

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA - CAMPUS SOBRAL
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOÃO DUTRA DE ARAUJO NETO

**AVALIAÇÃO RESPONSIVA E CONSTRUTIVISTA DO PROGRAMA NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF QUANTO AO PRINCÍPIO DA
INTEGRALIDADE**

SOBRAL - CE

2015

JOÃO DUTRA DE ARAUJO NETO

**AVALIAÇÃO RESPONSIVA E CONSTRUTIVISTA DO PROGRAMA NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF QUANTO AO PRINCÍPIO DA
INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará - UFC - Campus Sobral/CE, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

SOBRAL-CE

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- A69a Araújo Neto, João Dutra de.
Avaliação responsiva e construtivista do Programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF quanto ao princípio da integralidade. / João Dutra de Araújo Neto. – 2015.
138 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2015.
Área de Concentração: Saúde da Família.
- Orientação: Profa. Dra. Isabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.
1. Avaliação em saúde. 2. Atenção primária em saúde. I. Título.

CDD 610.711

DEDICATÓRIA

Aos meus pais: Francisco Gonçalo e Maria Elizabete

Aos meus avós: João e Francisca

As minhas irmãs: Keyla e Francisca Teresa

E a minha amada esposa, Fabiana Pessôa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a meu Deus, pela vida e pelas oportunidades que tem me proporcionado.

Agradeço a professora Dr. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, minha orientadora, que apoiou e colaborou imensamente com a elaboração desta pesquisa, dando-me autonomia e confiança para o desenvolvimento da mesma.

À minha família: minha mãe Maria Elizabete, pelas palavras de incentivo; meu pai Francisco Gonçalo pelo total apoio e as minhas irmãs Keyla e Francisca Teresa pela torcida e força para enfrentar todos os obstáculos e momentos difíceis.

Agradeço também aos amigos da turma, companheiros de trabalho do NASF 1 em Parnaíba e do Hospital Regional Norte pelo companheirismo, amizade e união.

Finalmente, sou grato a minha esposa Fabiana Pessôa que acompanhou de perto todas as etapas dessa jornada, e sempre com otimismo me deu apoio, amor e dedicação, principalmente nos momentos de fraqueza.

Conheça todas as teorias, domine todas
as técnicas, mas ao tocar uma alma
humana, seja apenas uma alma humana.

(Carl G Jung)

RESUMO

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a proposta de atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) visa à ampliação e qualificação das ações de saúde junto às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), contribuindo com a observância do princípio da integralidade. Entretanto, o seu grande desafio é a mudança de uma cultura organizacional no Sistema Único de Saúde (SUS) com foco na realização de procedimentos isolados e no cumprimento de metas numéricas de produtividade, uma situação que é desejável, mas que não acontece de forma espontânea e/ou natural. Dessa forma, o monitoramento e a avaliação do programa são instrumentos importantes para o seu aperfeiçoamento, visando o desenvolvimento de ações que sejam efetivas perante as necessidades da população. No presente trabalho, defende-se um processo avaliativo construtivista e responsivo, com o objetivo de avaliar a atuação do programa NASF quanto ao princípio da integralidade na APS. Trata-se de um estudo avaliativo com abordagem qualitativa, com base na Avaliação de Quarta Geração proposta por Guba e Lincoln (1989). Como cenário para o presente estudo, tem-se o município de Sobral (CE). Como sujeitos, contou-se com 27 participantes representando os diferentes grupos de interesse, sujeitos que de alguma forma apresentavam-se implicados com a proposta de atuação do programa NASF: Gestores, profissionais integrantes da equipe do NASF, representantes da ESF, e representantes dos usuários assistidos pelo programa. Para a coleta de dados utilizou-se a metodologia do Círculo Hermenêutico-Dialético, por meio de entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo segundo Minayo. A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012, com aprovação pelo Comitê de Ética com o nº 842.476. As Reivindicações, Preocupações e Questões (RPQ) que emergiram dos discursos dos representantes dos diferentes grupos de interesse, deram origem a 11 categorias temáticas, em resposta aos objetivos específicos da presente avaliação. Quanto à concepção de integralidade, os sujeitos apontaram duas principais visões, a integralidade do indivíduo, compreendendo o indivíduo em seu contexto biopsicossocial e a integralidade como princípio do SUS, reivindicando a garantia de atenção a todas as necessidades do indivíduo. Reivindicaram também as possíveis contribuições do programa quanto ao princípio da integralidade, referindo a ampliação dos recursos humanos na APS, o apoio às equipes de ESF por meio de ferramentas de suporte interdisciplinares, como o apoio matricial, e o potencial do programa para a articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Porém, demonstraram preocupações com a atuação na prática, quando foi possível identificar os aspectos restritivos à atuação do programa, principalmente a fragilidade do vínculo com a ESF e com o território e falta de competência por parte dos profissionais para atuação na APS e no NASF. Refletindo sobre os aspectos restritivos a atuação do programa, as questões que surgiram demonstraram a expectativa de ampliação da ESF com a possibilidade de inclusão dos profissionais do NASF na equipe de ESF. Acredita-se, dessa forma, que o processo avaliativo do programa NASF aqui desenvolvido, contribuiu para uma construção reflexiva sobre a atuação do mesmo, possibilitando aos diferentes grupos de interesse, uma abordagem avaliativa com características formativas, proporcionando-lhes a oportunidade de construir e reconstruir suas concepções e práticas implicadas com a proposta do NASF.

Palavras-Chaves: Avaliação em Saúde. Integralidade em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In the context of Primary Health Care (PHC), the proposed core activities of Core Support Family Health (CSFH) aims at increasing and upgrading of health actions together with the teams of the Family Health Strategy (FHS), contributing compliance with the principle of completeness. However, its major challenge is to change an organizational culture in the Unified Health System (UHS), focusing on the achievement of individual procedure and meeting numerical productivity goals, a situation that is desirable, but that does not happen so spontaneous and / or natural. Thus, monitoring and evaluation of the program are important tools for improvement, aiming to develop actions that are effective against the population's needs. It is in this context that justifies the proposed work, in which we call for a constructive and responsive evaluation process, with the objective of evaluating the performance of the CSFH program on the principle of comprehensive PHC. It is an evaluative study with a qualitative approach, based on the Fourth Generation Evaluation proposed by Guba and Lincoln in 1989. As a backdrop to this study, we have the city of Sobral (CE). As subjects, we had 27 participants representing different interest groups, subjects who somehow had become involved with the proposed role of the CSFH program: Managers, professionals CSFH members of the team, representatives the FHS, and user representatives assisted by program. To collect data we use the methodology of the Hermeneutic-Dialectic Circle, through semi-structured interview. For data analysis, we use the Content Analysis according to Minayo. The survey was conducted in accordance with Resolution No. 466/2012, with approval by the Ethics and Research Committee to paragraph 842 476. Claims, Concerns and Issues (CCI) that emerged from the speeches of the representatives of different interest groups, have resulted in 11 thematic categories, in response to the specific objectives of this evaluation. As the design of completeness, the subjects showed two main views, the individual completeness to, including individuals in their biopsychosocial context and completeness as UHS principle, claiming the attention of guarantee to all individual needs. Also claimed the possible contributions of the program on the principle of completeness, referring to the expansion of human resources in PHC, support for FHS teams through interdisciplinary support tools such as the matrix support, and the program's potential for the articulation of Health Care Networks (HCN). However, they showed concerns with the performance in practice, when it was possible to identify the restrictive aspects of the program's activities, especially the fragility of the link with the FHS and with the territory and lack of competence on the part of professionals to work in the APS and CSFH. Reflecting on the restrictive aspects of the program's operation, the issues that arose showed the expected expansion of the FHS with the possibility of inclusion of CSFH professionals in the FHS team. We believe therefore, that the evaluation process of CSFH program developed here, contributed to a reflective building on the work of the same, allowing different interest groups, an evaluative approach to training features, providing them the opportunity to build and rebuild their conceptions and practices involved with the proposal of CSFH.

Key Words: Health Evaluation, Integrality in Health, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma da Avaliação de Quarta Geração	50
Figura 2 – Círculo Hermenêutico-Dialético	51

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01** – Divisão das equipes de NASF por número de profissionais, classe profissional, número de territórios, Centros de Saúde da Família (em negrito os localizados na sede do município) e número de equipes de ESF 59
- Quadro 02** – Distribuição dos participantes do estudo por Grupo e número de sujeitos incluídos nos respectivos círculos hermenêuticos-dialéticos 67
- Quadro 03** – Distribuição das RPQ, Categorias Analíticas, Categorias Temáticas e Subcategorias (Núcleos Temáticos) 75
- Quadro 04** – Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012 119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CA	Clínica Ampliada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSF	Centro de Saúde da Família
ER	Equipe de Referência
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MASF	Mestrado Acadêmico em Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NAISF	Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPS	Núcleo de Estudos e Pesquisa
NSI	Núcleo de Saúde Integral
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atendimento à Saúde

RPQ	Reinvindicações, Preocupações e Questões
SNSS	Sistema Nacional de Serviços de Saúde
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UEVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3 REVISANDO A LITERATURA	20
3.1 A Atenção Primária à Saúde (APS)	20
3.1.1 Definição e Contextualização	20
3.1.2 APS no Brasil e a Estratégia Saúde da Família (ESF).....	21
3.1.3 Limitações e Desafios da ESF	23
3.1.3.1 O desafio da Integralidade no Contