” (BRASIL, 2009).

A atuação da ESF pode ser ampliada com o trabalho integrado junto ao NASF (LACERDA; MORETTI-PIRES, 2013). Esta integração e apoio é um novo arranjo organizacional do trabalho da APS já proposto em 1999 por Campos (LACERDA; MORETTI-PIRES, 2013).

Neste contexto, assim como a ESF, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) está inserido na rede de serviços dentro da Atenção Primária em Saúde (APS). Em agosto de 2011 o território nacional já contava com 1.498 NASF em 975 municípios (BRASIL, 2012).

O NASF possui características que são determinadas conforme sua modalidade: NASF 1, NASF 2 e NASF 3, relacionada ao número de profissionais NASF e ao número de equipes de ESF de seu território de atuação. Desde 2008, ano de sua implantação, houve algumas mudanças. Nos termos desta primeira Portaria estão descritas duas modalidades de NASF: NASF 1 composta por no mínimo cinco categorias com formação universitária, não coincidentes, vinculadas a no mínimo oito e máximo de vinte equipes ESF e a modalidade NASF 2, composta por no mínimo três profissionais de categorias não coincidentes e vinculadas a no mínimo três equipes de ESF.

Na segunda Portaria n 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010 estão descritas três modalidades de NASF. A modalidade NASF 1 e NASF 2 mantêm os parâmetros da portaria anterior e insere a modalidade NASF 3 composta por no mínimo 5 categorias profissionais não coincidentes, em população menor que 20 mil habitantes, que devem vincular-se a no mínimo de quatro e máximo sete equipes de ESF (BRASIL, 2010).

Na terceira Portaria n 2.488/GM/MS, de 20 de outubro de 2011, estão descritas duas modalidades NASF 1 e NASF 2, sendo que a modalidade NASF 3 foi suprimida tornando-se NASF 2. Na modalidade NASF 1 os profissionais do NASF estão vinculados a no mínimo oito equipes e no máximo quinze equipes de ESF e à modalidade NASF 2 estão vinculados a no mínimo três e no máximo sete equipes de ESF (BRASIL, 2011). Assim, em 2011 o MS incluiu o NASF na própria Política Nacional de Atenção Básica, através dessa portaria n 2.488.

Segundo o Ministério da Saúde (2011, p. 52), na modalidade NASF 1, a equipe interdisciplinar deverá reunir as seguintes condições:

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.

Na modalidade NASF 2, a equipe interdisciplinar deverá reunir as seguintes condições (BRASIL, 2011, p. 52):

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

Em 2012, através de uma quarta portaria o NASF foi ampliado com mais uma modalidade (BRASIL, 2014). Nessa portaria n 3.124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012 estão descritas três modalidades de NASF, o MS cria novamente o NASF 3. A modalidade NASF 1 e NASF 2 mantêm os parâmetros da Portaria anterior para as condições da equipe interdisciplinar NASF e altera o número de equipes de ESF aos quais estão vinculados, sendo que o NASF 1 passa a vincular-se a no mínimo cinco e no máximo nove equipes de ESF e o NASF 2 passa a vincular-se no mínimo três e no máximo de quatro equipes de ESF. Na modalidade NASF 3 a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 horas semanais; com todos os profissionais trabalhando no mínimo 20 horas semanais e cada ocupação ter no máximo 40 horas semanais, vinculados a no mínimo de uma e máximo de duas equipes de ESF (BRASIL, 2012; 2014).

Nesta trajetória de implantação, observa-se que ao passar dos anos o profissional do NASF deve atender um número menor de equipes de ESF. Dentre os profissionais que poderão compor os NASF estão: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico

Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011).

O NASF deve agir conforme algumas diretrizes relativas à APS como: “ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.” (BRASIL, 2010, p. 8).

O NASF encontra-se em processo de construção e implantação. As ações desenvolvidas pelo NASF vêm imprimir mais qualidade à assistência prestada e não somente suprir a demanda assistencial em seu aspecto quantitativo (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A **organização dos processos de trabalho** do NASF dentro de seu **território** deve procurar priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, ocasionando experiência para os diferentes profissionais, através de amplas metodologias, tais como: “Ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar”, com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjuntos, entre outros; “Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou família”- neste contexto, o atendimento direto e individualizado pelos profissionais do NASF acontecerá somente em situações de extrema necessidade; e “Ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade”, ações estas que devem ser realizadas de forma compartilhada com as equipes da ESF. Dentre estas estão: reuniões, apoio aos grupos, ações junto às escolas creches, entre outros (BRASIL, 2010, p.8; p. 21).

O Ministério da Saúde orienta sobre como deve **ser organizado o processo de trabalho** dos profissionais do NASF (BRASIL, 2010). O apoio matricial é uma das ferramentas tecnológicas indicadas e pode ser visto como uma “criação de espaços coletivos de discussões e planejamento”. Também conhecido como matriciamento, pode ser definido como um arranjo tecno-assistencial que propõe à ampliação da clínica das equipes da ESF, com uma lógica de corresponsabilização territorial, objetivando assegurar retaguarda às equipes. Coloca ainda que, devem ser organizados e estruturados espaços de: “atendimento compartilhado; intervenções específicas dos profissionais do NASF com

usuários e famílias; ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade” (BRASIL, 2010, p.20).

Dentre as ferramentas tecnológicas de apoio à atenção, além do apoio matricial, estão a Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular e dentre as ferramentas de apoio à gestão esta a pactuação de apoio, todas fundamentais para o desenvolvimento e organização do processo de trabalho do NASF.

A clínica ampliada se direciona a todos os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários, e cada qual, de acordo com seu núcleo profissional, faz seu recorte, seu destaque de sintomas e informações. Ao ampliar a clínica estaremos ajustando estes recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários (BRASIL, 2010). Seu objetivo é “produzir saúde e ampliar o grau de autonomia das pessoas” (BRASIL, 2014, p. 72).

O Projeto Terapêutico “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário” (BRASIL, 2010, p. 27; 2014).

O Projeto de Saúde no Território deve ser uma estratégia das equipes NASF e ESF para criar/realizar ações efetivas, em busca da produção de saúde em um respectivo território, focadas na articulação de serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, gerando assim um investimento na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2010, p. 29; 2014). Nas diversas modalidades de intervenção no território estão: desenvolvimento de projetos de saúde no território; no apoio a grupos; nos trabalhos educativos e de inclusão social; no enfrentamento de situações de violência e ruptura social; nas ações junto aos equipamentos públicos. Estas atividades devem ser articuladas com as equipes de ESF e outros setores interessados (BRASIL, 2010, p. 8).

Na ferramenta tecnológica de apoio à gestão está a Pactuação de apoio, que é delimitada por duas atividades: “avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de SF e o Conselho de Saúde” e a “pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, equipes do NASF, equipe SF e a participação social” (BRASIL, 2011, p. 24; 2014).

A escolha pelas atividades deve ser realizada e ajustada entre gestor, equipe do NASF e equipe de ESF, devendo ser “definidas e detalhadas de forma cuidadosa em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio”. Este processo deve ser dinâmico e passível de

reavaliação e reprogramação. (BRASIL, 2009, p. 13).

Os aspectos centrais da missão dos NASF são o apoio e compartilhamento de responsabilidades (BRASIL, 2010). Como pontos de síntese na missão do NASF podem ser estabelecidos os seguintes aspectos:

- a) O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família;
- b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação;
- c) A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo;
- d) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família (BRASIL, 2010, p. 16).

Os documentos ministeriais também trazem as principais responsabilidades atribuídas a todos os profissionais que compõem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2009, p.47), quais sejam:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização

participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;

- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;

- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;

- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e

- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

O NASF é estruturado por nove áreas estratégicas, quais sejam: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação e a saúde integral de pessoas idosas no NASF, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, do adolescente e do jovem, saúde da mulher, assistência farmacêutica (BRASIL, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde é fato que na implantação da proposta do NASF existe o risco da fragmentação da atenção, por isso todos os envolvidos devem estar atentos para tal. Coloca que por um lado, a atenção integral pode contribuir na organização do processo de trabalho e assim afastar o risco da fragmentação, e por outro, o modo tradicional dos sistemas de saúde traz “a fragmentação da atitude dos médicos e dos outros profissionais de saúde” (BRASIL 2010, p. 17).

Frente a isto, como principal diretriz praticada pelos NASF, está a **integralidade**, sendo assim, será o outro ponto norteador do caminho deste estudo (BRASIL, 2010, p. 16).

Conforme a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a integralidade, uma das diretrizes do SUS:

(...) refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade. Assim cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de saúde se constituem em

um todo, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral.

Neste contexto, o princípio da integralidade segundo a Lei Orgânica é considerado um dos componentes norteadores para a transformação do modelo hegemônico atual.

Segundo Starfield (2002, p. 358) **integralidade** é um dos atributos da atenção primária e é descrita como a “disponibilidade e prestação de serviços para atender a todas as necessidades da população (...)”.

As diretrizes do NASF citam que, a **integralidade** deve ser compreendida em três sentidos:

- (a) a abordagem integral do 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 (BRASIL, 2010, p. 16).

A integralidade “exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades” de saúde do usuário e disponibilize os recursos para atendê-las. Este princípio é considerado um mecanismo importante, pois assegura que os serviços sejam ajustados às “necessidades de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 314; 316).

Além da integralidade, a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade e coordenação do cuidado são atributos da Atenção Primária em Saúde. Para alcançar estes atributos são necessários pelo menos um dos quatro elementos estruturais (acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e a continuidade) e um dos dois elementos processuais (utilização e reconhecimento do problema) (STARFIELD, 2002).

A **atenção ao primeiro contato** é descrita como a “Atenção Primária é o local onde a atenção é buscada para cada nova necessidade observada”, envolvendo a prestação de serviços acessíveis e sua

utilização na necessidade de atenção (STARFIELD, 2002, p. 23).

Conforme Starfield (2002, p. 283), a **longitudinalidade** é descrita como “Atenção orientada para a pessoa, fornecida ao longo do tempo”. Dentre os benefícios associados a longitudinalidade estão: “menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, menos hospitalizações”.

A **coordenação da atenção** é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Sua essência é a “disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento” (STARFIELD, 2002, p. 365). Para esta autora, a coordenação do cuidado é essencial para se obter os demais atributos.

Na prática, estes atributos estão intimamente inter-relacionados (BRASIL, 2010). Sem este último - a coordenação da atenção – a longitudinalidade perderia grande parte de seu “potencial”, a integralidade seria “dificultada” e a função do primeiro contato passaria a ser considerada apenas administrativa (STARFIELD, 2002, p. 365).

O documento das diretrizes do NASF traz alguns pressupostos para ajudar na compreensão desta proposta, sendo que dentre aqueles está à **coordenação do cuidado**, além do **conhecimento** e **gestão das equipes**. Na **coordenação do cuidado**, atributo da atenção primária e pressuposto do NASF, a abordagem ao sujeito não é fragmentada e não é praticado por recortes disciplinares, outrossim, o sujeito é considerado em seu contexto e no decorrer do tempo: a equipe assume o usuário. O **conhecimento** de situações/temas/problemas é fundamental, no que direciona a proposta do NASF. O NASF funciona como um apoio à gestão integrada do cuidado, uma **gestão** mais centrada nos fins, como a coprodução de saúde e de autonomia, direcionando para uma produção maior de corresponsabilização entre profissionais, equipe e usuários. O processo de trabalho deve ser pactuado e negociado, fazendo-se necessário que cada ator assuma sua responsabilidade.

Nesta perspectiva, nos serviços de saúde, especificamente na atenção primária, alcançar seus atributos como a integralidade é um processo e sendo assim esta em construção, onde neste sentido, as equipes de ESF são consideradas como um rico espaço para tal. As equipes de NASF e ESF juntas devem favorecer a integralidade e também a “resolutividade, qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde (...)” (BRASIL, 2010, p. 23).

A integralidade deve ser considerada como um valor e estar

presente na prática do profissional de saúde, no encontro com seus pacientes (BRASIL, 2010). Refletir a respeito da integralidade nos leva ao encontro de novas possibilidades, como o modo de organizar as práticas em saúde (BRASIL, 2010, p. 23).

Sendo assim, no processo de implementação do NASF, é necessário criar espaços “rotineiros de discussões e de planejamento em equipe (NASF) e entre equipes (NASF e ESF). Nesses encontros devem ser definidos objetivos, critérios de prioridades, critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, discussões de casos/situações, entre outros” (BRASIL, 2010, p. 23).

Consideramos que a efetiva implantação do NASF e da ESF com seu processo de trabalho contribui para a consolidação da integralidade no SUS. No âmbito da reorganização das práticas em saúde, a integralidade representa e deve ser utilizada como uma forte ferramenta neste processo e trajetória.

Nesta pesquisa, além dos conceitos já apresentados anteriormente – trabalho em saúde, organização do processo de trabalho, integralidade, atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação da atenção - acredito ser necessário acrescentar outros conceitos complementares à abordagem do objeto, que considero ser fundamental para seu desenvolvimento.

O **território** será visto como “um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos.” A realidade do território, suas fragilidades e potencialidades, em suas várias dimensões, devem ser conhecidas e identificadas pelas equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010, p. 18). O ambiente neste estudo compreenderá os Centros de Saúde inseridos nos diversos territórios do município, onde estão estruturadas as equipes de ESF e NASF, e que correspondem a Atenção Primária: porta de entrada para um processo de atenção continuada à saúde.

A **interdisciplinaridade** é vista como um trabalho no qual as diversas ações, saberes e práticas se complementam, envolvendo relações de interação dinâmicas entre saberes. “Inter” indica movimento ou processo não somente entre as disciplinas, mas também dentro das disciplinas (BRASIL, 2010).

O **trabalho em equipe** é dinâmico e configura equipes de trabalho integradas. Incorpora noção de integração do trabalho, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações em saúde e interação dos agentes (PEDUZZI, 2007). O trabalho em equipe favorece

a articulação do processo de trabalho dos diversos profissionais do NASF e ESF e contribui para a integralidade do cuidado.

Na presente pesquisa, os seres humanos envolvidos serão os trabalhadores das equipes do NASF e ESF. Entende-se que estes trabalhadores devem assistir às famílias, de seus respectivos territórios, de forma articulada e interdisciplinar atuando através de um trabalho em equipe, favorecendo assim a integralidade da assistência.

Com vistas aos diversos conceitos abordados nesta etapa da pesquisa, segue abaixo três conceitos selecionados, que serão analisados em conjunto como conceito/categoria teórica para alcançarmos o objetivo desta pesquisa: analisar o processo de trabalho dos profissionais do NASF e sua articulação com as equipes de Estratégia Saúde da Família, no município de Florianópolis, sob à ótica da integralidade. Nesta matriz, para cada conceito selecionado, sejam eles: integralidade; organização do processo de trabalho; e trabalho em equipe, foram estabelecidos pontos-chave, questões norteadoras e método de coleta de dados.

CONTEXTO	CONCEITO/ CATEGORIA TEÓRICA	PONTOS CHAVE	QUESTÕES NORTEADORAS	MÉTODO DE COLETA
ESF/ NASF	<p>Integralidade: (...) refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade. Assim cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de saúde se constituem em um todo, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - abordagem integral ao indivíduo. - coordenação do cuidado - organização de práticas de saúde a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura - organização do sistema de saúde com garantia ao acesso 	<p>O que você compreende por integralidade?</p> <p>Como você identifica o desenvolvimento da integralidade em suas ações cotidianas?</p>	<p>Entrevista</p> <p>Pesquisa documental</p> <p>Observação</p> <p>Questionário</p>

	Principal diretriz praticada pelo NASF. Na reorganização das práticas em saúde, representa e deve ser utilizada como uma forte ferramenta na implantação do NASF e ESF. A integralidade deve ser considerada como um valor e estar presente na prática do profissional de saúde (BRASIL, 2011).			
ESF/ NASF	Organização do Processo de Trabalho: acontecerá dentro de seu território priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para os diferentes profissionais (BRASIL, 2010, p. 8).	Território é o ambiente onde as equipes de saúde atuam. As Equipes de Saúde devem conhecer plenamente seu território, bem como suas fragilidades e potencialidades (BRASIL, 2010). Interdisciplinaridade: trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam, envolvendo relações de interação dinâmicas entre saberes (BRASIL, 2010). Apoio matricial: Central na	Descreva, como acontece seu processo de trabalho junto às equipes de NASF e ESF? Fale sobre esta articulação. Quais limites e potencialidades identificados na articulação dos profissionais do NASF e ESF. Qual a sua percepção a respeito da atuação dos profissionais do NASF junto à ESF (no contexto de trabalho em equipe)? Como ocorre o processo de trabalho do NASF e sua articulação com ESF? A equipe de ESF a qual você está inserido (a) recebe apoio de quais profissionais do NASF? Qual frequência? Você participa deste processo de	Entrevista Pesquisa documental Observação Questionário

		proposta do NASF. Possui dimensões de suporte assistencial, técnico-pedagógico e assegura retaguarda às equipes de ESF.	trabalho?	
ESF/ NASF	Trabalho em Equipe: Deve se configurar em equipe integração, onde as especificidades dos diferentes trabalhos devem ser preservadas, bem como a articulação das ações realizadas por parte de cada um e por todos os integrantes da equipe (PEDUZZI, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> - integração dos integrantes – agir com o outro - objetivos em comum - ação interdisciplinar - troca de saberes e práticas em ato 	<p>Considerando que o trabalho em equipe é uma das responsabilidades dos profissionais do NASF: que entendimento/percepção você tem sobre trabalho em equipe? Como você contribui para a viabilização do Trabalho em Equipe? Como você identifica o papel do trabalho em equipe para a integralidade em suas ações cotidianas?</p> <p>Quais profissionais compõem a equipe do NASF?</p>	<p>Entrevista</p> <p>Observação</p> <p>Análise documental</p> <p>Questionário</p>

Quadro 1 - Matriz conceitual: conceitos, pontos-chave, questões norteadoras e método de coleta de dados para análise do trabalho do NASF e sua articulação com a ESF no município de Florianópolis.

2.5 TRABALHO EM EQUIPE E INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): UMA REVISÃO DE LITERATURA

TEAMWORK AND INTEGRALITY IN THE ESF: A LITERATURE REVISION

TRABAJO EN EQUIPO E INTEGRALIDAD EN LA ESF: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

RESUMO: Este estudo tem por objetivo identificar as contribuições dos estudos publicados em periódicos nacionais acerca da temática trabalho em equipe e integralidade em saúde no contexto da Atenção Básica/PSF. Trata-se de uma revisão de literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, abrangendo todos os estudos publicados em periódicos indexados nos bancos de dados LILACS, BDENF, ADOLEC, CIDAÚDE, MEDLINE até o ano de 2012. Dos 170 artigos identificados, 21 foram selecionados e analisados em torno de dois eixos temáticos: conceitos e práticas de integralidade e Trabalho em equipe. A análise dos estudos evidenciou o reconhecimento do trabalho em equipe como uma ferramenta importante para a consolidação da ESF, no entanto, denota-se ainda a tendência para uma prática fragmentada.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde. Equipe de assistência ao paciente. Trabalho. ESF.

ABSTRACT: This study aims to identify the contributions of papers published in national journals about teamwork and health integrality, in the context of Primary Care/PSF. This is a literature review performed through databases of the Health Virtual Library, covering all studies published in journals indexed on LILACS, BDENF, ADOLEC, CIDAÚDE and MEDLINE, until 2012. It was possible to determine 170 articles. Thus, 21 of them were selected and analyzed around two issues: concepts and practices of integrality and teamwork. The studies' analyses showed the teamwork as an important tool for the consolidation of ESF; however, it was possible to detect the trend for a fragmented practice.

Key words: Integral health care. Patient care team. ESF.

RESUMEN: Este estudio tiene el objetivo de identificar las

contribuciones de los artículos publicados en periódicos nacionales acerca de la temática sobre el trabajo en equipo y la integralidad en salud, en el contexto de la Atención Básica/PSF. Se trata de una revisión de literatura en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en la Salud, abarcando todos los estudios publicados en periódicos indexados en los bancos de datos LILACS, BDNF, ADOLEC, CIDSAÚDE y MEDLINE hasta el año 2012. De los 170 artículos identificados, 21 fueron seleccionados y analizados en relación a dos ejes temáticos: conceptos y prácticas de integralidad y trabajo en equipo. El análisis de los estudios evidenció el reconocimiento del trabajo en equipo como una herramienta importante para la consolidación de la ESF. Mientras, se nota que hay una tendencia por la práctica fragmentada.

Palabras claves: Asistencia integral para la salud. Equipo de asistencia al paciente. Trabajo. ESF.

INTRODUÇÃO

Na trajetória das Políticas de Saúde o Ministério da Saúde cria, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar o modelo assistencial brasileiro, substituindo o modelo tradicional vigente. As ações de saúde são levadas para mais perto da família e os serviços a serem prestados de acordo com as reais necessidades da população, apreendidas em seu contexto loco regional.

Em 1996, o PSF passa a ser reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) e é considerado um avanço na construção do Sistema Único de Saúde e de seus princípios, principalmente na ampliação do acesso e na qualificação dos serviços de saúde. É na Atenção Básica que esta estratégia está inserida, o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria GM/MS 2488, de 21 de outubro de 2011, dentre os itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família está a existência de uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (...) (BRASIL, 2011).

A ESF precisa atuar de maneira inter e multidisciplinar com responsabilidade integral sobre a população de certa área de abrangência, sob sua responsabilidade. Para realizar o planejamento e organização adequada de suas ações de saúde, cada equipe deve

cadastrar as famílias de suas respectivas áreas de abrangência e realizar um levantamento de indicadores epidemiológicos e socioeconômicos.

O trabalho multiprofissional em equipe de saúde, por sua vez, um dos nós críticos do trabalho em saúde, é algo que necessita ser repensado e discutido pelos profissionais de saúde. Para Peduzzi (2007, p. 161), o trabalho em equipe é dinâmico e pode tanto representar um “mero agrupamento de profissionais”, como “equipes de trabalho integradas”, baseadas na mudança das práticas de saúde. Na “equipe integração” é desenvolvida a articulação das ações e interação dos agentes (PEDUZZI, 1998).

O trabalho multiprofissional diz respeito à “recomposição de diferentes processos de trabalho” que necessitam, para que ocorra a integração, da manutenção das especificidades de cada trabalho e da articulação das ações dos integrantes da equipe. Somado a isto, está o aspecto da “desigual valoração social dos diferentes trabalhos” expressa pelas relações hierárquicas entre os profissionais das diferentes áreas de atuação (PEDUZZI, 2007, p. 162).

A construção do trabalho em equipe integrada necessita promover a mudança do “modelo biomédico e do paroxismo instrumental”, atual “lógica que orienta os processos de trabalho e a organização do serviço”, para a “lógica da integralidade e do cuidado em saúde” (PEDUZZI, 2007, p. 09).

A integralidade, neste estudo é entendida conforme a definição da Lei Federal 8.080/90, em seu capítulo II: “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2002).

Assim, considerando que um dos princípios organizadores do trabalho em saúde é o trabalho em equipe, juntamente com outras ideias reguladoras, como a integralidade da saúde (MATTOS, 2004), o presente estudo objetiva identificar as contribuições dos estudos publicados em periódicos nacionais acerca da temática trabalho em equipe e integralidade em saúde no contexto da Atenção Básica/PSF.

MÉTODO

Dentre os métodos de revisão de literatura, destaca-se a revisão integrativa, que será utilizada por proporcionar uma ampla análise dos estudos, favorecendo discussões e contribuindo para reflexões de pesquisas futuras. Nesta construção serão seguidas as etapas de seleção da questão temática, definição dos critérios para a seleção dos estudos

(amostra), análise dos dados e apresentação da revisão (GANONG, 1987).

A partir da necessidade de se construir conhecimento acerca da temática trabalho em equipe e integralidade na Atenção Básica/ESF foi realizado um levantamento bibliográfico na produção científica existente.

Após o estabelecimento do objetivo de revisão partiu-se para a seleção da amostra. A busca foi realizada em fevereiro de 2012, nos estudos referentes à temática trabalho em equipe e integralidade em saúde, publicados em periódicos indexados nos bancos de dados LILACS, BDNF, ADOLEC, CIDsAÚDE, MEDLINE na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Para a busca e seleção dos artigos foram identificados e utilizados os descritores: “assistência integral à saúde”, “equipe de assistência ao paciente” e “PSF” junto à base da BIREME (DeCs) até o ano de 2012. A saber, o termo integralidade em saúde foi identificado pelo descritor “assistência integral à saúde”, trabalho em equipe pelo descritor “equipe de assistência ao paciente” e ESF por “PSF”. Como o número de artigos foi muito amplo e extrapolou o objeto eleito da pesquisa, foi realizada uma busca com os seguintes agrupamentos de descritores: “equipe de assistência ao paciente” *and* “assistência integral à saúde”, “equipe de assistência ao paciente” *and* “PSF”, “assistência integral à saúde” *and* “PSF” e “assistência integral à saúde” *and* “ESF”. Destes agrupamentos de descritores foi identificado um total de 170 artigos.

Em um segundo momento, com a finalidade de selecionar apenas estudos relacionados ao objetivo proposto, foi realizada uma busca avançada, através de uma leitura atenta aos títulos, objetivos e resumos. Os critérios de exclusão eliminaram estudos que não estavam relacionados com a temática e aqueles que não continham resumos e textos online. Assim, a partir dos descritores selecionados, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e eliminação das produções duplicadas, o corpus de análise ficou composto por 21 estudos científicos.

Para a sistematização dos dados, os estudos selecionados foram organizados em uma tabela segundo nome do autor, o título do estudo, o periódico, o ano de publicação, a metodologia e os objetivos. Após, foi realizada leitura aprofundada, da qual emergiram dois eixos temáticos, que dirigem a discussão dos resultados embasada nos estudos selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No quadro a seguir estão dispostos os 170 estudos identificados, os 21 estudos selecionados, bem como suas fontes de indexação, de acordo com os agrupamentos de descritores investigados.

	Agrupamento de Descritor 1 “equipe de assistência ao paciente” <i>and</i> “assistência integral à saúde” Total/selecionados	Agrupamento de Descritor 2 “equipe de assistência ao paciente” <i>and</i> “PSF”	Agrupamento de Descritor 3 “assistência integral à saúde” <i>and</i> “PSF”	TOTAL	SELECIONADOS
LILACS	30/02	48/10	36/03	114	15
BDENF	07/01	27/04	06/00	40	05
MEDLINE	00	00	01/00	01	00
CIDSAÚDE	01/00	08/01	00	09	01
ADOLEC	05/00	01/00	00	06	00
TOTAL	43/03	84/15	43/03	170	21

Quadro 2 - Distribuição dos estudos segundo descritor e fonte de indexação, 2012.

Fonte: dados extraídos da Biblioteca Virtual de Saúde.

Ressaltamos que no agrupamento do descritor “assistência integral à saúde” *and* “ESF” não foram identificados estudos.

Em relação ao ano de publicação identifica-se que em 2006, com 23.80% do total dos estudos, ocorreu uma expressiva produção, com um maior número de publicações e em 2007, com 14,28% das publicações registra-se a segunda maior frequência das publicações.

No que se refere ao veículo de divulgação, 80,95% do total das publicações selecionadas foram publicadas em revistas e 19,05% em teses e dissertações. Dentre as revistas em primeiro lugar está a revista *Ciência Saúde Coletiva* (19,05%) e em segundo a revista *Mineira de Enfermagem* (9,52%).

Nos estudos selecionados, conforme semelhança de significados construiu-se dois eixos temáticos: *Conceitos e Práticas de Integralidade e Trabalho em Equipe*. O primeiro eixo está dividido em duas subcategorias: *Integralidade: compreendendo este princípio e Integralidade: possibilidades e limites*; e o segundo eixo está subdividido em duas subcategorias: *Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família; Trabalho em equipe: limites e possibilidades*.

CONCEITOS E PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE

No eixo conceitos e práticas da integralidade, foi identificado um total de 07 (sete) estudos. Dos estudos agrupados neste eixo temático 05 (cinco) estavam relacionados com a compreensão da Integralidade e 02 (dois) estudos estavam relacionados com seus limites e potencialidades.

Integralidade: Compreendendo este princípio

Dos 05 (cinco) estudos deste eixo, 03 (três) estudos buscaram compreender os sentidos, conceitos de integralidade (QUEIROZ; PENNA, 2011; PIRES, 2010; MACHADO et al., 2007), 01 (um) além de trazer contribuições acerca dos sentidos de integralidade, buscou compreender as práticas a respeito da integralidade de uma equipe de Saúde da Família (SILVA, 2006) e 01 (um) reflete sobre a relação da integralidade na Atenção Básica com as possibilidades de atuação interdisciplinar (LOCH-NECKEL et al., 2009).

A integralidade é reconhecida por “visão holística aplicada ao cuidado” e “integração dos processos de trabalho individuais” com um único objetivo; recebe influências da cultura e do meio social onde é produzida; “é a combinação seu caráter polissêmico, atribuída de vários conceitos, de ações preventivas e curativas prestadas aos usuários”. Desvelou-se uma estreita relação da integralidade com a equidade e contrarreferenciamento; “indefinida e extremamente ampla”; difícil de ser conceituada (QUEIROZ; PENNA, 2011, p. 68).

A integralidade é um “caminho a ser percorrido infinitamente”, “uma ideia com vários sentidos e representações”, sendo assim considerada “complexa, polissêmica e inovadora”. Os sentidos da integralidade são concretizados em tecnologias leves ou tecnologias das relações, mas evidencia-se a contradição entre a teoria e a prática, quando as ações tendem a reforçar e manter o modelo biomédico (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010, p. 263).

Quando o princípio da integralidade é refletido como eixo norteador das ações de educação em saúde percebe-se a urgência de uma correção da tendência do agir em saúde, atualmente fragmentado e desarticulado. A integralidade deveria ser percebida como princípio em vários níveis de discussões e das práticas da saúde, fundamentado em um “novo paradigma preparado para ouvir, entender”, para então atender as demandas e necessidades dos usuários, grupos e coletividades (MACHADO et al., 2007, p. 340).

Profissionais de saúde expressam silêncio, dúvidas e ausência de reflexão sobre a integralidade, mesmo quando desenvolvem ações permeadas ou mobilizadas por este princípio, quando apresentam

postura acolhedora; vivenciam períodos de articulação de ações e interações ou apontam para a superação da fragmentação do modelo biomédico (SILVA, 2006).

Ao refletir sobre a relação entre integralidade na atenção básica e a composição das equipes de saúde da família, estudo destaca a perspectiva dos integrantes da equipe mínima da ESF, caracterizando as possibilidades de atuação e contribuições de outros profissionais de saúde na ESF. A “inclusão de outros profissionais nas equipes de ESF dependeria principalmente de ações educativas por parte daqueles já inseridos”. A integralidade indica um compartilhar de saberes nas práticas diárias, sem substituição destes saberes, o que apontaria para as implicações da composição das equipes sobre o processo de trabalho e as repostas às demandas trazidas pela população (LOCH-NECKEL et al., 2009, p. 1470).

A integralidade possui um conceito amplo em suas variadas dimensões e deve ser tema de reflexão no setor saúde. Sua presença é necessária e prioritária para transformar e desfragmentar a prática em saúde.

Integralidade: possibilidades e Limites

Ainda no eixo da integralidade, foram resgatados 02 (dois) estudos acerca da Estratégia Saúde da Família, que trazem uma análise das possibilidades, limites e os possíveis caminhos a serem perseguidos para se colher melhores resultados, que contemplem, entre outros princípios, a integralidade (SILVEIRA et al., 2011; KANTORSKI et al., 2009).

Na ESF, o trabalho em equipe necessita de responsabilização compartilhada do cuidado. Neste estudo, observa-se a preocupação dos profissionais pela construção do trabalho em equipe e este, por sua vez, é percebido como uma ferramenta significativa para a consolidação da ESF. Dentre as práticas potencializadoras do trabalho em equipe desvela-se o investimento na qualificação dos profissionais e como desafio revelou-se que a construção do trabalho em equipe necessita do reconhecimento “dos saberes e práticas existentes, do explicitamento e do enfrentamento de conflitos inerentes a qualquer processo de trabalho” (SILVEIRA et al., 2011, p. 201).

Um segundo estudo, ao abordar a integralidade do cuidado, identifica as potencialidades e limites para viabilizar a integralidade no trabalho da equipe multiprofissional. Constata que a integralidade está presente nas práticas cotidianas dos profissionais pesquisados e é

representada pela construção do vínculo e corresponsabilização entre equipes e usuários. São identificados alguns obstáculos para essa prática, como a ausência do acolhimento e a dificuldade de acesso às especialidades médicas. Como potencializador aponta o comprometimento dos profissionais com a mudança do modelo assistencial tradicional (KANTORSKI et al., 2009).

Neste contexto, apesar da persistente prática tradicional dos sistemas de saúde, da notória fragmentação da assistência, a prática da integralidade já pode ser reconhecida e percebida à maneira ampliada do conceito constitucional, onde é considerada como um valor e presente na atitude do profissional de saúde, no seu cotidiano - em seu encontro com o usuário e suas necessidades (BRASIL, 2010).

A literatura demonstra que a integralidade, apesar dos limites e potencialidades das práticas, de certa forma, está sendo buscada pelos profissionais de saúde e deve ser considerada como um processo em construção, até mesmo porque sua prática remete a uma mudança significativa no processo de trabalho em saúde.

TRABALHO EM EQUIPE

Neste eixo foram incluídos 14 (quatorze) estudos relacionados com trabalho em equipe, tema de maior interesse desta pesquisa. Dos estudos agrupados neste eixo temático 10 (dez) estavam relacionadas com o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família e 04 (quatro) estavam relacionadas com limites e potencialidades do trabalho em equipe.

Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família

Um conjunto de 10 (dez) estudos se foca no trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo que destes, 02 (dois) estudos discutem e refletem sobre a integralidade e o trabalho em equipe na Atenção Básica (SEVERO; SEMINOTTI, 2010; CAÇAPAVA et al., 2009, p. 1256); 01 (um) estudo analisa o significado da experiência do trabalho em equipe para os profissionais da Estratégia Saúde da Família (OLIVEIRA; SPIRI, 2006); 02 (dois) estudos descrevem uma revisão teórica sobre o trabalho de equipe na Estratégia Saúde da Família (FORTUNA et al., 2005) e sua atuação multidisciplinar (SANTANA; CARMAGNANI, 2001); 02 (dois) estudos analisam o trabalho em equipe na ESF (KELL, 2005), bem como as dificuldades e perspectivas para o desenvolvimento deste (MARQUES; SILVA, 2004); 01 (um)

estudo procura identificar evidências de articulação entre ações e interação dos profissionais da ESF (SILVA; TRAD, 2005) e 02 (dois) estudo buscam compreender como a comunicação reflete no trabalho em equipe de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (JESUS, 2006; ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Na literatura pesquisada, para alguns autores, a organização do agir constrói o cuidado integral, contrárias as atuais ações fragmentadas presentes nos serviços de saúde. 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 (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

As relações entre os diversos profissionais e destes com os usuários gera muitos espaços de trocas, o que vem possibilitar ações na perspectiva da integralidade, através de um entendimento ampliado do processo saúde-doença, alicerçada em relações humanas e na valorização das subjetividades presentes nos serviços de saúde (CAÇAPAVA et al., 2009).

O trabalho em equipe na ESF requer a interação entre todos os membros para a construção de ações integras. Um trabalho integrado é fundamental para um agir eficaz e com qualidade (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

O trabalho de equipe em saúde é definido como “uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos, e desejos, onde é possível identificar os processos grupais”. Assim, é considerado como possibilidade de “recomposição do trabalho em saúde numa outra direção, a da interdisciplinaridade” (FORTUNA et al., 2005, p. 262-263).

A atuação da equipe multidisciplinar é abordada como uma das estratégias para a operacionalização da ESF. Apesar do trabalho em saúde estar voltado para práticas multiprofissionais, acredita-se que nada garante uma ruptura com a atual atuação médico-centrado e cabe aos profissionais de saúde somarem seus conhecimentos e reaprenderem o trabalho, partindo de práticas relacionais (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

O trabalho em equipe é essencial na Estratégia Saúde da Família, considerado a união dos profissionais, tendo em foco um objetivo em comum, uma mesma linguagem e a tomada de decisões em conjunto (KELL, 2005).

O trabalho em equipe integrado está em processo de construção e

exige mudanças no atual processo de trabalho. Um dos desafios para que este ocorra é a articulação das ações e a integração dos profissionais - a fragmentação do trabalho deve ser vencida. Deve haver o entendimento por parte dos profissionais de que, apesar de cada um possuir nível de competência e responsabilidade definido, estes são sujeitos do trabalho coletivo. Nesta estratégia (ESF), o que facilita alternativas de não fragmentação do trabalho é, justamente, o trabalho focado em uma área definida e adscrita, baseado nas necessidades dos usuários e comunidade (MARQUES; SILVA, 2004).

O estudo da experiência de uma equipe de ESF em contexto específico é justificado pela identificação de evidências de articulação de ações e interação entre os profissionais da equipe de saúde da família. Tal articulação é percebida, principalmente, pelo interesse de reconhecer o trabalho do outro durante o atendimento ao usuário, levando a uma assistência com melhor qualidade. Entretanto, esta articulação pode estar limitada a alguns profissionais e não se estender a toda à equipe. Na interação entre os profissionais da equipe identifica-se, por um lado, a existência de partilha de algumas decisões sobre a dinâmica da unidade e, por outro lado, um planejamento de ações individualizado, concentrado apenas nos profissionais de nível superior (SILVA; TRAD, 2005).

Na busca pela compreensão de como a comunicação reflete no trabalho em equipe de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, esta é tomada como instrumento essencial, imprescindível para tal. O uso de um processo comunicativo adequado pela equipe multiprofissional enriquece o trabalho e leva ao alcance dos objetivos propostos. A maioria dos profissionais de saúde percebe a comunicação somente como forma verbal de expressão, porém percebem a importância da comunicação no trabalho em equipe. Para haver um grau de integração no trabalho em equipe, a comunicação deve ser bidirecional e a linguagem corporal também deve ser lembrada. A comunicação não é um processo difícil, porém depende de alguns fatores, como o desejo de interagir com o outro e o contexto no qual se está inserido. Entretanto, havendo este desejo de interação e criando-se mecanismos para tal, independente do contexto vivido, será possível dizer que se trabalha em equipe (JESUS, 2006, p.70). Apesar de a comunicação ser essencial na construção do trabalho em equipe, atualmente, o que se percebe no cotidiano das equipes de ESF é que este instrumento nem sempre é utilizado adequadamente em prol deste objetivo.

Segundo Araújo e Rocha (2007, p. 456) o trabalho em equipe na ESF é uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do cotidiano do trabalho e tem por objetivo obter impactos nos fatores que interferem no processo saúde-doença. Por sua vez, a ação interdisciplinar esta na reconstrução da prática profissional com o outro, onde ambos são transformados para intervir na realidade vivenciada. A concepção do trabalho em equipe esta vinculada a processo de trabalho e este vem se transformando com o passar do tempo. Este tipo de trabalho pressupõe uma relação recíproca de comunicação e integração.

Neste contexto, compreendemos que a comunicação interdisciplinar, nem sempre presente na prática atual das equipes de ESF, é uma importante ferramenta para o trabalho em equipe e sua ausência é vista como um limite deste processo de trabalho. Na busca pelo trabalho em equipe integrado a comunicação deve ser reconhecida como ferramenta e valorizada pelos diferentes profissionais integrantes da Atenção básica.

Trabalho em equipe: limites e possibilidades

Neste eixo acerca de trabalho em equipe foram identificados 03 (três) estudos que buscaram reconhecer possibilidades e limites do trabalho em equipe na ESF (SANTOS; CUTOLO, 2003; SILVEIRA et al., 2011; COLOMÉ; LIMA, 2006) e 01 (um) estudo que objetiva retratar a preocupação dos profissionais que atuam na ESF sobre o impacto de suas estratégias no processo de trabalho (CENTA; ALMEIDA, 2003, p. 112), trazendo como resultados categorias com pontos positivos e negativos.

Um dos estudos, a partir da conceituação de interdisciplinaridade, procura analisar o exercício do trabalho em equipe na ESF, buscando reconhecer suas limitações, dificuldades ou entraves, além de possibilidades ou facilidades encontradas na construção da ESF. O trabalho em equipe multiprofissional vem exigindo mudanças de atitude profissional e pessoal dos integrantes da ESF em direção à interdisciplinaridade, reconhecida como algo difícil de praticar. Nas equipes de ESF percebe-se uma dificuldade de comunicação e integração “verdadeiramente” interdisciplinar entre os profissionais de saúde, sendo a capacitação uma ferramenta de vital importância para gerar mudança neste cenário (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Silveira, et al. (2011, p. 198) lembra que a ESF deve possuir em sua configuração uma atuação em equipe de profissionais com “perfis de

competências, qualificações e responsabilidades diferenciadas e correlacionadas com a qualificação profissional”, focada na família e em seu contexto sócio, histórico e cultural. Ao discutir os limites e as possibilidades do trabalho em equipe na ESF, bem como suas implicações para a promoção da saúde, mostra-se que esta ação está em processo de conformação e vem sendo utilizado como uma importante ferramenta para a consolidação da ESF. Os profissionais reconhecem a importância do trabalho em equipe, porém prepondera um processo de trabalho ‘em equipe’ fragmentado, sem um planejamento coletivo. Há a necessidade de uma revisão no processo de trabalho por parte das Equipes de ESF, em construir objetivos comuns a serem alcançados, numa perspectiva de “assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade ao usuário” (SILVEIRA et al., 2011, p. 201). Outros desafios para a realização do trabalho em equipe seria a educação permanente, que acontece com metodologias tradicionais e direcionadas somente para alguns profissionais, e o incipiente desenvolvimento de ações intersetoriais no dia a dia do trabalho das equipes, percebido como “um horizonte distante e descontínuo”, o que é relacionado com a sobrecarga de trabalho, o reduzido número de profissionais e com o excesso da demanda. Como uma das práticas potencializadoras do trabalho em equipe é apontado o investimento na qualificação dos profissionais (SILVEIRA et al., 2011, p. 200).

A concepção de enfermeiras que atuam na ESF acerca do trabalho em equipe aponta para uma prática de “integração e cooperação” entre os componentes da equipe. O trabalho em equipe é identificado como um trabalho em conjunto, onde todos participam, como uma “engrenagem” e um bom funcionamento ocorrerá quando a equipe estiver integrada, em busca de um objetivo em comum (COLOMÉ, LIMA, 2006, p. 550). Dificuldades em trabalhar em equipe aparecem na relação das enfermeiras com os ACSs, na falta de recursos humanos, na rotatividade dos profissionais e na deficiência da infraestrutura física e material.

A preocupação dos profissionais da ESF, sobre o impacto de suas estratégias no processo de trabalho, destaca dentre pontos positivos: o relacionamento entre o profissional e a comunidade, o profissional e equipe, e o conhecimento do território; como pontos negativos: o excesso de funções, a baixa qualificação profissional e entrosamento da equipe. O significado de trabalhar na ESF é relacionado à oportunidade de crescimento pessoal e profissional, maior contato com a comunidade, trabalho em equipe, mudança do modelo de atendimento à saúde e incentivo à cidadania. O trabalho em equipe multiprofissional é visto

como um dos pontos fortes da ESF, com melhores resultados na saúde e qualidade de vida da família e comunidade, sendo que, seu êxito depende da junção dos “esforços, interação e responsabilidade” dos autores envolvidos, sejam eles: profissionais de saúde, comunidade e gestores (CENTA; ALMEIDA, 2003, p. 105; 106; 112).

Neste eixo, Trabalho em Equipe, torna-se evidente a importância do trabalho em equipe na ESF, uma verdadeira ferramenta para a consolidação desta Estratégia. Denota-se uma preocupação por parte de alguns profissionais no árduo trabalho desta construção. Entretanto, ao mesmo tempo em que existe o reconhecimento dos profissionais envolvidos sobre esta afirmativa, também existe a explícita prática de um trabalho fragmentado, com dificuldades de comunicação entre os atores e interação das ações realizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário da Atenção Básica e porta preferencial de entrada ao SUS temos a ESF, com um objetivo desafiador - reorganizar a prática da atenção à saúde valorizando, dentre outros princípios, o da integralidade na atenção, com ênfase no trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar.

O alcance de mudanças na saúde, um processo em construção, cria a necessidade de conhecer e compreender a integralidade e o trabalho em equipe por parte de todos os profissionais envolvidos. Neste sentido, a leitura crítica das publicações acerca desta temática promove mais um espaço de reflexão.

A literatura demonstra que existe uma preocupação por parte dos pesquisadores sobre o tema. Os estudos identificados assinalam uma compreensão de integralidade com um caráter polissêmico e necessário nos serviços em saúde.

A ESF pode favorecer a integralidade em saúde, à medida que representa um espaço para a atuação do trabalho em equipe, colaborando para a desconstrução da real fragmentação observada nas práticas assistenciais da Atenção Básica.

O trabalho em equipe na ESF é reconhecido como uma ferramenta importante na consolidação do SUS, no qual os profissionais devem somar seus conhecimentos e desenvolver um trabalho embasado nas práticas relacionais e integrais.

Avanços e mudanças nos serviços de saúde são evidentes após a implantação das equipes de ESF, no entanto ainda existe a necessidade contínua de organização do processo de trabalho em saúde, com um

olhar atento para a implementação da integralidade da atenção e ao trabalho em equipe integrado, pois somente a implantação desta, não assegura a desejada transformação e sendo assim precisa continuar sendo problematizado em futuros estudos.

Apesar dos limites identificados, entendemos que, a partir das potencialidades encontradas, é possível desenvolver mecanismos para se trabalhar em equipe na ESF. Existem desafios a serem superados, mas certamente uma equipe interdisciplinar é capaz de transpô-los e caminhar rumo à reversão das práticas registradas e à construção de equipes integradas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. **Cien Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAÇAPAVA, J.R. et al. Trabalho na Atenção Básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 1256-1260, 2009.

CENTA, M.L.; ALMEIDA, B.M.M. Programa de Saúde da Família sob olhar da equipe multidisciplinar. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.5, n.2, p.103-113, mai./ago., 2003.

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA M.A.D.S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 548-556, 2006.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2,

p. 262-268, mar.-abr., 2005.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. 1987; Feb;10(1):1-11.

JESUS, D.S.S. **A comunicação no trabalho em equipe:** perspectivas de profissionais inseridos no Programa Saúde da Família. Belo Horizonte. 2006. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

KANTORSKI, L.P. et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 594-601, 2009.

KELL, M.C.G. **O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família em Santo Antônio do Descoberto-GO:** um estudo de caso. 2005. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2005. 114f.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1463-1472, 2009.

MACHADO, F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARQUES, D.; SILVA, E.M.A. Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 545-550, 2004.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1411-1416, 2004.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

PIRES, V. M.M.M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A.A.

Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 622-627, 2010.

QUEIROZ, E.S.; PENNA, C.M.M. Conceitos e práticas de integralidade no município de catas ALTAS-MG. **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 62-69, jan./mar., 2011.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa Saúde Da Família no Brasil: Um Enfoque Sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33-53, jan-jun., 2001.

SANTOS, M.A.M.; CUTOLO, L.R.A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 32, n. 4, 2003.

SEVERO, S.B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl.1, p. 1685-1698, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/080.pdf>>. Acesso em: 12 agosto 2012.

SILVA, I. Z.Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, T.C.S. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família**. Belo Horizonte. 2006. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SILVEIRA, M.R.; SENA, R.R.; OLIVEIRA, S.R. O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família: Implicações para a promoção da saúde. **REME – Rev. Min. Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 190-195, abr./jun., 2011.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para alcançar os objetivos do fenômeno investigado e responder ao problema de estudo, esta pesquisa teve como proposta metodológica o estudo de caso, com duas abordagens: quantitativa e abordagem qualitativa.

Conforme Yin (2010, p. 24) o estudo de caso permite:

uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – tal como ciclos da vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relacionais e a maturação de alguns setores.

Segundo Yin (2010) esta estratégia é escolhida para se examinar acontecimentos contemporâneos, cujos comportamentos dos indivíduos não se podem manipular. É uma investigação empírica que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real”, principalmente quando “os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2010, p. 39; MARTINS, 2008, p. 9).

O estudo de caso proporciona um “mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado”, possibilitando a entrada em uma realidade social (MARTINS, 2008, p. 9).

Por sua vez, a utilização do método misto – com abordagem quantitativa e qualitativa - baseia-se que a triangulação simultânea destes dados permite compensar os pontos fracos e fortes de cada método, produzindo resultados melhor substanciados e validados (CRESWELL; CLARCK, 2013).

Na abordagem quantitativa faz-se uso do raciocínio dedutivo e sistemático na produção de evidências científicas a partir de números provenientes de algum tipo de medição formal analisado por meio de procedimentos estatísticos. O modelo transversal abrange a coleta de dados em determinado ponto temporal. Como principais vantagens o estudo quantitativo traz a economia e a facilidade de controle (POLIT; BECK, 2011; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A abordagem qualitativa possibilita uma aproximação

aprofundada dos significados das relações humanas, pois a “pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que não corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001).

Polit (2011, p. 200), coloca algumas das características do delineamento qualitativo, como:

- “flexível e elástico”, com capacidade de ajustar-se ao que está sendo pesquisado;

- envolve uso de “várias estratégias para coleta de dados”;

- busca a “compreensão do todo”;

- envolvimento intenso do pesquisador no campo de estudo;

- “análise contínua dos dados” a fim de formular estratégias durante seu desenvolvimento e determinação do término do trabalho da pesquisa.

Nesse sentido, a partir da necessidade de compreender o fenômeno social processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF, justifica-se no processo de construção desta pesquisa, a opção pelo uso do “estudo de caso único”. A proposta foi realizar um estudo de caso com abordagem quantitativa e qualitativa em um município do estado de Santa Catarina, abarcando vários profissionais das equipes de ESF e do NASF nos diversos Distritos Sanitários que compõem este município. Levando em consideração que o estudo de caso contribui para a compreensão de fenômenos complexos, pretende-se alcançar o nível individual reconhecendo as práticas cotidianas desenvolvidas por esses profissionais no contexto da Atenção Primária em Saúde, sob a ótica da integralidade.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido nos Centros de Saúde e Distritos Sanitários do Município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina (SC), local de trabalho dos profissionais do NASF e equipes de Estratégia de Saúde da Família.

O município de Florianópolis situado no litoral Catarinense foi fundado em 23 de março de 1726 e possui uma área total de 436,5 Km², sendo 424,4Km² na ilha e 12,1 Km² no continente. Em 2013 sua população total era de 453.285 residentes (FLORIANÓPOLIS, 2011).

Em agosto de 2013, o Município de Florianópolis contava com 50 Centros de Saúde, 118 Áreas, 100 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 09 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

Em outubro de 2014 este município conta com 120 áreas, 116 equipes de ESF e 04 EACS. Desde 2002, as equipes de ESF estavam distribuídas por Regionais de Saúde. Em 2009 as Regionais passam a se chamar Distritos Sanitários de Saúde (DS). Esses Distritos são em número de 5 (cinco), e possuem como função principal o gerenciamento da rede em nível Distrital. São eles: Distrito Sanitário Centro, Continente, Leste, Norte e Sul (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Do total da população residente em Florianópolis: 90.601 pertencem ao Distrito do Centro; 98.496 ao Distrito Continente; 75.714 ao Distrito Leste; 96.255 ao Distrito Norte e 92.219 pertencem ao Distrito Sanitário Sul (FLORIANÓPOLIS, 2013).

Segue abaixo divisão dos Distritos Sanitários de Saúde por números de Centros de Saúde/áreas de abrangência/equipes ESF e EACS no Município de Florianópolis (2013):

- Distrito Sanitário Centro – possui 05 Centros de Saúde, 17 áreas de abrangência, 16 Equipes ESF e 1 EACS;
- Distrito Sanitário Continente – possui 12 Centros de Saúde, 29 áreas de abrangência e 29 Equipes ESF;
- Distrito Sanitário Leste – possui 09 Centros de Saúde, 22 áreas de abrangência, 16 Equipes ESF e 03 EACS;
- Distrito Sanitário Norte – possui 11 Centros de Saúde, 24 áreas de abrangência, 23 Equipes ESF e 01 EACS;
- Distrito Sanitário Sul – possui 13 Centros de Saúde, 26 áreas de abrangência, 22 Equipes ESF e 04 EACS (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Além destes serviços de atenção à saúde realizados nos Centros de Saúde, o município de Florianópolis possui:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - DS Centro
- Centro de Atenção Psicossocial Criança Adolescente (CAPSi) - DS Centro;
- Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPS ad) – DS Continente e DS Leste;
- Farmácia Escola/UFSC/PMF;
- Policlínica Centro, Policlínica Continente, Policlínica Sul;
- Laboratório CTA - DS Continente;
- Centro Controle Zoonose – DS Leste;
- Unidade Pronto Atendimento (UPA) Norte da Ilha, UPA Sul.

Em doze de fevereiro de 2008 em reunião do Conselho Municipal de Saúde foi colocado em votação e aprovada a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Florianópolis

(FLORIANÓPOLIS, 2008, ATA n 29). Nesta ocasião o município já possuía profissionais para compor sete núcleos de apoio, pretendendo ampliar para 10 núcleos.

Em janeiro de 2010 a Secretaria Municipal de Saúde editou a portaria SS/GAB n 001/2010, que define as normas e diretrizes para a gestão e atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF em Florianópolis (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Em 2013, o município de Florianópolis possuía (09) equipes NASF, sendo duas (02) no Distrito Sanitário (DS) Centro, uma (01) no DS Leste, duas (02) no DS Norte, duas (02) no DS Sul e duas (02) no DS Continente. Cada equipe do NASF cobria um limite de até 15 equipes de ESF, sendo que algumas dessas equipes estavam incompletas. Neste município, desde 2012, existia um estudo para a expansão das equipes do NASF para um número total de até 12 equipes, sendo que em 2014 o município alcança este número de equipes. Dentre os profissionais que compõem as equipes do NASF estão: pediatra (12), psiquiatra (11), psicólogo (12), nutricionista (12), farmacêutico (8), assistente social (5), profissional de educação física (11), fisioterapeuta (4), estando em processo de inclusão o fonoaudiólogo (1), totalizando, portanto em nove especialidades. Algumas das equipes do NASF possuem mais de um profissional por especialidade, como o fisioterapeuta, farmacêutico, pediatra e o psicólogo. Um dos profissionais que geralmente está faltando nas equipes é o assistente social. Um dos últimos levantamentos realizados pelo município mostra um total de 76 profissionais do NASF (FLORIANÓPOLIS, 2014).

As equipes de ESF do Município de Florianópolis são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, odontólogos e auxiliares de consultório dentário (FLORIANÓPOLIS, 2014).

O cenário da pesquisa na abordagem quantitativa foram os 50 Centros de Saúde do município de Florianópolis.

O cenário da pesquisa na abordagem qualitativa foram cinco Centros de Saúde - local de trabalho dos profissionais da ESF indicados pelos representantes - um por Distrito Sanitário - e os Distritos Sanitários de Saúde. Ressalta-se que na impossibilidade de entrevistar os profissionais nos seus locais de trabalho, três entrevistas foram realizadas em outro local por conveniência dos participantes e duas observações a grupos foram realizadas em Salões de Igreja, onde são desenvolvidas tais atividades.

Em relação à caracterização dos participantes, coleta e análise dos dados, a seguir iremos apresentar separadamente: quantitativos e

qualitativos.

3.3 ABORDAGEM QUANTITATIVA

3.3.1 Os participantes da etapa quantitativa

Os participantes da abordagem quantitativa foram profissionais componentes do NASF (médico pediatra, nutricionista, psiquiatra, psicólogo, educador físico, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta) e profissionais integrantes de equipes da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, Auxiliar/técnico de Consultório Dentário).

No primeiro momento, foram convidados a participar da pesquisa, todos os profissionais da ESF e NASF de cada um dos cinquenta (50) Centros de Saúde (CSs) com suas respectivas áreas de abrangência do município de Florianópolis.

Para realizar o levantamento do universo, número total dos profissionais das equipes de ESF (427) e NASF (72) foi realizada uma pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde do município e CNESNET SMS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (<http://portal.pmf.sc.gov.br>; <http://cnes.datasus.gov.br>).

Os participantes foram selecionados por meio dos seguintes critérios de inclusão: ser integrante de equipes de ESF (atuando como enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, auxiliar de consultório dentário) e ser integrante do NASF do município pesquisado.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: ser Agente Comunitário de Saúde (ACS), estar ausente por férias ou licença. Optou-se em não investigar os ACS devido a necessidade de limitar os participantes e garantir a exequibilidade da pesquisa.

A pesquisa foi divulgada nos Centros de Saúde independente de cálculo amostral, buscando atingir o máximo possível de profissionais. Sendo assim, os resultados se aplicam ao conjunto de profissionais que devolveram o questionário respondido com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e que respeitaram os critérios de inclusão e exclusão.

Do total de 499 questionários enviados aos CS retornaram a pesquisadora 249, sendo que 06 foram excluídos por não responderem aos critérios de inclusão e exclusão.

Neste momento da pesquisa participaram 243 (duzentos e quarenta e três) (48,70%) profissionais da Atenção Primária em

Saúde, por meio de questionário auto aplicado, sendo 198 (cento e noventa e oito) profissionais da ESF e 45 (quarenta) do NASF, o que representou 46,37% e 62,50%, respectivamente, do total dos questionários enviados, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde à época da coleta dos dados. Do total dessa amostra, 198 (81,48%) profissionais pertenciam a ESF e 45 (18,52%) ao NASF. Assim, chegou-se a uma amostra com intervalo de confiança de 95% e um erro amostral de 5% %, conforme programa online SStatNet para o ensino de estatística na figura abaixo.



Figura 1 - Tamanho da amostra

Destaca-se que houve profissionais que participaram dos dois momentos da pesquisa: do questionário (abordagem quantitativa) e da entrevista (abordagem qualitativa).

3.3.2 Coleta de dados quantitativos

Um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa tem como propósito na etapa de coleta de dados desenvolver respostas para as questões da pesquisa e o pesquisador deve focar no objetivo e deve constantemente se perguntar se seus dados proporcionarão respostas as questões de pesquisa (CRESWELL, CLARK, 2013).

No momento quantitativo, os participantes foram convidados a participar dessa etapa da pesquisa por meio de um **questionário** autoaplicado. Nessa pesquisa, o questionário construído (Apêndice A) destinou-se a todos os profissionais de ESF e NASF dos 50 Centros de Saúde.

O questionário é um instrumento importante na coleta de dados de uma pesquisa. Para Martins (2008, p.36) o questionário “trata-se de um conjunto ordenado e consistente de perguntas a respeito de (...) situações que se deseja (...) descrever”.

O questionário construído contém duas etapas: a primeira com questões abertas para caracterização do profissional (idade, profissão, tempo de formação, tempo de atuação, Distrito Sanitário que trabalha) e uma segunda etapa com questões fechadas acerca do processo de trabalho do NASF. Essa segunda etapa do instrumento foi elaborada a partir da instrução normativa nº 001/2010 que define normas e diretrizes para a gestão e atuação dos NASF em Florianópolis num total de 28 afirmações, para os profissionais assinalarem seu grau de concordância, discordância numa escala do tipo likerts, onde a pontuação variava entre 04 (quatro) a 00 (zero) pontos, com as opções: “4” (concorda totalmente com a afirmação ou verifica que isto sempre acontece na sua realidade); “3” (concorda parcialmente com a afirmação ou verifica que isto acontece às vezes em sua realidade); “2” (discorda parcialmente ou verifica que isto acontece raramente); “1”(discorda totalmente ou verifica que nunca acontece); “0” (não sabe).

No questionário as vinte e oito (28) afirmações foram construídas e distribuídas quanto às seguintes temáticas: “Conhecimento da normativa e diretrizes do NASF”, “Apoio matricial: processo de trabalho”, “Acesso aos profissionais do NASF” (art.16; art.17; art.18), “Ação integrada dos profissionais do NASF e ESF” (art. 20) “Organização do processo de trabalho do NASF” (art.21) e quanto ao “Planejamento” (art. 24, art. 26 e art. 30), com o intuito de conhecer o atual processo de trabalho destes profissionais.

Este instrumento de coleta de dados passou por uma etapa de validação do constructo por três profissionais/expertises da área, buscando assegurar sua clareza, compreensão e obtenção de sugestões que pudessem aperfeiçoá-lo.

O convite aos profissionais para a participação por meio do questionário auto aplicado, aconteceu em reunião com representantes de Distritos Sanitários de Saúde e coordenadores dos CS, e profissionais NASF, contato telefônico e convite por e-mail. O primeiro contato com os representantes dos Distritos Sanitários e autorização para participar

da reunião mensal nos Distritos Sanitários foi por contato telefônico. Na impossibilidade de participar de algumas das reuniões nos Distritos Sanitários, os questionários foram entregues diretamente aos representantes dos Distritos Sanitários, coordenadores e ou diretamente aos profissionais de saúde em seus locais de trabalho.

Os questionários foram separados em envelopes e identificados conforme Distrito Sanitário, Centro de Saúde e número de profissionais, após foram entregues aos profissionais da ESF e NASF em seus locais de trabalho por seus coordenadores e ou pesquisadora. Junto aos envelopes foi encaminhado um breve relato acerca da pesquisa. A partir da liberação da instituição iniciou-se a primeira etapa da coleta de dados: através de questionários. A coleta dos dados ocorreu durante o período de março a setembro de 2013.

Ressaltamos que a ideia inicial seria utilizar o formulário FORMSUS (serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB) e enviar o questionário por link aos emails dos sujeitos de pesquisa, porém não foi possível utilizá-lo pela falta de acesso a totalidade dos endereços eletrônicos. Entretanto, acreditamos que a entrega do instrumento diretamente aos sujeitos de pesquisa favoreceu uma maior participação e retorno à pesquisadora.

Conceitos e Variáveis:

Neste estudo foram dois os grupos de variáveis estudados, as questões de caracterização dos participantes que abordam as variáveis do grupo de **caracterização do perfil sócio profissional** (idade, sexo, tempo formação, tempo de atuação, pós graduação, Distrito Sanitário que trabalha); e as 28 afirmações que abordam as variáveis do grupo **caracterização do processo de trabalho** (conhecimento, apoio matricial, acesso, ação integrada, ações clínicas compartilhadas, intervenções específicas do profissional do NASF, ações compartilhadas no território, planejamento).

Ressaltamos que, as vinte e oito (28) afirmações do questionário foram reagrupados em oito subgrupos: Conhecimento (04 itens), Apoio Matricial (03 itens), Acesso (01 item), Ação integrada (05 itens), Ações Clínicas Compartilhadas (06 itens), Intervenções Específicas do Profissional NASF (01), Ações Compartilhadas no Território (03), Planejamento (05).

Segue abaixo a descrição das variáveis estudadas:

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO PROFISSIONAL	DESCRIÇÃO	
Idade	Número de anos completos calculados a partir da data do nascimento	Questão aberta
Tempo de formação	Números de anos calculados a partir da data de formação do profissional	Questão aberta
Tempo de atuação	Números de anos calculados a partir da data de início de atuação na área de graduação	Questão aberta
Profissão	Nível técnico - profissional que desenvolve função de auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, Auxiliar de consultório dentário, técnico em saúde bucal; Enfermeiro - profissional graduado em enfermagem; Médico - profissional graduado em medicina; Dentista - profissional graduado em odontologia; NASF - profissionais que atuam nas equipes do NASF	Questão aberta
Pós-graduação	Curso realizado após graduação: especialização, mestrado e doutorado	Especialização Mestrado Doutorado
CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	DESCRIÇÃO	Número Itens/ Afirmações
Conhecimento	É a direção para a proposta do NASF (BRASIL, 2010).	04
Apoio Matricial	O apoio matricial é uma ferramenta tecnológica e pode ser visto como uma "criação de espaços coletivos de discussões e planejamento". Um arranjo técnico-assistencial que propõe a ampliação da clínica das equipes da ESF no território, objetivando assegurar retaguarda às equipes (BRASIL, 2010, p.20).	03
Acesso	A entrada dos usuários aos profissionais do NASF deve acontecer por meio dos profissionais da ESF (BRASIL, 2010).	01
Espaço: Ação Integrada dos profissionais do NASF e ESF	Um trabalho em equipe. Consiste em realizar intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional do NASF e ESF (BRASIL, 2010, p.15).	05
Espaço: Ações Clínicas Compartilhadas	Espaço de intervenção interdisciplinar com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiências para os envolvidos (BRASIL, 2010, p.20).	06
Espaço: Intervenções Específicas do Profissional NASF	Atendimento individualizado realizado pelo NASF realizado em situações extremamente necessárias, com discussão e negociação a priori com a ESF.	01
Espaço: Ações Compartilhadas no Território	Ações realizadas no território, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de ESF (BRASIL, 2010).	03
Planejamento	É um pensar antes e durante a ação, um cálculo que precede e preside a ação (CAMPOS et al, 2010, p.20). No contexto da ESF, o planejamento deve ser sistematizado e articulado de forma colaborativa e participativa, considerando as singularidades do território e de sua população (NASCIMENTO et al, 2013).	05

Quadro 3 - Variáveis incluídas no estudo.

Fonte: SILVA e RAMOS, 2014.

3.3.3 Análise de dados quantitativo

Os dados obtidos através dos questionários foram revisados e digitados no programa Excel 2013, e inseridos no programa online SEStatNet/UFSC.

Para a análise desse banco de dados, as variáveis de caracterização dos profissionais e das variáveis de caracterização do processo de trabalho, foi realizado análise estatística descritiva, com frequência relativa e absoluta.

3.4 ABORDAGEM QUALITATIVA

3.4.1 Os participantes da etapa qualitativa

No segundo momento da pesquisa, objetivando aprofundar os

dados acerca do processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF sob a perspectiva da integralidade, obtidos no primeiro momento da pesquisa, contamos com a participação de trinta e seis (36) profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Optou-se em investigar por meio de entrevistas enfermeiros, médicos da ESF, profissionais do NASF e gestores. A escolha de enfermeiros e médicos da ESF para a participação na entrevista ocorreu, pelos seguintes aspectos: necessidade de limitar os sujeitos membros da equipe de ESF para permitir maior profundidade em torno de suas experiências, supondo que diferentes profissionais teriam perspectivas diferenciadas. Levando em consideração a impossibilidade de trabalharmos com o universo total dos profissionais das equipes da ESF e NASF neste momento da pesquisa, mas com a preocupação de não intervir nos resultados, os profissionais que participaram da entrevista foram selecionados através de duas modalidades de amostragem: por conveniência e a amostragem bola de neve.

Foi utilizada a amostragem por conveniência para entrevistar um representante por Distrito Sanitário de Saúde. Estes representantes foram considerados “informantes-chave”, fundamentais para o sucesso de um estudo de caso, os quais indicam o acesso às principais fontes (YIN, 2010, p. 133). Estes indicaram 01 (um) médico e 01 (um) enfermeiro de equipes de Estratégia Saúde da Família, de seu respectivo Distrito Sanitário, com tempo mínimo de atuação de 1 (um) ano na área para serem entrevistados por adesão voluntária nesta pesquisa. Estes profissionais, por sua vez indicaram 02 (dois) diferentes profissionais integrantes de equipes do NASF de suas respectivas áreas de abrangência, caracterizando a amostragem em bola de neve.

Destaca-se que no grupo do NASF não houve limite no tempo de atuação, pelo fato de alguns profissionais indicados estarem atuando há menos de um ano na Atenção Primária em Saúde; para respeitar a indicação dos profissionais da ESF e para se alcançar o número de entrevistados proposto. É importante citar que em um dos DSS foram realizadas entrevistas com dois gestores, com o intuito de complementar e enriquecer os dados, já que ao longo da coleta foi constatado que, apesar desse participante trabalhar há anos na Atenção Primária em Saúde, estava há pouco tempo como gestor.

Assim, participou deste momento da pesquisa, por meio de entrevistas, um total de 36 profissionais da Atenção Primária em Saúde: seis (06) representantes de Distrito Sanitário de Saúde, dez (10) profissionais da Estratégia de Saúde da Família e vinte (20) profissionais de equipes do NASF.

Características	N - %	NASF N _{oc} - %	ESF N _{oc} - %	GESTOR N _{oc} - %
Sexo				
Feminino	31 - 86,11%	19 - 52,78%	07 - 19,44%	05 - 2,06%
Masculino	05 - 13,89%	01 - 2,78%	03 - 8,33%	01 - 2,78%
Categoria/Total	36 - 100%	20 - 55,55%	10 - 27,78%	6 - 16,67%
Médico			05 - 50%	
Enfermeiro			05 - 50%	05 - 83,33%
Dentista		04 - 20%		01 - 16,67%
Assist. Social		03 - 15%		
Farmacêutico		01 - 5%		
Fisioterapeuta		03 - 15%		
Nutricionista		02 - 10%		
Pediatra		02 - 10%		
Psicóloga		05 - 25%		
Prof. Educação Física				
Tempo de Formação				
0 - 5 anos	06 - 16,67%	01 - 2,78%	04 - 11,11%	02 - 5,56%
6 - 10 anos	12 - 33,33%	10 - 27,78%	02 - 5,56%	01 - 2,78%
11 - 20 anos	11 - 30,56%	06 - 16,67%	03 - 8,33%	03 - 8,33%
21 anos ou mais	04 - 11,11%	03 - 8,33%	01 - 2,78%	00 - 00
Tempo de Atuação				
0 - 1 anos	09 - 25%	07 - 19,44%	00 - 00	0 - 00
2 - 3 anos	15 - 41,67%	11 - 30,56%	04 - 11,11%	0 - 00
4 - 5 anos	03 - 8,33%	02 - 5,56%	00 - 00	03 - 8,33%
6 anos ou mais	06 - 16,67%	00 - 00	06 - 6,67%	03 - 8,33%
Pós-Graduação				
Especialização	29 - 80,55%	19 - 52,78%	09 - 25%	01 - 2,78%
Mestrado	04 - 11,11%	03 - 8,33%	00 - 00	01 - 2,78%
Doutorado	02 - 5,56%	01 - 2,78%	00 - 00	01 em curso

Quadro 4 - Perfil sócio profissional dos participantes da ESF e NASF, Florianópolis, SC, 2014.

Fonte: SILVA; RAMOS, 2014.

3.4.2 Coleta de dados qualitativo

Um estudo de caso deve estar sustentado por uma plataforma teórica, reunindo todas as informações possíveis, focadas nas questões e proposições que o orientam. A coleta de dados nos estudos de casos pode estar baseada em diferentes fontes de evidências. Um ponto forte e importante da coleta de dados é a oportunidade de se utilizar uma ampla variedade de fontes para a obtenção de evidências (YIN, 2010).

Neste sentido, nessa etapa da pesquisa os instrumentos utilizados para a coleta de dados, além do questionário, foram entrevista semiestruturada, observação não-participante e levantamento de informações por meio de pesquisa documental.

Após ser entregue os questionários aos profissionais do município

estudado, em um segundo momento, partiu-se para as entrevistas semi-estruturadas, observação e pesquisa documental. Ressalta-se que em algum momento ocorreu simultaneamente a coleta de dados por meio dos vários instrumentos utilizados.

A execução da coleta dos dados ocorreu durante os meses de março a outubro de 2013.

Entrevistas

Para Yin (2010) a entrevista é uma das mais importantes fontes de informações, uma fonte essencial, para o estudo de caso. Com a entrevista semiestruturada, o entrevistado participa da elaboração do conteúdo da pesquisa, à medida que segue a linha de seus pensamentos e de suas experiências, relacionadas ao foco principal da entrevista (MATHEUS, 2006). O objetivo da entrevista é “construir informações pertinentes para o objeto da pesquisa” (MINAYO, 2007, p. 64).

Nesta pesquisa, as entrevistas realizadas aos profissionais da ESF, NASF e representantes dos Distritos Sanitários foram pautadas por um roteiro previamente elaborado (Apêndice B, C e D), que permite ampliações e ou adaptações na sua forma de acordo com o andamento do diálogo. O roteiro foi organizado de acordo com os objetivos do estudo e testado previamente e aplicado a profissional da área e não houve necessidade de mudanças no instrumento.

O convite para participação na pesquisa e agendamento das entrevistas aos representantes dos Distritos Sanitários de Saúde, enfermeiros e médicos de equipes de ESF e profissionais do NASF (indicados pelos representantes dos DSs) foi realizado por contato telefônico. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas individualmente pela pesquisadora, em grande maioria nos seus locais de trabalho, em data, horários e locais combinados, após apresentação dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram registradas por gravação de áudio, e posteriormente transcritas e analisadas.

É importante ressaltar que a delimitação do número de entrevistas foi por critério de “saturação” qualitativa (MINAYO, 1999).

Observação direta

Para complementar a coleta de dados também foi utilizada a observação. Segundo Minayo (2001), a importância da observação decorre do fato do pesquisador poder captar uma variedade de situações ou fenômenos que não seriam obtidos somente pela entrevista. A observação oferece informações adicionais sobre o tema que se está

pesquisando (YIN, 2010), em que acontece o contato direto do pesquisador com o fenômeno observado. Na pesquisa qualitativa a observação é reconhecida como parte essencial do trabalho de campo, quando facilita a captação da realidade empírica (MYNAIO, 1999). De acordo com Creswell (2007), na observação o pesquisador registra sobre o comportamento e atividades das pessoas no local da pesquisa, podendo utilizar para tal, um protocolo observacional onde serão registradas notas descritivas e notas reflexivas. A observação pode ser do tipo observação participante na qual o pesquisador não é apenas um observador passivo, mas pode sim participar dos eventos estudados – ou do tipo observação direta, também reconhecida como observação não participante.

Nesta pesquisa adotamos a observação direta, uma observação que é criada e oportunizada na realização da visita ao campo onde foi realizado o estudo de caso, servindo como fonte de evidências, objetivando complementar as demais técnicas de coletas de dados (YIN, 2010).

A observação foi realizada no cotidiano, no ambiente onde acontece o processo de trabalho que envolve as equipes do NASF e ESF, atividades estas citadas por eles, durante e após as entrevistas, correspondendo a no mínimo uma coleta por Distrito Sanitário, junto aos profissionais indicados, em seus respectivos locais de trabalho.

Foram observadas as seguintes atividades desenvolvidas pelas equipes selecionadas: ações compartilhadas no território (Grupo com profissional de educação física (1), Grupo com Nutricionista (1), Grupo Idoso/DM (1), Reunião mensal do NASF (1), Reunião de equipe de ESF (2): sendo uma Reunião de equipe de ESF com Atividade de Educação Permanente (1) e outra com discussão de caso clínico; Apoio matricial/discussão de casos prévio a Visita domiciliar (1). As sete (7) observações foram realizadas em sete dias distintos, totalizando 20 horas, sendo que, 8 horas foram utilizadas em observação de atividades em grupos, 08 horas em reuniões e 04 horas em discussão de caso.

Como estratégia para o registro da observação direta foi construído um instrumento em que foram descritas e organizadas em forma de tabela as informações sobre o local onde aconteceram as atividades (CSs e território), sobre os participantes (profissionais do NASF e da ESF) e atividades exercidas (Ações clínicas compartilhadas, para intervenção interdisciplinar; Intervenções específicas do profissional NASF ao usuário; Ações compartilhadas no território) (apêndice E). Foi construído ainda um instrumento referente ao diário de campo, onde foram registradas as demais informações necessárias

referentes à observação (Apêndice F).

Os dados da observação bem como os registros do diário de campo foram digitados e armazenados para análise.

Pesquisa documental

Conforme Yin (2010) o uso de documentos é importante ao corroborar e valorizar informações vindas de outras fontes. Foram realizados estudos em documentos referentes à temática, no intuito de complementar as informações relatadas pelos participantes do estudo e observadas pela pesquisadora, bem como identificar a rotina do trabalho das equipes do NASF e sua articulação com as equipes de ESF.

Dentre os documentos foram pesquisados através de um roteiro previamente elaborado (Apêndice D): livro ata das reuniões de equipe, agendas dos profissionais do NASF e ESF, antigo Relatório Ambulatorial Atendimento Coletivo (RAAC) atualmente renomeado Atividade Coletiva, Normativa (n 001/2010) do NASF do município estudado, instruções para preenchimento de registro das atividades a serem desenvolvidas pelo NASF, agendas dos profissionais do NASF, Documento da Oficina do NASF realizada em 2011. Além desses documentos municipais, também foram pesquisados documentos ministeriais acerca da temática.

A coleta dos dados aconteceu após a apresentação dos objetivos da pesquisa aos profissionais participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos meses de março a outubro de 2013, após a liberação do Comitê de Ética da UFSC e liberação do local de pesquisa. Os dados da análise documental foram digitados e armazenados para análise.

3.4.3 Análise de dados qualitativa

A análise de dados é uma fase importante para o pesquisador, principalmente na pesquisa qualitativa (MORAES; GALIAZZI, 2011). Conforme Gil (2007) o objetivo da análise é organizar os dados de maneira que forneça as respostas ao problema da investigação. Segundo Matheus (2006), a análise além de organizar também fornece estrutura e extrai significado dos dados da pesquisa.

Como estratégia analítica o software de análise de dados assistidos por computador é uma ferramenta capaz de ajudar na organização e categorização de dados (Yin, 2010). Nesse momento da pesquisa, foi utilizada uma ferramenta tecnológica, uma versão do programa software de análise qualitativa ATLAS. ti. O ATLAS.ti tem

por objetivo facilitar a análise de dados textuais. Esta ferramenta agiliza as atividades envolvidas na análise qualitativa, tais como a segmentação do texto, a codificação e a escrita de comentários e anotações. (KLIPELL et al., 2004). Os dados das entrevistas foram organizados no software ATLAS.ti onde foram atribuídos códigos para nomear os conceitos relevantes para esta pesquisa e após foram estabelecidas categorias.

Esta fase da pesquisa qualitativa foi realizada a partir das transcrições das entrevistas e complementada com os registros de campo: observação e pesquisa documental.

Os dados coletados foram analisados de acordo com a análise textual discursiva descrita por Roque Moraes e Maria do Carmo Galiuzzi (2011).

A análise textual discursiva caminha entre a análise de conteúdo e análise do discurso. Moraes; Galiuzzi (2011) defendem o argumento de que se pode compreender esta análise como um processo auto organizado de compreensão em que novos entendimentos surgem de uma sequencia recursiva de três componentes:

desconstrução dos textos do *corpus*, a *unitarização*; estabelecimento de relações entre os elementos unitários, a categorização; o captar do novo emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada (MORAES, 2011, p. 12).

A análise textual discursiva refere-se a um mergulhar, um aprofundar em processos discursivos, objetivando obter saberes, construído de compreensões reconstruídas dos discursos.

Assim, após a coleta dos dados foi realizada leitura e releitura destas; foi iniciada a unitarização, na qual os textos foram separados em unidades de significados, que correspondem aos fragmentos de falas das entrevistas; e articulação de significados semelhantes – a categorização, onde cada categoria correspondeu a um conjunto de unidades de análise. Esta reunião das unidades de significados semelhantes gerou os níveis de categoria de análise (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Segundo Moraes e Galiuzzi (2006, p.125) “A combinação da unitarização e categorização corresponde a movimentos no espaço entre ordem e caos, em um processo de desconstrução que implica a construção”. O movimento para o caos, de “desorganização de verdades estabelecidas”, estaria representado pela unitarização e por sua vez, a categorização “é movimento construtivo de uma ordem diferente da original”. A partir de todo este processo nasceram os metatextos e a

partir destes é que foram organizadas e apresentadas as principais interpretações advindas dos conjuntos de textos expostos à análise. Moraes e Galiazzi (2011, p. 40-41) colocam que as produções dos metatextos, objetivo da análise textual discursiva, não se constituem em simples montagens, mas sim são resultados de processos intuitivos e auto organizados e devem, portanto, constituir-se de algo importante que o pesquisador tem a colocar a respeito de seu fenômeno de estudo – “um argumento aglutinador construído a partir da impregnação com o fenômeno e que representa o elemento central da criação do pesquisador”.

A validade e confiabilidade dos resultados foram construídas durante todo o processo, sendo através do rigor de cada etapa da análise, com uma unitarização e categorização rigorosa que encaminharam metatextos válidos e representativos dos fenômenos investigados; e da ancoragem dos argumentos na realidade empírica, alcançado com o uso de citações retiradas dos textos “corpus”.

O processo de análise dos dados deu-se sob à ótica do referencial teórico, procurando responder aos questionamentos da pesquisa e aos objetivos propostos.

3.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVO E QUALITATIVO

Da organização dos dados estabeleceram-se categorias conforme descrito abaixo, onde foram elaborados o manuscrito 1 com os dados dos questionários e os manuscritos 2, 3 e 4 com os dados de entrevistas, observação direta e pesquisa documental respectivamente.

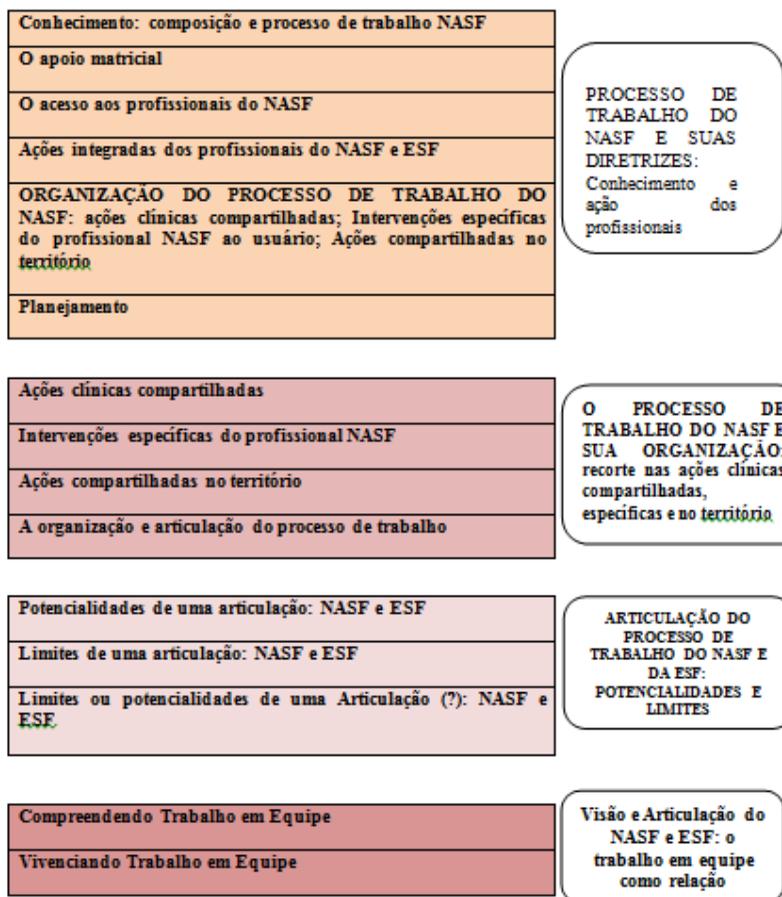


Figura 2 - Categorias identificadas a partir dos dados das entrevistas, observação, pesquisa documental e questionários.

Fonte: SILVA e RAMOS, 2014.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as fases desta pesquisa foram fundamentadas na resolução 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo garantidos assim os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa

Catarina com parecer favorável 11496212.8.0000.0121/2013 (Anexo A), bem como, pela instituição responsável pelos locais onde as pesquisas foram desenvolvidas - Departamento de Integração Ensino e Serviço em Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Anexo B).

Aos participantes foi solicitada a concordância de participação, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G) e assegurado o sigilo das informações e anonimato, bem como o direito de desistir durante qualquer etapa da pesquisa. O anonimato foi garantido com o uso de códigos para identificar suas falas: letras PE (profissional enfermeira); PM (profissional médico); N (NASF) e G (gestor) seguidas por um número correspondente à ordem cronológica das entrevistas.

Esta pesquisa não envolveu riscos de natureza física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural. Os benefícios da pesquisa estão no fato de contribuir com a reflexão acerca do processo do trabalho do NASF e sua articulação com as equipes de ESF.

Concluimos esse capítulo, com um quadro sintetizando o delineamento dessa pesquisa:

DESENHO DO ESTUDO Abordagem Quantitativa e Qualitativa Estudo de caso	
LOCAL DE PESQUISA CENTROS DE SAUDE de Florianópolis, SC, Brasil	
Momento Abordagem Quantitativa	Momento Abordagem Qualitativa
PARTICIPANTES	
198 profissionais da ESF 45 profissionais do NASF Total – 243 participantes	06 representantes DSS 10 profissionais da ESF 20 profissionais do NASF Total – 36 participantes
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
Questionários	Entrevista semi-estruturada Observação direta Pesquisa documental
ANÁLISE DE DADOS	
Estatística descritiva	Análise textual discursiva Leitura e releitura Unitarização Categorização (MORAES; GALIAZZI, 2011)
ASPECTOS ÉTICOS	
Resolução e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC com parecer favorável 11496212.8.0000.0121/2013 Autorização do Local de pesquisa TCLE	
RESULTADOS Respostas aos objetivos específicos	
Manuscrito 1 Abordagem quantitativa	Manuscrito 2 Manuscrito 3 Manuscrito 4 Abordagem qualitativa

Quadro 5 - Resumo do Delineamento da Pesquisa.

Fonte: SILVA e RAMOS, 2014.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme Instrução Normativa n 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que dispõe sobre alterações da elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, os resultados desta tese serão apresentados em forma de cinco manuscritos.

Um primeiro manuscrito apresentado no capítulo 2 - Plataforma Teórica - refere-se a uma revisão integrativa acerca do trabalho em equipe, intitulado “Trabalho em Equipe e Integralidade na Estratégia Saúde da Família (ESF): uma revisão de literatura”. Outros quatro manuscritos referem-se à análise dos dados obtidos pelos diversos instrumentos, visando responder aos objetivos de pesquisa.

Neste capítulo 4, segue o primeiro manuscrito referente à análise de dados quantitativos, e outros três manuscritos referentes à análise dos dados qualitativos.

O Manuscrito 1, intitulado “Processo de Trabalho do NASF e suas Diretrizes: Conhecimento e ação dos profissionais”, caracteriza um panorama geral do processo de trabalho do NASF em todo o município estudado.

O Manuscrito 2, intitulado “O Processo de Trabalho do NASF e organização: recorte nas ações clínicas compartilhadas, específicas e no território”; Manuscrito 3, intitulado “Articulação do Processo de Trabalho do NASF e ESF: potencialidades e limites”; e por último, o Manuscrito 4, intitulado “Visão e Articulação do NASF e ESF: o trabalho em equipe como relação estabelecida” aprofundam e extraem significados qualitativos da pesquisa.

Anterior aos manuscritos será apresentado, de forma descritiva, os resultados relativos à caracterização dos participantes e os resultados da abordagem qualitativa referente à categoria “Princípios e Diretrizes que regem a atuação do NASF”.

Posteriormente aos manuscritos será apresentado um quadro apresentando uma síntese dos resultados da pesquisa - quantitativos e qualitativos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

4.1.1 Participantes da etapa quantitativa

Distribuição dos participantes: sexo

Do total de profissionais participantes 74,49% (181) pertencem ao sexo feminino, sendo que destes, 142 profissionais correspondem a profissionais da ESF e 39 do NASF. Assim percebe-se que em ambos os grupos pesquisados existe a predominância do sexo feminino, indicando a questão do gênero, presente na enfermagem e saúde como um todo.

Distribuição dos participantes: faixa etária

Dentre os profissionais 18,51% (45) na faixa de 20 a 29 anos; 42,39% (103) encontram-se na faixa etária de 30 a 39 anos; 18,93% (46) na faixa de 40 a 49 anos; 10,70% (26) na faixa 50 a 59 anos; e 1,23% (03) na faixa maior que 60 anos. Pode-se notar que a maior prevalência etária dos profissionais da ESF (79) e do NASF (24) encontra-se entre 30 e 39 anos. De um modo geral, percebe-se que a maioria dos participantes possui idade maior que 30 anos.

Distribuição dos participantes: tempo de formação

Em relação ao tempo de formação do total dos profissionais participantes: 45,27% (110) têm entre 0 e 09 anos de formação; 32,92% (80) têm entre 10 e 19 anos de formação; 6,99% (17) têm entre 30 e 39 anos; e 1,23% (3) têm entre 20 e 29 anos de formação em sua área de atuação. Assim, observa-se uma prevalência de profissionais da ESF 34,57% (84) e NASF 10,70% (26) com até 09 anos de formação.

Distribuição dos participantes: tempo de atuação

Em relação ao tempo de atuação do total dos profissionais: 73,25% (178) têm entre 0 a 09 anos de atuação; 19,75% (48) têm entre 10 a 20 anos de atuação; e 0,82% (02) têm mais de 21 anos de atuação. Assim, observa-se uma prevalência de profissionais da ESF 57,61% (140) e NASF 15,64% (38) com até 09 anos de atuação.

Distribuição dos participantes: formação profissional

Em relação à formação profissional, dos participantes da ESF 27,78% (55) são enfermeiros; 26,26% (52) técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem; 22,22% (44) dentistas; 17,68% (35) médicos e 06,06% (12) técnico em saúde bucal e ou auxiliar de consultório dentário. De modo geral, a distribuição dos profissionais de saúde

segundo a formação profissional das equipes de ESF, do total dos participantes, a maior frequência pertence à categoria de enfermagem, seguida dos dentistas, médicos e com uma menor participação o técnico em saúde bucal.

Dentre os participantes do NASF está o profissional de educação física com um percentual de 20% (9), nutricionista 17,78% (8), pediatra 17,78% (8), psicólogo 13,33% (6), farmacêutico 11,11% (5), fisioterapeuta 8,89% (4), assistente social 6,67% (3), psiquiatra 2,22% (1) e fonoaudiólogo 2,22% (1). Observa-se uma maior participação dos profissionais de educação física seguido de nutricionistas.

Distribuição dos participantes: pós-graduação

Do total dos participantes 46,91% (114) são especialistas, 9,88% (24) são mestres e 1,65% (4) são doutores, com maior concentração em Saúde da Família e Saúde coletiva. Ressaltamos que, 4,53% (11) não informaram qual pós-graduação possuem.

Distribuição dos participantes: por Distrito Sanitário (DS)

Em relação à distribuição dos profissionais por DS, do total de participantes, 33,74% (82) profissionais pertencem ao DS “A”, 24,28% (59) ao DS “B”, 11,52% (28) ao DS “C”, 36 (14,81%) ao DS “D” e 15,64% (38) ao DS “E”.

4.1.2 Participantes da etapa qualitativa

Distribuição dos participantes: sexo

Do total dos profissionais participantes 31 pertencem ao sexo feminino e 5 ao sexo masculino. Assim percebe-se que existe a predominância do sexo feminino, indicando a questão do gênero, presente também no primeiro momento da pesquisa.

Distribuição dos participantes: tempo de formação

Em relação ao tempo de formação do total dos profissionais observa-se uma maior prevalência de participantes entre 6 e 10 anos de formação.

Do total dos profissionais do NASF existe uma prevalência com 50% dos profissionais que têm entre 06 e 10 anos de formação; dos profissionais da ESF observa-se uma maior prevalência com 40% dos profissionais que têm até 05 anos de formação; e dos profissionais gestores existe uma prevalência com 50% dos profissionais que têm

entre 11 e 20 anos de formação. Percebe-se que dentre os participantes, os profissionais da ESF são os que possuem menos tempo de formação.

Distribuição dos participantes: tempo de atuação

Em relação ao tempo de atuação percebe-se a prevalência de profissionais atuando entre 02 a 03 anos de atuação com 41,67% dos participantes. Observa-se 55% dos profissionais do NASF atuando entre 02 a 03 anos na APS, reflexo da recente implantação do NASF na APS. Dos profissionais da ESF, seis participantes, ou seja, mais da metade atuando de 06 anos ou mais anos e seis gestores atuando mais de quatro anos na atenção primária.

Distribuição dos participantes: formação profissional

Dos participantes da ESF 50% são enfermeiros e 50% médicos. Dentre os participantes do NASF estão o profissional de educação física com um percentual de 25% (5); assistente social 20% (4); nutricionista e farmacêutico com 15% (3); pediatra 10% (2) e psicólogo 10% (2); e fisioterapeuta 5% (1). Observa-se uma maior participação dos profissionais de educação física, seguido de assistente social e nutricionista. Esses dados coincidem com os dados obtidos no primeiro momento da pesquisa, abordagem quantitativa.

Distribuição dos participantes: pós-graduação

Do total dos participantes 30,56% são especialistas, 11,11% são mestres e 2,76% são doutores. Assim, observa-se que do total de participantes a maioria possui pós-graduação em Saúde da Família e Saúde coletiva. Constata-se então que, dos profissionais participantes que possuem pós-graduação, tanto da abordagem qualitativa quanto da abordagem quantitativa, a maior concentração possui pós-graduação em Saúde da Família e Saúde coletiva.

Distribuição dos participantes NASF: modalidade NASF

Dos profissionais do NASF participantes das entrevistas, em relação a modalidade do NASF na qual atuam, menos da metade com 45% dos profissionais referem pertencer a modalidade NASF 1, 20% profissionais pertencem ao NASF 2 e outros 35% colocam que não sabe ou apresentaram-se confusos a qual modalidade pertenciam.

Segundo o CNES (2012) todas as equipes de NASF do município estudado pertenciam naquele ano a modalidade NASF 1 (CNES,2012).

Distribuição dos participantes NASF por número de equipes

de ESF

Conforme os documentos ministeriais, o profissional do NASF deve se responsabilizar por um número de equipes de ESF de acordo com sua modalidade de NASF. O quadro 6 mostra o número de equipes de ESF pelas quais os profissionais do NASF são responsáveis.

Segundo a Portaria N 3.124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012 o NASF 1 deve vincular-se a no mínimo cinco (05) e no máximo nove (09) equipes de ESF e o NASF 2 passa a vincular-se no mínimo três (03) e no máximo de quatro (04) equipes de ESF.

Diante disto, percebe-se no quadro abaixo, que somente 06 (30%) profissionais do NASF assistem ao número adequado de equipes de ESF, sendo que 12 (60%) assistem mais equipes do que o MS preconiza. Ressalta-se que um profissional não sabia quantas equipes de ESF ele possuía sob sua responsabilidade.

Número Profissional NASF	Número de Equipes ESF sob responsabilidade dos profissional NASF
01	04 equipes
05	08 equipes
01	09 equipes
04	10 equipes
03	12 equipes
01	13 equipes
01	15 equipes
01	23 equipes
01	26 equipes
01	29 equipes

Quadro 6 - Profissionais do NASF e o número de equipes de ESF de sua responsabilidade.

Fonte: SILVA; RAMOS, 2014.

4.2 CATEGORIA – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES QUE REGEM A ATUAÇÃO DO NASF

Compreendendo Integralidade e Interdisciplinaridade

De acordo com os documentos ministeriais, as diretrizes do NASF compreendem a **integralidade** em três sentidos: “uma abordagem integral do indivíduo”; “práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações”; e “organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção” (BRASIL, 2009, p. 16).

Nesse mesmo documento, a **interdisciplinaridade** é vista como um trabalho no qual as diversas ações, saberes e práticas se complementam, envolvendo relações de interação dinâmicas entre saberes. O prefixo “inter” indica movimento ou processo, não somente **entre** as disciplinas, mas também **dentro** das disciplinas (BRASIL, 2010). A interdisciplinaridade é entendida como “processo de interação entre as disciplinas em que há cooperação acerca do conhecimento, por meio de sua ação coordenada” (LACERDA; MORETTI-PIRES, 2013, p.13).

Acreditamos que a integralidade do cuidado é permeada por várias dimensões, e conhecer apenas um desses conceitos pode-se correr o risco de “restringir sua potência de transformação das práticas de saúde” (BONALDI, 2007, p.53).

A partir desta perspectiva, acredita-se que é de extrema importância reconhecer a percepção sobre integralidade e interdisciplinaridade dos sujeitos de pesquisa, tendo em vista que a consolidação destes princípios está diretamente ligada ao saber e fazer. Resgatar um debate acerca dessa temática instigará e pode torná-la relevante para os profissionais envolvidos na pesquisa. No sentido de se efetivar a integralidade e interdisciplinaridade nos serviços de saúde, esse saber deve ser incorporado pelos profissionais de saúde, principalmente no que se refere ao processo de trabalho e na articulação dos profissionais do NASF e ESF.

Compreendendo integralidade na visão da ESF

Quando questionados acerca da integralidade do cuidado, as enfermeiras e os médicos das equipes de ESF compreendem este princípio nos três sentidos presentes nas diretrizes do NASF: no sentido de uma abordagem integral do indivíduo – o todo; no sentido de práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações - o agir com o

outro; e em menor frequência no sentido de organização do sistema, ou seja, na dimensão sistêmica – articulação do agir.

Para as enfermeiras, integralidade é poder ver o indivíduo de **forma integral**, e não dividi-lo em segmentos; é poder ver aquele usuário como um **todo**. Para o médico da ESF, integralidade é também ver o usuário desse modo, integralmente, no contexto em que vive.

Integra o atendimento mesmo e consegue fazer com que a gente veja um todo daquele paciente (PE3).

Ver o ser humano como um todo, integral, faz parte de uma família, um trabalho, que tem uma história de vida. Ele tem uma cultura, crenças, valores, preocupações, particulares (PM6).

Isso confirma o que outros autores encontraram em sua pesquisa (FONTOURA; MAYER, 2006), a ideia de que o indivíduo deve ser assistido como um todo. Reafirma também o que trazem os documentos ministeriais, nos quais a integralidade é percebida como uma abordagem integral do indivíduo (BRASIL, 2011).

Outra percepção de integralidade identificada nas falas dos profissionais da ESF foi o agir com o outro. Para as enfermeiras, integralidade é a integração do atendimento, a junção do conhecimento de todos os profissionais, para atender o usuário como um todo. Elas acreditam que a integralidade e interdisciplinaridade estão bem envolvidas, enlaçadas. Nas falas dos médicos, integralidade também é vista como o **trabalhar integralmente** com um olhar de **interação** entre os profissionais; é trabalharem juntos, com a **integração** de todos os profissionais. É uma atenção integral, completa, ao usuário, com todas as atenções a que o usuário necessita.

A gente foi discutindo um caso e foi se ligando em vários pontos, em que cada profissional percebeu. Ai a gente já mudou a direção, o foco do atendimento daquela pessoa. Então, é bem integralmente mesmo (PE3).

Integralidade seria todos trabalhando juntos, integração de todos os profissionais relacionados (PM8).

Percebemos que as falas vêm ao encontro do que trazem as diretrizes do NASF, onde a integralidade também é percebida no sentido de “práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações” (BRASIL, 2009, p.16). Para Henriques (2005), a atenção integral é concretizada com o trabalho de uma equipe multidisciplinar, com atuação interdisciplinar para a família e comunidade. É necessário o agir com o outro para que sejam produzidas práticas de integralidade em saúde (GOMES et al, 2007). Concordamos com Louzada et al. (2007) que a integralidade exige o encontro entre um fazer e um saber efetivo dos vários profissionais, fazendo-se necessário discutir acerca do trabalho em equipe.

Ainda que esse ponto de vista corresponda a uma parcela pequena dos entrevistados, um profissional da ESF, percebe integralidade de uma forma mais ampla, em uma dimensão sistêmica: a integralidade no sentido de “organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção” (BRASIL, 2009).

A integralidade é conseguir oferecer pro usuário do sistema tudo que ele precisa, atenção integral, por completo. E então isso é o que eu entendo assim: poder oferecer em todos os graus o que ele precisa (PM10).

Integralidade na visão do NASF

Para a maioria dos profissionais do NASF, a integralidade é percebida na dimensão individual, no sentido de abordagem integral do indivíduo: ver o indivíduo, a família, como **um todo**, um tratamento integral, em que o indivíduo não seja segmentado, e sim, visto integralmente.

E integralidade [...] ver o indivíduo como um todo, e um tratamento integral da melhor forma possível, não segmentar este paciente (N16).

E a integralidade é poder atender esse ser, que vem pra gente, no seu total. Não adianta eu olhar só o lado medicamentoso dele. Como é que eu vou fazer um processo terapêutico pra ele se eu não olhar se ele tem uma boa cognição. É isso que eu vejo, olhar ele como um todo, de uma forma ampla (N27).

Os profissionais do NASF também percebem a integralidade como o agir com o outro para um agir no todo. A integralidade remete a **união**: cada profissional com o seu conhecimento procura contribuir para um **trabalho integral**, um atendimento completo ao usuário, não fragmentado. Seria o desenvolvimento de cada ação para um trabalhar integralmente; o atender o usuário de forma integral com a interdisciplinaridade. A integralidade é alcançada através da interdisciplinaridade, sendo que, estas andam lado a lado e é impossível separá-las. A equipe do NASF, com suas diferentes áreas do saber, vem dar apoio e qualificar o atendimento na questão da integralidade do sujeito. Na perspectiva da integralidade, somente os profissionais da ESF não conseguiriam construí-la, é necessária a presença dos profissionais do NASF. A integralidade muitas vezes é considerada, comparada a um sonho, algo difícil de alcançar.

Eu acho que integralidade remete mais a união. Integralidade seria cada profissional de cada área, tentar buscar aquilo dentro de sua área, seu conhecimento da sua área e tentar contribuir para um trabalho integral, um trabalho completo ao paciente. [...] Seria o desenvolvimento de cada ação para trabalhar de forma integral com aquele paciente (N17).

Integralidade é[...], atender aquela família como um todo, de forma integral com a interdisciplinaridade. Todos esses profissionais, atendendo essa família de forma integral, visando não só na saúde

doença, mas enfim no contexto social, sócio econômico (N24).

Os profissionais do NASF expressam nas falas a integralidade também na dimensão **sistêmica**. A integralidade seria a articulação dos diferentes profissionais em busca de um atendimento integral, envolvendo toda a rede, porém indo além da questão da saúde. Para alguns profissionais do NASF, a integralidade vai além de entender o indivíduo em seu contexto social. O profissional deve se organizar para atender o usuário em todas as suas necessidades de saúde, nos diferentes níveis do sistema. Integralidade envolve um sistema de saúde integrado pra resolver da melhor maneira as necessidades do território.

E a integralidade [...], a gente entender o indivíduo, [...] no seu contexto comunitário, na cidade, país, no mundo, enfim, exige uma compreensão mais social mesmo, do trabalho em saúde. [...] Tem a questão da integralidade do Sistema Único de Saúde, ter que se organizar para atender todas as necessidades do usuário, desde as questões mais básicas, mais simples, até aspectos mais complexos. Então, acho que o sistema estar garantindo integralidade ao usuário, significa ele ser atendido em todas as suas necessidades de saúde (N18).

Percebemos assim que, tanto do ponto de vista dos profissionais da ESF quanto dos profissionais do NASF, a integralidade é praticamente identificada pelos mesmos sentidos que trazem as diretrizes do NASF. A reflexão acerca da integralidade pode sim ampliar a organização e articulação do processo de trabalho dos profissionais do NASF e da ESF.

Por outro lado, o desconhecimento acerca desse princípio por parte dos profissionais da APS nos chama a atenção, e indica ser necessário um estudo em profundidade. Neste contexto, algumas falas nos trazem a ideia de que a integralidade não é algo fácil de conceituar, como se pode ver abaixo:

Pergunta difícil, integralidade... Não sei te responder (N21).

Integralidade, isso ai eu não sei (N22).

Integralidade faz parte do SUS, eu não sei, não saberia explicar dentro do NASF, sei lá (N26).

A questão da integralidade nem sei, nunca pensei em relação a isso estar trabalhando de uma maneira, eu não sei, não sei te dizer (N29).

O silêncio presente neste questionamento aos participantes é percebido como algo preocupante, no sentido que acreditamos ser necessário conhecer e apropriar-se de um termo para então podermos alcançá-lo. Percebemos ser impossível almejar, alcançar algo que desconhecemos. Como construir e planejar algo que desconhecemos? Como alcançar a integralidade desconhecendo seus vários sentidos? Poderíamos praticá-la sem conhecê-la?

Compreendendo Interdisciplinaridade na visão da ESF

Para a maioria das enfermeiras deste estudo, a interdisciplinaridade é a **articulação de várias disciplinas**, a visão de vários profissionais, o conhecimento de vários profissionais no atendimento a vários aspectos de uma demanda do usuário, contribuindo para um atendimento integral.

Interdisciplinaridade, eu entendo que ele atende em conjunto, que a própria questão do NASF e ESF é uma interdisciplinaridade, tá articulando aquele caso com várias disciplinas diferentes [...] (PE2).

A gente tá realmente discutindo o caso. Por exemplo, atender o paciente, mas discutindo com a visão de todos os profissionais. [...] Então é muito interessante, porque cada um tem a sua visão, e a gente discute aquele caso, a gente vê que as peças vão se

encaixando. Que se você fica com aquela visão única [...] (PE3).

Nos relatos dos médicos da ESF, encontramos que a interdisciplinaridade é a **interação de diversos olhares** com uma mesma linguagem. É uma troca de visões, uma integração entre as disciplinas. É a união de diferentes visões, de diferentes profissionais, dos diferentes conhecimentos, uma percepção de vários ângulos e focos. Um reunir áreas específicas para um único bem em comum: a melhoria da qualidade de vida e saúde do usuário. Entretanto, unir estas funções muitas vezes não é tarefa fácil.

O bonito da interdisciplinaridade é tu juntar visões diferentes de cada profissional, cada formação tem um conhecimento diferente (PM6).

A gente faz reunião com a equipe, discute tudo. Então, nós falamos a mesma linguagem, cada um com seu olhar, a gente interage. Então, essa interação é a interdisciplinaridade (PM8).

Nos relatos, desvelou-se que a interdisciplinaridade é a capacidade de as diferentes disciplinas **trabalharem harmonicamente** entre si com a finalidade de construir uma assistência que compreenda o usuário. A interdisciplinaridade também foi vista como o **trabalhar em equipe**, conseguir dialogar e trabalhar, cada um utilizando suas potencialidades em um tratamento resolutivo.

Interdisciplinaridade é coisa de a gente trabalhar em equipe. É a gente entender o que eu posso fazer, o que você pode fazer, o que a gente pode fazer junto para o melhor para o paciente entendeu? Não se focar tanto, não: o meu papel é este, e o meu papel é este, eu faço isso e aquilo... E acho que é a gente conseguir dialogar e trabalhar, cada um utilizando suas potencialidades como profissional e indivíduo e conseguir dar o melhor, tratar o paciente da melhor maneira

possível. Tratar bem no aspecto, tratar bem como pessoa, tratar educadamente e [...] ter resolutividade naquilo que ele esta buscando na atenção a saúde, na unidade de saúde (PM7).

Para outro médico da ESF, a interdisciplinaridade é vista como uma “palavra linda”, mas que ninguém sabe exatamente como funciona, como fazer, como ocorre essa interdisciplinaridade.

Então... ninguém sabe exatamente como funciona isso, como fazer, como ocorre essa interdisciplinaridade né, ... a palavra é linda, mas e daí como é que a gente faz (PM6).

Neste sentido, a interdisciplinaridade é percebida como um desafio, um princípio difícil de alcançar.

Compreendendo interdisciplinaridade na visão do NASF

Os relatos dos profissionais do NASF apontam que a interdisciplinaridade é focar as necessidades do indivíduo nas **diversas profissões, unir o conhecimento** de todos os profissionais de maneira que o usuário seja visto de forma completa, como um todo, para um melhor tratamento.

No sentido de trabalhar o indivíduo como um todo. Não focar apenas em uma profissão para estar orientando o indivíduo. Não achar que só o médico quer atender, só o enfermeiro, o farmacêutico e não vai ter uma conversa entre eles. Vão estar discutindo este caso, vendo qual o melhor tratamento para esta pessoa. Então, no sentido de unir realmente as categorias, no sentido de olhar o ser humano como completo, como um todo, e não como partes separadas. Tu faz o teu, tu faz o teu, sendo que tudo é pra mesma pessoa. Então, é unir o conhecimento para

um melhor tratamento para essa pessoa (N16).

É um trabalho em conjunto, onde vários profissionais de várias áreas trabalham numa situação, mesmo caso, e a gente tenta encontrar uma solução mais integral para aquele usuário (N19).

Para alguns profissionais, a integralidade deve vir antes da interdisciplinaridade, o integral deve vir antes do interdisciplinar.

Interdisciplinaridade, na minha opinião, eu acredito que seja o uso específico de cada conhecimento pra trabalhar separadamente cada questão e, se possível, tentar integrar mais tarde. O integral vem antes do interdisciplinar. Para ter interdisciplinaridade tem que ter integralidade, senão o trabalho fica incompleto (N17).

A interdisciplinaridade é percebida como um reconhecimento da necessidade de um **olhar das diversas profissões**, incluídas ou não nas equipes do NASF, para intervir no processo saúde doença. É necessário pensar uma maneira para que esses diferentes conhecimentos dialoguem entre si e elaborem um plano de intervenção. Na interdisciplinaridade deve existir um **diálogo entre as profissões**, os diferentes saberes e conhecimentos para um projeto comum, um objetivo comum.

Então, interdisciplinaridade, eu diria que é um reconhecimento de que, pra trabalhar na promoção da saúde, prevenção de doenças, e agravos no próprio tratamento é necessário um olhar, o reconhecimento de todas essas profissões colocadas aí e outras que, inclusive, não estão no NASF, nas equipes [...] (N18).

Interdisciplinaridade é um conjunto de diversos profissionais com um mesmo **olhar** para a demanda do usuário. É estar aberto para

trabalhar junto e dividir as ações e conhecimentos, estando atento para não ultrapassar o **limite do campo e núcleo** deste conhecimento.

Pra mim, interdisciplinaridade [...] é fazer junto mesmo. Fazer junto e não ficar com aquele pudor: isso é meu e isso é teu. Claro que vai ter limites, tem coisas realmente que é o nutricionista que tem que fazer. É conhecimento, que é o negócio do núcleo de conhecimento, mas é [...] se abrir um pouco pra trabalhar em um jeito mais conjunto assim. [...] Eu acho que interdisciplinaridade é estar aberto pra trabalhar deste jeito, pra trabalhar junto e dividindo as coisas, cabem tanto as ações, como os conhecimentos. E aí o difícil, às vezes, é de conseguir chegar neste limite de o que é o campo e o que é o núcleo. Mas eu acho que isso agente vai aprendendo, [...] no cotidiano (N28).

Os documentos ministeriais ressaltam que um pressuposto fundamental da proposta do NASF é de que é obrigatória a compreensão do que é conhecimento nuclear do especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável entre as equipes da ESF e o NASF (BRASIL, 2010), onde o campo seria os saberes e responsabilidades comuns das variadas profissões e o núcleo é os saberes e responsabilidades específicos de cada profissão.

Para alguns profissionais do NASF a interdisciplinaridade são os **diversos olhares no mesmo foco**, um objetivo em questão, uma troca, com o objetivo de buscar uma melhor qualidade de vida do usuário.

Olha, da parte da interdisciplinaridade existem vários profissionais trabalhando, cada um dando sua contribuição pra chegar a atingir um objetivo em questão. Acho que cada um tem a sua parcela, isso é muito importante, cada um tem uma visão diferente. A gente nota em cada discussão que a gente faz que, realmente, às vezes você não para pra pensar, e o outro já está acostumado com medicamento, já tem um

outro olhar que, de repente, o profissional não teria. Um vai complementando o outro (N23).

Para outros profissionais do NASF, a interdisciplinaridade é essa **troca** que existe entre as diferentes áreas de conhecimento, uma discussão como acontece no NASF, um saber permeando o outro para que ocorra um crescimento conjunto entre os profissionais. Há quem diga que esta troca é “um sonho de consumo”, no contexto em que o conhecimento de um não é superior ao conhecimento do outro.

A interdisciplinaridade seria a **articulação** das diversas profissões em ação, o trabalho em ato, um alargamento do eixo profissional em que a atuação deveria ser conjunta e articulada.

Neste contexto, a maioria das falas mostra que os profissionais da ESF e NASF percebem a interdisciplinaridade próxima do que é descrito nos documentos ministeriais, como um trabalho no qual as diversas ações, saberes e práticas se complementam, envolvendo relações de interação dinâmicas entre saberes.

Nessa perspectiva, os profissionais do NASF acreditam que, em termos de interdisciplinaridade, o NASF ainda está caminhando, encontra-se em uma etapa inicial, no qual o processo de trabalho ainda é fragmentado, bastante segmentado em cada categoria profissional. Entretanto, algumas áreas conseguem desenvolver uma proximidade maior do trabalho interdisciplinar.

Para outros participantes, profissionais da ESF e também do NASF, a interdisciplinaridade também é percebida como algo difícil de explicar. Eles não conseguem conceituá-la, expressam com desagrado não saber o que é interdisciplinaridade, e que existe também uma confusão de conceitos.

É difícil de explicar [...] Trabalhar com os profissionais da equipe já é também. Mas eu não sei como coloco isso [...] (PE1).

Não sei, até deveria saber, até sabia, mas com o passar do tempo a gente [...] Deveria saber, mais não sei (N21).

O NASF e seu processo de trabalho é algo novo e está em construção, mas os profissionais reconhecem que devem ter um avanço e sair da multiprofissionalidade e do “encaminhar” e ir para um modelo

interdisciplinar, onde as ações devem ser discutidas coletivamente. Acreditam que estão passando uma fase de transição e que, em alguns momentos conseguem atuar interdisciplinarmente, mas em outros, não. Portanto, deve-se ter o cuidado para não ficar na multiprofissionalidade e na função de encaminhar.

Diretrizes de maior atuação do NASF

Os profissionais do NASF têm como responsabilidade central atuar e reforçar em nove diretrizes na atenção à saúde. Além da integralidade e da interdisciplinaridade, há também a intersetorialidade, o território, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção à saúde e a humanização (BRASIL, 2010).

O NASF, enquanto política federal com suas diretrizes, muitas vezes é percebido como um projeto ambicioso e utópico, justamente quando é avaliado o perfil de formação dos profissionais que estaria longe desse contexto e possui obstáculos em sua construção (ROCKENBACH, 2013).

Nesta pesquisa, quando questionados acerca das diretrizes de maior atuação em seu processo de trabalho, os profissionais do NASF afirmam atuar primeiramente na intersetorialidade, seguida de promoção da saúde, educação permanente e humanização, educação popular e interdisciplinaridade, controle social, e por último, a integralidade e território. Ressaltamos que alguns dos profissionais do NASF citaram sua maior atuação em mais de uma diretriz, como podemos observar na figura abaixo, totalizando assim 46 respostas, indicando uma média de duas indicações de diretrizes por profissional.

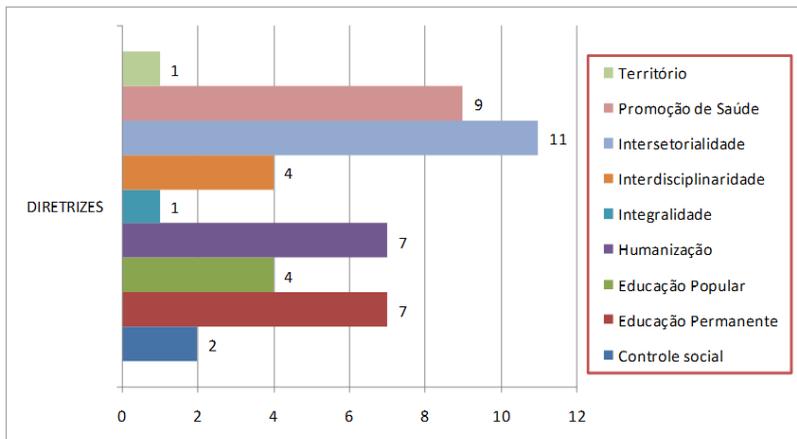


Figura 3 - Diretrizes da atenção à saúde de maior atuação dos profissionais do NASF pesquisados (n20).

As falas nos mostram que a **intersetorialidade** está fortemente ligada a algumas profissões, como a assistência social e a pediatria, principalmente pela atuação destes profissionais no Programa Saúde na Escola (PSE) e a articulação ao nível da atenção hospitalar pelos apoios aos pediatras. Alguns profissionais do NASF fazem com que aconteça um suporte de apoio em rede, uma rede de apoio que se dá de forma intersetorial, que ultrapassa o setor saúde.

Acho que a intersetorialidade, porque a educação, ela nos chama muito e ela tem uma parceria muito forte com a saúde, até mesmo pelo PSE. E, então ela se sente apoiada pela saúde, e a gente percebe a importância de buscar a criança na escola. [...] existe uma parceria com ganhos bilaterais - educação e saúde. Então, intersetorialidade é uma coisa bem forte na minha atuação. E também por conta desse apoio que eu tenho com especialistas do Hospital X. Então, intersetorialidade é assim, setor de alta complexidade e rede, eu consigo

diminuir a distância que o sistema nos impõe (N25).

A intersetorialidade, porque [...] trabalho muito com a constituição de redes, de suporte social, o tempo inteiro agente tem a intensionalidade de fazer com que este sujeito possa constituir uma rede de suporte social, uma rede de apoio. [...] Essa rede não é só através de serviço de saúde, mas é de uma gama de vários setores, vamos dizer assim (N34).

Segundo os documentos Ministeriais, a intersetorialidade requer das equipes, dos diversos profissionais, um trabalho articulado com rede/instituições que estão fora de seu próprio setor. A intersetorialidade seria a “articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto” (BRASIL, 2010, p.18).

Fagundes (2013) coloca que o elemento intersetorialidade foi observado em sua pesquisa como uma compreensão de rede. Ressalta que a interação com outros serviços e equipamentos sociais de cada território possui como resultado a solidificação, a presença das equipes de ESF na comunidade.

Assim, em estudo acerca das ações desenvolvidas pelos residentes de fonoaudiologia e psicologia do NASF, também foi observado que ocorre reunião de rede, o encontro de representantes de várias políticas de instituições governamentais e não governamentais que se propõem a refletir sobre estratégias de cidadania – um grupo com representantes das políticas de assistência social, direitos humanos e justiça, saúde e educação, que juntos vêm construindo projetos (ROCKENBACH, 2013).

Nesta pesquisa, um aspecto que chama a atenção é que a grande maioria dos profissionais relaciona a intersetorialidade em seu processo de trabalho ao Programa Saúde na Escola, simplificando assim a amplitude dessa diretriz.

Após a intersetorialidade, a **promoção à saúde** é a segunda diretriz de maior atuação dos profissionais do NASF. Esta diretriz está fortemente presente em especial para os profissionais de educação física, nutricionistas e pediatras.

Promoção da saúde, este é um ponto forte da educação física, a gente trabalha muito (N31).

Nesse contexto, estudo acerca da atuação do nutricionista do NASF contraria essa afirmação, ao concluir que os profissionais nutricionistas deveriam contemplar maior atuação nas ações voltadas para o atendimento à promoção da saúde. Sendo assim, os nutricionistas deveriam considerar mudanças em seu processo de trabalho, já que nem sempre esta diretriz se faz presente em seu cotidiano (FAGUNDES, 2013).

É importante ressaltar que aqui a promoção à saúde deve ser compreendida além de informações e capacitações para indivíduos e de organização, ou na busca de controlar as condições de saúde em grupos de população específica. “Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis” (BRASIL, 2010, p.19).

A **educação permanente** e a **humanização** também foram citadas pelos profissionais do NASF, porém em menor frequência, ou seja, foram citadas por menos da metade dos participantes. A educação permanente como podemos constatar nas falas, está relacionada à educação à equipe e a educação ao usuário.

Educação permanente, porque a gente esta sempre em contato com as equipes, e acabam perguntando, tirando dúvidas, que acabam repassando nos seus territórios (N35).

Educação em saúde também, porque a gente está o tempo todo educando paciente que vem aqui (N32).

A humanização, acho que é o que agente esta sempre buscando. Um atendimento de qualidade para aquele usuário, para que os direitos deles sejam realmente efetivados. Então, isso que a gente busca: a qualidade do atendimento e o direito desse usuário, acho que é por ai (N24).

Em sua pesquisa, Fagundes (2013) constata que a humanização

também foi citada pelos participantes, porém com maior prevalência, juntamente com a integralidade.

Conforme os documentos Ministeriais, a humanização é “uma possibilidade de modificar as práticas de atenção e gestão no SUS, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários, atores sociais implicados com a produção de saúde.” (BRASIL, 2010, p19). Esta diretriz é concretizada quando os princípios do SUS são vivenciados pelos profissionais e usuários no trabalho concreto (BRASIL, 2010).

Por sua vez, a educação permanente deve ser vista como um processo que permite sobretudo, a análise coletiva do processo de trabalho para concretizar a ação educativa. Trazemos aqui a questão do apoio matricial, uma das ferramentas propostas para o NASF mais citada e utilizada nesta pesquisa, e sua dimensão técnico-pedagógica, que produz ação de apoio educativo com e para a equipe. O conceito de apoio matricial possui “uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente” (BRASIL, 2010, p.12).

Além das diretrizes já mencionadas, outras, diretrizes como a **interdisciplinaridade** e a **educação popular**, foram citadas por quatro dos profissionais do NASF como diretrizes de sua maior atuação.

A educação popular, porque eu não consigo fazer educação bancária. Tem horas que a gente da um escorregão, acaba dando uma orientação mais prescritiva e tal. Mas eu acho que a educação popular é mais forte, assim: tentar conhecer o conhecimento do outro, a parte do outro, respeito pelo que o outro conhece, saber que não sou só eu que estou naquela relação. A educação popular é forte (N28).

A interdisciplinaridade também “deve ser entendida como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado” BRASIL (2010, p.18).

Fagundes (2013) refere que os profissionais do NASF vêm buscando a integração e o trabalho com as equipes de ESF sob sua responsabilidade, e existe uma valorização da interdisciplinaridade percebida em seu processo de trabalho.

Nessa perspectiva, como já citado anteriormente, a interdisciplinaridade é percebida pelos participantes, com certa aproximação ao conceito dos documentos ministeriais. Os profissionais do NASF acreditam que, em termos de interdisciplinaridade o NASF ainda está caminhando, encontra-se em um processo inicial, em que ainda ocorre a presença de um trabalho fragmentado. Entretanto, algumas áreas conseguem desenvolver uma proximidade maior com o trabalho interdisciplinar.

Como observamos na Figura 2, abaixo da interdisciplinaridade e educação popular, está o controle social, citado por dois dos profissionais como diretriz de maior atuação.

Na participação social estão envolvidos “espaços sociais, comunitários e locais, em geral focados na gestão participativa, onde é compartilhado poder e construído um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e fortalecimento da sociedade civil.” (BRASIL, 2010, p.18)

Corroborando com a informação acerca do controle social, Fagundes (2013) desvela que a participação nessa diretriz foi considerada insatisfatória por quase metade dos participantes de sua pesquisa sobre o NASF, o que mostra uma incipiente participação dos profissionais no controle social, sendo necessário o enfrentamento desse e de outros desafios, como a dificuldade de atuar conforme as demandas do território.

Por fim, dentre as diretrizes identificadas como maior atuação pelos profissionais do NASF, em último lugar estão a **integralidade** e o **território**, citadas, cada uma, por apenas um dos profissionais. Esse resultado nos chama a atenção: devemos refletir sobre o quão importante é que essas diretrizes estejam presentes em maior proporção no processo de trabalho do NASF. Tais dados estão de acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa (que serão apresentados posteriormente), nos quais o desconhecimento do território é um dos limites apontados pelos profissionais do NASF na articulação do seu processo de trabalho com as equipes de ESF.

Segundo as diretrizes, a organização do processo de trabalho do NASF deve acontecer dentro do território, sendo que as equipes de saúde devem conhecer plenamente as fragilidades e potencialidades desse território (BRASIL, 2010).

Por sua vez, esse mesmo documento afirma que a integralidade deve ser a principal diretriz praticada pelo NASF, uma forte ferramenta na implantação do NASF e ESF, um valor (BRASIL, 2011). Acreditamos que conhecer o território e atuar sob a perspectiva da

integralidade é essencial para a ampliação da articulação do NASF e ESF, considerando que quanto mais distante da integralidade se estiver, mais frequente será a fragmentação das ações.

Diferentemente deste resultado, em pesquisa acerca do processo de trabalho do NASF, a integralidade foi um dos principais achados, identificada como importante diretriz de atuação (FAGUNDES, 2012) e chama-se a atenção para o fato de que essa diretriz seja considerada a principal do NASF e pode contribuir relevantemente na organização do processo de trabalho (BRASIL, 2010).

Alcançar as diretrizes do NASF propostas pelo documento ministerial não é tarefa fácil. Certamente algumas são mais difíceis de alcançar do que outras, mas o atuar desses profissionais com o olhar atento às nove diretrizes do NASF é visto como uma ferramenta essencial na reorganização do processo de trabalho do NASF.

4.3 MANUSCRITO 1 - O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF E SUAS DIRETRIZES: CONHECIMENTO E AÇÃO DOS PROFISSIONAIS

WORKING PROCESS AND GUIDELINES OF THE NASF: KNOWLEDGE AND ACTION OF THE PROFESSIONALS

PROCESO DE TRABAJO DEL NASF Y SUS DIRECTRICES: CONOCIMIENTO Y ACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira
RAMOS, Flávia Regina Souza

Resumo: Trata-se de estudo transversal que analisa as ações desenvolvidas e o conhecimento acerca das diretrizes do processo de trabalho do NASF em um grupo de 45 profissionais do NASF e 198 da ESF do município de Florianópolis. Os dados foram coletados por meio de questionários auto aplicado e analisados por estatística descritiva. Constatou-se que os profissionais conhecem totalmente sua equipe (76,54%) e seu processo de trabalho (51,85%); conhecem parcialmente sua agenda (37,5%) e conhecem ou leram a normativa que define as diretrizes de atuação do NASF (26,75%). Os entrevistados concordam que os profissionais do NASF oferecem apoio (42,39%), principalmente no apoio técnico pedagógico, à ESF; que o acesso ao usuário acontece por meio da ESF (61,32%) e as ações integradas entre os profissionais acontecem às vezes (42,80%). Dentre as ações praticadas, destacam-se primeiramente as ações clínicas compartilhadas, com a discussão de casos clínicos (38,27%); seguida das ações compartilhadas no território, com o apoio a grupos (25,93%) e as intervenções específicas do profissional NASF ao usuário (16,46%). Os entrevistados também apontam que são garantidos espaços para reuniões de planejamento (39,92%). Evidencia-se a necessidade dos profissionais serem amparados com um suporte de capacitação acerca das diretrizes do NASF. O NASF está em construção e necessita de um olhar especial de todos os atores envolvidos.

Palavras-Chave: equipe de assistência ao paciente; ESF; trabalho; atenção primária a saúde

Abstract: It is a cross-sectional study that analyzed the actions taken and knowledge about the working process guidelines of the NASF by 45 professionals, and 198 from the ESF, in Florianópolis. The collection of

data was through self-applied questionnaires and analyzed by descriptive statistics. It is possible to say that professionals thoroughly know their staff (76.54%) and working process (51.85%); they partly know the schedule (37.5%), and they know or read the rules defining operational guidelines of the NASF (26.75%). There is an agreement in relation to the NASF professionals' support (42.38%), mainly, on educational support to the ESF; user's access happens through the ESF (61.32%) and integrated actions among professionals happen sometimes (42.80%). It is worth pointing out, among the actions taken, the clinical ones shared with clinical cases discussion (38.27%). After that, shared actions in the territory with groups' support (25.93%) and specific interventions from the NASF professional to the user (16.46%). Also, it is possible to guarantee spaces for planning meetings (39.92%). It appears the professionals' need about training support on NASF guidelines. The NASF is under construction and needs a particular look of all the actors involved.

Key words: Patient care team. ESF. Work. Primary healthcare.

Resumen: Se trata de un estudio transversal que analizó las acciones desarrolladas y el conocimiento acerca de las directrices del proceso de trabajo del NASF, por 45 profesionales del NASF y 198 del ESF del municipio de Florianópolis. Los datos fueron obtenidos a través de cuestionarios autoaplicados y analizados por una estadística descriptiva. Se constató que los profesionales conocen totalmente su equipo (76,54%) y su proceso de trabajo (51,85%); conocen parcialmente su agenda (37,5%) y conocen o leyeron la normativa que define las directrices de actuación del NASF (26,75%). Se puede afirmar que los profesionales del NASF ofrecen su apoyo (42,38%), principalmente, el apoyo pedagógico para el ESF, el acceso al usuario se da a través del ESF (61,32%) y las acciones integradas entre los profesionales acontecen algunas veces (42,80%). Entre las acciones practicadas, se destacan, primeramente, las acciones clínicas compartidas con la discusión de los casos clínicos (38,27%), seguidas por las acciones compartidas en el territorio con el apoyo a los grupos (25,93%) y las intervenciones específicas del profesional NASF para el usuario (16,46%). También, es posible garantizar espacios para reuniones de planeamiento (39,92%). Es evidente la necesidad de que los profesionales sean amparados con un soporte de capacitación acerca de las directrices del NASF. El NASF está en construcción y necesita de un cuidado especial por parte de todos los actores que participan.

Palabras clave: equipo de asistencia al paciente, ESF, trabajo,

atención primaria para la salud.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é norteado por princípios e diretrizes que contribuem nas transformações dos serviços de saúde. A integralidade é um desses princípios que, na Atenção Primária à Saúde (APS), amplia as interfaces a se gerir e insere novos desafios no campo das competências (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). Para colaborar com a reorganização do modelo de atenção à saúde, em 1994 o Ministério de Saúde criou o Programa de Saúde da Família, sendo posteriormente nomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), com enfoque nas famílias e em um território de atuação que promove maior acesso à APS. Segundo Scherer; Pires; Jean, (2013), a ESF, com seu modelo, torna mais complexo o trabalho.

Na trajetória de consolidação do SUS, pela insuficiência da APS na ampliação dos cuidados integrais às famílias, em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), para apoiar e complementar o processo de trabalho das equipes de ESF, com ferramentas de trabalho como o apoio matricial, a clínica ampliada e os projetos terapêuticos singulares e coletivos. O NASF possui profissionais com vários núcleos de conhecimento que vêm para dar suporte às necessidades da ESF, compartilhando práticas, saberes e o cuidado em saúde da população de um determinado território (BRASIL, 2012; OLIVEIRA et al., 2014). Apresenta também uma proposta inovadora de processo de trabalho e organização (LANCMAN et al., 2013), com diretrizes ministeriais (BRASIL, 2010) orientadoras e desafiadoras. O NASF não se constitui porta de entrada, sendo esta função das equipes de ESF, mas se configura como um suporte técnico-pedagógico e assistencial aos profissionais de saúde.

A organização do processo de trabalho e a formação de equipes do NASF são extremamente importantes, visto que somente a formação e contratação de profissionais com seus variados conhecimentos não garante, necessariamente, o atendimento as necessidades dos usuários (TOMASI; RIZZOTTO, 2013), pois “Integrar uma equipe é mais do que agregar e somar funções para se alcançar um objetivo comum”. No espaço interdisciplinar, em uma equipe integrada, deve ocorrer o debate de ideias e o desenvolvimento da capacidade criadora e da consciência crítica, elementos fundamentais para a formação do verdadeiro vínculo de equipe (BRASIL, 2010, p. 39).

Apesar de estar em processo de construção, o NASF e suas ações vêm imprimir mais qualidade à assistência prestada e não somente suprir a demanda assistencial em seu aspecto quantitativo (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). O NASF e sua estrutura de trabalho geram uma reflexão acerca de uma construção do Sistema de Saúde feito por “meio de alianças” entre os profissionais – o trabalho em equipe; o setor saúde em conjunto com outros setores, profissionais e gestores e a articulação entre políticas públicas visando um objetivo comum (OLIVEIRA, et al., 2014, p.14). Essa construção necessita de um olhar atento de todos os profissionais envolvidos.

Motivado por esse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar as ações desenvolvidas e o conhecimento das diretrizes do processo de trabalho do NASF pelos profissionais do NASF e ESF no município de Florianópolis.

MÉTOD

Trata-se de um estudo transversal, realizado nos Centros de Saúde do município de Florianópolis. Na esfera da APS este município possui 50 Centros de Saúde com 120 equipes de ESF distribuídas em cinco Distritos Sanitários de Saúde (DS) e recebem apoio de 12 equipes de NASF (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Os participantes foram selecionados por meio dos seguintes critérios de inclusão: ser integrante de equipe de ESF (atuando como enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, auxiliar de consultório dentário) e ou do NASF desse município. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: ser Agente Comunitário de Saúde e estar de férias ou de licença. Optou-se em não investigar os ACS devido a necessidade de limitar os participantes de pesquisa e garantir a exequibilidade da pesquisa.

A pesquisa foi divulgada nos Centros de Saúde buscando atingir o máximo possível dos profissionais. Do total de 499 questionários enviados aos profissionais, retornaram 249, sendo que 06 foram excluídos segundo critérios de inclusão e exclusão. Participaram dessa pesquisa 243 profissionais, sendo 198 integrantes das equipes de ESF e 45 das equipes do NASF, o que representou 46,37% e 62,50% respectivamente do total dos questionários enviados. Embora não se tenha partido de um cálculo amostral inicial e tenha se acessado a totalidade dos trabalhadores, o número alcançado indicou uma amostra com intervalo de confiança de 95% e um erro amostral de 5%.

A coleta dos dados ocorreu durante o período de março a setembro de 2013, através de um questionário auto aplicado, elaborado pela pesquisadora e embasado na normativa que define as normas e diretrizes para gestão e atuação dos NASF do município estudado. Esse questionário contempla questões acerca do perfil sócio profissional, além de 28 afirmações relacionadas às seguintes temáticas: “Conhecimento da normativa e das diretrizes do NASF”; “Apoio matricial: processo de trabalho”; “Acesso aos profissionais do NASF”; “Ação integrada dos profissionais do NASF e ESF”; “Organização do processo de trabalho do NASF”; e “Planejamento”.

As respostas eram em escala de concordância do tipo *likert* com pontuação de 4 a 0, com as seguintes opções: “4” - concorda totalmente com a afirmação ou verifica que isto sempre acontece na sua realidade; “3” - concorda parcialmente com a afirmação ou verifica que isto acontece às vezes em sua realidade; “2” - discorda parcialmente ou verifica que isto acontece raramente; “1” - discorda totalmente ou verifica que nunca acontece; “0” - não sabe.

Esse instrumento passou por uma etapa de validação por três profissionais *experts* da área, buscando assegurar sua clareza, compreensão e obtenção de sugestões que pudessem aperfeiçoá-lo.

Os questionários somente foram enviados aos Distritos Sanitários (DS) e Centros de Saúde (CS) após autorização da Secretaria Municipal de Saúde local e contato telefônico com os representantes dos DS. Esse instrumento foi entregue aos participantes em seus locais de trabalho, por seus coordenadores ou pela pesquisadora, após convite para participação e assinatura do TCLE. Cabe ressaltar que, para aumentar o número de participantes, em um segundo momento o convite foi reforçado por contato telefônico e email.

Os dados obtidos foram tabulados no programa Excel, versão 2013, sendo realizada estatística descritiva (frequências relativas e absolutas).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número CAAE 11496212.8.0000.0121/2013. Também foi obtida a autorização junto ao local da pesquisa. É um recorte de uma tese de doutorado intitulada: O processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a integralidade.

RESULTADOS

Dos 243 profissionais participantes dessa pesquisa, 198 profissionais pertenciam a ESF e 45 ao NASF. Em relação à distribuição dos profissionais por Distrito Sanitário, 82 (33,74%) profissionais pertenciam ao DS “A”, 59 (24,28%) ao DS “B”, 28 (11,52%) ao DS “C”, 36 (14,81%) ao DS “D” e 38 (15,64%) ao DS “E”.

A amostra é predominantemente feminina, com idade entre 30 e 39 anos (quadro 7).

Variáveis	N (%)	NASF (45) N (%)	ESF (198) N (%)
Sexo			
Feminino	181(74,49)	39(16,05)	142(58,44)
Masculino	62 (25,51)	06 (2,47)	56 (23,05)
Idade			
20 -29 anos	45 (18,51)	10(4,11)	35(14,40)
30 – 39 anos	103 (42,39)	24(9,88)	79 (32,51)
40 – 49 anos	46 (18,93)	06(2,47)	40(16,43)
50 – 59 anos	26 (10,70)	03(1,23)	23(9,47)
>60 anos	03 (1,23)	00 (00)	03(1,23)
Não informado	20 (8,23)	02(0,82)	18 (0,74)
Tempo Formação			
0 – 9 anos	110 (45,27)	26 (10,70)	84 (34,57)
10 - 19 anos	80 (32,92)	14(5,76)	66 (27,16)
20 - 29 anos	03(1,23)	04 (1,65)	26 (10,70)
30- 39 anos	17(6,99)	00(00)	17 (6,99)
Não informado	06 (2,47)	01 (0,41)	05 (2,06)
Tempo de Atuação			
0 – 9 anos	178(73,25)	38 (15,64)	140 (57,61)
10 - 20 anos	48(19,75)	03 (1,23)	45(18,52)
>21 anos	02(0,82)	00(00)	02(0,82)
Não informado	15(6,17)	04 (1,65)	11 (4,52)
Pós-Graduação			
Especialização	114(46,91)	33 (28,95)	81 (71,05)
Mestrado	24 (9,88)	09 (37,5)	15 (62,5)
Doutorado	04 (1,65)	00 (00)	04 (100)
Pós Não informado	11 (4,53)	04 (36,36)	07(63,63)

Formação Profissional		
Médico	35 (17,68)	
Enfermeiro	55 (27,78)	
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	52 (26,26)	
Dentista	44 (22,22)	
TSH/ACD	12 (6,06)	
Assistente social		03(6,67)
Farmacêutico		05 (11,11)
Fisioterapeuta		04 (08,89)
Nutricionista		08 (17,78)
Profissional de Educação Física		09 (20,00)
Psiquiatra		01 (2,22)
Pediatra		08 (17,78)
Psicólogo		06(13,33)
Fonoaudiólogo		01 (2,22)

Quadro 7 - Caracterização do perfil sócio profissional dos participantes do NASF e ESF, Florianópolis, SC, 2014.

Fonte: SILVA e RAMOS, 2014.

Os dados acerca do **conhecimento dos profissionais** pesquisados sobre os componentes de suas equipes de ESF e NASF, o processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF, bem como a instrução normativa que define as normas e diretrizes para a gestão e atuação dos NASF, estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Conhecimento dos profissionais de ESF e NASF acerca das diretrizes do processo de trabalho do NASF em seu território de atuação, Florianópolis, SC, Brasil, 2014.

Conhecimento:	4	3	2	1	0
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Acerca dos profissionais que compõem a equipe do NASF e ESF	186	49	06	01	01
	76,54%	20,16%	2,47%	0,41%	0,41%
Acerca da agenda de trabalho dos profissionais do NASF e profissionais de ESF	91	105	33	09	04
	37,45%	43,21%	13,58%	3,70%	1,65%
Acerca de como ocorre o processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF	126	86	22	05	02
	51,85%	35,39%	9,05%	2,06%	0,82%
Acerca da instrução normativa que define as normas e diretrizes para a gestão e atuação dos NASF do município de estudo.	65	51	23	43	59
	26,75%	20,99%	9,47%	17,70%	24,27%

Os resultados evidenciam que 186 profissionais concordam totalmente que têm conhecimento acerca dos **profissionais que compõem a equipe do NASF e ESF** de seu território de atuação, enquanto 49 concordam parcialmente que conhecem os componentes das referidas equipes. Portanto, grande parte dos profissionais afirma conhecer sua equipe.

Em relação à **agenda de trabalho** dos profissionais do NASF e da ESF do território de atuação, a resposta de maior frequência é a dos que apontam conhecer parcialmente este instrumento, com 105

profissionais. Outros 91 profissionais afirmam conhecer totalmente a agenda de trabalho.

Relacionado ao conhecimento dos profissionais acerca do **processo de trabalho** do NASF e da **articulação deste com a ESF** no território de atuação, a resposta de maior frequência, marcada por 126 profissionais, é a dos que concordam totalmente que têm conhecimento acerca de como ocorre este processo.

Em relação ao conhecimento acerca da **instrução normativa** que define as normas e diretrizes para a gestão do NASF no município estudado, o maior número é o de profissionais que concordam totalmente que conhecem tal documento e/ ou já leram (65 profissionais). Em contrapartida, 43 profissionais discordam totalmente desse item e 59 (58 da ESF) não sabem se conhecem tal documento.

Assim, no item conhecimento, de um modo geral o grau de concordância dos participantes obteve maior frequência nas opções sempre e ou às vezes acontece, podendo ser considerado uma potencialidade de seu processo de trabalho. Entretanto, relacionado ao conhecimento da instrução normativa, um representativo número de profissionais (122 ou 42%) afirmam não ter este conhecimento ou não saber responder.

Um conjunto de dados, não apresentados em tabela, refere-se à afirmativa de os profissionais do NASF trabalhar oferecendo **apoio** em seu núcleo especializado de saber, compartilhando saberes e práticas com as equipes de ESF e ampliando sua capacidade de atuação: 103 (42,39%) profissionais concordam totalmente e 103 (42,39%) profissionais concordam parcialmente com esta afirmativa. Outros 06 profissionais discordam totalmente de tal afirmativa e 06 não sabem se ocorre este apoio. Apesar de ser uma pequena parcela, chama-nos a atenção que alguns profissionais (sendo 05 da ESF e 01 do NASF) discordam de que o NASF vem para apoiar, compartilhar saberes e práticas com as equipes de ESF e ampliar a capacidade de atuação destas.

No que diz respeito às dimensões do apoio matricial, grande parte dos participantes com 110 (45,27%) concorda parcialmente com a afirmativa de que o profissional do NASF atua na dimensão técnico-pedagógica e 106 (43,62%) concordam que estes profissionais atuam na dimensão assistencial; seguido dos que concordam totalmente com a afirmativa de que o apoio assistencial sempre acontece com 54 (22,22%), e 41 (16,88%) com a de que o apoio técnico pedagógico sempre acontece. Entretanto, observamos que 61 profissionais (25,10%) afirmam que o apoio técnico-pedagógico acontece raramente em seu

cotidiano nos Centros de Saúde e 16 (6,48%) digam que nunca acontece tal apoio. Também na dimensão do apoio assistencial, um considerável número de profissionais (55, ou 22,63%) refere que este acontece raramente, e 13 (5,35%) profissionais afirmam que nunca acontece este apoio.

Acerca do **acesso dos usuários aos profissionais do NASF**, constata-se que o maior número de profissionais (149 ou 61,32%) concorda totalmente que este acesso acontece através de encaminhamento das equipes de ESF, seguido de 66 (27,16%) profissionais que concordam parcialmente com tal afirmativa.

Quanto às ações de saúde dos profissionais do NASF serem desenvolvidas de maneira **integrada com os profissionais da ESF**, 104 (42,80%) profissionais referem concordar parcialmente com tal afirmativa. No item relacionado especificamente à integração de cada profissional/categoria que compõem as equipes de ESF com os profissionais do NASF, constata-se que um maior percentual (105, ou 43,21%) profissionais concorda parcialmente que o médico e o enfermeiro participam das ações coletivas em conjunto com os profissionais do NASF. Por outro lado, a maioria dos entrevistados (84, ou 34,57%) aponta que técnicos, auxiliares de enfermagem e equipes de saúde bucal raramente participam das ações coletivas em conjunto com os profissionais do NASF. Constata-se também que 96 profissionais (39,51%) concordam parcialmente que os profissionais do NASF realizam suas atividades sem a presença dos profissionais da ESF. Destaca-se que quase metade dos participantes do NASF, 21 profissionais, afirmam realizar suas atividades sozinhos.

Na temática da organização do processo de trabalho do NASF, referente às ações articuladas junto aos profissionais NASF, dentre as **ações clínicas compartilhadas** estão a discussão de casos clínicos, o atendimento/consulta em conjunto, o apoio por telefone, as atividades de educação permanente junto aos profissionais da ESF, a construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais do NASF e as discussões sobre o processo de trabalho dos profissionais de NASF e ESF (Quadro 8). Observa-se que alguns profissionais optaram por não responder a alguns itens, sendo por esse motivo que a soma da frequência não totaliza 100%.

AÇÕES	%				
	Sempre acontece	Acontece às vezes	Acontece raramente	Nunca acontece	Não sabe
Ações Clínicas Compartilhadas					
Discussão de casos clínicos	38,27	25,51	10,70	11,11	3,70
Atendimento/consulta conjuntas	21,81	27,57	24,28	19,75	5,35
Apoio por telefone	19,34	18,93	27,98	21,81	11,93
Atividades de educação permanente	13,99	34,98	29,63	1,65	3,70
Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais do NASF.	13,99	34,57	27,98	19,34	2,88
Discussões sobre o processo de trabalho dos profissionais do NASF e ESF.	18,52	31,69	25,10	18,93	3,29
Intervenções específicas do NASF					
Consulta ao usuário	16,46	37,86	27,16	13,58	4,93
Ações compartilhadas no território					
Visita domiciliar	21,81	28,81	25,51	16,46	5,35
Apoio a grupos	25,93	35,82	18,93	17,17	4,9
Trabalhos educativos em escolas e creches	18,52	26,75	23,04	19,34	5,76

Quadro 8 - Ações Clínicas Compartilhadas presentes no processo do trabalho do NASF, Florianópolis, SC, Brasil, 2014.

Fonte: SILVA; RAMOS, 2014.

Como foi observado, dentre as **ações clínicas compartilhadas**, a que tem a maior frequência da resposta “sempre acontece”, é a discussão

de casos clínicos, seguida de atendimento/consulta em conjunto. Ressalta-se que a ação considerada como a que menos acontece foi o apoio por telefone, seguida da consulta em conjunto, e da construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais do NASF.

Constatam-se no quadro 8 que a maioria dos profissionais do NASF, bem como os da ESF, aponta que as **intervenções específicas do profissional NASF junto ao usuário** (consultas clínicas realizadas pelo NASF com negociação dos casos com as equipes de ESF) acontecem às vezes. Destaca-se que um considerável número de profissionais (33), que nunca acontece essa negociação ou que esta acontece raramente (66).

Outras atividades que devem ser priorizadas na organização do processo de trabalho são as **ações compartilhadas no território**. Dentre estas, o apoio aos grupos foi a mais citada pelos profissionais: 87 profissionais dizem que esse apoio acontece às vezes e 66 afirmam que essa ação sempre acontece em sua realidade. Destaca-se também o considerável número de profissionais (32) que colocam que essa atividade nunca acontece. A segunda atividade mais desenvolvida pelos profissionais, após o apoio a grupos, é a visita domiciliar.

Constata-se assim que, dentre as ações mais desenvolvidas pelos participantes, ou que sempre acontecem, estão as ações clínicas compartilhadas, seguidas das ações desenvolvidas no território e, por último, as ações específicas dos profissionais do NASF.

Outro resultado diz respeito ao **planejamento**. Observamos que o maior número de profissionais (81, ou 33,33%) diz que, às vezes, o profissional do NASF realiza o planejamento de suas atividades após discussão com o Distrito Sanitário (DS) e com as equipes de ESF; 66 (27,16%) profissionais concordam que, às vezes, o profissional do NASF planeja suas atividades após discussão somente com o DS; e 76 (31,28%) profissionais negam o planejamento conjunto, referindo que o profissional do NASF chega aos Centros de Saúde com sua agenda e atividades já organizadas, sem observar as necessidades de seu território de atuação. Em relação ao profissional do NASF participar das ações de planejamento das equipes de ESF, a maior parte dos profissionais, 83 (34,16%) concorda parcialmente com tal afirmativa.

Uma grande representatividade dos profissionais, 97 (39,92%), concorda totalmente que são garantidos espaços para reuniões dos profissionais do NASF com as equipes de ESF para que seja realizado o planejamento compartilhado das ações de apoio.

DISCUSSÃO

Evidencia-se que os profissionais entrevistados, tanto da ESF quanto do NASF pertencem majoritariamente ao sexo feminino, com idade jovem, formados e atuando há menos de 10 anos, sendo que mais da metade possui pós-graduação. Matuda (2012), em estudo com profissionais da ESF e NASF, também encontra esse resultado para sexo e tempo de formação. Lembramos que o NASF é uma estratégia nova em nível nacional e municipal, criada e implantada em 2008 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Dos profissionais da ESF, a maioria pertence à categoria de enfermagem. Entre os profissionais que compõem as equipes do NASF, quando comparado com a portaria 2.488/2011, das 19 atuações que podem compor essas equipes, nove participaram da pesquisa, com maior expressão para o profissional de educação física (BRASIL, 2011). É função dos gestores municipais definirem a composição dos NASF de acordo com as prioridades identificadas junto às equipes no território de atuação (BRASIL, 2010).

Percebe-se que existe uma equipe interdisciplinar que apoia as equipes de ESF e contribui para um atendimento mais próximo da integralidade. O processo de trabalho de uma equipe interdisciplinar de saúde tem uma participação fundamental na APS e possui desafios e potencialidades nesta prática de reorganização. Assim, faz-se necessário promover espaços que viabilizem a discussão e reflexão nesse processo.

O Ministério da Saúde orienta sobre como deve ser organizado o processo de trabalho dos profissionais do NASF e ESF (BRASIL, 2010). Este deve acontecer dentro de um território e priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, ocasionando experiência para os diferentes profissionais através de “Ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar”, “Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou família” e “Ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade” (BRASIL, 2010, p. 8; p. 21).

Considera-se importante o conhecimento acerca dos componentes da equipe de NASF e ESF, à medida que este fortalece um processo de trabalho mais efetivo. A portaria n 2.488/11 enumera os profissionais que podem fazer parte das equipes do NASF (BRASIL 2011), sendo importante conhecer a realidade local do território para compor essas equipes. Este estudo explorou o conhecimento dos participantes em relação aos profissionais que compõem as equipes de ESF e NASF, às

agendas de trabalho e ao processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF. De um modo geral, revela-se que a maioria concorda que conhece esses fatores, considerados importantes para o bom andamento do trabalho em equipe no cotidiano dos Centros de Saúde.

A agenda de trabalho dos profissionais do NASF deve ser de conhecimento de todos os profissionais envolvidos, considerando-se esse fator indispensável para que ocorra uma boa articulação entre as equipes. O agir em conjunto está diretamente relacionado ao conhecimento do processo e organização do trabalho, incluindo as agendas. Quanto ao conhecimento da agenda de trabalho pelos profissionais estudados, esta pesquisa revela que a maioria dos participantes concorda parcialmente ou totalmente possuir tal conhecimento.

Considerando as metas assistenciais e o processo de trabalho já constituído pelas equipes de ESF, o funcionamento do NASF tem como desafio se articular dentro destas agendas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Acredita-se que conhecer as **diretrizes e normativas** acerca do NASF é imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em saúde e sua organização, quando se busca a construção da integralidade. Apesar de o maior número de pesquisados afirmar que conhece esse documento, chama a atenção a quantidade de profissionais que nunca o leram ou não sabem se o leram. Os dados também mostram que os profissionais do NASF, em grande parte, conhecem tal documento, porém são poucos os profissionais da ESF, menos de 20%, que conhecem tal documento. Esse baixo conhecimento é um fator que dificulta o processo de trabalho e a articulação das equipes.

Levando em consideração que o conhecimento é uma importante ferramenta no processo de trabalho, o fator do desconhecimento da normativa do processo de trabalho do NASF pelos profissionais necessita ser repensado pelos atores envolvidos.

Nas orientações dos documentos ministeriais sobre a organização do processo de trabalho dos profissionais do NASF, temos o **apoio matricial**, uma das ferramentas tecnológicas que pode ser vista como uma “criação de espaços coletivos de discussões e planejamento”. O apoio matricial possui dimensões de suporte assistencial que produz ação clínica direta com o usuário, e de suporte técnico-pedagógico, que produz apoio educativo com e para a equipe. Os documentos ministeriais ressaltam que essas dimensões podem e devem se misturar no cotidiano das equipes (BRASIL, 2010, p. 20).

Confirmando o que indicam as diretrizes (BRASIL, 2010), os resultados da pesquisa mostram que a maioria dos profissionais acredita que o NASF veio para apoiar. Porém, uma minoria dos profissionais discorda totalmente que o NASF apoia a ESF. Esse resultado nos leva a refletir que, em algum momento do processo de trabalho, o NASF não está conseguindo desenvolver suas atividades, e que sua articulação com as equipes de ESF está fragilizada. Para uma parcela dos participantes, certamente não está ocorrendo um efetivo trabalho em equipe. Além disso, um conjunto importante de entrevistados (43,39%) concorda apenas parcialmente que o NASF representa um apoio à ESF, o que indica limites na concretização desse apoio. Isso pode estar relacionado ao resultado que indica, em semelhantes porcentagens, que médicos e enfermeiros participam das ações coletivas com profissionais do NASF e que, ao contrário, dos profissionais do nível médio raramente ou nunca participam das ações coletivas com os profissionais do NASF. Isso corrobora com os resultados de outra pesquisa que apresentam a desarticulação como uma fragilidade do processo de trabalho, indicando uma faceta de trabalho fragmentado (ANDRADE et al., 2012; MATUDA, 2012).

Contudo, quando acontece o apoio do NASF às equipes da ESF, identifica-se que tal apoio se concentra, praticamente, em ambas as dimensões: dimensão assistencial e dimensão técnica-pedagógica, o que contribui para a resolutividade da assistência e garante uma retaguarda às equipes. Em estudo acerca do NASF constata-se um apoio concentrado na dimensão técnico-pedagógica (SILVA, et al., 2012).

Conforme os documentos ministeriais, o NASF foi criado para ser retaguarda das equipes de ESF e não se constitui em porta de entrada ao Sistema Único de Saúde. O **acesso** dos usuários aos profissionais do NASF deve acontecer por meio dos profissionais da ESF (BRASIL, 2010). Pode-se perceber que os resultados desta pesquisa vêm ao encontro desses documentos e de outro estudo acerca da temática (MATUDA, 2012). Entretanto, o acesso dos usuários aos profissionais do NASF é ponto de discussão de alguns atores, pois nem todos os profissionais das equipes concordam que o usuário deve prioritariamente e primeiramente se reportar as equipes ESF (SILVA, 2012).

Quanto ao processo de trabalho dos profissionais da ESF, faz-se necessário a atuação em equipe entre seus integrantes e também com os profissionais que vieram para apoiar a Saúde da Família, o NASF. Espera-se assim que as ações de saúde dos profissionais do NASF sejam desenvolvidas de maneira **integrada** com os profissionais de ESF em

seus respectivos territórios de atuação, para então alcançar o objetivo para o qual o NASF foi criado. O fato de os técnicos de enfermagem, os auxiliares de enfermagem e as equipes de saúde bucal raramente participarem das ações coletivas em conjunto com os profissionais do NASF pode estar relacionado ao reduzido número de recursos humanos dessas categorias e à alta demanda nos CS. Estudo acerca dessa temática encontrou estas e outras dificuldades organizacionais para um trabalho em conjunto (MATUDA, 2012).

No contexto da organização do processo de trabalho do NASF, espera-se que os profissionais do NASF trabalhem em articulação com os profissionais da ESF. Entretanto, também se espera que os profissionais do NASF possam exercer, quando necessário, consultas individuais elencadas pelas equipes de ESF.

A **organização do processo de trabalho do NASF** prioriza atendimento compartilhado e interdisciplinar em um território (BRASIL, 2010). Dentro da normativa das ações do NASF junto aos profissionais da ESF em relação à organização do processo de trabalho do NASF, desenvolvem-se espaços de ações clínicas compartilhadas, intervenções clínicas individuais dos profissionais do NASF junto aos usuários e ações compartilhadas no território.

Nas ações articuladas junto aos profissionais do NASF, nesta pesquisa, entre as **ações clínicas compartilhadas**, a discussão de casos clínicos é a que mais se destaca, enquanto o projeto terapêutico é uma das menos relatadas. Estudo sobre o trabalho no NASF (LANCMAN, et al., 2013) aponta que existe certa resistência entre alguns profissionais das equipes de ESF em pactuar atividades com o NASF, como projetos terapêuticos aos usuários. Entende-se por projeto terapêutico “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas” decorrente de discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2010, p.27).

Concordamos que, no cotidiano dos profissionais do NASF, a transformação das diretrizes dos documentos ministeriais em ações práticas é um dos principais desafios. Entretanto, quando ocorre troca de saberes, segundo Matuda (2012), esta traz resultados positivos para o usuário e serviços, pois amplia os saberes e estende a atuação profissional para outras áreas de conhecimento. Esse mesmo estudo aponta indícios de uma articulação insuficiente do conhecimento e das práticas entre as equipes do NASF e ESF. A presente pesquisa reforça esse fator quando constata essa troca nas ações dos profissionais, destacando-se a discussão de casos clínicos como um rico espaço para compartilhar saberes.

Chama a atenção nos resultados que a atividade de educação permanente do NASF junto aos profissionais da ESF aparece como ação que acontece às vezes. Considera-se esta atividade de extrema importância, visto que a educação permanente visa qualificar e instrumentalizar as equipes, aprimorando assim a assistência prestada (BRASIL, 2010).

Outra ação do NASF é a **intervenção específica** de seus profissionais ao usuário, na qual deve existir constante negociação dos casos com a ESF, garantindo assim a longitudinalidade e coordenação do cuidado na Atenção Primária. Entende-se por longitudinalidade “Atenção orientada para a pessoa, fornecida ao longo do tempo”. (STARFIELD, 2002, 283p). A coordenação do cuidado é um atributo da atenção primária e pressuposto do NASF, supondo uma abordagem não fragmentada ou disciplinarmente recortada do sujeito, sendo este assumido pela equipe em seu contexto, tempo e lugar.

Segundo os cadernos ministeriais, as consultas individuais realizadas pelo NASF devem acontecer somente em situações extremamente necessárias (BRASIL, 2010). Nesse ponto permite-se refletir que, se o NASF é uma equipe de apoio, então são necessárias uma boa relação e articulação com as equipes de ESF para que essa intervenção, a ação específica junto ao usuário, ocorra, considerando que essa atuação deveria apontar para casos de maior complexidade (LANCMAN et al, 2013).

Outra ação que deve ser priorizada na organização do processo de trabalho é a ação compartilhada no território, que inclui o apoio a grupos, visitas domiciliares e trabalhos educativos nas escolas e creches. O território é o ambiente onde as equipes de saúde atuam, e estas devem conhecê-lo plenamente, saber de suas fragilidades e potencialidades (BRASIL, 2010). Entre as ações desenvolvidas no território, o apoio a grupos foi identificado como a mais realizada pelos participantes desta pesquisa. Nesse contexto, as atividades desenvolvidas e **compartilhadas no território** deveriam contar com a participação de profissionais tanto do NASF quanto da ESF. Entretanto, o que se percebe, inclusive nas atividades de apoio a grupos, é que essas atividades são conduzidas, em sua maioria, somente por profissionais do NASF (LANCMAN et al, 2013). Esse resultado também foi constatado nesta pesquisa. Reportamo-nos assim aos documentos ministeriais, que expressam que os grupos devem ser apoiados pelo NASF (BRASIL, 2010).

Percebe-se que a reorganização das práticas em saúde para substituir o modelo tradicional não é tarefa fácil. Apesar de as Diretrizes

do NASF trazerem alguns caminhos que podem ser traçados pelas equipes da ESF e NASF, ainda assim existe uma dificuldade no processo de trabalho, bem como no **planejamento** deste. Isso é percebido nesta pesquisa, que aponta que nem sempre o planejamento acontece com a participação de todos os profissionais envolvidos, sendo algumas vezes um planejamento fragmentado. Por outro lado, as atribuições das equipes devem ser resultado de um constante planejamento, embasado nos dados sobre o território, indicadores locais de saúde, protocolos e no processo de trabalho interno das equipes (REZENDE, 2012). Esta pesquisa permite constatar que são garantidos espaços de reuniões mensais para que NASF e equipes de ESF realizem um planejamento compartilhado das ações de apoio. Entretanto, nem sempre esse planejamento é embasado nas necessidades do território.

Quando nos reportamos a esse ponto, é necessário refletir na definição de planejamento - um pensar antes e durante a ação, um cálculo que precede e preside a ação (CAMPOS et al, 2010, p.20). Com o planejamento, podem-se analisar quais forças agem no processo, e como estas atuam para que possamos compreender as suas influências e intervir sobre elas (ANDRADE et al., 2012). As reuniões realizadas no cotidiano das equipes são ricos espaços para organização e planejamento do trabalho (MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010). No cotidiano da ESF e do NASF, devido à dinamicidade do processo saúde e doença nos territórios, o planejamento deve ser permanente e contínuo (NASCIMENTO et al, 2013). Ele é fundamental na reorganização dos serviços de saúde e na articulação do processo de trabalho do NASF e ESF, e para tal, é extremamente importante e relevante o envolvimento de todos os profissionais e a garantia de espaços para essa prática. Além disso, no planejamento, devem ser observadas as necessidades do território de atuação.

Observando os dados obtidos, e ao se reportar à missão do NASF, percebe-se que, de um modo geral, os profissionais do NASF vêm conquistando e concretizando alguns aspectos de sua missão. Esse avanço pode ser notado - mais em alguns aspectos do que em outros - na consolidação do NASF como apoio à ESF; no fato de o NASF não ser porta de entrada; no vínculo com as equipes de ESF em território definido conforme sua modalidade; no compartilhar de responsabilidades; na realização de discussões como processo de aprendizado coletivo; no fato de o NASF ter como eixos de trabalho a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, acredita-se que a integralidade é um dos princípios que aponta dimensões profundas e relevantes (OLIVEIRA, et al., 2014) extremamente necessária na construção do processo de trabalho do NASF e na APS como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização do processo de trabalho na APS na perspectiva da integralidade, percebida como uma ferramenta essencial, implica em mudanças na organização dos serviços e nas suas práticas cotidianas. Para tal, a articulação entre NASF e ESF é importante estratégia, com potencial impacto sobre a ampliação da resolutividade, da continuidade do cuidado e dos objetivos da educação permanente.

Os achados mostram que existe uma equipe interdisciplinar que, apesar dos desafios, vem apoiando as equipes de ESF e construindo um atendimento mais próximo da integralidade. Existe um conhecimento por parte dos profissionais acerca do processo de trabalho do NASF, da composição das equipes, das agendas de trabalho e menor da instrução normativa das Diretrizes do NASF. O apoio gira em torno da dimensão técnico-pedagógica, e da assistencial; o acesso ao NASF acontece preferencialmente através dos profissionais da ESF, não se configurando em porta de entrada; dentre as ações articuladas destacam-se as ações clínicas compartilhadas com discussão de casos clínicos. Em relação ao planejamento do processo de trabalho, um fator positivo é a garantia dos espaços para que este aconteça, porém o planejamento torna-se limitado quando não envolve todos os atores.

Evidenciam-se lacunas no saber e no fazer, que devem ser preenchidas com investimento em capacitações. Considera-se, frente aos resultados, que o objetivo do estudo foi alcançado e destaca-se a necessidade de estratégias que favoreçam e estimulem o aprimoramento do conhecimento acerca do processo de trabalho do NASF. O NASF está em construção e seu crescimento depende da articulação de todos os profissionais. Acredita-se que este estudo contribuirá para debates e para o fortalecimento dessa estratégia, não apenas na prática do trabalho, mas também no conhecimento, no saber sobre os dispositivos disponíveis.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N 3.124 de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 2.488, de 21 de outubro 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010, p.20.

LANCMAN, S. et al. Estudo do Trabalho e do Trabalhar no Núcleo de Apoio de Saúde a Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.5, p.968-75, 2013.

MATUDA, C.G. **Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da ESF no município de São Paulo**. 2012. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2012.

MOLINI-AVEJONAS, D.R.; MENDES, V.L.F.; AMATO, C.A.H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev. Soc. Fonoaudiologia**, São Paulo, v.15, n.3, p.465-74, jul./set.2010. Disponível em:

<[HTTP://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf)>. Acesso em: janeiro 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. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan./mar., 2010.

NASCIMENTO, D.D.G; et al. **Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul**. Módulo 6: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde. Campo Grande, MS: Fiocruz. 2013.

OLIVEIRA, F.R. et al. **Construção das redes de atenção à saúde**, módulo 5. Material de apoio às atividades didáticas do curso de Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul /CEAD/UFMS. Campo Grande, MS: Fiocruz Pantanal, 2014. 23 p.

REZENDE, S.A. **O Planejamento e gerenciamento no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família**. 2012, 27f.

Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva Teófilo Otoni, Minas Gerais, 2012.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013.

SILVA, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28 , n.11, p.2076-2084, nov, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TOMASI, A. R. P.; RIZZOTTO, M. L. F. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

no Paraná. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 427-436, jul./set. 2013.

4.4 MANUSCRITO 2 - O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF E ORGANIZAÇÃO: RECORTE NAS AÇÕES CLÍNICAS COMPARTILHADAS, ESPECÍFICAS E NO TERRITÓRIO

THE WORKING PROCESS OF THE NASF AND ORGANIZATION: the cut in the specific, shared clinical actions and territory

EL PROCESO DE TRABAJO DEL NASF Y LA ORGANIZACIÓN: recorten las acciones clínicas compartidas, específicas yen el territorio

Resumo: Trata-se de um estudo de caso na Atenção Primária em Saúde objetivando compreender a atuação dos profissionais do NASF articulados à ESF sob a ótica das Diretrizes do NASF e a Integralidade do cuidado. Os participantes foram 05 enfermeiras e 05 médicos de ESF, 20 profissionais do NASF e 06 representantes dos Distritos Sanitários de um município da Região Sul do Brasil. Na coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, observação e pesquisa documental. Os resultados revelam ainda a presença da lógica de um trabalho fragmentado. Contudo, a inserção do NASF apoiando as equipes de ESF na APS vem gerando e possibilitando um crescimento dos atores envolvidos. Neste contexto, a construção da integralidade é considerada um desafio, e vem acontecendo e se fortalecendo nas práticas cotidianas, nos diálogos entre os profissionais de saúde e nos programas ministeriais.

Descritores: Assistência integral a saúde, Equipe de assistência ao paciente, trabalho, ESF.

Abstract: It is a case study on Primary Health Care aimed at understanding the role of the NASF professionals articulated to the ESF and under the perspective of the NASF Guidelines and Care Integrality. The participants were 5 nurses and 5 physicians from the ESF, 20 professionals from the NASF and 6 representatives of the Health Districts of one municipality, in southern Brazil. During data collection, it was possible to use semi-structured interviews, observation and documentary research. The results still reveal the logic presence of fragmented work. However, the insertion of the NASF supporting the ESF teams in the APS is creating and enabling an increase of the actors involved. In this context, the integrality construction is considered a challenge, and it is happening and getting stronger in the everyday

practices, dialogues between health professionals and ministerial programs.

Key words: Health integral care, Patient care team, work, ESF.

Resumen: Se trata de un estudio de caso, en la Atención Primaria para la Salud, con el objetivo de conocer la actuación de los profesionales del NASF articulados con la ESF, bajo la óptica de las Directrices del NASF y la Integralidad del cuidado. Los participantes fueron 5 enfermeras y 5 médicos del ESF, 20 profesionales del NASF y 6 representantes de los Distritos Sanitarios de un municipio de la Región Sur del Brasil. Para la obtención de datos se utilizaron las entrevistas semiestructuradas, la observación y la investigación documental. Los resultados revelan, además, la presencia de la lógica de un trabajo fragmentado. Sin embargo, la inserción del NASF apoyando a los equipos de la ESF, en la APS, viene generando y posibilitando un crecimiento de los actores envueltos. En este contexto, la construcción de la integralidad es considerada un desafío, y está sucediendo y fortaleciendo seen las prácticas cotidianas, en los diálogos entre profesionales de la salud en los programas ministeriales.

Descriptor: Asistencia integral para la salud, Equipo de asistencia al paciente, trabajo, ESF.

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde apresenta várias transformações ao longo da história, resultando em um grande avanço do conhecimento, formação de especialidades e o aparecimento das variadas profissões, caracterizando o atual trabalho coletivo na área da saúde (PINHEIRO, 2011).

No contexto de um conjunto de inovações em termos de políticas públicas e de responsabilização do Estado pela saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) criada em 1996 pelo Ministério da Saúde, derivada do Programa Saúde da Família (PSF) de 1994 remodelou o processo de trabalho das equipes de saúde na Atenção Básica e vêm gerando um importante movimento de reorientação do modelo de Atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2010). Uma tarefa nada fácil.

Passado 14 anos, o Ministério da Saúde em 2008, mediante a portaria GM n154, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de apoiar e aumentar a capacidade das equipes de ESF dentro de um território definido, constituindo assim, uma retaguarda às equipes de ESF (BRASIL, 2010). Com a tarefa de buscar

qualificar e complementar o trabalho das equipes da ESF, o NASF deve atuar de forma compartilhada (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010), para então superar a “lógica fragmentada da saúde para a construção de rede de atenção e cuidados de forma corresponsabilizada com a ESF” (BRASIL, 2010, p. 13).

De acordo com os documentos ministeriais, o NASF pode ser organizado em três modalidades: NASF 1 apoiando 05 a 09 equipes; NASF 2 apoiando 03 a 04 equipes, e NASF 3, apoiando de 01 a 02 equipes de ESF (BRASIL, 2012). Todos esses núcleos são constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem agir conforme algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde (APS) como: “ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.” (BRASIL, 2010, p. 8).

O NASF não é definido como porta de entrada do sistema, e deve atuar de forma integrada à rede, e conjuntamente com as equipes de ESF (BRASIL, 2008). Assim, espera-se que haja uma responsabilização compartilhada entre as equipes de ESF e NASF no território, e que esta se amplie para um processo de acompanhamento longitudinal de competência da equipe de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A organização do processo de trabalho do NASF dentro de seu território procura priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, resultando em experiência para os diferentes profissionais, através de amplas metodologias, tais como: “Ações clínicas compartilhadas”, “Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou família” e “Ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade” (BRASIL, 2010, p.8; 21).

O NASF deverá organizar seu processo de trabalho com foco no território, visto como “um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. A realidade do território, suas fragilidades e potencialidades, em suas várias dimensões, devem ser conhecidas e identificadas. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos.” (BRASIL, 2010, p. 18). Nesse território, as ações desenvolvidas devem ser planejadas, definidas e compartilhadas pelo NASF e equipes de ESF, para então contribuir para a consolidação da ESF e a concretização da diretriz da integralidade (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Na reorganização das práticas em saúde, a integralidade representa uma forte ferramenta na implantação do NASF e ESF, bem como é considerada como um valor presente na prática do profissional de saúde. A integralidade deve ser a principal diretriz praticada pelo NASF (BRASIL, 2011).

Este estudo é resultado de uma pesquisa de doutorado intitulada: O Processo de Trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a integralidade, cujo recorte apresentado objetiva compreender a atuação dos profissionais do NASF articulados à ESF.

MÉTOD

Este estudo refere-se a uma pesquisa qualitativa, desenhada como estudo de caso, realizada em Centros de Saúde (CS) de cinco Distritos Sanitários (DS) de um Município localizado na região Sul do Brasil. Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas a entrevista semiestruturada, observação direta do processo de trabalho do NASF e ESF e pesquisa documental. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora em locais e horários agendados previamente, no período de março a outubro de 2013. As entrevistas foram registradas por gravação de áudio e transcritas na íntegra. Já a observação e a pesquisa documental foram registradas em diário de campo. Os participantes do estudo foram 36 profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS): 05 enfermeiras e 05 médicos de ESF, 20 profissionais do NASF e 06 representantes dos DS, acessados por amostragem em bola de neve. A observação foi realizada em sete ações, em dias distintos, totalizando em 20 horas. A pesquisa foi fundamentada na resolução 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer favorável CAAE 11496212.8.0000.0121/2013). Foi garantido o anonimato com o uso de códigos para identificar as falas dos entrevistados: “PE” para profissional enfermeira, “PM” profissional médico, “G” representante do Distrito/gestor e “N” profissional do NASF, seguidas essas letras do número de ordem de realização das entrevistas (PE1, PM2, G3, N4).

O processo de análise de dados ocorreu de acordo com a análise textual discursiva. Foram realizadas leituras aprofundadas e rigorosas dos conjuntos de textos; procedendo-se a uma unitarização (separação dos textos em unidades de significados) e a categorização (articulação de significados semelhantes) correspondendo cada categoria a um conjunto de unidades de análise, geradoras de diversos níveis de categorias de

análise (MORAES; GALIAZZI, 2011). Foi utilizado o software Atlas.ti como suporte na organização e análise dos dados, posteriormente discutidos à luz do referencial exposto nas Diretrizes do NASF e do conceito de Integralidade, considerado por sua importância na sustentação teórica do SUS.

RESULTADOS

No desenvolvimento da produção escrita, segue-se um processo dialógico entre o pesquisador e outros “interlocutores representando a comunidade científica” (MORAES; GALIAZZI, 2011).

A análise dos dados levou-nos ao conhecimento da atuação dos profissionais do NASF articulados às equipes de ESF. Neste estudo, os resultados foram organizados em três categorias temáticas emergidas: Ações clínicas compartilhadas; Intervenções específicas do profissional do NASF e Ações compartilhadas no território. A apresentação das categorias contempla os dados das entrevistas, complementados pelos dados da observação e pesquisa documental, sendo que os elementos ou ações nas experiências estudadas são descritos a seguir no quadro 9:

Ações clínicas compartilhadas
Discussão de casos clínicos
Atendimento/consultas conjuntas
Apoio por telefone
Atividade de educação permanente
Construção conjunta de projetos terapêuticos
Discussão sobre o processo de trabalho
Reuniões de equipes
Intervenções específicas do profissional NASF
Consulta individual NASF
Ações compartilhadas no território
Visita domiciliar
Apoio a grupos
Trabalho educativo nas escolas e creches

Quadro 9: Ações características da Organização do processo de trabalho do NASF articulado á ESF, de um município de um Estado do sul do Brasil, 2014.

Fonte: SILVA e RAMOS, 2014.

AÇÕES CLÍNICAS COMPARTILHADAS

Dentre as ações clínicas compartilhadas elencadas neste estudo e presentes nas diretrizes do NASF, a maioria dos profissionais do NASF consegue realizar a **discussão de casos clínicos** junto aos profissionais da ESF e outros profissionais do NASF. Reconhecem que esta atividade faz parte do seu processo de trabalho e é neste espaço que muitas vezes é decidido como será realizado o atendimento ao paciente, se deve ser individual, em consulta conjunta ou atendimento em grupo. Percebe-se nos relatos dos profissionais do NASF e na observação realizada em campo que, em sua grande maioria são os médicos da ESF que realizam as discussões de casos, quando comparado com as enfermeiras, onde menos da metade consegue realizar essa atividade junto ao NASF. Identifica-se nas falas que alguns profissionais da ESF preferem utilizar o espaço junto ao NASF somente para discussão de casos clínicos.

Normalmente [...] a gente acaba tendo espaço para discussão de caso também, faz parte do nosso processo de trabalho (N16); [...] enfermeiro segundo plano, e médico é mais discussão de caso, normalmente a gente discute o caso (N31).

Um aspecto evidenciado na fala dos médicos da ESF que, coincide com o referido pela maioria dos profissionais do NASF foi o fato do médico geralmente estar presente nas discussões de casos:

Tem participado normalmente só os médicos. Acho que de todos os matriciamentos, tem sido mais os médicos. Era para que a gente conseguisse que mais pessoas participassem, mas, por ter muitas pessoas no posto, não conseguem (PM10).

Por outro lado, na contramão destas falas, alguns profissionais do NASF desvelam que nem sempre o profissional médico da ESF compreende sua participação e aceita participar do matriciamento, e por opção não realiza a discussão de casos:

Os médicos nem sempre participam. [...] são na maioria das vezes [...] poucos médicos que participam deste tipo de discussão, a grande maioria são da parte da enfermagem. [...] essa é uma dificuldade que o NASF como um todo tem [...](N20).

Estas diferentes percepções quanto a maior ou menor participação de médicos e enfermeiros podem se relacionar às diferenças entre as equipes, à organização e às condições de trabalho nos CS. O fato é que os profissionais do NASF atribuem a dificuldade do profissional da ESF em utilizar essa ferramenta - o apoio matricial - ou a baixa procura dos médicos por determinadas áreas específicas do saber, ao desconhecimento em relação ao processo de trabalho do NASF, à existência de rotatividade dos profissionais, principalmente relacionado à área de Saúde Mental, e à falta de capacitação acerca das tecnologias e processo de trabalho do NASF:

[...] ocorreu somente uma capacitação no início, na implantação das equipes (N20).

[...] depende de cada CS, cada maneira como o médico trabalha. Não é obrigatório, não vou chegar e falar assim: “olha você tem que passar tudo”. Tem médico que gosta e tem médico que não gosta. Eu deixo aberto pra discutir o caso (N29).

As enfermeiras da ESF reconhecem que conseguem participar das discussões de casos principalmente nas reuniões de equipes, o que foi confirmado também na observação de campo.

Eles agendam dias para discussão de caso com as equipes. [...] De uma maneira geral ocorre, com todos os profissionais. Alguns vêm mais na unidade, então a gente tem mais oportunidade de discussão de casos (PE2).

A gente discute os casos que elas vão atender individualmente ou, quando possível,

faz esse matriciamento do atendimento em conjunto. [...] (PE5).

Observei em reunião de Equipe X, que a enfermeira foi quem coordenava aquela ação. Sentados nas cadeiras, organizadas em uma roda, estavam as profissionais: enfermeira, médica, profissional de educação física, assistente social e ACS. Naquele momento a enfermeira solicita que um dos profissionais realize a leitura da ata da reunião anterior e que a mesma faça a ata daquela reunião. Após leitura, foram repassados alguns informes e foi iniciado discussão de casos trazidos pela enfermeira, médica. Cada caso trazido era apresentado à equipe e cada profissional complementava com alguma informação necessária para àquela discussão. Os profissionais do NASF ajudavam de acordo com seu núcleo de conhecimento na construção do plano de cuidados Enquanto isso, a profissional responsável pela Ata e a enfermeira anotava o que estava sendo decidido para cada paciente/ caso discutido. Percebo o interesse dos profissionais na discussão do caso e o surgimento de várias ações que poderiam ser realizadas. Esta ação clínica compartilhada para intervenção interdisciplinar foi realizada na casa de uma ACS e participaram desta ação nove profissionais (NO3).

Entretanto, não foi possível confirmar em observação de campo a prática de **discussão de casos em consultório** entre profissionais do NASF e enfermeiras da ESF.

Após entrevista com o profissional do NASF (psicologia), nos encaminhamos ao consultório médico onde ocorreria a discussão de casos. No consultório, o profissional médico da ESF identifica-se e

refere que já poderiam iniciar a discussão de casos, já que tinham vários casos para discutir e que seriam somente as duas que participariam da discussão, como ocorria habitualmente. Logo é iniciada a discussão de casos: o profissional de medicina com alguns encaminhamentos na mesa repassa caso por caso, e juntas, as profissionais do NASF e da ESF constroem um plano de cuidado para cada caso. Quando necessário o prontuário informatizado do paciente era aberto e antes de iniciar a discussão de caso era realizado uma leitura das informações relevantes. Esta ação clínica compartilhada para intervenção interdisciplinar foi realizada em um consultório médico por dois profissionais (médico e psicóloga) (NO7).

Nos relatos dos médicos evidencia-se que sua participação nas discussões dos casos junto aos profissionais do NASF está associada ao núcleo de conhecimento dos próprios médicos e ao tempo. Dependendo do núcleo de conhecimento, a maioria dos médicos consegue realizar a discussão de casos. De acordo com os médicos, as enfermeiras pouco participam das discussões de casos, porém quando ocorre esta associada à ausência do profissional médico:

Quando o médico está de férias, ou ficou bastante tempo sem médico, a enfermeira traz os casos pra conversar com o psiquiatra, com o psicólogo ou o geriatra, o que às vezes acontece é trocar: quando um não está, o outro discute, mas participar junto está sendo bem difícil (PM10).

Assim, partindo do pressuposto que a interdisciplinaridade é um fator que impulsiona a integralidade, fazer acontecer encontros entre os vários profissionais, com seus vários núcleos de saber, trabalhando com objetivos em comuns, deve ser uma busca contínua, uma construção diária pelos atores envolvidos. Esforços devem ser realizados em busca de estratégias que contribuam na utilização das ferramentas disponíveis, perpassando também pela formação e capacitação destes atores em

saúde.

Na organização do processo de trabalho, o NASF e as equipes de ESF deveriam priorizar dentre as ações clínicas compartilhadas o **atendimento/ consulta conjunta**. Os profissionais do NASF relatam que, em sua maioria, conseguem realizar poucas consultas em conjunto com as equipes de ESF, o que nem sempre acontece no consultório, ocorrendo principalmente durante a visita domiciliar. Eles também afirmam que isso depende muito da característica de cada equipe, já que algumas são mais abertas para utilizar essa ferramenta. Por exemplo, nos CS que recebem os alunos da residência, existe uma facilidade, um empenho mais expressivo que favorece as consultas conjuntas e uma maior integração entre NASF e ESF. Outros afirmam que essas consultas acontecem mais em conjunto com outros profissionais do NASF do que com a própria equipe de ESF:

As consultas em conjunto, as interconsultas elas são mais raras, [...] Quando acontece, é mais em visita domiciliar. A gente acaba indo com o médico, com a enfermeira ou com técnico de enfermagem, enfim dentro do CS é mais raro (N18).

[...] mas vai depender da maneira que cada equipe trabalha. Tem equipe que é mais aberta pra isso. [...] gosta de discutir e chamar para a interconsulta (N29).

É importante salientar que os profissionais do NASF que realizam a consulta conjunta com os profissionais da ESF, de um modo geral, reconhecem um crescimento do conhecimento em seus núcleos de saber quando ocorrem relações de interação dinâmica entre saberes, o que qualifica a assistência, favorecendo a integralidade do cuidado e a interdisciplinaridade.

Como que eu trabalho, eu faço consulta compartilhada, [...]. Ah o enfermeiro tem dificuldade na puericultura, eu começo a fazer a puericultura junto, então eu atendo e o enfermeiro assiste, e depois o enfermeiro atende e eu fico assistindo. A mesma coisa com o médico, [...]. É pontual, mas é uma forma de fortalecimento das potencialidades

da equipe. [...] É bonito ver a progressão, o avanço da equipe em relação à saúde da criança (N25).

Quando as enfermeiras foram questionadas sobre o processo de trabalho da ESF junto aos profissionais do NASF, especificamente em relação à consulta em conjunto, os relatos desvelam que esses profissionais geralmente não participam ou participam pouco desta atividade:

[...] já teve, mas, na maioria das vezes é ele o residente e o médico, a gente não fica muito junto (PE1).

[...] às vezes em algumas situações pontual (PE3).

Já os médicos da ESF referem-se à consulta em conjunto aos profissionais do NASF principalmente com os pediatras e psiquiatras, e reafirmam que dificilmente a enfermeira e outros profissionais da ESF conseguem participar desse espaço de matriciamento. Esse fato também ficou evidenciado na observação realizada em campo.

[...] às vezes eu trago algum paciente pra ver junto, às vezes peço para que ela veja algum paciente, e a gente discute (PM7).

A enfermagem [...], na verdade, até por questão de agenda, ela tem participado menos (PM7).

Outra atividade presente no processo de trabalho do NASF é o **apoio por telefone**. Os profissionais do NASF relatam que a maioria consegue realizar esse apoio, embora para algumas profissões e especialidades essa prática não seja tão presente. Entretanto, todos os profissionais deixam o contato telefônico nos CS, caso seja necessário apoio à distância, o que foi confirmado durante a observação e pesquisa documental. Alguns profissionais do NASF afirmam que o apoio acontece principalmente por telefone nos locais onde a proporção de equipes de ESF para cada profissional do NASF é maior que o

recomendado pelos documentos ministeriais. Os profissionais da ESF também dizem utilizar o apoio por telefone como articulação com os profissionais do NASF, principalmente porque o tempo do NASF nos CS na maioria das vezes é insuficiente para um completo desenvolvimento e articulação do processo de trabalho.

Em relação às atividades de **educação permanente realizadas pelos profissionais do NASF** junto com as equipes de ESF, confirma-se nos relatos que está presente, principalmente, nas reuniões de equipes ou na reunião geral de planejamento das equipes, ou algumas vezes de maneira informal. Embora de modo pouco frequente, os profissionais do NASF aproveitam também os espaços de matriciamento nos consultórios para compartilhar conhecimentos e realizar a educação permanente:

[...] poucos, não vou dizer que é rotineira, mas já aconteceu [...]. Faço mais informal (N23).

Procuro levar alguma discussão, algum tema - nem sempre isso acontece, mas é uma preocupação que eu busco estar levando alguns assuntos (N18).

Eu consigo fazer isso nas reuniões de equipes (N25).

É significativo registrar que, dentre os profissionais do NASF somente um profissional relacionou que a educação permanente está presente em todos os momentos de articulação do NASF e ESF:

Eu acho que a atividade de educação permanente acontece sempre. Porque se tu faz uma discussão de caso já é educação permanente, se eu faço uma visita domiciliar junto, já é educação permanente (N28).

Também foi expressa a preocupação dos profissionais do NASF em receberem ofertas de educação permanente, capacitarem-se e reciclarem seus conhecimentos, para poder potencializar as equipes de ESF:

Para que eu possa ajudar mais, e que a gente encaminhe menos para especialista, eu tenho que melhorar minha formação [...] eu vou ter que buscar mais informação [...] eu também preciso de educação permanente pra potencializar as equipes (N25).

Outra tecnologia que consta nas diretrizes do NASF é a **construção conjunta de projetos terapêuticos**. Quando questionados, quase a metade dos entrevistados do NASF coloca que já utilizaram essa tecnologia, ao menos uma única vez, relatando a dificuldade de seu uso. Houve consenso nesse grupo de que o projeto terapêutico, sempre que acontece, ocorre nas reuniões de equipes. A outra metade dos profissionais do NASF disse que não utiliza a construção conjunta de projetos terapêuticos, principalmente se esta for entendida “ao pé da letra”, atribuindo esse não uso à falta de tempo junto às equipes de ESF. Chama a atenção que alguns profissionais do NASF desconhecem esta tecnologia, e outros não sabem se já a utilizaram ou não. Um deles aponta que, como o NASF realiza apoio às equipes de ESF, essa tecnologia só vai ser utilizada quando fizer parte do processo de trabalho da ESF:

Construção conjunta de projeto terapêutico se a gente for levar ao pé da letra o conceito do projeto terapêutico, não dá pra dizer que a gente consegue fazer com as famílias, com as pessoas que a gente acompanha. Um caso mais complexo, que a gente vê que a coisa tá patinando, não avança, daí espera aí, vamos dar uma organizada neste cuidado, quem se responsabiliza pelo quê, prazos. Mas na realidade dizer se as equipes de SF não fazem projeto terapêutico, quem és tu que tá vindo uma vez por mês querendo fazer projeto terapêutico? O projeto terapêutico só vai acontecer quando ele fizer parte do processo de trabalho do profissional da SF (N18).

Estruturado como projeto terapêutico singular eu tive uma experiência só e não

funcionou muito bem, foi burocrático demais, demorou muito tempo [...]. Mas a construção de projeto terapêutico sempre tem quando a gente discute caso e decide junto o que vai fazer (N28).

Acerca das **discussões sobre o processo de trabalho dos profissionais do NASF e ESF**, quase a metade dos profissionais do NASF afirma que realiza essa atividade em reuniões nos DS, nas reuniões dos profissionais do NASF. Porém, a maioria desses profissionais diz não realizar tais discussões junto com os profissionais da ESF, e associam isto ao curto tempo que possuem para cada equipe de ESF. Os profissionais do NASF reconhecem que precisam melhorar a comunicação com os profissionais da ESF acerca do andamento do processo de trabalho:

Nós temos uma reunião mensal do NASF uma vez por mês, às vezes a gente utiliza pra discutir alguma coisa assim. Mas, junto com as onze equipes, não (N19).

Na reunião mensal não consigo, não tem espaço pra isso (N26).

O que mais a gente precisa é isto, melhorar a comunicação (N31).

Outra atividade realizada pelos atores envolvidos na pesquisa é a **reunião de equipe**, que se revela como um rico espaço para a articulação do processo de trabalho do NASF e das equipes de ESF, e que acontece, para a grande maioria dos profissionais, pelo menos uma vez ao mês. No entanto, os profissionais do NASF não conseguem participar das reuniões de todas as equipes de sua referência e, referindo possuir certa autonomia em suas agendas, dizem priorizar a equipe para qual sua presença se faz mais necessária:

Eu procuro participar uma vez nas reuniões de equipes. As reuniões gerais, hoje em dia eu tenho três unidades, e a gente só consegue participar em uma (N16).

Então, a gente prioriza a pactuação das ações com as equipes de SF nas reuniões de SF, [...] todas as equipes de SF tem uma reunião semanal e nós conseguimos estar uma vez por mês em cada uma das reuniões de equipe que eu apoio (N18).

Não, porque são dez equipes e seriam dez reuniões, seriam dez períodos. Não tem como, seria o ideal, mas não posso colocar 25% do tempo em reunião de equipe. Ai eu vou em uma reunião de planejamento de um posto só (N22).

Segundo a maioria das enfermeiras da ESF, é importante a participação dos profissionais do NASF nas reuniões de equipes, espaço onde ocorre maior articulação entre NASF e ESF. Ao mesmo tempo, foi apontado que se os profissionais do NASF utilizassem o seu tempo das reuniões para atendimento ao usuário, talvez conseguissem diminuir a lista de espera e seriam mais resolutivos.

Eles têm uma integração boa durante as reuniões de equipes, eles participam bastante. Eles procuram colocar a agenda deles de forma que possam participar. Pelo menos uma vez por mês eles participam da reunião em equipe (PE1).

Mas, eles estando usando aquele período que eles devem ficar na unidade na reunião de equipe, está tirando tempo deles atenderem na unidade. Isso a gente questiona muito [...]. Se ela atendesse esses dois dias, a lista seria menor. É bem importante a participação, e isso está contemplado nas atribuições deles (PE1).

De acordo com o relato dos médicos de ESF, algumas categorias profissionais do NASF e o dentista das equipes de ESF conseguem se organizar para participar das reuniões de equipes, mas outros

profissionais não estão tão presentes neste espaço, considerado rico para a articulação. Como por exemplo, os técnicos de enfermagem e técnicos em saúde bucal participam pouco dessas reuniões, o que é justificado pela alta demanda dos CS e pelo déficit em recursos humanos:

[...] profissionais como educação física, farmácia, nutrição tinha uma interação bem melhor assim [...] eles participavam de reunião em equipe, eles interagem com enfermeira, ACS (PM6).

[...] nas reuniões nem sempre eles podem participar porque acontecem num turno que eles não estão no CS [...](PM9).

Nessa perspectiva, a reunião de equipe é um espaço aberto à participação interdisciplinar e propiciador das demais intervenções clínicas compartilhadas, conforme foi identificado nas diversas fontes de achados, seja nos relatos, na observação ou na pesquisa documental.

INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DO PROFISSIONAL NASF

Os relatos mostram que os profissionais do NASF realizam **atendimento/consultas clínicas ao paciente**, em sua grande maioria após discussão de casos com as equipes de ESF e ou atendimento prévio por estas equipes. Porém, ocorre também consulta individual sem a discussão do caso, geralmente em casos de urgências ou encaminhamentos externos, com ou sem justificativa pertinente. Para alguns desses profissionais, a falta de consultório e a necessidade de improvisar espaços para atendimento representa uma dificuldade, apesar de reconhecerem que, por concepção, não são previstos espaços exclusivos.

Sempre com discussão prévia. Claro faço algumas urgências, [...] Mas daí não tem discussão prévia (N25).

Os profissionais da ESF, médicos e enfermeiras, confirmam que os profissionais do NASF realizam consultas individuais, principalmente na área de saúde mental:

[...] são poucos os casos que eles atendem, tirando a parte da psicologia e da psiquiatria, que tem uma demanda bem maior e eles acabam atendendo, fazendo mais consulta individual [...] (PE2).

Então na verdade o que que eu posso sentir, principalmente com aquele que eu tive mais tempo, eu achava que em alguns momentos que ele trazia muito pacientes pra ele. A gente queria discutir e ele ah... deixa que eu vejo (PM7).

No cotidiano das equipes de ESF e de acordo com os documentos ministeriais a consulta clínica ao paciente é uma ação que se espera dos profissionais NASF. A definição de escolha por esta ação deve ocorrer em planejamento conjunto com a ESF e nela ocorre a escuta ativa do usuário conforme a demanda individual acolhida.

AÇÕES COMPARTILHADAS NOS TERRITÓRIOS

A **Visita Domiciliar (VD)** é uma atividade que deve ser praticada pelas equipes de ESF e NASF e sobre esta ação constata-se que: é realizada pela maioria dos profissionais do NASF e ESF; geralmente é o ACS que acompanha o profissional do NASF, além do médico, enfermeiro e outros profissionais do próprio NASF; mesmo que os profissionais da ESF não consigam acompanhar as VD junto com os profissionais do NASF, ocorre uma discussão de caso onde são definidos quais pacientes necessitam da VD e de qual núcleo de saber necessitam de apoio; nas agendas mensais de alguns dos profissionais do NASF já existe um dia específico para realizar tal atividade, organizada em dias concentrados, comparados a uma “maratona”.

Nessas reuniões de equipes, solicitam que eu vá fazer VD junto com a assistente social, que ela tem mais mobilidade, junto com a nutricionista, junto com a fisioterapeuta. A gente procurar fazer VD para dar apoio às pessoas, tenta organizar alguma conduta que possa melhorar a qualidade de vida delas [...]. Enfermeira, quase sempre; ACS quase

sempre; o médico quando possível: é mais sim do que não [...] (N17).

Apesar de a VD ser uma atividade comum e planejada no processo de trabalho dos profissionais do NASF, alguns profissionais do NASF não a realizam por não serem solicitados por suas equipes de referência.

Não me solicitaram. Se precisar fazer, eu só preciso ser avisada com antecedência, mas eu estou a disposição pra fazer [...]. Eu já fiz, olha eu fiz pouquíssimas visitas, o tempo realmente é complicado de fazer, mas não é impossível (N26).

Em relação aos profissionais da ESF, os relatos sinalizam que médicos e enfermeiros conseguem se organizar e realizar VD junto a alguns profissionais do NASF, o que foi confirmado em pesquisa documental e observação:

A farmacêutica sai pra VD com a gente também [...]. Eu achei muito engraçado, quando cheguei [...] ela pronta pra VD, uma farmacêutica pra VD. Eu achei meio estranho. Mas eu vi que ela tem muito utilidade durante a VD. É bem interessante (PE1).

Outra ação desenvolvida pelos profissionais do NASF é o **apoio a grupos**, sejam aqueles coordenados pelas equipes de ESF ou por outros profissionais do NASF. No que se refere ao apoio a grupos aos profissionais da ESF, existe uma integração maior com o profissional enfermeiro e com o ACS. O apoio é realizado principalmente aos grupos de Gestante, Hipertensão (grupo para hipertensos e Diabéticos), Criança, Apoio aos pais e Tabagismo. No que se refere ao apoio a grupos de outros profissionais do NASF, em algumas categorias existe uma maior integração, como entre o profissional de educação física e a fisioterapeuta, ou entre a pediatria e a nutricionista. O apoio é compartilhado nos seguintes grupos: Grupo Saúde Mental, onde o profissional de psicologia recebe apoio do profissional de educação física e da assistente social; Grupo de Vida Saudável, onde o profissional nutricionista recebe apoio da educação física; Grupo de

apoio aos pais, onde o pediatra recebe apoio da psicologia, entre outros.

Fica evidenciado nas falas e em pesquisa documental que existe uma organização por parte dos profissionais do NASF, relacionada principalmente à agenda, para que ocorra ou para que favoreça a articulação do processo de trabalho. Esses profissionais procuram organizar as suas agendas de modo que pelo menos algumas categorias estejam no mesmo local e período, para então articular essa parceria às atividades coletivas. Quando não ocorre o apoio aos grupos, os profissionais do NASF relacionam esse fato ao grande número de equipes de ESF pelas quais são responsáveis e às agendas superlotadas.

A minha equipe procurou fazer uma agenda muito parecida, estar nos mesmos lugares nos mesmos dias, que ai facilita o acesso da equipe a gente. Daí não precisa abrir um espaço da agenda da equipe pra falar com a nutricionista, pra falar com o farmacêutico, com a educadora física. Neste mesmo dia elas têm acesso a gente (N27).

As enfermeiras reforçam que os profissionais do NASF têm apoiado as equipes de ESF nos grupos de sua referência, como grupos de Bebê, Tabagismo e Hipertensão. Colocam que a interação e possibilidade de processos de trabalho mais articulados depende de formas de organização e tipo de oferta de serviços, bem como especificidades profissionais.

Vai depender de cada profissional, por exemplo, com a farmacêutica e a nutricionista a gente tem um trabalho mais direto, elas participam e interagem mais na questão dos grupos, estão mais presentes e tocam o grupo junto com agente (PE5).

Cerca de metade dos médicos referem não participar dos grupos junto às equipes de ESF e profissionais do NASF. Somente uma das equipes tem como rotina realizar um rodízio dos profissionais da ESF para organizar e realizar esta atividade coletiva:

A gente acaba fazendo uma escala. Por exemplo, esse grupo que está acontecendo

hoje é uma vez por mês, então esse mês eu estou vindo, no mês seguinte já vem outra equipe da ESF. O NASF é o mesmo, mas a equipe de estratégia já é outra (PM9).

Sentados em volta de uma mesa, as cadeiras em roda, estavam sentados os usuários, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, a educadora física, a farmacêutico e a assistente social. Estavam compartilhando saberes em ação compartilhada no território – apoio a grupo ao usuário com Diabetes - realizada em um Salão de uma Igreja próximo ao CS. Participaram desta ação seis profissionais de saúde (NO 5).

Na observação realizada junto ao grupo citado, percebe-se a participação de uma equipe interdisciplinar, com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, educadora física, farmacêutica e assistente social.

Também surge um questionamento acerca da real necessidade de grupos em todas as equipes de ESF. É colocado que em alguns territórios não é tão necessária a realização desta atividade, e que nesses locais o atendimento individual seria mais resolutivo:

Acho que grupo não é nem bom, nem ruim. Acho que o grupo ... tem que ter demanda pra isso, [...]. Agora, criar grupo por criar. Não tem que ter grupo se a gente achar que o grupo não vale apenas ser feito, [...] e tem que ter gente pra fazer grupo. Fazer um grupo a tarde inteira, e aí tu tem duas pessoas que vêm no grupo. Se tu atendes quatro, cinco em uma tarde tu vais ser mais produtivo. Mas eu acho que isso é uma coisa de construção (PM7).

Profissionais do NASF ressaltam uma dificuldade em organizar certos grupos e obter a frequência dos usuários nestes locais. Além do

apoio aos grupos de profissionais do NASF e ESF, existem também **grupos realizados pelos profissionais do NASF** individualmente. Na observação fica constatado que alguns grupos são realizados somente por profissionais do NASF, como o profissional de educação física e a nutricionista. Dependendo do núcleo de conhecimento, a realização de grupos é considerada uma importante - algumas vezes, a principal - atividade a ser desenvolvida pelos profissionais do NASF:

Pensando na educação física, a gente tem muito trabalho em grupo, e é isso que a equipe acaba solicitando muito da gente. [...] dentro da nossa categoria é o principal mesmo, que nosso foco de trabalho é o grupo (N16).

Outra atividade relevante, os **trabalhos educativos nas escolas e creches** são ações desenvolvidas pelo NASF, evidenciadas por praticamente metade dos participantes relacionadas majoritariamente ao Programa Saúde na Escola (PSE). Tais atividades são realizadas principalmente junto aos profissionais da escola, como em rodas de escuta com professores e diretoras, e poucas vezes ocorrem diretamente com as crianças e adolescentes. Os entrevistados apontaram conseguir realizar atividades junto às creches com as mães e professoras, como o incentivo ao aleitamento materno, mas isso aparece como algo pontual e dificultado pela alta demanda a qual são responsáveis:

Sim, a gente também faz, através do PSE - principalmente. Os grupos de escuta, eu também dou apoio. Não de todas as cinco unidades (N34).

É bem pouco também. [...] eu faço parte da Rede Amamenta, [...] O ano passado eu consegui fazer mais creches, esse ano eu fiz só uma creche (N26).

Mas é como eu digo, o horário muitas vezes não permite, realmente é complicado, mas já teve intervenções... mas muito pouco. Não dá

nem pra considerar que está tendo grandes ações na escola (N20).

Foi desvelado também, em um dos relatos, que o profissional do NASF não atua nas escolas e creches também por não ser uma área de interesse e ou de estudo destes profissionais. Porém, também afirmam que este pensamento vem sendo revisto ao longo deste processo.

DISCUSSÃO

No contexto da APS, o NASF constitui uma importante estratégia junto às equipes de ESF, na construção do SUS e no fortalecimento da integralidade como preceito básico de trabalho interdisciplinar, adicionado ao empenho e valores dos profissionais envolvidos na organização do processo de trabalho em saúde.

O NASF surge para apoiar às equipes de ESF na reorganização do processo de trabalho em saúde, ao ter-se verificado que a implementação da ESF não correspondeu de forma efetiva ao seu objetivo, qual seja, reorientar o modelo da atenção à saúde.

A articulação dos profissionais do NASF, a atuação de forma interdisciplinar resulta em um trabalho em equipe, uma assistência qualificada, um enriquecimento dos profissionais como um todo, uma proximidade com a integralidade da assistência.

A inserção do NASF na APS vem provocando mudanças no setor saúde do país e a integralidade do cuidado vem a ser sua principal diretriz (BRASIL, 2009). Neste contexto, acreditamos que o NASF possa ser uma tentativa de superar o modelo clínico hegemônico, substituindo-o pelo modelo da integralidade.

Considera-se que, apesar do Ministério da Saúde ter-se preocupado em detalhar as ações nas Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009), este caminho expõe fragilidades em seu processo de trabalho por lidar com situações ainda não vivenciadas pelos atores envolvidos. O processo de trabalho revelado ainda não apresenta um caráter substitutivo, e a articulação dos profissionais permanece fragilizada. A comunicação entre os diversos saberes necessita amadurecer para garantir mudanças permanentes. Estas condições participam do grande desafio de somar novas práticas que venham garantir a construção da integralidade na assistência em saúde.

Os atores envolvidos, seja com maior ou menor proporção, têm suas práticas ainda vinculadas ao modelo médico-centrado, o que os

coloca frente ao desafio de mudança de paradigma, do trabalho interdisciplinar, da construção do valor da equipe, na qual “a valia é equânime e não se mede pelo cargo, função [...]” (MENEZES, 2011, p.59).

O NASF, ao reforçar a necessidade de articulação e desenvolvimento de novos saberes entre as equipes e ao aprimorar a interação entre os atores envolvidos, constitui-se em um recurso essencial para a continuidade da mudança do modelo de prática, principiado pela Estratégia Saúde da Família (MATUDA, 2012). O caminho do NASF deve impulsionar as equipes de ESF à ampliação das ações e da resolutividade (BRASIL, 2009). Para tal, em seu processo de trabalho o NASF utiliza de algumas ferramentas tecnológicas de “apoio à gestão”, como a pactuação de apoio, e de “apoio à atenção”, como o “apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular” (BRASIL, 2010, p. 24).

Esta pesquisa permite destacar alguns pontos. Nas atividades desenvolvidas pelo NASF junto às equipes de ESF, há um predomínio das ações clínicas compartilhadas, como discussão de casos clínicos e reuniões de equipes. Além destas atividades, o profissional NASF realiza as intervenções específicas ao usuário, como consulta individual, e ações compartilhadas no território, principalmente visita domiciliar e apoio a grupo.

As ações clínicas compartilhadas, como a discussão de casos e consulta conjunta, geralmente são realizadas pelos profissionais médicos de ESF e NASF, confirmando ainda a forte presença do modelo médico-centrado. Constata-se que existe uma articulação do processo de trabalho do NASF com as equipes de ESF, ainda que esta esteja longe do que se almeja. Nas discussões de casos percebemos um distanciamento entre alguns profissionais das equipes do NASF e ESF. Devemos atentar para o fato de que a realização de discussões de casos não garante um trabalho interdisciplinar quando permanece a visão do modelo hegemônico, centrado na presença do médico.

Segundo Araújo e Galimberti (2013) é necessário que seja esclarecida real função do NASF junto às equipes de SF, além da elaboração de um planejamento que garanta um funcionamento integrado da equipe.

Verifica-se o crescimento no núcleo de conhecimento dos profissionais que desenvolvem ações clínicas compartilhadas junto ao NASF. A educação permanente está presente nas ações desenvolvidas no cotidiano da articulação NASF e ESF. Há uma melhor qualidade na assistência que favorece a integralidade do cuidado. O apoio matricial

com suporte técnico-pedagógico efetiva as ações de educação permanente (BRASIL, 2009). Compreendemos, assim como está descrita nas diretrizes do NASF, que o apoio matricial e seu conceito possuem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente (BRASIL, 2010).

A reunião de equipe aparece como um rico espaço de articulação do NASF e ESF, onde são desenvolvidas principalmente discussões dos casos e planejamento das ações. Este achado confirma o que traz um estudo acerca do NASF no qual as reuniões de equipes são ressaltadas também como uma potencialidade para o processo de trabalho (SILVA, et al. 2012). Apesar da importância das reuniões em equipe, foi detectado que esta ação não acontece em todas as equipes da ESF. Nas reuniões de equipes em que não ocorre a participação do profissional NASF, não se possibilita de forma eficaz o desenvolvimento desta articulação. É importante ressaltar que, se por um lado temos um espaço rico de articulação, por outro temos a dificuldade dessa prática nas equipes.

Outra dificuldade encontrada é a construção conjunta de projetos terapêuticos, que, considerada uma ferramenta de difícil utilização, ainda é pouco usada pelos atores. De acordo com as diretrizes do NASF, o projeto terapêutico singular é um momento de toda a equipe, onde todas as opiniões são importantes para ajudar a compreender o sujeito, suas necessidades de saúde, e a definir e propor ações. O desenvolvimento desse tipo de ferramenta pode ser sintetizado em quatro momentos: diagnóstico, definição de metas; definição do profissional de referência e avaliação (BRASIL, 2010, p.28). Para que ferramentas como a construção conjunta de projetos terapêuticos possam ser mais utilizadas, considera-se a necessidade de ampliar a capacitação acerca das ferramentas de trabalho do NASF e discussões entre os atores.

Em relação às discussões sobre o processo de trabalho do NASF e ESF, nem sempre ocorrem tais oportunidades, o que se reflete em falhas na comunicação. Compreendemos que tal lacuna provavelmente favorece as limitações encontradas nesse processo de trabalho, em que a discussão deste processo está diretamente relacionada à sua articulação e a um cuidado integral. Essa atividade é uma peça fundamental no processo como um todo.

A organização do agir constrói o cuidado integral, contrário às atuais ações fragmentadas presentes nos serviços de saúde. Quando não ocorre reflexão e diálogo nas equipes multiprofissionais, há a probabilidade de separação entre as disciplinas, em seus focos de

estudos e suas ações, o que ocasiona sentimentos de desagregação, pois a fala é de integralidade, mas o agir é fragmentado (SEVERO; SEMINOTTI, 2010). O uso de um processo comunicativo adequado pela equipe multiprofissional enriquece o trabalho e leva ao alcance dos objetivos propostos. A comunicação não é um processo difícil, porém, depende de alguns fatores, como o desejo de interagir com o outro e o contexto no qual se está inserido. Entretanto, havendo esse desejo e criando-se mecanismos para tal, independente do contexto vivido, será possível dizer que se trabalha em equipe (JESUS, 2006). Um trabalho em equipe na ESF pressupõe uma relação recíproca de comunicação e integração (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Outra atividade analisada trata-se das intervenções específicas do profissional NASF, quando o atendimento/consulta clínica ao paciente é realizado em sua maior parte pelos profissionais do NASF, o que ocorre principalmente na área de saúde mental. Os casos individuais devem chegar por meio das equipes de ESF, que os discutem com os profissionais do NASF e ou realizam atendimento prévio registrando no prontuário. Analisando os resultados da pesquisa levando em conta as Diretrizes do NASF (2009) percebe-se que a consulta individual, dependendo da área de conhecimento, como na saúde mental, ocorre mais do que deveria, o que pode também indicar falta de interação dos atores e de continuidade do cuidado. Entende-se continuidade, assim como STARFIELD (2002, p.249), como um conjunto de arranjos através do qual, a atenção “é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos”, um elemento estrutural importante para alcançar a integralidade e também a longitudinalidade.

Segundo o MS, o NASF não se constitui em porta de entrada, e o atendimento individualizado deve acontecer apenas em situações extremamente necessárias, não prescindindo do manter contato com a equipe de ESF (BRASIL, 2010). Essa rotina é percebida, em alguns momentos, como algo que obstrui o acesso ao NASF. Em estudo sobre o NASF, o profissional psiquiatra percebe que esse acesso é visto como algo difícil e que isso contribui para que as equipes tenham a percepção de que o apoio do NASF é insuficiente. Neste mesmo estudo, são apresentadas críticas aos documentos ministeriais feitas pelos profissionais do NASF. Estes apontam que concretizar algumas ações propostas pelas diretrizes oficiais é algo muito difícil de ser realizado, algumas vezes impraticável. Se por um lado as Diretrizes do NASF preconizam a corresponsabilização no acompanhamento do usuário, por outro lado não oferecem condições para desenvolvê-las (VANNUCCHI, JUNIOR, 2012). Acredita-se que algumas dessas dificuldades

encontradas podem sim inviabilizar o suporte adequado do NASF às equipes de ESF, comprometer a qualidade da assistência e se refletir na integralidade da assistência.

Em outra discussão sobre a consulta individual realizada pelo profissional do NASF, estudo afirma que não devemos interpretar a priorização desta atividade como um erro, mas como um resquício histórico, devendo-se atentar para a formação de profissionais para o NASF (MENEZES, 2011).

Com um olhar nas ações desenvolvidas no território, destacam-se o apoio a grupo, seguida pela visita domiciliar (VD). Os dados mostram que, quanto à atividade de VD, em geral os profissionais NASF e ESF conseguem realizar uma boa articulação em seu processo de trabalho. O apoio dos profissionais do NASF nas VD é importante à medida que enriquece a assistência prestada ao usuário e contribui para o fortalecimento da integralidade e continuidade do cuidado.

Concordamos que a VD é uma atividade inerente ao processo de trabalho das equipes da APS e implica em identificar e cuidar dos usuários de seu território, bem como em adequar certos aspectos na organização deste trabalho, incluindo assim uma reorganização e discussão deste processo (BRASIL, 2012).

O apoio aos grupos também é desvelado como outra ação em potencial de articulação no processo de trabalho do NASF e ESF. Entretanto, parte dos profissionais médicos da ESF não participa desta ação, e alguns questionam o atendimento coletivo versus atendimento individual sob a perspectiva da resolutividade.

A realidade do território e as atividades a serem realizadas, sejam elas compartilhadas ou individuais, nesse contexto devem ser organizadas e planejadas junto às equipes ESF e NASF. Fazem-se necessários uma reflexão sobre a realidade vivenciada e um repensar das ações para que efetivamente o espaço reservado para atividades em grupo seja uma rica oportunidade para a articulação das equipes e para a melhora da qualidade de assistência.

A organização e articulação do processo de trabalho

O NASF e seu processo de trabalho são organizados com planejamento de ações em um território de abrangência de suas equipes de ESF (BRASIL, 2010). É importante destacar que a **organização do processo de trabalho** é uma preocupação dos profissionais do NASF, expressa tanto por estes, como por profissionais representantes dos DS, especialmente no que diz respeito à organização e divulgação das

agendas e aos critérios de atendimento com acesso a todos os profissionais das equipes de ESF, NASF e gestores. Esta informação foi confirmada na observação em campo, nas entrevistas e pesquisa documental, verificando-se que as agendas estão anexadas em murais, arquivadas nos computadores e também são repassadas em reuniões de equipes. Chama-nos a atenção que, nos CS onde a demanda é menor, percebe-se uma melhor organização do trabalho, existe assim um tempo maior para que ocorra uma melhor articulação dos profissionais do NASF com os profissionais da ESF e profissionais do NASF entre si.

Conforme os relatos dos profissionais do NASF, sua **articulação com os profissionais da ESF** está associada aos profissionais da ESF acreditarem ou não no trabalho do NASF e estarem mais abertos a este trabalho. Eles lembram também que seu processo de trabalho muitas vezes depende da atuação das equipes de ESF, no sentido de que para apoiar uma atividade, esta deva existir. Dentre as ações em que ocorre maior articulação entre esses profissionais estão as discussões de casos, reuniões em equipe e as visitas domiciliares, em apoio matricial. Conforme Brasil (2009), apoio matricial é um método de trabalho que complementa o trabalho desenvolvido pelas equipes de ESF, um suporte assistencial e tecno-pedagógico. Neste sentido, o apoio matricial é visto como algo positivo, uma poderosa ferramenta, que quanto mais utilizada e reconhecida pelos atores envolvidos, maiores serão seus produtos.

Nos relatos das enfermeiras da ESF, desponta que, apesar de o processo de trabalho do NASF ser algo recente, em construção, essas profissionais acreditam que a articulação esta bem organizada. Porém, algumas ações teriam que ser repensadas, principalmente as relacionadas aos critérios de acesso ao NASF. De maneira geral, as enfermeiras afirmam que conseguem se articular pelo menos com um dos profissionais da equipe do NASF de sua referência.

Os médicos da ESF colocam que também conseguem interagir com os profissionais do NASF, com alguns mais do que outros, de acordo com a necessidade surgida no decorrer do processo. Eles apontam que alguns profissionais médicos têm dificuldade em articular o processo de trabalho com os profissionais do NASF, e que alguns profissionais do NASF contribuem efetivamente para que esta articulação e o trabalho em equipe aconteçam. Enfim, o sucesso desta articulação é visto como em dependência direta do trabalho dos profissionais do NASF, das equipes de ESF e dos representantes do Distrito.

No que se refere à **articulação do processo de trabalho dos profissionais NASF entre si**, observa-se que praticamente todos os

profissionais em algum momento conseguem estar juntos e atuar conjuntamente, seja durante a reunião mensal ou quinzenal, seja nos apoios aos grupos, em visita domiciliar e ou discussão de casos. Alguns núcleos de saber conseguem trabalhar melhor entre si, possuem uma afinidade maior do que outros. Dentre os entrevistados, somente um profissional do NASF refere não realizar trabalho com outro profissional NASF.

CONCLUSÃO

A construção da integralidade é considerada um desafio, acontece e se fortalecendo nas práticas cotidianas, nos diálogos entre os profissionais de saúde e nos programas ministeriais. Repensar as ações, o processo de trabalho dos profissionais do NASF e sua articulação com as equipes de ESF é que contribui para esta construção.

Com foco no objetivo desta pesquisa, qual seja, compreender a atuação dos profissionais do NASF articulada à ESF, observa-se que a inserção do NASF apoiando as equipes de ESF na APS vem gerando e possibilitando um crescimento do conhecimento nas diferentes áreas do saber, o que se reflete diretamente na resolutividade da assistência da APS.

Afirma-se a necessidade de alguns profissionais reverem seu processo de trabalho quando é revelada ainda a presença da lógica de um trabalho fragmentado. Acredita-se que, uma equipe interdisciplinar contribui com uma visão ampliada na assistência ao usuário. Contudo é preciso alargar os espaços de discussão do processo de trabalho pelos atores envolvidos, a fim de superar o modelo hegemônico de fragmentação da assistência.

Conhecer o processo de trabalho do NASF junto às equipes da ESF certamente contribuirá para uma reflexão por parte dos atores envolvidos, no fortalecimento do trabalho interdisciplinar e na construção da integralidade da assistência. Considera-se que o caminho de novas práticas deve perpassar pelo campo da formação e aprofundamento em capacitações.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E.M.D.; GALIMBERTTI, P.A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.25, n.2, p. 461- 468, 2013.

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. **Cien Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, jan -mar; n.28, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

JESUS, D.S.S. **A comunicação no trabalho em equipe**: perspectivas de profissionais inseridos no Programa Saúde da Família. Belo Horizonte. 2006. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MANGIA, E.F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n.2, p.ii, maio/ago. 2008.

MATUDA, C.G. **Cooperação interprofissional**: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP). 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2012.

MENEZES, C.A. **Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda**: estudo de caso. 2011. 68f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2011.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. rev. Ijuí: Unijuí, 2011.

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. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan./mar.2010.

PINHEIRO, G.M.L. **Processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da Estratégia de Saúde da Família**. 2011. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. SC, 2011.

SILVA, et al. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p. 2076-2084, Nov., 2012.

SEVERO, S.B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl.1, p. 1685-1698, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/080.pdf>>. Acesso em: 12 agosto 2012.

VANNUCCHI, A.M.C.; JUNIOR, N.C. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 3, p. 963-982, 2012.

4.5 MANUSCRITO 3 - ARTICULAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF E DA ESF: POTENCIALIDADES E LIMITES

WORKING PROCESS ARTICULATION OF THE NASF AND ESF: CAPABILITIES AND LIMITATIONS

ARTICULACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO DE LA NASF Y DE LA ESF: POTENCIALIDADES Y LÍMITES

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira
RAMOS, Flávia Regina Souza

Resumo: Este estudo objetivou identificar limites e potencialidades na articulação do processo de trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a ótica da integralidade. A pesquisa qualitativa, um estudo de caso, teve a participação de 36 profissionais, sendo 10 profissionais da ESF, 20 profissionais do NASF e 06 representantes dos Distritos Sanitários, de um município da região sul do Brasil. Na coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, observação e pesquisa documental. Os resultados expressam que, apesar das várias potencialidades, alguns limites desafiam esta articulação, tanto na dimensão assistencial como na técnico-pedagógica. Diante das potencialidades e desafios, fica a característica marcante do caráter inovador desta ferramenta tecnológica, que potencializa a integralidade do cuidado e amplia as ações na Atenção Primária em Saúde, bem como aumenta a resolutividade destas.

Descritores: Assistência integral a saúde, Equipe de assistência ao paciente, trabalho, ESF.

Abstract: This study aimed to identify the limits and potentialities in the working process articulation of the professionals from the Support Center to the Family Health (NASF), and the Family Health Strategy (ESF) under the integrality perspective. The qualitative research of the case study was attended by 36 professionals, 10 professionals from the ESF, 20 professionals from the NASF and 6 representatives of the Health Districts, from one municipality in the southern region of Brazil. During data collection, it was possible to use semi-structured interviews, observation and documentary research. The results show that despite various possibilities some limits defy that articulation, both in care and

technical-pedagogical dimensions. Given the potentialities and challenges, there is a striking feature of the innovative nature of this technological tool that leverages the care integrality and expands the actions of the Primary Health Care, as well as the increase from these resolutions.

Key words: Health integral care, Patient care team, work, ESF.

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo identificar los límites y las potencialidades en la articulación del proceso de trabajo de los profesionales del Núcleo de Apoyo para la Salud de la Familia (NASF) y la Estrategia para la Salud de la Familia (ESF), bajo la óptica de la integralidad. La investigación cualitativa de un estudio de caso tuvo la participación de 36 profesionales, siendo 10 de ellos de la ESF, 20 del NASF y 6 representantes de los Distritos Sanitarios de un municipio de la región sur del Brasil. Para la obtención de los datos fueron utilizadas las entrevistas semiestructuradas, la observación y la investigación documental. Los resultados expresan que, apesar de las diversas potencialidades, algunos límites desafían esta articulación tanto en la dimensión asistencial como en la técnico-pedagógica. Ante las potencialidades y desafíos queda la característica distintiva del carácter innovador de esta herramienta tecnológica que potencializa la integralidad del cuidado y amplía las acciones en la Atención Primaria de la Salud, así como también, aumenta la resolución de las mismas.

Descriptor: Asistencia integral para la salud, Equipo de asistencia al paciente, trabajo, ESF.

INTRODUÇÃO

O setor saúde nos últimos anos, através de reformas administrativas, vem se destacando com propostas de mudanças: a partir do SUS, desponta uma reestruturação dos serviços de saúde.

Em 1994, propondo reverter o modelo assistencial, o Ministério da Saúde concebe o Programa Saúde da Família (PSF) reformulado em 1996 como Estratégia Saúde da Família (ESF), uma proposta não verticalizada, estruturada a partir de equipes de saúde em consonância com a participação popular (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

As equipes de ESF possuem uma atuação interdisciplinar e multiprofissional, sendo compostas por enfermeiro, médico, dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A ESF é a porta de entrada para um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde e responsabiliza-se por

um território definido e uma população delimitada (BRASIL, 2010). Sua efetiva implantação e seu processo de trabalho contribuem para que ocorra a consolidação da integralidade em saúde e para a operacionalização do SUS (BRASIL, 2006). Ao centrar suas ações de atenção e cuidado à família na perspectiva da integralidade, a ESF contribui para mudanças expressivas na Atenção Básica (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Entretanto, algumas práticas convencionais e a fragmentação do processo de trabalho, vêm dificultando o movimento de reorientação da ESF no modelo de atenção à saúde. Estudos de revisão não evidenciam o caráter substitutivo que a ESF deveria refletir nas ações cotidianas na Atenção Primária (SILVA; CASOTTI, 2013).

Nesse contexto, em 24 de janeiro de 2008, pensando em superar a lógica de um processo de trabalho fragmentado, individualizado, característico do modelo convencional, através da portaria GM nº 154, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Como a ESF, o NASF está inserido na rede de serviços dentro da Atenção Primária em Saúde (APS), entretanto, diferentemente da ESF, o NASF não representa porta de entrada para os usuários, mas se dirige a apoiar as equipes de ESF e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como as ações no contexto da APS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). É formado por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas do saber apoiam e compartilham práticas de saúde nos seus devidos territórios de atuação (BRASIL, 2009).

O NASF está em construção e implantação junto às equipes de ESF. As ações desenvolvidas e a interação entre os diferentes saberes favorecem o enriquecimento da assistência prestada ao usuário da APS. Entretanto, apesar de ser um processo de trabalho novo, sua trajetória já aponta alguns limites e potencialidades que contribuem para sua construção ou a impedem.

Na implantação da proposta do NASF existe o risco da fragmentação da atenção, pois ao mesmo tempo em que a atenção integral pode contribuir na organização do processo de trabalho e afastar o risco da fragmentação, a coexistência do modo tradicional dos sistemas de saúde mantém “a fragmentação da atitude dos médicos e dos outros profissionais de saúde” (BRASIL, 2010, p. 17).

Segundo a Lei Orgânica da Saúde (LOS 1842), a integralidade é um dos componentes norteadores para a transformação do modelo hegemônico atual, o que a coloca como principal diretriz praticada pelo NASF, (BRASIL, 2010, p.16), compreendida em três sentidos:

(a) abordagem integral do 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 (BRASIL, 2010, p. 16).

SILVA, et al. (2012) revelam que o NASF é considerado como um dispositivo fundamental para potencializar a integralidade do cuidado, a resolutividade da Atenção Primária à Saúde e também do SUS.

O presente estudo é resultado da tese de doutorado intitulada: “O Processo de Trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a Integralidade”. Tem como objetivo: Identificar limites e potencialidades na articulação do processo de trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a ótica da integralidade.

MÉTOD

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, um estudo de caso realizado com profissionais da ESF e NASF, de Centros de Saúde (CS) de 05 Distritos Sanitários (DS) de um município de Santa Catarina, região Sul do Brasil. Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, a observação direta do processo de trabalho do NASF e ESF e a pesquisa documental. Participaram 06 gestores representantes dos cinco DS escolhidos por conveniência, 10 profissionais de equipes de Estratégia Saúde da Família (05 médicos e 05 enfermeiras) indicados pelos gestores e 20 profissionais do NASF indicados pelos profissionais da ESF, totalizando 36 sujeitos de pesquisa acessados por amostragem em bola de neve.

As 36 entrevistas, 07 observações direta e a pesquisa documental nos 05 DS e CS foram realizadas pela pesquisadora, em dias, horários e locais agendados, ocorrendo em sua maioria, no local de trabalho dos participantes. Os dados foram coletados nos meses de março a outubro de 2013, registrados por gravação de áudio (entrevistas) e registros de campo (observação e pesquisa documental), após consentimento dos participantes e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido,

conforme resolução 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato, os dados foram identificados com o uso de códigos: letras PE (profissional enfermeira); PM (profissional médico); N (NASF) e G (gestor) seguidas por um número correspondente à ordem cronológica das entrevistas. Foram obtidas autorizações junto aos locais da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 11496212.8.0000.0121/2013.

Os dados foram analisados de acordo com a análise textual discursiva. Após a coleta dos dados foi realizada leitura e releitura, e iniciada a unitarização, onde os textos foram separados em unidades de significados, que correspondem aos fragmentos de falas das entrevistas. A partir disto, foi feita a articulação de significados semelhantes – a categorização, onde cada categoria corresponde a um conjunto de unidades de análise. Esta reunião das unidades de significados semelhantes gerou os níveis de categoria de análise (MORAES; GALIAZZI, 2011). O software de análise qualitativa ATLAS.ti foi utilizado para ajudar no armazenamento e organização dos dados. A discussão dos dados deu-se sob à luz do referencial exposto nas Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e do conceito de Integralidade, considerado por sua importância na sustentação teórica da construção do SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao Perfil dos participantes:

Do total de 36 profissionais entrevistados, 10 pertencem a ESF, 20 ao NASF e 06 são gestores dos Distritos Sanitários pesquisados. Dos profissionais da ESF a maioria, 07 (70%) são do sexo feminino e 03 (30%) do sexo masculino, sendo 05 (50%) enfermeiras, e 05 (50%) médicos. Dos 20 profissionais do NASF, 19 (95%) são do sexo feminino e 01 (5%) do sexo masculino. Desse total de profissionais 05(25%) são profissionais de Educação Física, 04 (20%) Assistente Social, 03 (20%) Farmacêuticos, 03 (15%) Nutricionistas, 02 (10%) psicólogos, 02 (10%) Pediatras e 01(5%) Fisioterapeuta. Os profissionais gestores, quase em sua totalidade, pertencem ao sexo feminino (83,4%), sendo que 05 (83,4%) são enfermeiras e 01(16,6%) dentista.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família vem para ampliar as ações da APS, conjuntamente com as equipes de ESF e reorganizar o

SUS, o que exige que os profissionais estejam imbuídos dessa tarefa de efetiva mudança.

Nesse contexto, busca-se identificar no processo de trabalho do NASF e sua articulação com as equipes de ESF algumas potencialidades e limitações dessa construção. Inicialmente abordaremos fatores positivos observados com a entrada do NASF na APS, potencialidades no sentido da concretização da articulação do processo de trabalho dos profissionais do NASF e das equipes de ESF. Posteriormente abordaremos as limitações, os desafios encontrados nesse processo. As potencialidades e limites serão apresentados de acordo com a visão dos profissionais das equipes NASF, ESF e gestores.

Ressalta-se que, certamente não estaremos esgotando aqui as diversas potencialidades e limites existentes neste processo de trabalho como um todo.

POTENCIALIDADES DE ARTICULAÇÃO: NASF e ESF

Dimensão Técnico-pedagógica: um novo pensar...

Os profissionais do NASF, da ESF e os gestores apontam algumas potencialidades presentes na articulação do processo de trabalho do NASF com as equipes de ESF, sendo uma das principais a **Interdisciplinaridade e Troca de Saberes**. Na maioria dos relatos, a interdisciplinaridade aumenta o potencial da APS, na medida em que articula diversos profissionais, cada um com seu conhecimento, com a sua carga, com diferentes olhares e saberes sobre saúde e doença. Os profissionais NASF são reconhecidos por agregar saberes e ações ao cotidiano, o que produz novas percepções e experiências sobre a própria concretização da interdisciplinaridade, além de novos olhares sobre as demandas e a forma de intervir sobre as mesmas. Reconhecem que esses outros olhares no âmbito da APS representam uma potencialidade dessa articulação:

Acho que troca de experiência, [...],vai me dar uma visão maior sobre o universo dessa criança que eu não teria sozinha. E pelo meu lado eu vou dar experiência para ele em pediatria e que ele não teria [...] já olho de outra forma (N 22).

[...] então a gente aprende todos os dias com todos os profissionais. (N26).

Os médicos da ESF e gestores também reconhecem que o conhecimento compartilhado, a troca de saberes que acontece nos encontros realizados entre os profissionais, enriquece e qualifica a assistência prestada ao usuário:

Apropriar-se do conhecimento do outro, essa troca é importante, [...], estou sempre trocando com outras categorias profissionais e acabo incorporando parte deste conhecimento e usando na minha prática (G12).

Tem uma potencialidade de educação permanente muito grande para os profissionais de equipes de ESF (G13).

As potencialidades são imensas, porque discute a questão de trabalhar interdisciplinarmente. Então, se tu tens esse trabalho interdisciplinar, tem várias áreas, vários olhares pra construção da conduta clínica, enfim do usuário (PM6).

Este apoio matricial é reconhecido e valorizado pela dimensão potencial do encontro, com a “função de compartilhar conhecimento e coconstruir possibilidades de intervenção, e não de ditar sozinho regras do jogo” (BALARIN; FERIGATO, 2012, p.773). É um momento privilegiado para práticas de ensino-aprendizado entre os diversos profissionais NASF e ESF, por isso um movimento sinérgico à proposta de educação permanente (BRASIL, 2010).

Associada a esta primeira potencialidade, os profissionais do NASF destacam a **educação permanente**, presente nestes espaços:

Acho que educação permanente é a potencialidade do NASF (N25).

O NASF deve atuar na educação permanente dos profissionais da Atenção Primária, corroborando assim com a Portaria nº 154/2008 que

cria o NASF estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS. Esse resultado esteve presente em outro estudo, onde houve consenso dos entrevistados acerca dessa potencialidade (SILVA, et al., 2012).

A potencialidade da troca de saberes e educação permanente foi identificada por todos os grupos de entrevistados, confirmando assim sua importância. São vários os espaços nos quais acontece essa interação, principalmente na **discussão de casos**, uma das ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar que devem estar presentes no processo de trabalho do NASF e ESF em um território definido. Essa foi outra potencialidade citada pelos profissionais da ESF:

Potencialidade? Poder discutir casos (PE1).

E o ponto positivo é enriquecer o profissional, porque assim a gente se enriquece com o conhecimento dos outros profissionais e melhora também o cuidado com o paciente, com a comunidade como um todo (PM9).

Dentre as tecnologias na organização do processo de trabalho do NASF está o apoio à atenção, tendo como exemplo o apoio matricial. Nessas ações clínicas compartilhadas deve existir destaque para, entre outras ações, o estudo e a discussão de casos (BRASIL, 2010). Nesse espaço ocorre uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes gerando conhecimento para os profissionais envolvidos e fortalecendo a APS. Este apoio matricial apresenta duas dimensões que podem e devem se mesclar, quais sejam: suporte assistencial e técnico-pedagógico (BRASIL, 2010).

Dentre as potencialidades do **apoio**, o apoio pedagógico foi um dos fatores mais citados pelas enfermeiras da ESF. Ressaltamos que, a educação permanente permeia tanto a dimensão técnico pedagógica, como a dimensão assistencial.

Dimensão Assistencial: um novo saber... para um novo fazer

A Inserção de novas profissões, novos núcleos de conhecimentos na Atenção Primária em Saúde (APS), esteve presente nas falas dos profissionais do NASF. Esse aumento do escopo de

profissionais e de ações aumenta o cardápio da APS, sendo reconhecido como potencialidade:

A potencialidade que é principal é trazer categorias que não estavam na atenção básica pra dentro da atenção básica [...] (N28).

O NASF, segundo as portarias GM nº 154/2008, 2.488/2011 e 3.124/2012 deve ser formado por equipes com diferentes conhecimentos para apoiar os profissionais de ESF e atuar de forma integrada a estes. A portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012 determina três modalidades de NASF - NASF 1, 2 e 3 - (Brasil, 2012), os quais poderão ser compostos pelas seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO):

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. (BRASIL, 2014, p.69).

Juntos, estes profissionais contribuirão para aumentar a resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS (BRASIL, 2010).

Reconhecendo o novo fazer...

Outra potencialidade, citada pelas enfermeiras da ESF, foi a **organização da agenda** do NASF, que favorece a articulação no processo de trabalho, uma vez que geralmente as agendas já são disponibilizadas no mês anterior e toda a equipe tem acesso diário às mesmas:

De uma maneira geral eles já disponibilizam no mês anterior os dias em que vão estar aqui (PE1).

[...] então a gente pode diariamente olhar [...] (PE4).

A inserção de novos profissionais na APS, com novos saberes e um novo fazer vem contribuir para a **qualidade da assistência**, especialmente por impactos na capacidade resolutiva, e para a construção da integralidade. Essa percepção esteve presente nas falas dos três grupos: NASF, ESF e gestores. O NASF traz qualidade aos atendimentos das equipes de SF quando profissionais com conhecimentos específicos dialogam entre si e traçam estratégias de atendimento.

Qualificar a assistência [...] (G13).

Acho que vem a contribuir muito, [...] promover uma assistência de qualidade aos usuários [...] (PE4).

[...] eu entendo que a partir de 2009, quando surgiu nosso NASF, qualificou o atendimento prestado na atenção primária em ESF (N34).

A presença dos diversos olhares dentro dos Centros de Saúde facilita e melhora o trabalho para todos os envolvidos, gerando satisfação para a equipe de ESF e para o usuário.

Nesse contexto, um dos desafios da APS é o aumento progressivo da cobertura populacional e sua integração à rede assistencial, de modo a contribuir para o aumento da resolutividade e a capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (BRASIL, 2010).

A **resolutividade** foi outra potencialidade das mais ressaltadas pelos três grupos entrevistados:

O trabalho do NASF [...], na maioria das vezes é resolutivo (PE1).

Ter o apoio dos outros profissionais, [...], mais resolutividade, acredito que melhora (PM10).

Potencialidades várias, porque eu acho que a Atenção Primária fica muito mais resolutiva (G13).

Acredita-se que a resolutividade esta diretamente associada à articulação do processo de trabalho do NASF com as equipes de ESF, bem como à sua organização, ao estabelecer espaços para discussões e planejamento em território definido. Os relatos dos profissionais do NASF apontam que estes conseguem perceber, além do empoderamento dos profissionais, a ampliação da resolutividade, e da própria demanda. Se por um lado o NASF traz maior resolutividade, por outro lado existe um aumento da demanda, quando a população percebe que outras necessidades antes não atendidas passam a ter uma cobertura pelos serviços ofertados:

É aumentar a capacidade resolutiva, isto está lá, nas diretrizes do NASF, que de fato é uma coisa que a gente consegue perceber (P18).

O empoderamento que a gente vê numa equipe, que consegue discutir com outra equipe [...], trocar ideias, considero que a gente cresce bastante no dia a dia (N31).

Os profissionais do NASF e os gestores relataram ainda como potencialidade da articulação do processo de trabalho: **profissionais qualificados e o ambiente docente assistencial**. Certamente que a união da qualidade da assistência com a resolutividade das ações, potencialidades anteriormente citadas, associada a profissionais qualificados, resulta em um grande potencial para favorecer mudanças no dia a dia da APS e fortalecer a construção da integralidade das ações.

Os relatos apontaram que profissionais com especialização em Saúde da Família representam uma grande diferença em suas práticas diárias. Trabalhar em um ambiente docente assistencial, com troca de saberes entre os profissionais e destes com estudantes, estar próximos às universidades com educação presencial e à distância, tais encontros favorecem a interdisciplinaridade e integralidade:

Uma das nossas potencialidades, é [...] Eu não posso dizer 100% mas, nós temos muitos profissionais que são muito bons, tecnicamente são responsáveis (G11).

A gente está numa capital, com universidade, que tem políticas de qualificação profissional (N18).

Eu também troco muita experiência com aluno, [...] os novos me ajudam, é uma troca de todos nós (N22).

Por fim, os profissionais médicos e gestores da ESF expressaram que a **integralidade**, uma das diretrizes do NASF, é uma potencialidade da articulação do processo de trabalho do NASF e ESF, e o NASF contribui para a construção desse princípio:

[...] acho sim que o NASF possibilita um atendimento bem mais próximo da integralidade (PM10).

Isso já é fantástico. Pressupõe-se que aumente a integralidade, na verdade é o que se deseja (G6).

Nessa mesma direção, as ações desenvolvidas pelo NASF são reconhecidas como um exercício da integralidade, ao que essas ações partem das necessidades dos usuários (OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012).

LIMITES DE ARTICULAÇÃO: NASF e ESF

Os entrevistados apontaram, além das potencialidades, alguns limites que estão presentes na articulação do processo de trabalho do NASF e da ESF, representados aqui como desafios na dimensão assistencial e na dimensão pedagógica.

Dimensão assistencial: desafios do fazer...

Dentre as limitações mais citadas na dimensão assistencial estão a **alta demanda** e **agendas lotadas**. Os profissionais do NASF e ESF reconhecem que estes fatores dificultam diretamente a articulação das equipes, as oportunidades de discussões, descaracterizando as diretrizes do NASF, gerando situações em que este passa a ser porta de entrada.

Esse excesso de demanda que tem dificultado as discussões (N18).

Apesar da demanda ser maior que a oferta (PE1).

A demanda é muito maior do que poderia dar conta, [...] a questão que trava é a questão da oferta ainda é muito menor que a nossa demanda (PM10).

Nos relatos, de mais de um profissional da ESF, foi apontado que, nas discussões das equipes sobre a alta demanda, alguns defendem a ideia de que, dependendo do profissional do NASF, seria mais efetivo o atendimento individual do que realizar ações coletivas, como o atendimento em grupo:

Eu acho que se fosse atendido quatro durante o período que é feito o grupo seria mais efetivo do que atender o paciente em grupo [...] se o tempo que se faz grupo fosse trocado por consulta seria melhor (PE1).

Acreditamos que o NASF deve sim apoiar as equipes de ESF e, juntos às equipes, definir qual a melhor tecnologia de trabalho que deva ser implementada, sendo que esta deve ser reavaliada nos diferentes territórios. Nesse contexto, os grupos são considerados ações importantes na articulação do processo de trabalho do NASF e ESF.

As diretrizes do NASF indicam que o processo do trabalho deveria favorecer uma abordagem coletiva, sem, entretanto excluir a individual (BRASIL, 2010).

Por sua vez, a alta demanda e profissionais com agendas lotadas geram uma **sobrecarga de trabalho** das equipes de ESF, e o **acúmulo de atividades** das equipes do NASF, limites estes que interferem na organização e articulação do processo de trabalho:

Limites nós temos, ESF com muita sobrecarga de trabalho, ou porque elas se responsabilizam por um número de habitantes de população muito maior que o ministério preconiza (N18).

O excesso de demanda também esteve presente nos resultados de estudo sobre a análise da implantação dos NASF, dentre outras causas possíveis para a desarticulação do processo de trabalho (ANDRADE et al., 2012).

Desafios no organizar o fazer...

Ainda na dimensão assistencial, outro aspecto citado como fator limitante foi a **perda de identidade, ou núcleo** de alguns profissionais da ESF, ao procurar trabalhar em equipe:

Cada um trabalhar em equipe sem perder a sua essência, seu núcleo, acho Oque tem que ter muito equilíbrio, bastante responsabilidade e saber até onde você pode ir, saber o seu papel e saber que você é importante no seu papel. Desempenhar o papel do outro não é o objetivo, algumas equipes se perdem nisso, se anulam pelo trabalho em equipe. Isso não pode acontecer. [...] se perderam na identidade, estão apagando o profissional de cada um que é muito importante pra equipe funcionar (N25).

Na própria diretriz do NASF existe uma preocupação relacionada a esse aspecto, ao destacar como pressuposto fundamental do NASF o que é o conhecimento nuclear do especialista e o que é conhecimento comum e compartilhável dos profissionais da ESF e NASF (BRASIL, 2010, p.13). O núcleo seria o conjunto de conhecimentos e de atribuições específicos e característicos de cada profissão, constituinte de sua identidade e especificidade (CUNHA; CAMPOS, 2011).

A **falta de organização do processo de trabalho** foi citada nas falas dos gestores como fator limitante. Estes referem que a organização do processo de trabalho das equipes de ESF está diretamente relacionada à articulação dessas equipes com o NASF, e que ainda não existe uma comunicação clara entre as equipes. Os gestores também percebem que as equipes de ESF não estavam e não foram preparadas para receber os profissionais do NASF. Acreditam que talvez tenha havido uma falha

por parte da gestão, que não trabalhou adequadamente com as equipes de ESF acerca da questão da inserção do NASF na APS.

Tem unidade que é bem organizada, conseguia manter a reunião em equipe, funcionando bem toda semana, e trazer os casos pra discutir. Ela ganhava mais com isso, [...] então o NASF conseguia ter mais sucesso ali. A equipe que não é tão organizada e que não tinha reunião de equipe, que deixava se engolir pela demanda [...] não tinha o momento do matriciamento [...] Então acho que o que foi pecado mesmo foi não ter trabalhado mais com a questão da equipe para inserir o NASF [...]. A gente fez o caminho inverso, e até no momento que iniciou a implantação se pensava que talvez o NASF fosse ajudar as equipes a se organizarem [...]. No fim a gente também deveria ter ajudado as equipes a se organizar pra receber melhor [o NASF] (G14).

De acordo com os relatos dos profissionais do NASF, a implantação e composição das equipes do NASF não foram definidas junto às equipes de ESF e a composição contínua não está sendo decidida de acordo com as necessidades do território, o que esses profissionais atribuem também ao fato da criação do NASF ser recente:

Hoje é uma equipe NASF para no mínimo cinco e no máximo nove equipes de Saúde da Família, com a última portaria de dezembro do ano passado. [...] Como que estas equipes NASF vão se constituindo? Como é a composição da equipe NASF na prática? Esta lógica de composição da equipe tem que ser decidida de acordo com as necessidades do território, [...] esse território vai dizer quais são os cinco profissionais NASF que ele deseja. E, a partir daí vai se constituir um processo de trabalho pra esta equipe NASF

em articulação com essas nove equipes de SF. [...] não foi muito por ai, que se deu a implantação do NASF pelo município. Ela veio de uma outra forma, [...], o distrito tem uma equipe NASF, tem que cobrir as equipes. Então essa lógica da cobertura, me parece que não tem que ser a lógica de implantação da equipe NASF. [...] é que é muito recente, a primeira portaria é de janeiro de 2008, muito recente. Cinco anos (N34).

Esse limite citado pelos profissionais do NASF também foi revelado na fala do gestor:

Estes profissionais foram incorporados no NASF. Não teve assim um levantamento das necessidades das equipes (G14).

Os próprios profissionais da ESF também afirmam que deve existir um cuidado quando da implantação das equipes do NASF para que esta seja sensível ao território de referência. Apontam que esse é um processo de aprendizado em construção:

[...] tem que ter um profissional pra tantas equipes, [...] mas às vezes as realidades são diferentes [...]. Aqui precisa de assistente social, e, de repente, tem outra unidade que pode ter menos [...] sair um pouco da coisa de categoria [...] que profissionais a gente precisa, e que custo efetivo pra isso (PM7).

Outro limite desvelado na maioria das falas dos profissionais do NASF foi o **desconhecimento do processo de trabalho** do NASF pelos profissionais da ESF e pelos próprios profissionais do NASF. Essa nova ferramenta de trabalho inserida na APS necessita ser reconhecida para ser bem utilizada. Os profissionais da ESF relatam que na implantação do NASF houve certa dificuldade para que a equipe da ESF compreendesse quais de fato seriam as ações que a equipe do NASF desenvolveria junto a estas equipes. Apesar de já ter melhorado desde

então, o desconhecimento do processo de trabalho do NASF e a falta de informação são limites que foram revelados nos relatos:

No início foi complicado receber o NASF. Eu lembro que eu tava em outra unidade, e quando a gente recebeu [...] ainda existia a questão do fluxo de encaminhamento e existia o profissional, aí se perguntavam: pra que tem alguém aqui? Se eu tenho que encaminhar qual é a função? Qual é a utilidade disso? É mais um? Pra que se não vai ter resolução? [...] a informação precisa ser melhorada, e com isso você acaba ampliando a contribuição dele, você tem resoluções maiores, você tem um acesso maior, a população tem um acesso maior a esses profissionais. O benefício é grande (PE5).

[...] o desconhecimento não só do trabalho de SF, da proposta do trabalho do NASF, então a todo o momento tem que resgatar o processo de trabalho (N18).

E tem a questão do não entendimento, não saber exatamente como funciona (N20).

Esse mesmo limitante, o desconhecimento do processo de trabalho do NASF/ESF, também foi apontado por outro estudo (ANDRADE et al., 2012), o que reforça um dos achados da presente pesquisa ao demonstrar que a reorganização da APS acontece na medida em que é modificado o processo de trabalho dos diferentes profissionais envolvidos. Ao integrar um novo dispositivo, o NASF representa uma oportunidade de reorganização do processo de trabalho, dos modos de atuar em equipes interdisciplinares.

Também relacionado à dimensão assistencial, desvelou-se no relato dos gestores que a própria **concepção de apoio** seja um limite quando engessa as funções. Muitas vezes observa-se uma inflexibilidade dos profissionais do NASF ao desenvolver suas ações junto às equipes de ESF:

Talvez um limite seja esta palavra apoio, porque às vezes a equipe de SF quer um pouco mais do profissional e ele acha que não tem que entrar tanto, ah porque eu sou apoio. Talvez isso a gente tenha que avançar, e avançar muito (G12).

O NASF, quando a gente chegou, ninguém conhecia o processo de trabalho, era tudo muito novo, era tudo engessado nas funções (G13).

O NASF é uma estratégia inovadora com o objetivo de apoiar à gestão e a atenção por meio de diferentes ferramentas tecnológicas (BRASIL, 2009). O apoio está descrito nos documentos ministeriais, bem como o suporte teórico para a operacionalização do NASF. Entretanto, concretizar estas ações propostas pelas diretrizes oficiais é um desafio.

Déficit nos recursos materiais...

Os entrevistados explicitam em sua maioria que a deficiência na **infraestrutura** para o desenvolvimento do processo de trabalho é um fator limitante. O espaço físico foi um dos limites mais citados pelos profissionais do NASF, ESF e gestores, seguido da falta de materiais, deslocamento e o tempo. Segundo os entrevistados, os profissionais integrantes de equipes de SF possuem seus espaços definidos dentro do CS, e os profissionais do NASF em sua maioria não possuem sala com computadores para registros de seus atendimentos e acesso ao prontuário do usuário. Também faltam balanças pediátricas, macas, materiais específicos para o bom desenvolvimento de grupos (colchonetes, bolinhas...), carros para Visitas domiciliares, entre outros:

[...] é o aspecto físico, dificilmente tem um lugar adequado para atender. É bem difícil, nunca tem sala. Isso aí é geral, porque a gente não tem uma sala específica [...] (N22).

A gente tem que evoluir no prontuário, [...] não tem acesso ao computador, quem sabe se tivesse esse espaço [...] (N24).

Se a gente trabalha com esses grupos precisa de locais grandes, arejados, que tenham toda a estrutura [...] E para consultas faltam consultórios (N29).

Meus colegas comentam bastante, não tem nem onde largar a bolsa. Você se sente um pouco como intruso (N32).

Essa realidade, a falta de espaço físico e de materiais, também foi encontrada em outros estudos, onde a improvisação excessiva foi citada por todos os profissionais entrevistados como um fator limitante (MENDONÇA, 2012) e as condições de trabalho são consideradas precárias (VANNUCCHI; JUNIOR, 2012).

O **desconhecimento do território** foi outro limite desvelado neste estudo, apontado somente pelos profissionais do NASF:

Muitos já não conseguem ir para o território [...] e isso faz diferença, pra promoção de saúde, faz diferença pra eu orientar no consultório, as orientações clínicas. Não consegue porque tem que dar conta de mais de um milhão de coisas (N28).

O território é um dos princípios que devem orientar as ações desenvolvidas pelo NASF (BRASIL, 2010). É em um território definido que deve ocorrer o processo de trabalho e a articulação entre as equipes do NASF e ESF.

As equipes do NASF apoiam e acompanham equipes de ESF nos Centros de Saúde, e não raramente esses profissionais atuam em mais de um Centro de Saúde, que nem sempre estão localizados no mesmo território, sendo necessário o **deslocamento** entre esses locais. Muitas vezes os profissionais necessitam se deslocar várias vezes na semana e até no mesmo dia, o que é referido como limitante na articulação do processo de trabalho:

O deslocamento, o cansaço. De manhã eles estão em uma unidade, à tarde já está em outra (PE4).

Tem o deslocamento que é algo horrível pro NASF, horrível (N29).

O **tempo** limitado que os profissionais do NASF possuem em contato com as equipes da ESF em cada um dos territórios acaba sendo outro resultante limitador da continuidade dos cuidados. O **tempo** que se perde pela falta de organização do processo de trabalho dentro dos Centros de Saúde também esteve presente nas falas:

Já cheguei a perder 50 minutos contados no relógio, vai numa sala, algo não funciona, vai na outra ... Sempre tem algum problema, e perde-se muito tempo. Ai levando em conta que eu estou pouco tempo naquela unidade, o tempo é precioso [...] (N22).

Por outro lado, o tempo também foi citado como fator limitante pelos profissionais da ESF. Seja o tempo insuficiente que o NASF permanece nos Centros de Saúde onde não conseguem desenvolver as atividades que as equipes desejariam, e o tempo que a própria equipe de ESF não tem para realizar o matriciamento, as atividades com as equipes NASF:

Eles têm boa vontade, mas o tempo que eles ficam na unidade é tão pouco. Não conseguem atender a demanda (PE1).

Em termos de psiquiatria era tempo. A psicologia também era tempo (PM6).

Da questão do NASF acho que às vezes é mais a questão do tempo do que [...] organização de tempo, correria (PM7).

Eu consigo fazer um melhor trabalho, com certeza nestas três unidades onde eu estou mais (N24).

Acredita-se que quanto mais profissionais com mais tempo dentro dos CS, maior será a resolutividade e integração dos saberes.

Déficit de Recursos Humanos...

Outro ponto dos mais citados tanto pelas equipes do NASF quanto da ESF foi o déficit em recursos humanos: **equipes do NASF e ESF incompletas, número reduzido de profissionais e número elevado de equipes ESF de referência para cada NASF**. Esse fator se reflete diretamente no processo de trabalho do NASF e na articulação com as equipes de ESF, que nem sempre conseguem realizar suas atividades mínimas previstas. Os entrevistados da ESF relataram que existe a necessidade do **dimensionamento das equipes** da atenção básica, tanto da ESF como do NASF. Eles apontam que a oferta é menor do que a procura, principalmente em relação às equipes do NASF onde alguns núcleos de conhecimento são insuficientes e, por vezes, estão ausentes no cotidiano dos Centros de Saúde:

Começar pelo dimensionamento da equipe mesmo, [...] os limites são esses, do dimensionamento da população e equipe e da carga horária dos profissionais (PM10).

Mas acho que o maior limite é esse, tem muita equipe, têm quatro postos, eu acho que se ficassem duas unidades seria melhor [...] A última portaria, nós teríamos que atender nove equipes. Agora eu estou com doze e minha colega está com dez (N21).

A questão desse número insuficiente de NASF faz assumir uma quantidade muito grande de equipes (PE4).

Os profissionais do NASF reconhecem que este elevado número de equipes de ESF sob suas responsabilidades dificulta a articulação do

processo de trabalho do NASF e da ESF:

Essa limitação não é só da equipe, mas uma limitação do NASF: quanto mais equipes de SF pro NASF, pior vai ser esta articulação (N18).

Teria que diminuir o número de equipes pra ser mais efetivo o trabalho deles (PE1).

Então, para mim a única limitação seria essa, que é mais do processo de trabalho deles mesmo que eles têm que estar em várias unidades, tem que cobrir aquela área (PM9).

Associada ao déficit de recursos humanos também está a **rotatividade dos profissionais**, que fragmenta o processo de trabalho em andamento e que muitas vezes desconstrói o que havia sido construído, limite esse citado por todas as categorias dos sujeitos de pesquisa:

É a troca de profissional, tanto a nossa, do próprio NASF, tanto como ou outros colegas. Quando está bem encaminhadinho ai troca. Ai vai à estaca zero de novo [...] (N22).

[...] essa rotatividade é um limite, tanto pra quem está no NASF quando muda o profissional da ESF como pra gente, quando muda o NASF (PM7).

A gente teve uma rotatividade bem grande de profissionais (G14).

Mas a gente também tem uma rotatividade de profissionais lá na ponta (G11).

Para o êxito da organização do processo de trabalho dos NASF e da interação entre os profissionais NASF e ESF faz-se necessário construir estratégias para diminuir a rotatividade desses profissionais.

Dimensão técnica pedagógica

Em relação aos desafios na dimensão pedagógica, dentre os aspectos que limitam a articulação do processo de trabalho do NASF e da ESF sob a ótica da integralidade, segundo os profissionais do NASF, estão: a falha na formação dos profissionais e a falta de apoio, incentivo e investimento na qualificação dos profissionais de saúde.

Alguns profissionais do NASF começaram a atuar recentemente na área da saúde – como, por exemplo, o profissional de educação física - sem ter a Saúde Pública e o SUS como temas contemplados nos currículos de formação. Os profissionais do NASF citam que praticamente desconhecem o contexto que o NASF está inserido, bem como o seu processo de trabalho, o seu papel neste apoio proposto às equipes da ESF:

Na nossa grade curricular da universidade não tem nada de saúde pública (N23).

Então, eu acho que as pessoas ainda chegam despreparadas. A sensação que me dá é que as pessoas do NASF precisavam passar por uma residência integrada. Se as pessoas do NASF tivessem feito residência, pelo menos uns dois anos, eu acho que, iria mudar radicalmente o desempenho delas assim. As pessoas tinham que passar por uma experiência de imersão de aprendizado no serviço em como fazer saúde da família, como fazer o apoio a saúde da família. Acho que isso é o principal limitante. Se houvesse uma expansão importante dessa experiência que é a residência, que é fundamental pra todas as áreas (G6).

Os entrevistados ressaltam que existe uma diferença visível entre as equipes com formação na área de saúde pública, seja especialização em Saúde da Família ou mestrado em Saúde Coletiva, e as que não possuem. Esse diferencial na formação e conhecimento se reflete diretamente na articulação do processo de trabalho do NASF e das equipes de ESF.

A inserção de novas profissões na APS, que até então não vivenciavam essa realidade, aponta para a necessidade de capacitação,

atualização e de discussões em equipe sobre o processo de trabalho do NASF e suas ferramentas tecnológicas, envolvendo toda a equipe responsável pelo território definido.

A formação dos profissionais é reconhecida como uma dificuldade no processo de trabalho do NASF quando ainda não é compatível com as necessidades do SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). As reformas curriculares, que vem ocorrendo ao longo dos anos, de um modo geral ainda pouco refletem na prática cotidiana.

AMBIGUIDADES DE UMA ARTICULAÇÃO: NASF e ESF

Nos relatos dos profissionais do NASF, ESF e dos gestores, foram mencionados alguns fatores que são apresentados tanto como dispositivos limitantes, quanto como potencializadores da articulação do processo de trabalho do NASF e ESF. Esses dispositivos estão reunidos em dois pontos: Ações interdisciplinares e Acessibilidade.

As ações interdisciplinares

Evidenciou-se que, em sua grande maioria, os profissionais das equipes do NASF referem que as ações interdisciplinares são potencialidades desse processo. Eles reconhecem que, apesar de ser um grande desafio fazer com que as equipes andem juntas, existe sim, um **atendimento integral**, uma **integração entre os profissionais NASF e NASF**, e **integração entre profissionais NASF e ESF**, **um trabalho em equipe**, **um trabalho interdisciplinar**, que ocorrem principalmente nas reuniões de equipes. Os profissionais da ESF e gestores também identificam o **trabalho em equipe**, **o trabalho integrado** como potencialidades, à medida que o NASF não veio para trabalhar sozinho, ele deve estar inserido nas equipes, trabalhando juntos ESF e NASF:

Potencialidade é o trabalho em equipe em si (PE1).

[...] o NASF não veio só pra trabalhar sozinho, ele veio realmente para ser inserido na equipe, nós somos parte de uma única equipe [...] são duas coisas juntas (PE5).

De potencialidade é isso mesmo, é esse trabalho integrado. Junto, a gente consegue

ser mais resolutivo, a gente ganha no conhecimento, o usuário ganha em saúde e em tempo (G12).

Entretanto, alguns profissionais da própria equipe do NASF, ESF e gestores compreendem que existe uma **dificuldade de integração, um trabalho fragmentado** das equipes da ESF e NASF, e isso é reconhecido como um fator limitante. Superar esse limite e alcançar uma boa integração entre as equipes é um grande desafio. Os profissionais do NASF apontam que a articulação acontece somente em algumas unidades ou com algumas equipes, permanecendo o trabalho fragmentado, que compromete a integralidade da assistência. No caso do profissional da ESF não acreditar, não apostar nas ferramentas tecnológicas do NASF, o trabalho ficará fragmentado. Por sua vez, as enfermeiras revelam que, em sua maioria, não conseguem participar das ações compartilhadas junto aos médicos e alguns profissionais do NASF - existe aí uma falta de integração entre enfermeiras da ESF e do NASF:

Basicamente, este é o grande desafio - fazer com que as equipes andem juntas (N20).

[...] eu acho que toda equipe tinha que estar também, não só os médicos discutirem os casos (PE3).

Na unidade que eu trabalho, [...] poucas vezes, eu participei de matriciamentos (PE4).

[...] na farmácia o nosso processo de trabalho fica fragmentado. Então, eu faço alguns casos quando envolve saúde mental na casa dos usuários. Eu, farmacêutica do NASF, faço algumas coisas, e a farmacêutica da farmácia de referência de saúde mental faz outras coisas. O ideal é que a gente tivesse o mesmo processo de trabalho, que eu pudesse fazer tudo, a integralidade fica um pouco comprometida neste sentido (N18).

Temos profissionais que não acreditam no matriciamento, e fica difícil de trabalhar se a

peessoa não acredita. Então, acaba que você faz seu trabalho separado (N17).

Para Andrade (2012), existe uma carência da articulação do trabalho dos profissionais do NASF e ESF na APS que segue paralela à falta de conhecimento acerca das atribuições do NASF.

Alguns profissionais do NASF, ESF e gestores associam esta dificuldade de articulação das equipes envolvidas ao fato de ser um processo de trabalho novo, uma nova tecnologia que deve ser apreendida e exercitada em seu uso, além do fato de alguns profissionais ainda demonstrarem resistência a esse processo.

Precisa mais um pouco disso aí, deles ficarem mais conscientes de como é o trabalho, não sei se porque é novo (N33).

Os NASF são largados lá, e com uma orientação de articular-se com a equipe. [...] E, tá, como fazer isso? A gente trabalhou sem eles séculos, e agora, como fazer isso? Mas não é porque é entre pessoas. Acho que é essa metodologia, essa tecnologia que tem que aprender a ser usada [...] (G11).

A atuação da função primordial do NASF, o apoio matricial, é considerado uma tarefa difícil, um limite, dada a resistência percebida nas equipes de ESF em aderir à ferramenta (VANUCCHI, JUNIOR, 2012). Ocorre uma falta de comprometimento de alguns profissionais para o desenvolvimento de atividades compartilhadas, principalmente a classe médica, sendo isso uma das causas para a desarticulação do processo de trabalho (ANDRADE, 2012).

Reconhecemos que unir profissionais diferentes, com saberes e formações diferentes, certamente produzirá conflitos e divergências de conhecimento e ação. Favorecer esse encontro não é tarefa fácil, e isso é reconhecido como ponto contraditório, pois, apesar dos avanços identificados desde a implantação do NASF, são desiguais as formas como diferentes profissionais aderem a esse processo e contribuem com ele.

As entrevistas mostram que existem profissionais do NASF que, por demandas, preferência ou opção pessoal, realizam ações individuais

com os usuários desvinculadas de qualquer compartilhamento ou discussão de caso com os profissionais da ESF:

[...] eles acabam atendendo, fazendo mais consulta individual (PE2).

Acho que a partir do momento que houver isso, assim, de eu entender que o meu saber não é mais importante do que o teu e nem nunca vai ser, eles se complementam, [...](N30).

Estudo sobre o NASF traz este ponto de discussão e coloca que o NASF deveria possuir uma proposta transformadora do processo de trabalho da APS, mas muitas vezes acaba por reproduzir um modelo assistencialista com foco na atuação individual. Os profissionais do NASF vêm muitas vezes atuando individualmente, isoladamente dentro de seu núcleo de saber disciplinar (SAMPAIO et al., 2012).

A acessibilidade

Nos relatos, os profissionais de pesquisa citam o **acesso** tanto como potencialidade quanto como limite desta articulação. O acesso é uma potencialidade presente nos relatos dos profissionais do NASF, bem como nos dos médicos e enfermeiras da ESF. O NASF, mesmo não sendo identificado como porta de entrada, ainda assim favorece o acesso, facilitando o atendimento integral ao usuário, destacadamente pelo fato de responder à demanda de atendimento por diversas especialidades:

Então, acho que o acesso é uma potencialidade, o acesso mais facilitado (N28).

O acesso é algo que a gente sentiu que foi muito grande, assim, bem positivo (N29).

E, em contrapartida, os encaminhamentos são mais fáceis, porque tem bem definido o motivo pelo qual ele foi atendido (PE2).

Nessa direção de potencialidades do acesso, está a flexibilidade na construção das agendas pelos profissionais do NASF, geralmente pactuadas com as equipes. Assim, foi coerente encontrar a autonomia como fator potencializador do desempenho dos profissionais do NASF, referida como uma autonomia com “controle”:

Acho que quando tem essa diretriz institucional, que a agenda deve ser construída em pactuação com a equipe, isso é uma potencialidade na articulação (N18).

Mas, de qualquer forma, esta autonomia que eu tenho, eu acho que ela é importantíssima para que meu desempenho seja melhor (N25).

Por outro lado, o acesso também foi citado pelas enfermeiras como fator limitante, quando percebido dentro de procedimento impostos às equipes:

Em relação ao encaminhamento, que é o prático mesmo, eu acho que é o mais difícil [...]. Além do tempo, eu acho que o acesso à agenda (PE1).

Enquanto, por um lado, a presença dos critérios de acesso aos profissionais do NASF organiza o processo de trabalho, facilitando a articulação das equipes, por outro, muitas vezes os critérios engessam as práticas, prejudicando tal articulação:

O que é uma potencialidade e também um limite são os critérios impostos para o atendimento do NASF (PE2).

O acesso a ele estava com muitas normativas, e isso a gente foi diluindo durante esse tempo. [...], mas acho que as burocracias atrapalham um pouco (G13).

Para alguns dos entrevistados, o NASF ser utilizado como porta de entrada para a APS constitui um limite da articulação do processo de trabalho do NASF com as equipes de ESF:

Tem muita unidade que está sem equipe completa, então a gente acaba fazendo coisa que não seria do NASF. Muitas vezes eu atendo agenda normal (N22).

Como CS tem muita demanda, não vou te dizer que tudo é discussão de caso, tudo foi passado pela equipe (N33).

Sendo mais direta, às vezes eles querem atendimento específico individual todos os dias para suprir aquela demanda e, na verdade, o NASF vem como apoio, como uma educação permanente, como uma consulta conjunta, em vez de cada um atendendo ao seu [...]. Algumas coisas surgem, até pelo dia a dia das equipes, que acabam, digamos contra talvez seja uma palavra muito complicada, mas algumas coisas acontecem e eles acabam não gostando mesmo do processo do trabalho do NASF (N16).

Um estudo sobre limites e potencialidades acerca do NASF (SILVA et al., 2012) coloca um dissenso em relação ao usuário ter acesso direto ao NASF, sem passar pelas equipes de SF. Sendo o NASF um apoio, uma retaguarda, deve atuar em parceria com os profissionais das equipes de ESF, e não deve ser porta de entrada da APS. Quando necessário, a equipe de ESF deve acionar uma rede assistencial – o NASF. Entretanto, segundo as diretrizes do NASF (BRASIL, 2010) existem alguns critérios de acesso para o usuário chegar aos profissionais do NASF que muitas vezes são percebidos como limites nesta articulação.

Percebemos nos relatos desses profissionais que a identificação do NASF como porta de entrada esteve associada em sua totalidade às equipes com uma alta demanda em seu território, indo em direção contrária ao que preconizam as diretrizes do NASF. Segundo essas diretrizes, um dos aspectos estabelecidos como ponto de síntese na missão do NASF está “O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família” (BRASIL, 2010, p.16).

O **perfil do profissional** para trabalhar na APS foi outro fator citado como potencialidade e também como limite dessa articulação:

Mas tem que ter perfil para saúde pública e aí é a história de cada um [...] é que eu gosto do que eu faço (N20).

A atuação acaba por ser personalizada, e dependendo do indivíduo profissional de ESF e NASF, poderão ser maiores ou menores a construção do suporte e o apoio realizado, ou a integração entre os atores envolvidos e a integralidade do cuidado:

E tem alguns profissionais que não tem perfil, não querem. Não querem trabalhar neste modelo (N27).

Mas existe sim uma dificuldade para alguns profissionais, não só do NASF, mas também do profissional médico [...], porque, assim, a falta de humildade do profissional, porque se eu não sei uma coisa, se eu tenho dúvida, eu fico tranquila, vou lá [...] Mas isso é o perfil de cada um. Então se deve respeitar, porque cada um de nós é de um jeito (PM8).

Por fim, o fato de o NASF ser parte de uma **Política Nacional de Saúde** foi considerado uma potencialidade levantada pelos profissionais do NASF. Entretanto dependendo das interpretações que equipes e gestores fazem dessa política e de suas diretrizes, se ocorrer uma leitura equivocada, isso também poderá ser um limitador:

Outra potencialidade é que isso faz parte da política nacional. Embora a gente tenha a política definida e as diretrizes, as interpretações que esses indivíduos, essas equipes, que a própria gestão faz da política pode ser tanto potencializadora, como pode ser limitadora. Mas eu vejo como um potencial (N18).

Os documentos do Ministério da Saúde apresentam lacunas no que diz respeito ao embasamento teórico para o NASF que proporcionam diferentes formas de operacionalização desses núcleos. A compreensão de Políticas em Saúde é fundamental na implantação das ações em saúde, sendo a gestão um elemento crucial para sua concretização (SAMPAIO et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O NASF, desde sua implantação em 2008, vem crescendo e se fortalecendo no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). O processo de trabalho do NASF e sua articulação com as equipes de ESF está em construção e evidencia algumas potencialidades e limites. Conhecer, identificar tais fatores, possibilita uma reflexão crítica por parte dos atores envolvidos e favorece uma construção na atuação interdisciplinar rumo à integralidade.

O impacto que o NASF vem despontando na APS é inegável, uma ferramenta tecnológica inovadora que vem potencializar a assistência das equipes de ESF. Ampliar a assistência da APS é um dos avanços em potencial, corroborado pela inserção dos novos núcleos de conhecimento, troca de saberes, interdisciplinaridade, qualidade da assistência, perfil do profissional, enfim, por estar e fazer parte de uma Política Nacional de Saúde, potencialidades estas reconhecidas na articulação do processo de trabalho do NASF com as equipes de ESF.

Os resultados expressam que, apesar das várias potencialidades, alguns limites desafiam essa articulação, tanto na dimensão assistencial como na técnico-pedagógica. Entre esses limites estão: alta demanda e sobrecarga de trabalho, falta de organização do processo de trabalho, constituição das equipes do NASF, desconhecimento do processo de trabalho do NASF e do território, infraestrutura limitante, déficit nos recursos humanos e materiais, entre outros.

Os achados apontaram também para um dissenso entre os entrevistados em relação a alguns dispositivos que foram vistos tanto como potencialidades, como limites dessa articulação, a saber, o acesso ao NASF, o perfil e o próprio atuar dos profissionais, por um lado integrado em equipe e, por outro, fragmentado, com dificuldades e falta de integração.

Diante das potencialidades e desafios, fica a característica marcante do caráter inovador desta ferramenta tecnológica, que potencializa a integralidade do cuidado e amplia as ações na APS, bem como aumenta a resolutividade destas. Daí que, observando os

resultados expressos, faz-se necessário valorizar as potencialidades encontradas para que haja um fortalecimento do trabalho interdisciplinar e reavaliar os limites para que ocorra uma mudança da antiga prática de fazer o trabalho em saúde e se efetive, realmente, a articulação do processo de trabalho entre NASF e ESF.

REFERÊNCIAS

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

BALLARIN, M.L.C.S.; BLANES, L.S.; FERIGATO, S.H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface Comunic Saúde Educ.**, v.16, n.42, p.767-78, jul./set., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488 GM**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 648 GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 154 GM**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF a, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 3.124 GM**, de 28 de dezembro

de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Integral na Rede de Saúde: módulo 5** – 5. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

CUNHA, T.C.; GASTÃO, W.S.C. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p. 961-970, 2011.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Comunic Saúde Educ.**, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

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. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan./mar., 2010.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. rev. Ijuí: Unijuí, 2011.

MENDONÇA, A.M. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. 2012. 153f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). UE. Londrina, Paraná, 2012.

SAMPAIO, J. et al. O NASF como dispositivo da Gestão: limites e potencialidades. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, vol. 16, n.3, p. 317-324, 2012.

SILVA, L.A; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.1, p. 221-232, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>>. Acesso em maio 2014.

SILVA, A.T.C da et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.11, p. 2076-2084. 2012.

VANNUCCHI, A. M. C.; JUNIOR, N. C. Modelo tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 963-982, 2012.

4.6 MANUSCRITO 4 - VISÃO E ARTICULAÇÃO DO NASF E ESF: O TRABALHO EM EQUIPE COMO RELAÇÃO ESTABELECIDADA

VISION AND ARTICULATION OF NASF AND ESF: THE TEAMWORK AS A RELATIONSHIP ESTABLISHED

VISIÓN Y ARTICULACIÓN DEL NASF Y LA ESF: EL TRABAJO EN EQUIPO COMO RELACIÓN ESTABLECIDA

Resumo: Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, estudo de caso com o objetivo de descrever as relações estabelecidas entre o processo de trabalho dos profissionais do NASF e ESF a partir da percepção e da experiência dos profissionais dessas equipes. A coleta de dados deste estudo foi realizada a partir de observação direta, pesquisa documental e entrevista semiestruturada com 36 profissionais da APS de um município de Santa Catarina. Os resultados expressam as concepções e as práticas de trabalho em equipe, por parte de profissionais da ESF e do NASF, em suas diferenças e similaridades. Ressalta-se a recente implantação do NASF como retaguarda às equipes de ESF. O trabalho em equipe como relação estabelecida na articulação do NASF e ESF é um desafio para todos os profissionais envolvidos. Na perspectiva da integralidade, faz-se necessário trilhar um processo de trabalho de integração entre os profissionais e de articulação das ações.

Descritores: assistência integral a saúde; equipe de assistência ao paciente; ESF

Abstract: It is a case study, with qualitative research, aimed to describe the relations between the professionals working process of the NASF and ESF, from the perception and experience of professionals from these teams. The data collection of this cut was performed from direct observation, documentary research and semi-structured interviews with 36 professionals of the APS, in one municipality of Santa Catarina. The results express the views and teamwork by the professionals of the ESF and NASF, on their differences and similarities. It is possible to highlight the recent implementation of the NASF as a backup for ESF teams. The teamwork as established relationship in the articulation of NASF and ESF is a challenge for all professionals involved. From the integrality perspective, it is necessary to follow the process of work integration among the professionals, and the coordination of actions.

Key words: assistência integral a saúde; equipe de assistência ao paciente; ESF; trabalho.

Resumen: Se trata de una investigación con abordaje cualitativo. Estudio de caso con el objetivo de describir las relaciones establecidas entre el proceso de trabajo de los profesionales del NASF y de la ESF, a partir de la percepción y experiencia de los profesionales de esos equipos. La obtención de datos de ese recorte fue realizada a partir de la observación directa, la investigación documental y la entrevista semiestructurada, con 36 profesionales de la APS de un municipio de Santa Catarina. Los resultados expresan las concepciones y prácticas del trabajo en equipo, por parte de los profesionales de la ESF y de la NASF, con sus diferencias y similitudes. Se resalta la reciente implementación de la NASF como retaguardia para los equipos de la ESF. El trabajo en equipo como una relación establecida en la articulación de la NASF y ESF es un desafío para todos los profesionales envueltos. En la perspectiva de la integralidad, se hace necesario realizar un proceso de trabajo de integración entre los profesionales y la articulación de las acciones.

Descriptor: Asistencia integral para la salud; equipo de asistencia al paciente; ESF; trabajo.

INTRODUÇÃO

Nos debates acerca da Atenção Primária à Saúde (APS), esta é reconhecida mundialmente e representa o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. A continuidade, a integralidade da atenção, e a coordenação desta dentro do sistema também são atributos essenciais da APS, que é complexa e precisa de intervenção ampla em vários aspectos para que venha gerar efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, fazendo-se necessário um conjunto de saberes para ser eficiente eficaz e resolutiva (STARFIELD, 2002).

A APS é o eixo norteador do sistema de saúde no Brasil e tem se consolidado por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Por sua vez, a ESF é uma estratégia de reorganização da Atenção Básica (AB), que veio substituir as práticas vigentes neste setor. No decorrer deste estudo, a AB e APS serão reconhecidas como termos equivalentes (BRASIL, 2012).

Para apoiar esta reorganização, foi implantado pelo Ministério da Saúde por meio da portaria n 154/2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de aumentar o poder resolutivo das

equipes de ESF (BRASIL, 2012). O NASF tem como responsabilidade central atuar em nove diretrizes da atenção à saúde e reforçá-las. São elas: “a interdisciplinaridade, a integralidade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização” (BRASIL, 2010, p. 12).

O trabalho em saúde é um trabalho coletivo, envolvendo diversos profissionais em saúde, com seus diferentes saberes, que deveriam compartilhar seus conhecimentos técnicos em um atendimento integral ao indivíduo. Entretanto, nem sempre ocorre a relação entre os profissionais e algumas vezes essa relação é insuficiente (PIRES, 2008).

Por sua vez, a articulação do trabalho dos profissionais do NASF e da ESF e de seus diversos conhecimentos e olhares favorecem a integralidade do cuidado na APS e resulta em uma melhor atuação na promoção da saúde da família. A integralidade deve ser considerada, em seus diversos sentidos, um trabalho oposto ao fragmentário e reducionista (MATTOS, 2001), um resultado da união de diversos saberes, e “pressupõe encontro entre fazeres e saberes efetivos de diferentes agentes” (LOUZADA et al., 2007, p. 39). Dentre os vários eixos da integralidade está o eixo trabalho em equipe (SILVA; RAMOS, 2010).

O trabalho em equipe é dinâmico e configura equipes de trabalho integradas. Incorpora noção de integração do trabalho pela articulação, consoante à proposta da integralidade, das ações em saúde e interação dos agentes (PEDUZZI, 2007). Assim, o trabalho em equipe passa a ser “pautado em relações de legitimação do outro” (GOMES et al., 2007, p. 20) e exige mais do que o atuar de diferentes saberes/práticas profissionais, “pressupõe a tessitura de um saber-fazer comum, um fazer com”. Esse trabalho em equipe é delineado pela potencialidade e pelo desafio que a articulação dos profissionais tem de produzir saúde, sendo que, na perspectiva da integralidade, existe uma necessidade de desfragmentação dos processos em equipe (BONALDI et al., 2007). Deve-se configurar em equipe integração, onde as especificidades dos diferentes trabalhos tem que ser preservadas, bem como a articulação das ações realizadas por parte de cada um e por todos os integrantes da equipe (PEDUZZI, 2007). O trabalho em equipe favorece a articulação do processo de trabalho dos diversos profissionais do NASF e ESF, e contribui para a integralidade do cuidado.

Acreditamos que o trabalho em equipe é destacado entre suas características, como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho na APS (BRASIL, 2006).

Portanto, dentre os desafios da ESF está o trabalho em equipe, fundamental para um agir eficaz e de qualidade na produção dos serviços de saúde (SILVEIRA et al., 2011).

O objetivo deste estudo é descrever as relações estabelecidas entre o processo de trabalho dos profissionais do NASF e da ESF, a partir da percepção e da experiência dos profissionais dessas equipes. Este estudo é resultado da tese de doutorado intitulada “O Processo de Trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a Integralidade”.

MÉTOD

A pesquisa foi delineada como estudo de caso, com abordagem por métodos mistos (quantitativo e qualitativo) envolvendo 243 trabalhadores da ESF e NASF em um primeiro momento, e 36 profissionais em um segundo momento. O presente estudo refere-se ao segundo momento e foi realizado com profissionais da ESF e NASF de 05 (cinco) Distritos Sanitários (DS) de um município de Santa Catarina, Região Sul do Brasil. Nesta etapa do estudo foram utilizadas diferentes técnicas de investigação: entrevista semiestruturada, observação direta do processo de trabalho do NASF e da ESF e pesquisa documental. Participaram das entrevistas um total de 36 sujeitos, sendo 06 representantes dos cinco DS escolhidos por conveniência, 10 profissionais de equipes de Estratégia Saúde da Família apontados pelos gestores e 20 profissionais do NASF apontados pelos profissionais da ESF, indicando uma amostragem em bola de neve. A observação de campo foi realizada em momentos de ações clínicas compartilhadas (reuniões de equipes ESF, reunião do NASF e discussão de casos clínicos prévio a VD) e ações compartilhadas no território (apoio a grupos), totalizando 20 horas. A análise documental inclui documentos publicados pelo Ministério da Saúde e documentos municipais relacionados à temática (normativa nº 001/2010 que define as normas e diretrizes para a gestão e atuação do NASF em Florianópolis, livro ata de um Distrito e Relatórios Ambulatorial de Atendimento Coletivo (RAAC) renomeado Atendimento Coletivo e arquivos dos planejamentos a nível Distrital).

As entrevistas, a observação direta e pesquisa documental foram realizadas pela pesquisadora em dias, horários e locais previamente combinados. Os dados foram coletados nos meses de março a outubro de 2013, registrados por gravação de áudio (entrevistas) e registros de campo (observação e pesquisa documental). Para garantir os aspectos

éticos de pesquisas com seres humanos foram respeitadas as Diretrizes, conforme resolução 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 11496212.8.0000.0121/2013. Também foi obtida a autorização junto ao local de pesquisa. Para preservar a identidade dos participantes, utilizou-se códigos: PE (profissional enfermeira); PM (profissional médico); N (NASF) e G (gestor) seguido de um número ordinal correspondente à sequência das entrevistas realizadas.

Os dados foram analisados de acordo com a análise textual discursiva, sendo realizado leitura e releitura das transcrições, unitarização, categorização e criação dos metatextos com organização das principais interpretações (MORAES; GALIAZZI, 2011). Para ajudar no armazenamento e organização dos dados, foi utilizado um *software* de análise qualitativa, o Atlas.ti. A discussão dos dados foi feita a partir do referencial exposto nas Diretrizes do NASF e do conceito de Integralidade, considerado por sua importância na sustentação teórica da construção do SUS.

RESULTADOS

Compreendendo trabalho em equipe

Os profissionais das equipes de ESF e NASF apontaram seu entendimento acerca do trabalho em equipe no contexto da APS e como esta sendo desenvolvido este trabalho em suas ações cotidianas nos Centros de Saúde.

Por meio do material coletado, foi possível construir duas grandes categorias temáticas: “Compreendendo trabalho em equipe” (incluindo ESF e NASF) e “Vivenciando o Trabalho em Equipe” (ESF e NASF).

Da primeira categoria - Compreendendo trabalho em equipe - emergiram duas subcategorias: “ESF e Trabalho em equipe: concepções” e ESF e o “NASF e Trabalho em equipe: concepções”.

ESF e Trabalho em equipe: concepções

A partir dos relatos das enfermeiras, podemos verificar que o trabalho em equipe é percebido quando **todos** os profissionais se unem em torno de um **único objetivo**, uma equipe que trabalha articulada para o **mesmo propósito**, com saberes específicos, mas todos valorizados,

várias visões sobre uma mesma ação, uma **visão ampliada**. O trabalho em equipe seria cada profissional **respeitar o espaço do outro** e trabalhar em benefício do usuário.

Eu acho que são todos juntos em um objetivo (PE1).

É uma equipe que trabalha articulada pro mesmo propósito,, e que ela se ajude, que ela, enfim, trabalhe juntas para aquele mesmo propósito (P2).

Equipe, o nome já diz: trabalhar em equipe. É não, um profissional único e especificamente atender o paciente sozinho. Cada um tem o seu saber, tem que ser valorizado assim. A enfermagem tem um olhar sobre o cuidado; o médico sobre a clínica, [...]. A equipe é cada um respeitar o espaço do outro e atuar ao benefício do usuário (PE4).

As enfermeiras acreditam que um trabalho isolado está longe de ser um trabalho em equipe. Afirmam também que procuram se “vigiar” para não excluir o NASF de suas ações cotidianas. Citam o exemplo da reunião de equipe que, no início da implantação do NASF, muitas vezes eram desmarcadas ou canceladas e isso não era comunicado aos profissionais do NASF. Atualmente, a relação com esses profissionais já está mais fortalecida, estabelecida à medida que este espaço é valorizado para o fortalecimento do trabalho em equipe.

Nos relatos dos médicos da ESF, foi identificado que um deles não parou para pensar sobre o que é trabalho em equipe, talvez o trabalhar com outras pessoas, de **maneira sincronizada** e eficiente. Outros entendem que trabalho em equipe é ter um **objetivo em comum** que conecte os profissionais, com **harmonia** entre estes, **reunindo as potencialidades** de cada categoria e agir em prol do usuário. Seria a divisão do problema com vários profissionais que **colaboram** com sua área de conhecimento em um único objetivo. O trabalho em equipe não é somente uma reunião de pessoas, mas um trabalhar **integralmente e interdisciplinarmente**.

Ter um objetivo em comum [...]. Acho que trabalhar em equipe... Eu trouxe a palavra harmonia. Eu acho que as pessoas têm que estar conectadas para um objetivo em comum. Isso não quer dizer que as pessoas não tenham divergências, não possam discutir algo em comum. Pegar a potencialidade de cada um, de cada categoria, profissional, indivíduo ali, [...], o que juntos a gente possa fazer pra quem tá ali, pra quem a gente trabalha. Não acho que é simplesmente juntar gente, ou pelo menos trabalhar bem em equipe, acho que passa por esta harmonia (PM7).

O trabalho em equipe é dividir o problema com várias pessoas, cada um dá a colaboração que é pertinente na sua área para um objetivo único, certo! (PM9).

NASF e Trabalho em Equipe: concepções

Nos relatos dos profissionais do NASF, a maioria aponta que o trabalho em equipe envolve diversas áreas com **um único objetivo**, um **trabalho em conjunto**, **vários conhecimentos** para atingir um resultado que seria melhorar a saúde do território. Outros dizem que o trabalho em equipe é **fundamental**, **essencial** para o atendimento às diversas necessidades do usuário. Diferentes categorias, bagagens, culturas constituindo um processo de trabalho. O trabalho em equipe é considerado um grande desafio.

Todo mundo contribui pra saúde daquela pessoa, pra promover a saúde, ou pra tratar, todo mundo com o mesmo objetivo, é em equipe (N21).

É um trabalho de vários profissionais, de várias áreas, tentando atingir um objetivo em comum. Isto é um trabalho em equipe (N17).

O trabalho em equipe, ele é fundamental, essencial pra que a gente possa atender os sujeitos que agente atende, em suas diversas necessidades, mas ele é um grande desafio (N34).

Para um dos profissionais do NASF, o trabalho em equipe é o desenvolvimento de ações por profissionais com o **mesmo objetivo**, mas não necessariamente todos atuando juntos ao mesmo tempo, mas atuando com um mesmo objetivo, inclusive em momentos diferentes.

[...] pensando nas pessoas desenvolvendo as ações, não necessariamente ao mesmo tempo, mas que seja como acontece aqui no nosso processo de trabalho do NASF: que a gente discute o caso, às vezes chega o paciente na unidade, o caso é discutido em uma reunião de equipe, o caso é levado pro grupo nosso, pro atendimento individual. A gente vai trazer um feed back pra essa equipe do que o paciente esta se comportando na participação em grupo. Um objetivo em comum, acredito que seja esse, que não necessariamente toda a equipe, que todos juntos, trabalhando junto, mas trabalhando em prol do mesmo objetivo (N16).

Outros relatos dos profissionais do NASF desvelam que o trabalho em equipe está relacionado à **integralidade** de várias áreas de **conhecimento articuladas, integradas**. Reconhecem que nem todos os profissionais o entendem desta forma, mas afirmam que se deve acreditar nesse processo de trabalho e que o NASF tem capacidade para realizá-lo. Acreditar neste processo de trabalho faz-se necessário para que ele ocorra.

Não existe outra opção do trabalho em equipe, [...], que não seja integralidade de várias profissionais trabalhando junto, de vários conhecimentos integrados, eu não vejo outra forma de trabalhar em saúde. É minha opinião. E alguns profissionais não entendem desta forma. Então, a gente tem que tentar,

não sei se está é a palavra certa, mas tem que tentar acreditar neste trabalho e seguir com ele. Se tu acreditas nele tem que ir, tem que ir. E o NASF tem capacidade [...] (N17).

O trabalho em equipe está relacionado a um **atendimento mais completo**, cada um dando o seu melhor, de formas e momentos diferentes, pois o usuário tem demandas e necessidades diferentes, que necessitam de ações diferentes.

Trabalhar em grupo tu consegue atender a demanda que ele traz de várias formas, com outras visões. Eu acho que cada um contribui de uma forma pra que aquele usuário seja atendido de uma forma mais completa (N19).

Poder juntar e ter uma referência e poder ver a maior efetividade no tratamento com relação a essa pessoa (N20).

O trabalho em equipe é um trabalho que deve ser **planejado junto**, construído **por todos os profissionais**, uma **ação conjunta**, que necessita de reflexão. Um trabalho longe da ação fragmentada. Nos locais onde a equipe consegue colocar um espaço formal para tal, o trabalho flui facilmente e existe uma interação.

Eu acho que trabalho em equipe é você sentar, planejar, avaliar ver como é que estão andando as coisas. Se está tudo bem, se não está, e cada um ajudar no que pode e participar... (N23).

Sentar junto, ver as possibilidades, planejar, tentar atingir o resultado independente de ser bom ou ruim, mas conseguir refletir sobre esse trabalho. Um trabalho com ação conjunta, não uma ação fragmentada (N30).

No trabalho em equipe deve haver uma **coparticipação**, quando para alcançar um objetivo existem dois lados, um mútuo apoio, um auxílio organizador para não sobrecarregar os profissionais envolvidos.

Um dividir para acrescentar, no sentido que existe um crescimento do conhecimento dos profissionais envolvidos.

Exige uma coparticipação [...] pra atingir um objetivo: é um casamento. Acredito que seja mais de apoio, auxílio, cada um organizar pra não sobrecarregar a um ou outro (N35).

Nos relatos despontou que o trabalho em equipe é o **interesse** que os profissionais das equipes de ESF apresentam em atuar articulados aos profissionais do NASF. É a partir da demanda que vem da equipe ESF que ocorrerá o envolvimento de todos os profissionais da equipe. Os entrevistados lembram que não são todas as equipes de ESF que abraçam o NASF.

O teu trabalho em equipe, é o interesse que aquela equipe tem de trabalhar aquilo ou aquele tema, aquela estratégia, aquele projeto, seja o que for. E aí começa desenvolver todo o trabalho, e aí tem o envolvimento de todo o CS. Às vezes, é uma equipe. Onde agente tem três, duas equipes, às vezes é só uma que abraça, Não são as duas (N29).

Outro profissional do NASF associa o trabalho em equipe à **interdisciplinaridade**, um trabalho em rede, onde o saber e o fazer são divididos. Para ele, trabalhar em equipe é **ser corresponsável**. O problema é identificado em **conjunto**, e as estratégias também são definidas desse modo: um trabalhar em rede. O fazer não deve ser repassado ao outro, e sim, compartilhado.

É aquela coisa da interdisciplinaridade, é a gente identificar uma situação, um problema juntos, pensar estratégias juntos para aquele problema, e não ficar tentando passar a bola pro outro. Tipo, agora o problema não é mais meu porque eu vou atender individual. Então, é e tentar trabalhar em rede mesmo. [...] É trabalhar no sentido de ser responsável [...], não é passar a manga pro

outro. É dividir a manga e chupar junto entendeu?(N28).

Além de buscar compreender as concepções dos profissionais da ESF e NASF acerca do trabalho em equipe, procuramos desvelar as experiências vivenciadas por estas equipes neste processo.

Vivenciando Trabalho em Equipe

Esta categoria - Vivenciando trabalho em equipe - emergiram duas subcategorias: “Trabalho em equipe e ESF: experiências” e o “Trabalho em equipe e NASF: experiências”.

Trabalho em equipe e ESF: experiências

De um modo geral, a maioria das enfermeiras da ESF acredita que conseguem trabalhar em equipe. Segundo os relatos destas, trabalhar em equipe não é fácil, seja com outras equipes da ESF ou com o NASF. O trabalho em equipe com os profissionais do NASF vem melhorando: à medida que se conhece esta ferramenta e se percebe que ela amplia a interação entre os profissionais.

Foi relatado que se faz necessário avançar muito em relação ao trabalho em equipe com o NASF. Esse trabalho está longe de ser o que é preconizado, ainda é um trabalho fragmentado, quando apontam a sobrecarga de trabalho relacionado ao alto número de equipes pelo qual os NASF são responsáveis. Entretanto, as enfermeiras afirmam que estão conseguindo avançar nesse processo.

Eu acho que está longe de ser aquilo que é o ideal, mas a gente já tem conseguido (PE5).

Em relação ao NASF junto da nossa equipe está cada vez melhor. Eu acho que aos pouquinhos a gente vai integrando mais [...] conseguindo trabalhar mais tendo esse complemento da equipe com NASF. No dia a dia agente tenta, não é tão fácil trabalhar em equipe. [...] no dia a dia complica um pouco. Mas acho que em todos os lugares tem. Então é equipe geral, mas não é. Ela é fragmentada mesmo. Agente tenta trabalhar

da melhor maneira possível (PE3).

Acredito que ainda precisa melhorar muito. Eu digo tem que ter um espaço maior para o NASF. Eles são sobrecarregados tendo que atuar em diversas unidades. Se eles pudessem estar mais dentro das unidades seria bem melhor (PE4).

Na contribuição para a viabilização do trabalho em equipe, a enfermeira da ESF acredita ser uma articuladora do processo de trabalho, ocupar um papel importante na equipe de ESF e conseguir realizar a troca de saberes na discussão de casos.

A gente como enfermeira tem um papel muito importante, essencial dentro da equipe. [...] O enfermeiro é o articulador de todo o processo de trabalho (PE1).

Já alguns médicos da ESF também colocam que, dependendo do profissional, é difícil trabalhar em equipe, inclusive com os próprios profissionais da ESF. Em um dos relatos, o profissional diz, por exemplo, que a interação com a saúde bucal nunca acontece, usa a metáfora que odontologia é uma “ilha a parte”.

A pesquisa revelou que, dependendo da área de conhecimento do profissional do NASF, a interação ocorre praticamente com os médicos. Outros profissionais do NASF são vistos pelos médicos como contribuidores para um trabalho em equipe, profissionais com uma visão interessante sobre o trabalho em equipe e organização, como, por exemplo, a profissional farmacêutica. Entretanto, alguns médicos referem que conseguem trabalhar em equipe somente com alguns profissionais do NASF e com outros existe uma dificuldade de integração. Eles associam o melhor trabalho em equipe às equipes que possuem um maior contato com os profissionais do NASF.

Ai depende: com o psiquiatra eu fazia só eu e ele; com o pediatra também ficava conversa só entre médicos. Alguns profissionais do NASF ajudavam bastante no processo da equipe de trabalhar a equipe (PM6).

Talvez mais com alguns do que com outros, com quem a gente consegue ter um contato mais regular, de participações nas reuniões de equipes nossas, da equipe de Saúde da Família, nas reuniões de matriciamento já estabelecidas, com periodicidade estabelecida. Com esses profissionais, eu acho que a gente faz, sim, um bom trabalho de equipe mesmo, de estarmos todos assumindo junto, dividindo [...] cada um tendo uma ação em relação ao atendimento, a família, ao paciente, e a gente traça estratégia junto, registra isso no prontuário, cada um faz o seu registro. Em alguns casos, por exemplo, mais com a educadora física, a gente tem poucas reuniões, poucos encontros, então é mais um apoio que a gente sabe, segunda, quarta e sexta, tem um grupo tal e pede para o paciente vir e ela recebe os pacientes ali. Não é um contato direto, mas é um apoio de uma atividade. Então, acho que é, acaba sendo um trabalho em equipe, mas não tão... é mais, uma alternativa, uma ferramenta a mais, que a gente oferece aqui no posto, com um profissional que vem apoiar, mas talvez não tão junto, um pouquinho separado (PM10).

Alguns relatos dos médicos demonstram que nem sempre estes conseguem dar atenção e interagir, trabalhar em equipe com os profissionais do NASF. Eles relacionam isso à grande demanda de seu cotidiano. De maneira geral procuram “usar o NASF” como ferramenta para alcançar um trabalho em equipe e obter a integralidade.

Tem a questão do tempo da construção... Às vezes fico com peso na consciência que eu não consigo. Tem o pessoal do NASF que está ali, e eu não consigo dar atenção, eu estou com trezentas demandas que, naquele momento, é mais importante pra mim (PM7).

Outro profissional médico refere não ter problemas em contribuir para a viabilização do trabalho em equipe e diz que tanto ele próprio quanto os profissionais do NASF estão sempre acessíveis para um trabalho em equipe. A sua contribuição para a viabilização desse trabalho é garantida nos espaços de reunião, no matriciamento. Entretanto, ao mesmo tempo, afirma que na maioria das vezes, esse trabalho envolve apenas o médico e profissionais do NASF.

Não tem problema algum com relação a isso. O que eu procuro fazer é ser sempre acessível quando eles precisam, do mesmo jeito que eles estão sempre acessíveis quando eu preciso discutir alguma coisa, ou tirar dúvidas, ou pedir uma opinião a respeito de determinado assunto. Essa forma é que eu acho que é a melhor forma de trabalho em equipe. A gente consegue viabilizar isso com os espaços garantidos pra isso, espaço pra reunião, no horário de matriciamento de psiquiatra, de psicologia, aí a gente consegue viabilizar. Mas é uma coisa que talvez seja mais do médico com o profissional (PM9).

Os médicos reconhecem que este processo poderia ser melhor se as equipes de ESF estivessem completas e as equipes de ESF e NASF tivessem sua composição adequada à população, permitindo pensar estratégias e planejar juntos, o que no momento não é ainda possível.

[...] ter os horários garantidos pra fazer a reunião, é uma coisa que ajuda. Agora, a gente poder estar pensando estratégias juntos e planejando coisas novas, a gente não consegue isso, não estamos conseguindo, [...] faz três meses que estamos com quatro equipes completas. Passamos mais de dois anos sem ter as quatro equipes completas. Aí não tem como. Na verdade você vive tentando dar conta minimamente da

demanda. A gente consegue fazer, poderia ter sido feito mais, mas teria que melhorar todas aquelas outras condições, tanto a nossa disponibilidade, tendo equipes mais proporcionais à população, quanto a disponibilidade dos profissionais do NASF, sendo também mais proporcional à população (PM10).

Conforme os documentos ministeriais, as equipes de ESF devem ser constituídas por um número mínimo de profissionais e o NASF por sua vez, deve ser construído conforme a necessidade de sua população adscrita.

NASF e Trabalho em equipe: experiências

Em alguns dos relatos, os profissionais do NASF expressam que, de fato, não conseguem viver o dia-a-dia das diversas equipes de sua área de abrangência, e acreditam que o trabalho de equipe é construído ao longo desse processo.

E agora, esse processo do NASF, que você esta em várias equipes e unidades de saúde e você não vive de fato o cotidiano daquela unidade. [...] eu vejo que o sentimento de equipe é construído [...] (N18).

Os relatos também apontam que o profissional do NASF tem que estar atento para promover o trabalho em equipe como tarefa cotidiana, ultrapassando as fronteiras de sua própria perspectiva e de seu fazer individual. Deve haver uma mudança na postura de todos os sujeitos envolvidos NASF e ESF para compreenderem que não são autossuficientes e que o trabalho conjunto é mais eficiente e efetivo. O NASF assume o papel de apoiar e potencializar o trabalho das equipes de ESF, mas reconhecem que unir as partes do fazer em um todo não é tarefa fácil.

[...] porque você consegue entender o processo da doença, entender que você não da conta de tudo sozinha, que trabalhando junto você é mais eficiente e efetivo. Ter abertura pra trabalhar junto também. Tanto dos médicos da família entenderem que eu

estou ali para apoiar, pra somar, para potencializar o trabalho deles e ter abertura para eles [...] Alguns têm mais e outros tem menos. Tem alguns que tem uma prepotência, uma vaidade, [...] E também a própria equipe NASF tem que ter essa abertura, tem que estar atento pra esse trabalho em equipe também, e é uma luta diária, é uma luta você não ficar só na sua casinha fazendo seu núcleo (N25).

Alguns profissionais do NASF expressam uma carência de trabalho em equipe, muitas vezes não se sentem parte da equipe e a equipe também não os percebe como integrantes. Isso é relacionado ao pouco tempo de contato e, segundo esses profissionais, resulta em um trabalho fragmentado, sem continuidade. Eles relacionam o estar mais presente, o maior tempo nos Centros de Saúde a um melhor trabalho em equipe.

Eu sinto falta de trabalhar em equipe. Eu trabalhei a vida inteira em equipe, e aqui dentro eu vejo que é um pouco “cada um com a sua agenda” (N23).

[...] trabalho em equipe é realmente bem amplo, tu tem que estar mais junto daquela equipe das unidades. Eu costumo dizer que tem unidade que eu não me sinto parte daquela equipe. Eu entendo que eu trabalho mais em equipe, que tem mais essa troca realmente, porque eu estou mais lá (N24).

As dificuldades e facilidades para realizar um trabalho em equipe são relacionadas ao perfil ou a características pessoais dos profissionais da ESF, ao fato de gostarem de discutir casos ou de interagir. Assim, os participantes acabam por reconhecer que há equipes com as quais podem trabalhar integralmente e outras com as quais isso não ocorre.

Uma equipe flui muito bem, outra mais ou menos, a outra esta desfalcada e a outra não têm acesso. Às vezes acaba, dentro da mesma unidade, tendo vários perfis (N35).

Claro que isso vai mudar de equipe pra equipe. Então, tem equipe que é muito mais fácil o trabalho, do que com a equipe que não é, não tá a fim mesmo. Mais é encaminhar, [...], não quer discutir muito (N28).

Há médicos da ESF que têm dificuldade de participar do matriciamento e de compartilhar os usuários e suas demandas com os profissionais do NASF, dando preferência ao ato de encaminhamento para o NASF, ato este mais arraigado na tradição da clínica. Esta seria uma das principais dificuldades para redesenhar um processo de trabalho novo: novo para o NASF e novo para a ESF.

Outros profissionais gostam só de ficar atendendo, então eles vêm com a folhinha: “olha isso aqui é pra ti”, pronto. Isso a gente encontra bastante. Foi até uma dificuldade muito grande no início por causa disso, pela postura dos profissionais que o NASF é novo. [...] no início foi mais difícil (N35).

É muito mais fácil eu atender sozinha, não tem que discutir o caso, não ter que ir atrás do profissional e falar sobre o caso. Às vezes acontece de mendigar um espacinho na agenda [...] É muito irregular isso, tem equipes que o matriciamento funciona uma beleza, e tem equipes que não funciona (N26).

Entretanto, os profissionais do NASF apontam que há profissionais da ESF que possuem a visão de ESF, geralmente os que fizeram residência na área, o que torna o processo de trabalho mais fácil, pois o profissional possui o conjunto de competências necessárias para o processo de trabalho almejado. Quando não há esta base, segundo estes profissionais, ainda podem contar com a disposição e boa vontade de alguns, o que ainda permite o trabalhar em equipe.

Uma das médicas de família [...], ela é excelente, e a gente discute casos e discute junto no matriciamento, tudo sai redondinho. [...] porque ela tem essa visão de ESF, com residência. Então, fica bem mais fácil, ela tem perfil, o preparo, o conhecimento, fica bem mais fácil. Outros médicos que não têm esse preparo, quando têm boa vontade funciona também, mas alguns não têm nem preparo e nem boa vontade. [...] ai não tem como, não funciona, fica difícil (N26).

Por outro lado, os entrevistados afirmam que a falta de preparo, de disponibilidade, a rotatividade dos profissionais e a falta de profissionais nas equipes de ESF prejudicam o trabalho em equipe. Nos relatos dos profissionais do NASF, percebemos que existem outros fatores que dificultam o trabalhar em equipe na saúde, como tempo e disponibilidade de planejamento de reunião. No cotidiano dos Centros de Saúde, nem sempre o trabalho desenvolvido é percebido como um trabalho em equipe, e este acaba reduzido também pela dificuldade de agenda.

É muito corrido o dia. Quando tu pode, o outro profissional que precisar conversar não pode. Então a gente tenta se organizar, fazer ações mais pontuais com alguns profissionais que tu tens mais afinidade profissional e até pessoal também. Por exemplo, com a educação física e a nutrição tem muita afinidade, então a gente acaba se juntando mais. Esse trabalho em equipe acaba sendo mais em dupla do que em equipe. A fisioterapia a gente está tentando fazer isso agora. Por uma questão de tempo, porque a fisioterapia tem uma lista enorme para atender individualmente. Com os psicólogos, já conseguimos alguma coisa também. O trabalho em equipe acaba reduzido pela dificuldade de agenda (N17).

Em relação ao tempo, os participantes expressam que o tempo das equipes de ESF não é o mesmo tempo das equipes do NASF. Os

profissionais da ESF têm contato diário entre si para organizar, colocar em prática seu processo de trabalho, diferentemente dos profissionais do NASF, que se encontram com as equipes ESF muitas vezes apenas quinzenalmente, mensalmente e conseqüentemente o desenvolvimento do trabalho é mais lento.

Vou pegar minha agenda, que eu não lembro quando eu estou aqui [...] Ah semana que vem estou aqui de novo [...] Ah, mas eu to achando que está demorando muito pra colocar em prática este trabalho. Daí, eu expliquei: o tempo de vocês, da equipe básica é diferente do nosso tempo. Por que se você combina alguma coisa com seu médico e enfermeiro, técnico, dentista, todo dia você vai ver esse membro da equipe, então as coisas andam mais rápido. Agora eu ou nós do NASF, estarmos na tua equipe de SF uma vez por mês, então as combinações demoram mais para acontecer, é outro tempo. [...] não é de um dia pro outro é de 15 em 15 dias, de um mês para o outro. Eu estou em uma reunião de equipe e tem duas visitas domiciliares que tem que fazer, pega agenda: é dia 25 da semana que vem? Não, dia 25 do mês que vem. Então, é o tempo que é diferente. Eu vejo que isso é um fator limitante pra questão do trabalho em equipe, porque são processos diferentes (N18).

Por fim, percebe-se que o trabalho em equipe está sendo construído. O NASF é algo recente, as mudanças são lentas, especialmente porque envolvem modos de conceber e organizar o trabalho. Acreditam que algumas mudanças em relação ao NASF estão evoluindo, mas a resolutividade é lenta. Percebem também que o trabalho em equipe está melhorando, à medida que cada profissional mostra o seu trabalho, vai conhecendo o trabalho do outro e entende melhor seu próprio trabalho e a lógica do apoio matricial.

Agora como o pessoal entende melhor a

lógica de matriciamento está se construindo mais esse trabalho em equipe (N35).

DISCUSSÃO

O trabalho em equipe e interdisciplinar é um dos fundamentos da APS e faz parte das características do processo de trabalho em equipe da Saúde da Família (BRASIL, 2006). O trabalho em equipe tornou-se um dos principais instrumentos de intervenção da ESF, na medida em que suas ações devem ser estruturadas a partir dessas equipes (PEREIRA, 2011). Nota-se, na prática, que não é tão palpável este processo de trabalho e as relações estabelecidas entre os profissionais do NASF e equipes de ESF representam um grande desafio para que se articule o que o Ministério da Saúde preconiza, o contexto do território e o perfil dos profissionais, em prol de uma reorganização almejada. Um trabalho que deve ser pautado, principalmente, nos princípios da integralidade e interdisciplinaridade.

As equipes de NASF desta pesquisa trazem em sua composição diversas áreas de conhecimento, e são várias as ações desenvolvidas por estes profissionais, que devem possuir uma proposta compartilhada de trabalho com as equipes de ESF, na perspectiva da integralidade, conforme preconizado pelos documentos ministeriais (BRASIL, 2012).

Percebemos na prática e concordamos quando autores avaliam que a presença de diversos profissionais em uma equipe não garante a ruptura do modelo biomédico quando há ações que se embasam na sobreposição de saberes, na fragmentação do trabalho (PEREIRA, 2011).

O trabalho em equipe pode ser classificado em duas modalidades de trabalho: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição de ações e o agrupamento dos agentes; e a modalidade interação, em que ocorre a articulação das ações e a interação entre os agentes. Trabalho em equipe é um trabalho coletivo que se estabelece através de uma relação mútua entre as ações técnicas exercidas pelos diferentes profissionais e a interação entre estes profissionais (PEDUZZI, 2001).

Neste estudo, de um modo geral, no entendimento e “**concepção**” dos profissionais da ESF e NASF, o trabalho em equipe vem se aproximando do que Peduzzi (2001) classificaria como equipe integração. Os profissionais da ESF, em suas falas, trazem características do trabalho em equipe na saúde, que Peduzzi (2007) também encontrou em sua pesquisa: o compartilhar de objetivos comuns do trabalho, comunicação entre os profissionais, articulação das ações e

das diferentes visões das disciplinas, respeito do espaço do outro, cooperação entre os profissionais, entre outras. Já no entendimento dos profissionais do NASF acerca do trabalho em equipe, há consenso com os profissionais das equipes da ESF em pontos como: compartilhar objetivos comuns, colaboração entre os profissionais, conhecimentos articulados e integrados, articulação das ações e das diferentes visões das disciplinas. Além dessas características, foram citados pelos profissionais do NASF acerca de trabalho em equipe: coparticipação, reconhecimento da complementaridade, corresponsabilidade, interdisciplinaridade, o que também se aproxima da ideia de equipe interação (PEDUZZI, 2001). Houve consenso no entendimento dos sujeitos desta pesquisa, semelhante a estudo de Kell e Shimizu (2010), de que a essência do trabalho em equipe é a união dos profissionais em torno de um objetivo em comum.

Na modalidade de trabalho em equipe multiprofissional do tipo interação, são necessárias condições como a participação dos profissionais e a presença de um projeto de trabalho comum (PEDUZZI, 2007), além de interesse de compartilhar conhecimentos, interagir no dia a dia e flexibilizar a divisão de trabalho (PEDUZZI, 2001). Em estudo acerca de trabalho em equipe, desvelou-se que no cotidiano do trabalho coletivo são identificadas diferentes maneiras de conexões entre as ações técnicas executadas e a interação entre os agentes (PEREIRA, 2011).

O profissional da ESF percebe que o trabalho em equipe não é somente uma reunião de pessoas, e sim trabalhar integralmente e interdisciplinarmente. Concordamos que o trabalho em equipe é um fator importante para se alcançar a integralidade na dimensão das práticas de saúde e que contribui na organização do trabalho (MATOS, 2001). O trabalho em equipe representa um dos principais pilares da Saúde da Família (ARAÚJO; ROCHA, 2007). “A interdisciplinaridade pode ser um caminho para integrar conhecimento e ação e qualificar o agir, na busca pela integralidade da atenção” (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013, p. 3205).

Se, no entendimento, concepção dos profissionais da ESF e NASF acerca do trabalho em equipe houve certa aproximação ao trabalho integração, não ocorreu o mesmo quando analisamos suas vivências/experiências no cotidiano da APS.

Assim, pensamos que se impõe maior reflexão sobre a temática, pois é preocupante quando um profissional da ESF refere não pensar sobre o que venha a ser trabalho em equipe. Acreditamos que, para se

trabalhar na APS, na ESF e desenvolver um trabalho em equipe é necessário permanente espaço de discussão sobre essa temática.

Ficou desvelado que os profissionais da ESF em sua **experiência** do cotidiano da APS, de um modo geral, conseguem desenvolver o trabalho em equipe. As enfermeiras colocam que não é fácil desenvolver tal trabalho. Os médicos afirmam que, dependendo da área de conhecimento, é ou não possível desenvolver o trabalho em equipe. Existe uma dificuldade real, por parte de alguns médicos, em realizar um trabalho em equipe com os profissionais do NASF, e até mesmo com profissionais da ESF, uma dificuldade de integração.

Quando comparados os relatos dos profissionais do NASF aos da ESF, acerca de seu processo de trabalho, percebemos que os profissionais da ESF acreditam que conseguem desenvolver um trabalho em equipe junto aos profissionais do NASF. Já sob a ótica dos profissionais do NASF, eles colocam que nem sempre conseguem desenvolver tal trabalho. Parece existir uma dificuldade maior para este grupo, ou uma maior facilidade em expor, falar sobre essa fragilidade de seu processo de trabalho.

Observamos aí a existência de uma lacuna entre o que se entende e o que se pratica, entre o saber e o agir/fazer. Existe ainda a fragmentação do trabalho no cotidiano das equipes, muitas vezes ainda centrado na figura do médico. Este tipo de atitude contribui para um distanciamento de um trabalho interdisciplinar e de equipe. Atitudes como essa não favorecem a integralidade das ações e contraria o que orientam os documentos ministeriais.

O trabalho em equipe integração possui alguns desafios, dentre eles o vencer a fragmentação do trabalho. Nesta equipe, os profissionais devem integrar-se articulando suas práticas com uma certeza da finalidade de seu trabalho, favorecendo a reorganização do processo de trabalho, como uma ferramenta essencial de mudança. (MARQUES; SILVA, 2004). Em outro estudo sobre a relação entre os profissionais da ESF e NASF, é destacada a importância de evitar o especialismo e a fragmentação e de buscar uma relação dialógica e interdisciplinar (SILVA et al., 2012).

Destaca-se a prática de encaminhamentos, muitas vezes presente e preferido ao matriciamento por parte de alguns médicos da ESF. Segundo os documentos ministeriais, faz-se necessária uma revisão dessa atitude e o explorar do compartilhamento das ações junto às equipes do NASF (BRASIL, 2010). De acordo com as Diretrizes do NASF, um dos aspectos da missão desses núcleos de apoio é que estes não se constituem em porta de entrada ao sistema de saúde, e o

atendimento individual deve acontecer em casos específicos (BRASIL, 2010). Um planejamento com mais espaços de discussão com foco na reorganização do processo de trabalho contribuiria para tal construção.

Percebemos também que o trabalho em equipe no cotidiano destes profissionais está em construção e vem melhorando ao longo dos anos, desde a implantação do NASF na APS. Ao olhar para trás e ver a caminhada realizada até aqui, existe consenso entre os profissionais de que houve um amadurecimento, mas há a necessidade de avançar nessa caminhada. Outro estudo mostra que se espera que, com o passar do tempo, aconteça uma assimilação dos casos, do perfil dos territórios e da integração com a ESF, além da construção de novos saberes circulando de forma dinâmica (SILVA et al., 2012).

Nesse sentido, autores expressam que as equipes de ESF devem dispor de um contexto, um cenário que favoreça a integração entre os profissionais, com projetos comuns, aproveitando as diferenças dentre os profissionais na resolutividade e no planejamento das ações (CAMPOS; DOMINITTI, 2007).

Outros resultados do processo de trabalho foram encontrados, reforçados ou contrariados na observação e na pesquisa documental. Na observação em campo, percebe-se que existe uma articulação que se dá entre os próprios profissionais do NASF e entre profissionais do NASF e ESF em ações como visitas domiciliares e outras ações compartilhadas no território como apoio a grupos, reuniões semanais de equipes de ESF, reunião mensal de planejamento das equipes, reunião dos profissionais do NASF nos Distritos Sanitários. Assim, consideramos que esses espaços são potencializadores para a interação entre os profissionais.

Em estudo sobre trabalho em equipe na ESF, a reunião de equipe também é considerada como grande potência para a interação entre os agentes (MARQUES; SILVA, 2004), discussão de casos e planejamento das ações (SILVA et al., 2012). Na pesquisa documental referente ao livro ata das reuniões dos profissionais do NASF e nas produções registradas no Atendimento coletivo (antigo Relatório Ambulatorial de Atendimento Coletivo - RAACs), percebe-se uma maior articulação dos profissionais do NASF entre si nas ações compartilhadas no território – apoio a grupos e reuniões de planejamento dos profissionais do NASF. Existe também uma articulação dos profissionais do NASF com profissionais da ESF. Pelos registros de Atendimento Coletivo percebe-se principalmente a presença dos Agentes Comunitários de Saúde nos grupos, seguida pela participação de enfermeiras e médicos em discussão de casos e articulação intersetorial - como visita à escola.

Ressaltamos que talvez devamos nos atentar para a questão de sub-registros da produção desses profissionais.

Por fim, pensamos que a proposta do NASF é algo inovadora e com grande potencial na APS, entretanto para efetivá-la não é suficiente somente conhecer as Diretrizes do NASF. É indispensável pensar e repensar as ações, na direção da integralidade (OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012) e investir na formação e educação permanente destes profissionais. Aperfeiçoar profissionais com foco no SUS é considerado um desafio para as instituições formadoras (ROCKENBACH, 2013).

O resultado do processo de amadurecimento no trabalho em equipe é o processo interdisciplinar, sendo necessários espaços com novas normas e formas de realização do trabalho, espaços de clínicas em equipes, como as ações compartilhadas (SCHERER, PIRES, JEAN, 2013).

CONSIDERAÇÕES

Neste estudo discutimos as relações estabelecidas no processo de trabalho dos profissionais do NASF e da ESF a partir da concepção e experiência dos profissionais dessas equipes.

O trabalho em equipe, no entendimento dos profissionais, se aproxima da modalidade de equipe integração, porém a prática não se concretiza coerente com esse pensar, e nem todos os profissionais conseguem praticá-lo. Existe um descompasso entre a concepção e a ação, indicando uma dificuldade em realizar um trabalho em equipe. A fragmentação do agir ainda está presente nas ações cotidianas desses profissionais, e o modelo biomédico hegemônico ainda é predominante.

Neste contexto, se, por um lado, o trabalho em equipe é percebido como algo difícil de ser alcançado, por outro existe um anseio dos profissionais de torná-lo real. Existe por parte de alguns profissionais movimentos de articulação. Faz-se necessário que se reconheça a lacuna que há entre o saber e o agir, para então transformar essa realidade por meio de espaços de discussão e diálogo.

A partir dos resultados, conclui-se que as relações estabelecidas no processo de trabalho do NASF e da ESF estão diretamente associadas ao perfil dos profissionais, das equipes e aos recursos materiais e humanos disponibilizados e organizados pela gestão e demais sujeitos envolvidos. O trabalho interdisciplinar apesar de nem sempre se fazer presente, é reconhecido como uma ferramenta importante na articulação do processo de trabalho do NASF e da ESF, no que é construído com o

direcionamento para a integralidade como eixo norteador das práticas, especificamente no trabalho em equipe.

É reconhecido o desafio da construção de uma prática interdisciplinar, com base na compreensão da importância de um trabalho em equipe para garantir a integralidade.

REFERÊNCIAS

ALVES M.; RAMOS, R.S; PENNA, C.M.M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v,14, n. 3, p. 323-31, Jul-Set., 2005.

ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.1439-52, set-out, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 154 GM**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF a, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 648 GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.B.; MATTOS, R. A. (Org.).

Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 53-72.

CAMPOS G.W.S; DOMINITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 399-407, 2007.

GOMES, R.S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, Maria E.B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p 19-36.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, Supl. 1, p. 533-1541, jun. 2010.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, Maria E.B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p 37-52.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Organizadores). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2001. p. 39-64.

MARQUES, D.; SILVA, E.M. A Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n.5, p. 545-50, set./out., 2004.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. Análise Textual Discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas fases. **Ciência & Educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

OLIVEIRA, I.C.; ROCHA, R.M.; CUTOLO, L.R. Algumas Palavras sobre o NASF: Relatando uma Experiência Acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n.4, p. 574-580, 2012.

PEREIRA, R.C.A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes**. 2011. 134f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. São Paulo. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2007. p. 161-177.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. Pinheiros: Anablume, 2008.

ROCKENBACH, S.P. **NASF: Residência integrada em saúde em um novo cenário de prática**. 2013. 49 f.. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SCHERER, M.D.A; PIRES, D.E.P; JEAN.R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p.3203-3212, nov., 2013.

SILVA, R.V.G.O.; RAMOS, R.S.R. Integralidade em Saúde: revisão de literatura. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n.3, p. 593-601, 2010.

SILVA, A.T.C. et. al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n. 11, p. 2076-2084, nov, 2012.

SILVEIRA, M.R.; SENA, R.R.; OLIVEIRA, S.R. O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família: Implicações para a promoção da saúde. **REME – Rev. Min. Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 190-195, abr./jun., 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

4.7 ARTICULANDO RESULTADOS DO ESTUDO

Na análise dos resultados qualitativos, coletados por observação, entrevistas e pesquisa documental, bem como na análise dos resultados quantitativos, coletados por questionários, foram evidenciados o conhecimento dos profissionais sobre os pontos levantados e o desenvolvimento e a organização do processo de trabalho do NASF, sendo percebida uma preocupação dos profissionais entrevistados com esse processo.

Conforme os documentos ministeriais, a organização do processo de trabalho do NASF como um todo deve ser planejada com ações em um território de abrangência definido (BRASIL, 2010). Conhecer o território e atuar sob a perspectiva da integralidade é essencial para a ampliação da articulação entre o NASF e ESF, considerando que, quanto mais distantes da integralidade estiverem as ações, mais frequente será a fragmentação destas.

Tendo em vista que esta pesquisa contempla duas abordagens, quantitativa e outra qualitativa, acreditamos que neste momento do estudo é importante colocar frente a frente algumas ações, alguns pontos dos resultados encontrados. Para tal, foi construído um quadro (quadro 10), no qual trazemos as ações elencadas presentes nas diretrizes do NASF e presentes ou não no cotidiano dos profissionais do NASF e da ESF nos dois momentos da pesquisa.

CONHECIMENTO		
Conhecimento	QUALITATIVA **	<p>- Troca de saberes, educação permanente;</p> <p>- Falta de conhecimento do processo de trabalho do NASF;</p> <p>- Falta de conhecimento do território pelos profissionais do NASF;</p> <p>- Falta de conhecimento sobre acesso às atividades do NASF foram problemas identificados em pesquisa documental (2011).</p> <p>- Na observação em campo, foi constatada a agenda disponível em mural e repassada impressa às equipes ESF em reunião (2013).</p> <p>SÍNTESE:</p> <p>- Em relação ao conhecimento do processo de trabalho, existe uma diferença de resultados. Apesar de, no momento qualitativo, os profissionais relacionarem a dificuldade de discussão de casos clínicos ao desconhecimento do processo de trabalho do NASF, no momento quantitativo um grande número de profissionais afirma conhecer</p>

	QUANTITATIVA*	<ul style="list-style-type: none"> - No resultado quantitativo relacionado ao conhecimento da agenda a maior frequência (105) aponta que os profissionais conhecem parcialmente a agenda. Outros 91 profissionais concordam totalmente conhecer a agenda de trabalho. - Maior frequência de profissionais (126) concorda que conhecem totalmente como acontece o processo de trabalho; seguido de 86 que conhecem parcialmente. - Maior frequência de profissionais (186) concorda que conhece os profissionais que compõem sua equipe; - Conhecimento da normativa do processo de trabalho do NASF: somente 65 profissionais conhecem totalmente e 51 conhecem parcialmente. Este desconhecimento pode interferir na atuação e articulação dos profissionais. 	<p>como acontece esse processo de trabalho. Entretanto, os entrevistados também afirmam que desconhecem a normativa do NASF.</p>
ACESSO			
Acesso	QUALITATIVA**	<ul style="list-style-type: none"> - O acesso é visto como limite e como potencialidade. - Como potencialidade: o acesso é favorecido, facilita o atendimento integral. <ul style="list-style-type: none"> - NASF não é porta de entrada - Na maioria das vezes, o acesso acontece após discussão de casos com as equipes de ESF e/ou atendimento prévio por estas equipes. - Como limites: <ul style="list-style-type: none"> - NASF utilizado como porta de entrada. - Critérios engessam as práticas, prejudicando a articulação. 	<p>SÍNTESE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em relação ao acesso, constatase certas semelhanças nos resultados qualitativos e quantitativos.
	QUANTITATIVA*	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre o acesso dos usuários aos profissionais do NASF - o maior número de profissionais com (149) concorda totalmente que esse acesso acontece através de encaminhamento das equipes de ESF. 	

AÇÕES INTEGRADAS		
Ações integradas	QUALITATIVA**	<p>- A ação integrada é vista como uma potencialidade e um limite.</p> <p>- Como potencialidade: em sua grande maioria, os profissionais das equipes do NASF, referem que as ações interdisciplinares são potencialidades do processo de trabalho.</p> <p>- Existe um atendimento integral, uma integração entre os profissionais NASF e NASF e entre profissionais NASF e ESF, um trabalho em equipe, que ocorre principalmente nas reuniões de equipes.</p> <p>- Como limite: a ação integrada é vista como um limite quando alguns profissionais das equipes do NASF, ESF e gestores compreendem que existe uma dificuldade de integração, que o trabalho é fragmentado das equipes da ESF e NASF.</p>
	QUANTITATIVA*	<p>- Em sua maioria (104 profissionais) referem concordar parcialmente com a afirmação de que as ações de saúde dos profissionais do NASF são desenvolvidas de maneira integrada com os profissionais da ESF.</p>
AÇÕES CLÍNICAS COMPARTILHADAS		

SÍNTESE:

Nas ações integradas constata-se semelhanças e divergências dos resultados qualitativos e quantitativos.

Discussão de casos clínicos	QUALITATIVA**	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos profissionais do NASF consegue realizar discussão de casos clínicos, principalmente com os médicos da ESF. Entretanto, alguns médicos não aceitam participar desta ação. - As enfermeiras afirmam que menos da metade dos profissionais de sua categoria conseguem realizar estas ações. Quando conseguem participar das discussões de casos, isso acontece principalmente nas reuniões de equipes. - Não foi observado discussão de casos em consultório entre profissionais do NASF e enfermeiras. - Os médicos afirmam que geralmente estão presentes nessas ações. Essa presença foi constatada nas entrevistas, observação e pesquisa documental. 	<p>SÍNTESE:</p> <p>Em relação a essa ação, no momento qualitativo, de forma semelhante ao quantitativo, a discussão de casos clínicos, para os profissionais do NASF e médicos, é a ação que mais acontece. Porém, foram evidenciadas diferenças em relação a esta prática para as enfermeiras e MF.</p>
	QUANTITATIVA³	<p>Os resultados evidenciam que a discussão de casos clínicos é a atividade que mais acontece dentre as ações clínicas compartilhadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A maior frequência de profissionais (93) concorda que esta atividade sempre acontece, seguida de 62 entrevistados que concordam que acontece às vezes. 	

Atendimento/consulta conjuntas	QUALITATIVA**	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos profissionais do NASF realiza poucas consultas em conjunto com as equipes de ESF. Estas ocorrem principalmente durante as visitas domiciliares. - As equipes mais abertas para utilizar essa ferramenta e a existência de alunos em residência SF favorecem as consultas em conjunto e uma maior integração entre NASF e ESF. - Apesar da consulta conjunta acontecer pouco, nesta pesquisa, não podemos relacionar este fato especificamente à questão do profissional ter pós graduação em SF ou Saúde coletiva, pois a grande parte dos profissionais pesquisados (tanto na etapa qualitativa quanto na quantitativa) possui pós- graduação em algumas dessas áreas de atuação e, ainda assim, estes referem dificuldades de realização desta ação. - As consultas acontecem mais em conjunto entre profissionais do NASF. 	<p>SÍNTESE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constata-se que de forma semelhante, os resultados dos dois momentos, quantitativo e qualitativo, evidenciam que a consulta em conjunto nem sempre acontece.
	QUANTITATIV*	<ul style="list-style-type: none"> - Os resultados evidenciam uma maior frequência de profissionais (62) que concordam que as consultas em conjunto acontecem às vezes. A seguir, 59 profissionais concordam que tal ação raramente acontece e 53 profissionais afirmam que sempre acontece. 	
Apoio por	QUALITATIV*.*.*	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos profissionais do NASF consegue dar apoio por telefone. Em algumas profissões e especialidades essa prática não é tão presente. - Acontece principalmente onde a proporção de equipes de ESF para cada profissional do NASF é maior que o recomendado. 	<p>SÍNTESE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em relação ao apoio por telefone, constata-se que os resultados qualitativos

	QUANTITATIV	- Consta-se uma maior frequência de 65 profissionais que concordam que o apoio por telefone raramente acontece, seguidos de 53 profissionais que dizem que nunca acontece e de 47 que afirmam que sempre acontece.	diferenciam-se dos resultados qualitativos.
Educação permanente	QUALITATIV	- Esta atividade acontece principalmente nas reuniões de equipes ou reunião geral. - É pouco freqüente e geralmente acontece de maneira informal.	SINTESE: - Em relação a educação permanente, constata-se que o resultado qualitativo assemelha-se aos resultados qualitativos.
	QUANTITATIV	- O maior número de profissionais (85) concorda que a educação permanente acontece às vezes; seguido de 72 entrevistados que concordam que acontece raramente e de 34 que concordam que essa ação sempre acontece.	
Projetos Terapêuticos	QUALITATIVA**	- Quase a metade dos profissionais do NASF utilizou esta ferramenta ao menos uma única vez. - Metade dos profissionais do NASF não utiliza esta ferramenta. Existe uma dificuldade de uso. - Esta ação, quando acontece, geralmente ocorre nas reuniões de equipe. - Existe um desconhecimento por alguns profissionais do NASF acerca desta ação; - Alguns profissionais não sabem se já a utilizaram ou não esta ferramenta. - Esta ferramenta só vai ser utilizada quando fizer parte do processo de trabalho da ESF.	SINTESE: - Em relação aos projetos terapêuticos, constata-se semelhanças dos resultados qualitativos em relação aos resultados quantitativos, demonstrando a dificuldade do

	QUANTITATIV	<p>- Maior frequência de 84 profissionais concorda que esta ação acontece às vezes; seguidos de 68 profissionais que concordam que acontece raramente e de 47 que concorda que nunca acontece tal ação</p>	<p>uso dessa tecnologia.</p>
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DO NASF			
Discussões sobre o processo de trabalho	QUALITATIVA **	<p>- Quase a metade dos profissionais do NASF realiza esta atividade com o próprio NASF em reuniões nos DSs. - Junto aos profissionais da ESF, a maioria não realiza tal discussão. - As discussões sobre o processo de trabalho do NASF e ESF nem sempre acontecem. - Os profissionais do NASF associam a dificuldade em realizar esta ação ao curto tempo que possuem para cada equipe de ESF e à falha na comunicação com a ESF.</p>	<p>SINTESE:</p> <p>- Em relação a discussões sobre o processo de trabalho, constata-se que os dados quantitativos assemelham-se aos dados qualitativos. - Ressalta-se que, esta ação, a discussão sobre o processo de trabalho assim como tantas outras, é fundamental para o bom andamento desse processo</p>
	QUANTITATIVA *	<p>- A maior frequência dos profissionais (77) concorda que às vezes esta ação acontece, seguida de 61 profissionais que concordam que raramente acontece e 61 profissionais que concordam que nunca acontece.</p>	
Consulta ao usuário	QUALITATIVA **	<p>- Em sua grande maioria, as consultas ao usuário acontecem após discussão de casos com as equipes de ESF. - Acontece também após atendimento prévio pelas equipes de ESF. - A consulta individual sem a discussão do caso, geralmente acontece em casos de urgência, ou encaminhamentos externos.</p>	<p>SINTESE:</p> <p>- Constata-se que o resultado quantitativo assemelha-se aos resultados qualitativos. - Segundo as</p>

	QUANTITATIVA*	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre a consulta clínica ao usuário com constante negociação dos casos com a ESF, a maioria dos profissionais (92) concorda que esta às vezes acontece, seguida de 66 profissionais que concordam que tal ação raramente acontece. 	<p>diretrizes do NASF estas ações devem ocorrer em casos específicos, pois o NASF vem para apoiar as equipes de ESF.</p>
Ações Compartilhadas no território			
Visita Domiciliar	QUALITATIVA**	<ul style="list-style-type: none"> - É realizada pela maioria dos profissionais do NASF e ESF. - Geralmente é o ACSs que acompanha o profissional do NASF. - É menos frequente com médico, enfermeiro e NASF. - Mesmo que os profissionais da ESF não consigam acompanhar as VD, ocorre uma discussão prévia de caso. - Existem agendas mensais programadas para VD. 	<p>SINTESE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na ação visita domiciliar, constata-se aqui semelhanças dos resultados quantitativos em relação aos resultados qualitativos.
	QUANTITATIVA*	<ul style="list-style-type: none"> - Em relação às visitas domiciliares em conjunto com os profissionais do NASF, o maior número de participantes concorda que às vezes acontecem (70), seguido dos que acontecem raramente (62) e dos que afirma que sempre acontece (53). 	

Apoio a Grupos	QUALITATIVA**	<ul style="list-style-type: none"> - Para os profissionais do NASF, no apoio a grupo, existe maior integração do NASF e enfermeiro e NASF e ACS. - A maior integração ocorre entre: profissionais de educação física e a fisioterapeutas, pediatrias e a nutricionistas; psicólogos e profissionais de educação física; psicólogos e assistentes sociais; nutricionistas e profissionais de educação física; pediatras e psicólogos. - Existe uma organização da agenda para favorecer a articulação do processo de trabalho. - As enfermeiras reforçam que os profissionais do NASF têm apoiado as equipes de ESF nos grupos. - A interação e possibilidade de processos de trabalho mais articulados depende de formas de organização e tipo de oferta de serviços, bem como especificidades profissionais. - A maioria dos médicos refere não participar dos grupos junto às equipes de ESF e profissionais do NASF. - Um grupo tem por rotina realizar um rodízio dos profissionais da ESF para organizar e realizar grupos. 	<p>SINTESE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nesta ação, em ambos os momentos da pesquisa o apoio a grupo aparece como uma ação que é praticada, apontando assim para semelhanças nos resultados.
	QUANTITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - A maior frequência dos profissionais (87) afirma que o apoio a grupos às vezes acontece, seguido dos que afirmam que sempre acontece (63) e dos que afirmam que acontece raramente (46). 	

Trabalhos educativos em escolas e creches	QUALITATIVA**	<ul style="list-style-type: none"> - Praticamente metade dos participantes relaciona esta ação ao Programa Saúde na Escola, realizado junto aos profissionais da escola, e poucas vezes diretamente com as crianças e adolescentes, e às atividades junto às creches - É algo pontual e dificultado pela alta demanda. 	<p>SINTESE:</p> <p>Na ação de trabalhos educativos em escolas e creches, constata-se que os resultados qualitativos assemelham-se aos resultados qualitativos.</p>
	QUANTITATIVA*	<ul style="list-style-type: none"> - A maior frequência dos profissionais (65) concorda que às vezes acontece, seguida de 57 profissionais que concordam que nunca acontece e 56 concorda que concordam que acontece raramente. 	
PLANEJAMENTO			
Planejamento	QUALITATIVA**	<ul style="list-style-type: none"> - Nos registros das atividades a serem desenvolvidas pelas equipes de NASF, a atividade de planejamento foi constatada em pesquisa documental, acontecendo principalmente nas reuniões de equipes entre profissionais do NASF e nas reuniões de NASF e ESF. - No livro ata e no registro de Atendimento Coletivo das reuniões do NASF, e também da ESF com NASF, esta atividade foi constatada. - Esta atividade foi constatada também em entrevista e observação. 	<p>SINTESE:</p> <p>Nesta ação, percebe-se que existem diferenças nos resultados qualitativo e quantitativo. Entretanto, se considerarmos que o apoio matricial é uma</p>

QUANTITATIVA*	<ul style="list-style-type: none"> - Existe uma dificuldade no planejamento. Nem sempre acontece, sendo algumas vezes um planejamento fragmentado. - São garantidos espaços de reuniões mensais para que NASF e equipes de ESF realizem um planejamento compartilhado das ações de apoio. 	ferramenta tecnológica e que pode ser vista também como espaços de planejamento, percebe-se assim semelhanças.
----------------------	---	--

* Principais achados da análise qualitativa através de entrevista, observação e pesquisa documental

** Principais achados da análise quantitativa através de questionários

Quadro 10 - Articulação dos resultados do estudo.

Fonte: SILVA e RAMOS, 2014.

Diante dos achados, de lacunas a serem preenchidas, dos limites e das potencialidades, ressaltamos que se percebe por parte dos gestores e dos profissionais do NASF e ESF um esforço para que esta estratégia se fortaleça e efetivamente se consolide quando se abrem espaços para a discussão do processo de trabalho do NASF e quando os profissionais participam destes espaços.

Entre estes espaços estão Oficinas do NASF que ocorrem no município estudado. Nessas oficinas, juntos, os envolvidos procuram construir novas trajetórias para a construção e o fortalecimento da integralidade - uma das diretrizes do NASF que é vista como uma potencialidade da articulação do processo de trabalho do NASF e ESF.

Em pesquisa documental investigando a temática do estudo, um dos documentos analisados foi o que contém as propostas apresentadas na II Oficina dos NASF, realizada em novembro de 2011 e intitulada PARÂMETROS DE ORGANIZAÇÃO DOS NASF.

Nessa Oficina ocorreu uma ampla discussão sobre diversos pontos, como descrição da grade de atividades; fluxos de acesso; atividades mínimas para cada profissional do NASF e Componentes dos encontros de matriciamento.

No final do documento produzido nesse encontro, há um quadro de Consolidado de Encaminhamentos da II Oficina dos NASF, que contém encaminhamentos para cada um dos problemas identificados pelos profissionais.

Chama-nos a atenção que entre esses problemas está a reedição da normativa do NASF e dentre as sugestões levantadas pelo grupo, está o monitoramento de grades de atividades para individualizar e identificar problemas, reuniões de médicos e enfermeiros/ ampla divulgação/ reunião CS sob demanda. Outro problema identificado foi a dificuldade do matriciamento, no qual ainda é mantida a rotina do encaminhar e como sugestões foi indicada a realização de reuniões interdisciplinares com todos os atores envolvidos.

Neste contexto, na observação de reunião dos profissionais do NASF e gestor do Distrito Sanitário “E”, realizada em 2013, verificou-se a percepção desses profissionais do NASF da necessidade de maior divulgação dos fluxos únicos do NASF e critérios de prioridade para as equipes de ESF, além da necessidade de rever alguns detalhes desses fluxos. A partir dessas demandas, decidiu-se realizar uma programação de saúde, um momento com o intuito de facilitar a comunicação entre os profissionais e o processo de trabalho dos envolvidos.

Observa-se que, um ano após a divulgação da normativa, os próprios profissionais do NASF percebem a necessidade de mudanças, e após três anos da elaboração da normativa, ainda estão sendo construídos os espaços de discussão e são percebidas lacunas. Porém, continua-se procurando preenchê-las.

Nessa perspectiva, um grande desafio é participar diretamente da construção de uma política que necessita de constante integração entre diversas categorias profissionais e de articulação das diversas ações constituintes de um processo de trabalho.

Assim, a articulação entre profissionais do NASF e equipes da Estratégia Saúde da Família sofre limitações, inclusive da própria organização do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que representa um importante potencializador da integralidade na atenção básica à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos às considerações finais. Um importante momento da pesquisa, onde o pesquisador tem o desafio de pontuar algumas questões a respeito dos achados da pesquisa que caminham ao encontro dos objetivos propostos.

É fato que pesquisar “como ocorre o processo de trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e sua articulação com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da perspectiva da integralidade” proporcionou à pesquisadora e aos profissionais participantes um rico espaço de reflexão acerca dessa temática, tanto na dimensão do saber, como na dimensão do agir.

No Brasil, a implantação dessa estratégia é recente. O NASF, após seis anos de criação, um núcleo que veio para apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos serviços de saúde e ampliar as ações dessas equipes, com diretrizes descritas pelo Ministério da Saúde, direcionou-nos para uma busca no conhecer e no atuar, bem como possíveis potencialidades e limitações na articulação do processo de trabalho com as equipes de ESF. Acreditamos que conhecer tais fatores conduz os atores envolvidos a uma reflexão crítica e contribui para a construção de uma atuação interdisciplinar em direção à integralidade.

Um estudo com duas abordagens, qualitativa e quantitativa, necessita de cuidados durante toda sua trajetória e proporciona resultados complementares e relevantes, confirmando a importância do método misto utilizado.

Os resultados quantitativos trazem um panorama geral sobre o conhecimento dos profissionais do NASF e ESF e a organização do processo de trabalho do NASF no município estudado. Já os resultados qualitativos aprofundam esses dados trazendo como vêm acontecendo o processo de trabalho do NASF e sua organização, limites e potencialidades presentes na articulação do processo de trabalho do NASF junto à ESF e o trabalho em equipe como relação estabelecida.

Os resultados da abordagem quantitativa deste estudo constata que os profissionais da ESF e do NASF, ao longo dos anos, vêm delineando a organização de seu processo de trabalho nos territórios de atuação, à medida que apresenta fatores potencializadores para esse processo, conforme preconizado nas diretrizes do NASF. Contudo, é notório que ambas equipes apresentam lacunas que necessitam ser preenchidas, como as dificuldades na prática interdisciplinar e na incorporação das novas ferramentas do processo de trabalho promovidas

pelo programa ministerial. Portanto, há necessidade de consolidação desta estratégia com suporte de capacitação para os profissionais e a formação de novos profissionais, que devem contemplar os avanços necessários para o trabalho em equipe e a abordagem interdisciplinar, tendo em vista a qualidade e maior resolutividade do cuidado prestado, contribuindo assim para a construção da integralidade.

Nesse contexto e aprofundando os resultados qualitativos focados no processo de trabalho do NASF e sua articulação com os profissionais da ESF, torna-se evidente a realização de ações clínicas compartilhadas, de intervenções específicas do profissional NASF junto ao usuário e as ações compartilhadas no território, confirmando os resultados quantitativos.

Nas ações clínicas compartilhadas, a discussão de casos clínicos é desenvolvida pela maioria dos profissionais, ocorrendo principalmente entre o profissional do NASF e médicos. O atendimento/consulta em conjunto, na visão dos profissionais NASF e das enfermeiras, pouco acontece, e quando acontece é percebido um crescimento do saber dos profissionais da ESF.

Outras atividades, desenvolvidas em menor frequência, que também articulam os profissionais NASF e ESF, são o apoio por telefone; a educação permanente, que acontece nas reuniões, algumas vezes de maneira informal; a construção conjunta de projeto terapêutico, considerada uma ferramenta de difícil uso; a discussão sobre o processo de trabalho dos profissionais NASF e ESF, que nem sempre acontece junto aos profissionais da ESF; e a reunião de equipe, considerada um rico espaço para a articulação do processo de trabalho do NASF e ESF. Sobre esta última, verificou-se que os profissionais do NASF não conseguem participar de todas as reuniões de suas equipes ESF de referência.

Nas intervenções específicas do profissional NASF ao usuário, a consulta individual ocorre, algumas vezes sem discussão de caso junto aos profissionais NASF e ESF, contrariando os documentos ministeriais, que determinam que o NASF não deve ser porta de entrada da APS.

Nas ações compartilhadas nos territórios, o apoio a grupos é uma das atividades que favorece a articulação dos profissionais NASF e ESF. A visita domiciliar acontece somente para alguns desses profissionais, e os trabalhos educativos nas escolas e creches também são desenvolvidos por alguns dos profissionais.

Evidencia-se que, dentre as atividades desenvolvidas pelo NASF junto às equipes de ESF, há um predomínio das ações clínicas compartilhadas, como discussão de casos clínicos e que nas ações

compartilhadas no território, são realizados principalmente apoio a grupo e visita domiciliar, o que é confirmado nos resultados quantitativos.

Constata-se no processo de trabalho do NASF e ESF a forte presença do modelo médico-centrado. Entretanto, ainda que não esteja tão próximo do que se almeja, existe sim uma articulação do processo de trabalho entre essas equipes. O sucesso da articulação NASF e ESF é visto como em dependência direta do trabalho dos profissionais do NASF, das equipes de ESF e dos representantes do Distrito.

Nessa perspectiva, na busca do conhecimento de processo de trabalho dos profissionais do NASF articulados às equipes de ESF, os resultados evidenciam potencialidades e desafios. Dentre as várias potencialidades encontradas estão a troca de saberes; o encontro dos diversos profissionais que enriquece a assistência prestada; resolutividade e a qualificação dos profissionais. Essas potencialidades reunidas resultam em um grande dispositivo para favorecer mudanças no dia a dia da APS e fortalecer a construção da integralidade das ações. Expressam que o NASF contribui para a construção da integralidade.

Apesar das várias potencialidades apontadas, evidenciam-se alguns limites, desafios dessa articulação na dimensão assistencial e na dimensão técnico-pedagógica. Dentre eles estão: alta demanda e sobrecarga de trabalho, falta de organização do processo de trabalho, desconhecimento do processo de trabalho do NASF e do território, infraestrutura inadequada, déficits em recursos humanos e materiais, entre outros.

Outros fatores foram indicados tanto como dispositivos limitantes como potencializadores da articulação do processo de trabalho do NASF e ESF, como o acesso ao NASF, o perfil e o próprio atuar dos profissionais, que por um lado é fragmentado, sem integração e por outro integrado, um trabalho em equipe.

Diante destes resultados, ficam as características marcantes do caráter inovador da equipe do NASF que potencializa a integralidade do cuidado e amplia as ações na APS. As potencialidades devem ser observadas e valorizadas, e as limitações devem ser reavaliadas e repensadas no sentido de promoverem mudanças que favoreçam a articulação do processo de trabalho entre o NASF e ESF.

Na discussão acerca das relações estabelecidas no processo de trabalho dos profissionais do NASF e ESF, ficou evidenciado que o trabalhar em equipe não é algo fácil e está longe de ser o ideal. Entretanto, vem melhorando ao longo do tempo e isso é percebido pelos profissionais da ESF: há uma melhor interação à medida que se conhece

as ferramentas de trabalho. Desponta também um descompasso entre a concepção de trabalho em equipe, um trabalho integração, e o agir desse trabalho no cotidiano das equipes, indicando uma dificuldade em realizá-lo. É fato que a fragmentação do agir está presente no cotidiano dos profissionais e o modelo biomédico hegemônico ainda predomina.

O trabalho interdisciplinar nem sempre se faz presente, porém é percebido como uma ferramenta importante na articulação do processo de trabalho do NASF e da ESF, sendo construído em direção à integralidade, eixo norteador das práticas. É reconhecido o desafio da construção de uma prática interdisciplinar, com base na compreensão da importância de um trabalho em equipe para garantir a integralidade.

Desta forma, este estudo confirma e sustenta a tese: **a articulação entre profissionais do NASF e equipes da Estratégia Saúde da Família sofre limitações, inclusive da própria organização do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que representa um importante potencializador da integralidade na atenção básica à saúde.**

Considera-se que as **contribuições** desta pesquisa no conhecimento do processo de trabalho do NASF e sua articulação com as equipes de ESF são expressivas. Apresentam dados para ampliar o saber acerca deste processo de trabalho e identifica potencialidades e limitações da articulação entre os profissionais do NASF e ESF, permitindo a reflexão dos profissionais sobre suas práticas neste contexto e a percepção da presença e influência do modelo tradicional em seu cotidiano.

Este estudo apresenta **limitações** como a coleta de dados realizada através dos questionários, que ficou limitada, talvez pela falta do endereço eletrônico dos profissionais do município e pela impossibilidade de participação da pesquisadora nas reuniões de todos os Centros de Saúde para a entrega do instrumento de coleta de dados aos profissionais em mãos. Acredita-se que isso poderia, talvez, ter ampliado o número de participantes através dos questionários. Outro ponto, a questão que talvez tenha limitado a pesquisa foi a exclusão dos Agentes Comunitários de Saúde. Sendo assim, fica a sugestão de pesquisar o processo de trabalho dos ACS e sua articulação com o NASF, já que estes aparecem na pesquisa como uma categoria profissional articuladora das ações.

Das reflexões produzidas ao longo da pesquisa, surgem algumas **sugestões** para melhorar o processo de trabalho pesquisado, quais sejam:

- Favorecer espaços de sustentabilidade de boas práticas com

foco na articulação NASF e ESF;

- Garantir capacitação e participação de todas as equipes de ESF e do NASF sobre o processo de trabalho do NASF, suas ferramentas de trabalho e seu contexto na atenção primária;

- Maior apoio da gestão na regulação das agendas das equipes de ESF e NASF, favorecendo espaços para o matriciamento e organização do processo de trabalho;

- Disponibilização de espaço físico adequado para as equipes do NASF e de um maior número de materiais permanentes para um melhor desenvolvimento das ações.

- Aumento do número de profissionais do NASF e ESF com qualificação para trabalhar em equipe; aumento do número de profissionais de algumas categorias do NASF, como: assistente social, pediatra, nutricionista, contribuindo assim, para o aumento do tempo de permanência desses profissionais nos CS, bem como na redução do número de equipes por profissional, favorecendo um maior aproveitamento do potencial desses profissionais.

- Implantação do NASF de acordo com a necessidade do território, conforme preconizado nos documentos ministeriais.

- Construção de estratégias para diminuir rotatividade dos profissionais do NASF, incluindo a melhoria da questão salarial e valorização de todos profissionais.

Enfim, o interesse pela temática – o processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF - não se encerra aqui: aponta caminhos que necessitam ser trilhados. Acredita-se na importância de aprofundamento do tema e sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas sobre o processo de trabalho do NASF e suas ferramentas.

Em busca da construção de uma atuação conjunta entre o NASF e a ESF no caminho da integralidade, almeja-se repassar os resultados encontrados aos atores envolvidos, com o desafio em gerar mudanças neste cenário.

REFERÊNCIAS

ALVES M.; RAMOS, R.S.; PENNA, C.M.M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.3, p.323-31, jul./set. 2005.

ANDRADE, L.O.M. et al. Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 783-836.

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

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. **Cien Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl 1, p. 1439-52, set./out. 2009.

ARAÚJO, E.M.D; GALIMBERTTI; P.A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461- 468, 2013.

BALLARIN, M.L.C.S.; BLANES, L.S.; FERIGATO, S.H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.42, p.767-78, jul./set., 2012.

BARROS, E.B.B; BARROS, R.B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p. 75-84.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.B.; MATTOS, R. A. (Orgs.).

Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 53-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988. Org. texto: Juarez de Oliveira. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF:** núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, jan./mar. 28, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 154 GM,** de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF a, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 648 GM,** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 2.488,** de 21 de outubro 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90 /Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 16 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 3.124 GM**, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Integral na Rede de Saúde**: módulo 5 – 5.ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CAÇAPAVA, J.R. et al. Trabalho na Atenção Básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 1256-1260, 2009.

CAMARGO JR, K.R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 35-44.

CAMPOS, G.W.S.; DOMINITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010, p.20.

CAPELLA, B.B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas/Florianópolis: UFPEL/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1996. 183p.

CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p. 1400-10, 2004.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 197-210.

CENTA, M.L.; ALMEIDA, B.M.M. Programa de Saúde da Família sob olhar da equipe multidisciplinar. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.5, n.2, p.103-113, mai./ago. 2003.

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 548-556, 2006.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Caderno Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./out. 2004.

COSTA, G.D.C et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 113-8, 2009.

COSTA-E-SILVA V, RIVERA FJU, HORTALE VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brás. **Cad. Saude Publica**, v.23, n. 6, p. 1405-14, 2007.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J.W; CRARK, V.L.P. Pesquisa de Métodos Mistos. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUNHA, T.C.; GASTÃO, W.S.C. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p. 961-970, 2011.

DYNIWICZ, A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2007.

FAGUNDES, A.A. A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tese (Doutorado em Nutrição Humana) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

FERNANDES, A.S.; SECLÉN-PALACIN, J. (Orgs). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil.** Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2004.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa.** 6. ed. Curitiba: Positivo, 2005.

FIGUEIREDO, E.N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.** UMA-SUS- UNIFESP. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca/virtua/esf>. Acesso em: 20 junho 2014.

FIGUEIREDO, M.C.O. **Serviço Social e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise acerca do trabalho do assistente social.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Divisão dos Distritos Sanitários de Saúde por Centros de Saúde no Município de Florianópolis.** Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2011.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a

integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-536, jul./ago. 2006.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUTECC, 2006.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. (Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. 1987; Feb;10(1):1-11.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C. CARVALHO, A.I.; CONIL, E.M. **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação**. Saúde em Debate, v.26, n.60, p. 37-61, 2002.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Comunic Saúde Educ.**, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GOMES, R.S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, Maria E.B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p 19-36.

HENRIQUES, R.L.M. Interlocação entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 147-159.

JESUS, D.S.S. **A comunicação no trabalho em equipe: perspectivas de profissionais inseridos no Programa Saúde da Família**. Belo Horizonte. 2006. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

KANTORSKI, L.P. et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 594-601, 2009.

KEHRIG, R.T. Integralidade da atenção à saúde: suas expressões na organização tecnológica do trabalho em serviços locais de saúde. 2001. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

KELL, M.C.G. **O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família em Santo Antônio do Descoberto-GO: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. Supl. 1, p. 533-1541, jun. 2010.

KLIPPEL, M; KOETZ, A. L.; LACERDA, D. P. et al. A Pesquisa em Administração com o uso de softwares QDA (Qualitative Data Analysis). In: Simpósio sobre Excelência em Gestão e Tecnologia, 2004, Rezende/Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: 2004.

LACERDA, J.T.; MORETTI-PIRES, R.O. **Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família**. Processo de trabalho na atenção básica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis 2012. 104 p. (Eixo 2 – O Trabalho na Atenção Básica). Disponível em: <<http://www.unasus.ufsc.br>>. Acesso em: 06 abr. 2014.

LANCMAN, S. et al. Estudo do Trabalho e do Trabalhar no Núcleo de Apoio de Saúde a Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.5, p. 968-75, 2013.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1463-1472, 2009.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, MARIA E.B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p 37-52.

MACHADO, F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MANGIA, E.F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n 2, p.ii, maio/ago. 2008.

MARQUES, D.; SILVA, E.M.A. Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 545-550, set./out. 2004.

MARQUI, A.B.T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enfermagem USP**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 956-961, 2010.

MARTINS, G.A. **Estudo de Caso: uma estratégia de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATHEUS, M.C.C. **Pesquisa qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

MATTOS R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à**

saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, CEPESC; ABRASCO; 2001. p. 39-64.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1411-1416, 2004.

MATUDA, C.G. **Cooperação interprofissional**: percepções de profissionais da ESF no município de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2012.

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

MENDONÇA, A.M. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual Londrina, Paraná, 2012.

MENEZES, C.A. **Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda**: estudo de caso. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2011.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1999.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MOLINI-AVEJONAS, D.R.; MENDES, V.L.F.; AMATO, C.A.H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev. Soc. Fonoaudiologia**, São Paulo, v.15, n.3, p.465-74, jul./set.,2010. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf)>. Acesso em: janeiro 2014.

MORAES, R. Uma Tempestade de Luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. rev. Ijuí: Unijuí, 2011.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. Análise Textual Discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas fases. **Ciência & Educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

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. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan./mar., 2010.

NASCIMENTO, D.D.G. et. al. **Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul**. Módulo 6: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde. Campo Grande – MS: Fiocruz, 2013.

NEVES, E.; GONÇALVES, L.H.T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa de Enfermagem, 3. ed. Florianópolis, 1984. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1984. p. 210-229.

NUNES, C.A. **A Integralidade da Atenção e o Programa Saúde da Família**: estudo de caso em um município do interior da Bahia. Tese (Doutorado) Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2011.

OLIVEIRA, E.M. SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

OLIVEIRA, I.C.; ROCHA, R.M.; CUTOLO, L.R. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n.4, p.574– 580, 2012.

OLIVEIRA, F.R. et al. **Construção das redes de atenção à saúde**, módulo 5. Material de apoio às atividades didáticas do curso de Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul /CEAD/UFMS. Campo Grande, MS: Fiocruz. Pantanal, 2014. 23 p.

OLIVEIRA, I.C.; ROCHA, R.M.; CUTOLO, L.R. Algumas Palavras sobre o NASF: Relatando uma Experiência Acadêmica. **Revista brasileira de educação médica**, v. 36, n.4. 574– 580; 2012.

PEDROSA J.I.S.; TELES J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de Saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 161-204.

PEDUZZI M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. Tese (Doutorado Livre Docência) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2007. p. 161-177.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEREIRA, R.C.A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

PINHEIRO, G.M.L. **Processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.** Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. SC, 2011.

PINHEIRO, R. Integralidade e Práticas de Saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. **Boletim ABEN**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p 8-11, jan./fev./mar., 2003.

PINHEIRO R.; BARROS M.E.B.; MATTOS, R.A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 2-51, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/pdf/v8n1a06.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2011.

PIRES, D. A Estrutura Objetiva do Trabalho em Saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org) **Processo de trabalho em saúde organização e subjetividade.** Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC/Papa-Livros, 1999.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 2. ed. Pinheiros: Anablume, 2008.

PIRES, V. M. M. M. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família:** desafios na construção de uma prática de relações. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2007.

PIRES, V. M.M.M., RODRIGUES, V. P., NASCIMENTO, M. A.A. Sentidos da integralidade do cuidado na Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 622-627, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C. T., HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 406-26.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão dos Distritos Sanitários por Centro de Saúde no Município de Florianópolis. Divisão do Núcleo de Apoio Saúde da Família. **Instrução Normativa Municipal sobre a gestão e atuação dos NASF em Florianópolis.** Disponível em <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=nucleos+de+apoio+a+saude+da+familia>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Divisão dos Distritos Sanitários por Centro de Saúde no Município de Florianópolis.** Disponível em <<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/secretaria/cc.php#>>. Acesso em: 08 jan. 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Divisão de população do Município de Florianópolis.** Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=populacao>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis. **Disponível em Ata da reunião ordinária do dia 12/02/2008.** Ata n. 29. Disponível em: <<http://cms.pmf.sc.gov.br/Wp=documentos&tipo=ata&ano=2008>>. Acesso em: 15 maio 2014.

QUEIROZ, E.S.; PENNA, C.M.M. Conceitos e práticas de integralidade no município de catas ALTAS-MG. **Rev. Min. Enferm.,** Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 62-69, jan./mar., 2011.

ROCHA, P. M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública,** v. 24, Sup 1, p. S69-S78, 2008.

REZENDE, S.A. **O Planejamento e gerenciamento no processo de trabalho na estratégia de saúde da família.** Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva Teófilo Otoni. Minas Gerais, 2012.

ROCKENBACH, S.P. **NASF: Residência integrada em saúde em um novo cenário de prática. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SAMPAIO, J.S. et al. O NASF como dispositivo da Gestão: limites e potencialidades. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n.3, p. 317-324, 2012.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: Um Enfoque Sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33-53, jan./jun. 2001.

SANTOS, M.A.M.; CUTOLO, L.R.A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 32, n. 4, 2003.

SCHERER, M.D.A; PIRES, D.E.P; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Rev. Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p.3203-3212, Nov. 2013.

SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SEVERO, S.B., SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl.1, p. 1685-1698, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/080.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R; MACHADO, F. R.S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde Debate**, v. 27, n. 65, p. 234-242, set-dez., 2003.

SILVA, R.V.G.O.; RAMOS, F.R.S. Integralidade em Saúde: revisão de literatura. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n.3, p. 593-601, 2010.

SILVA, T. C.S. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família**. Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 221-232, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>>. Acesso em: maio 2014.

SILVA. A.T.C et. al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28 , n.11, p. 2076-2084, nov. 2012.

SILVA, N.C; GIOVANELLA,L; MAINBOURG, E.M.T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 67, n.2, p. 274-81, mar./abr. 2014.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 488-91, 2006.

SILVA, V.C. **O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória – ES**: contribuição a discussão da integralidade na atenção à saúde. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.

SILVEIRA, M.R.; SENA, R.R.; OLIVEIRA, S.R. O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família: Implicações para a promoção da saúde. **REME – Rev. Min. Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 190-195,

abr./jun., 2011.

SOARES, M.C.; MISHIMA, S.M.; MEINCKE, S.M.K. A integralidade da atenção às mulheres com câncer de colo uterino. **Cienc Cuid Saude**. v. 8, p. 64-72, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO - Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TOMASI, A.R.P.; RIZZOTTO, M. L. F. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. **Rev.;Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 427-436, jul./set., 2013.

UCHOA, A.C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n. 29, p. 299-311, 2009.

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: Hucitec/Fiocruz, 2006.

VANNUCCHI, A.M.C.; JUNIOR, N.C. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 3, p. 963-982, 2012.

VIANA, A.L.D; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde coletiva**, v. 15, sup., p. 225- 264, 2005.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto alegre: Bookman, 2001.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS
PROFISSIONAIS DA ESF E NASF**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA
CATARINA
e-mail: pen@ccs.ufsc.br**

Este questionário faz parte do projeto de pesquisa para tese de doutorado que será desenvolvida pela doutoranda Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da Silva, aluna do Curso de doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulado: O processo de Trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a Integralidade. Sua participação é importante para o desenvolvimento da pesquisa que tem por objetivo: Analisar o processo de trabalho dos profissionais do NASF e sua articulação com as equipes da Estratégia Saúde da Família, no município de Florianópolis, sob à ótica da integralidade. Você, profissional integrante de equipes de ESF e NASF deve responder individualmente este questionário, sendo que será mantido sigilo sobre as respostas assinaladas. Favor assinar o termo de consentimento livre e esclarecido que se encontra em anexo e devolvê-lo juntamente com o questionário.

1. Código de Identificação do questionário:
Distrito Sanitário:
Nome: **Sexo: () Feminino; () Masculino. Idade:.....**
Profissão:() ESF; () NASF.
Tempo de formação (em anos): **Tempo de atuação na ESF (em anos):**
Pós-graduação: () Sim; () Especialização; () Mestrado; () Doutorado. Qual?

2. Em relação às afirmações abaixo, assinale seu grau de concordância para cada uma das alternativas:

“4” (quando você concorda totalmente com a afirmação ou verifica que isto sempre acontece na sua realidade);

“3” (quando você concorda parcialmente com a afirmação ou verifica que isto acontece às vezes em sua realidade);

“2” (quando você discorda parcialmente ou verifica que isto acontece raramente);

“1” (quando você discorda totalmente ou verifica que nunca acontece);

“0” (quando você não sabe).

Afirmativas	4	3	2	1	0
2.1 Conheço os profissionais que compõem a equipe do NASF e ESF de meu território de atuação.	4	3	2	1	0
2.2 Conheço a agenda de trabalho dos profissionais do NASF e profissionais de ESF de meu território de atuação.	4	3	2	1	0
2.3 Conheço como ocorre o processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF de meu território de atuação.	4	3	2	1	0

3. Em relação às afirmações sobre a instrução **normativa nº 001/2010** que define as normas e diretrizes para a gestão e atuação dos NASF em Florianópolis, **assinale seu grau de concordância** para cada uma das alternativas abaixo:

Afirmativas: Limites e ou potencialidades	4	3	2	1	0
CONHECIMENTO DA NORMATIVA (nº001/2010) E DIRETRIZES DO NASF	4	3	2	1	0
3.1 Conheço e já li esta instrução normativa que define as normas e diretrizes para a gestão e atuação dos NASF em Florianópolis.					
QUANTO AO APOIO MATRICIAL: PROCESSO DE TRABALHO	4	3	2	1	0
3.2 Os profissionais do NASF trabalham oferecendo apoio em seu núcleo especializado de saber, compartilhando saberes e práticas com as equipes de ESF e ampliando minha capacidade de atuação.					
3.3 Os profissionais do NASF atuam principalmente na dimensão assistencial (ação clínica).	4	3	2	1	0
3.4 Os profissionais do NASF atuam principalmente na	4	3	2	1	0

dimensão tecno-pedagógica (ação de apoio educativo com e para a equipe).					
QUANTO AO ACESSO AOS PROFISSIONAIS DO NASF	4	3	2	1	0
3.5 O acesso dos usuários aos profissionais do NASF acontece através de encaminhamento das equipes de ESF.					
QUANTO A AÇÃO INTEGRADA DOS PROFISSIONAIS DO NASF E ESF	4	3	2	1	0
3.6 As ações de saúde dos profissionais do NASF são desenvolvidas de maneira integrada com os profissionais de ESF em seus respectivos territórios de atuação.					
3.7 O médico e enfermeiro da ESF participam das ações coletivas em conjunto com os profissionais do NASF.	4	3	2	1	0
3.8 O técnico/auxiliar de enfermagem da ESF e a equipe de saúde bucal participam das ações coletivas em conjunto com os profissionais do NASF.	4	3	2	1	0
3.9 Somente o médico da ESF participa das ações coletivas em conjunto com os profissionais do NASF.	4	3	2	1	0
3.10 O profissional do NASF geralmente realiza suas ações sem a presença dos profissionais da ESF.	4	3	2	1	0
QUANTO A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF Realizo/participo das seguintes ações junto (articuladas) aos profissionais do NASF: Ações clínicas compartilhadas, para intervenção interdisciplinar:	4	3	2	1	0
3.11 Discussão de casos clínicos.					
3.12 Atendimento/consulta conjuntas.	4	3	2	1	0
3.13 Apoio por telefone.	4	3	2	1	0
3.14 Atividades de educação permanente junto aos profissionais da ESF.	4	3	2	1	0
3.15 Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais do NASF.	4	3	2	1	0
3.16 Discussões sobre o processo de trabalho dos profissionais do NASF e ESF.	4	3	2	1	0
Realizo/participo das seguintes ações junto (articuladas) aos profissionais do NASF: Intervenções específicas do profissional NASF ao usuário:	4	3	2	1	0
3.17 Consultas clínicas aos usuários e famílias com constante negociação dos casos com a ESF, garantindo assim a longitudinalidade e coordenação do cuidado na Atenção Primária.					

Realizo/participo das seguintes ações junto (articuladas) aos profissionais do NASF: Ações compartilhadas no território:	4	3	2	1	0
3.18 Visitas domiciliares.	4	3	2	1	0
3.19 Apoio aos grupos.	4	3	2	1	0
3.20 Trabalhos educativos nas escolas e creches.	4	3	2	1	0
QUANTO AO PLANEJAMENTO (art. 24, art.26, art.30)	4	3	2	1	0
3.21 O profissional do NASF planeja suas atividades após discussão com o Distrito Sanitário (DS) e com a equipe de ESF.	4	3	2	1	0
3.22 O profissional do NASF planeja suas atividades após discussão com o DS.	4	3	2	1	0
3.23 O profissional do NASF chega à unidade com sua agenda e atividades já organizadas, sem observar as necessidades de seu território de atuação.	4	3	2	1	0
3.24 O prof. do NASF participa das ações de planejamento das equipes de ESF.	4	3	2	1	0
3.25 São garantidos espaços de reuniões dos profissionais do NASF com as equipes de ESF, para que seja realizado planejamento compartilhado das ações de apoio.	4	3	2	1	0

OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO!

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS
PROFISSIONAIS DO NASF**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA
CATARINA
e-mail: pen@ccs.ufsc.br**

ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS DO NASF

- 1- Identificação:
Sexo:
Profissão:
Tempo de formação:
Especialização: Qual?
Mestrado: Qual?
Doutorado: Qual?
Tempo de atuação no NASF:

- 2- Você é integrante do NASF 1 ou NASF 2?

- 3- Você está vinculado há quantas equipes de Saúde da Família?

- 4- Descreva seu processo de trabalho junto às equipes de ESF. Quais ações você desenvolve enquanto profissional do NASF junto à equipe ESF e quais você desenvolve junto à equipe do NASF?

Ações clínicas compartilhadas, para intervenção interdisciplinar
- discussão de casos clínicos
- atendimento/consulta conjuntos/apoio por telefone
- atividades de educação permanente junto aos profissionais da ESF

- construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais da ESF
- discussões sobre o processo de trabalho dos profissionais do NASF e ESF

Intervenções específicas do profissional NASF ao usuário

- consultas clínicas aos pacientes

Ações compartilhadas no território

- visitas domiciliares
- apoio aos grupos
- trabalhos educativos – escolas, creches...

- 5- O que você entende por interdisciplinaridade e integralidade?
- 6- Além da integralidade e interdisciplinaridade, o “NASF tem como responsabilidade central atuar e reforçar” outras sete diretrizes na atenção à saúde, a saber: “a intersetorialidade, a educação popular, o território, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização” (BRASIL, 2010p. 12).
Em quais dessas diretrizes você percebe mais fortemente sua atuação? Porquê?
- 7- O que você entende por trabalho em equipe e como esta sendo desenvolvido este trabalho em suas ações cotidianas?
- 8- Identifique limites da articulação de equipe NASF e ESF?
- 9- Identifique potencialidades desta articulação?

- 6- O que você entende por trabalho em equipe e como esta sendo desenvolvido este trabalho em suas ações cotidianas?
- 7- Como você contribui para a viabilização do Trabalho em Equipe?
- 8- Identifique limites da articulação de equipe NASF e ESF?
- 9- Identifique potencialidades desta articulação?

APÊNDICE D - ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
e-mail: pen@ccs.ufsc.br**

ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS REPRESENTANTES DOS DS

- 1- Como ocorre o processo de trabalho do NASF e sua articulação com ESF?
- 2- Quais profissionais compõem a equipe do NASF?
- 3- Quais limites e potencialidades você identifica na articulação dos profissionais do NASF e ESF.

APÊNDICE E - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA
CATARINA
 e-mail: pen@ccs.ufsc.br

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

Data:

Local:

Total de profissionais participantes da atividade:

Ações clínicas compartilhadas, para intervenção interdisciplinar: (Atividades realizadas)	Número de profissionais do NASF	Número de profissionais da ESF	Presença do Enfermeiro ESF	Presença do médico ESF
discussão de casos clínicos				
atendimento/consulta conjuntos/apoio por telefone				
atividades de educação permanente junto aos profissionais da ESF				
construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais da ESF				
discussões sobre o processo de trabalho				

dos profissionais do NASF e ESF				
---------------------------------	--	--	--	--

Intervenções específicas do profissional NASF ao usuário	Número e especialidade dos profissionais do NASF	Encaminhamento realizado pelo profissional da ESF
consultas clínicas aos pacientes		

Ações compartilhadas no território	Número de profissionais do NASF. Especialidades	Número de profissionais da ESF	Presença do Enfermeiro ESF	Presença do médico ESF
visitas domiciliares				
apoio aos grupos				
trabalhos educativos: escolas, creches				

APÊNDICE F - ROTEIRO PARA DIÁRIO DE CAMPO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA
CATARINA
 e-mail: pen@ccs.ufsc.br

ROTEIRO PARA DIÁRIO DE CAMPO O PROCESSO DO TRABALHO DO NASF E SUA ARTICULAÇÃO COM A ESF

Data:

Horário:

Local:

DESCRIÇÃO DO LOCAL	DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

Observações gerais:

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de pesquisa intitulada “O Trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a integralidade”, desenvolvido pela doutoranda **Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da Silva** (RG n° 2.042.174-5 – SSP/SC – CPF n° 816.578.979/15) e sua orientadora, Prof. Dra. **Flávia Regina Souza Ramos** (RG n°: 5719132 - SSP/SC - CPF n°: 346.027.041-15).

O projeto de pesquisa tem como **objetivo geral**:

Analisar o processo de trabalho dos profissionais do NASF e sua articulação com as equipes da Estratégia Saúde da Família, no município de Florianópolis, sob à ótica da integralidade.

E como **Objetivo específico**:

- Conhecer a atuação dos profissionais do NASF articulados à ESF;
- Descrever as relações estabelecidas entre o processo de trabalho dos profissionais do NASF e da ESF, a partir da percepção e experiência dos profissionais destas equipes;
- Identificar limites e potencialidades na articulação do processo de trabalho dos profissionais do NASF com os profissionais da ESF, sob a ótica da integralidade.

A **coleta dos dados** será realizada através de: **Entrevista semi-estruturada** com profissionais representantes dos Distritos Sanitários do município de Florianópolis; com profissionais do NASF; médicos e enfermeiros de equipes ESF; **observação** do processo de trabalho; **pesquisa documental** em livro Ata, protocolos e ou outras fontes que a instituição tenha disponível e **questionário** a todos os profissionais da ESF e NASF do município de Florianópolis.

O registro dos dados colhidos será feito através de gravações e diário de campo caso haja consentimento dos sujeitos envolvidos.

A pesquisa não oferece qualquer risco à seres humanos.

A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o

respeito aos sujeitos e a Instituição participante de todo processo investigativo, observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade individual e institucional;
- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em sua residência. Só terão acesso aos mesmos o pesquisador envolvido e sua orientadora.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios à instituição pesquisada, no sentido de proporcionar reflexão dos profissionais do NASF e ESF acerca de seu processo de trabalho, bem como suas potencialidades e limites, com o propósito de contribuir na motivação desta articulação e na construção da integralidade.

TERMO PÓS- ESCLARECIMENTO

Eu.....
, fui
 informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

_____, ____ de _____ de 2012.

Em caso de necessidade, contate com:
Doutoranda Raquel
Vicentina Gomes de Oliveira da Silva.
Endereço: Elpídio da Rocha, 345 –
Rio Tavares – Florianópolis – SC –
Cep: 88048-398. Telefone
(residencial): (48) 32374151.
Celular:(48)91176097. E-mail:
raquelenfer@yahoo.com.br
Orientadora - Prof. Dra. **Flávia
Regina Souza Ramos.**
Endereço: Travessa Angela Chaves,
81 - Lagoa da Conceição -
Florianópolis - SC - Cep: 88.062-350.
Telefone (residencial): (48)
3211.8908. Telefone (UFSC): (48)
3721.9480. Fax (48)3721-9787.
Celular: (48) 9911.2880. E-mail:
flavia@nfr.ufsc.br

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF E SUA ARTICULAÇÃO COM A ESF: POTENCIALIDADES PARA INTEGRALIDADE

Pesquisador: Flavia Regina Souza Ramos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11498212.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 207.295

Data da Relatoria: 18/02/2013

Apresentação do Projeto:

"O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF E SUA ARTICULAÇÃO COM A ESF: POTENCIALIDADES PARA INTEGRALIDADE". Um estudo de caso com abordagem qualitativa cujo objetivo geral será analisar o processo de trabalho dos profissionais do NASF e sua articulação com as equipes de Estratégia Saúde da Família, no município de Florianópolis. O marco teórico será apoiado nas Diretrizes do NASF e sob a ótica da integralidade. Os participantes serão os profissionais do NASF e da ESF. Para a coleta de dados serão utilizados entrevistas, observação, questionário e pesquisa documental. Para a análise dos dados será utilizado a análise textual discursiva e para agilizar as atividades envolvidas na análise qualitativa será utilizado uma ferramenta tecnologia o ATLAS.ti.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo principal da pesquisa será analisar o processo de trabalho dos profissionais do NASF e sua articulação com as equipes de Estratégia Saúde da Família, no município de Florianópolis, sob a ótica da integralidade. Secundariamente descrever as relações estabelecidas entre o processo de trabalho dos profissionais do NASF e da ESF, a partir da percepção e experiência dos profissionais destas equipes e identificar limites e potencialidades na articulação do processo do trabalho dos profissionais do NASF com os profissionais da ESF, sob a ótica da integralidade.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade CEP: 88.040-900

UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores o estudo proposto não oferece riscos aos participantes envolvidos, pois a participação será voluntária, sem remuneração, observadas as condições de pleno exercício da autonomia e liberdade individual, o que inclui as exigências de : amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo; consentimento livre e esclarecido, expresso através de termo assinado pelo informante individual e institucional; respeito e valores manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral. Como benefícios, a pesquisa contribuirá para ampliar o olhar sobre a temática, sob a ótica da integralidade, gerar reflexão dos profissionais envolvidos, de modo a capacitar para a proposição de intervenções positivas, para práticas que contribuam para a mudança em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e NASF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um Projeto de Tese de Doutorado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Área de Conhecimento: Educação e Trabalho em Enfermagem, cuja pesquisa terá como proposta metodológica uma abordagem qualitativa, dando enfoque ao Estudo de Caso. O estudo será desenvolvido no mínimo em 01 (um) Centro de Saúde por Distrito Sanitário do Município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, local de trabalho dos profissionais do NASF e equipes de Estratégia de Saúde da Família. Os participantes do estudo serão os profissionais componentes do NASF (médico pediatra, nutricionista, psiquiatra, psicólogo, preparador físico, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta) e profissionais integrantes de equipes da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, ACD), estes últimos com tempo mínimo de um ano de atuação neste município, para compreender como ocorre o processo de trabalho destes profissionais e sua articulação com profissionais da Estratégia Saúde da Família, a partir da perspectiva da integralidade. A tese que se buscará confirmar é de que a articulação entre profissionais do NASF e equipes da Estratégia Saúde da Família sofre limitações concretas, inclusive da própria organização do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que representa um importante potencializador da integralidade na atenção básica à saúde. O Projeto encontra-se devidamente documentado, TCLE adequado aos participantes, estando portanto, de acordo com a Resolução nº196/96 e normas complementares. Recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 27 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Integração Ensino Serviço

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE

Ofício Nº 03/2013

Florianópolis, 28 de fevereiro de 2013

Para: Profª. Flávia Regina Souza Ramos
De: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: “O processo do trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a integralidade”, enviado por Vª Sª a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC.

Certos de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 48-32391593.

Atenciosamente,

Maria Francisca dos Santos Daussy
Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde

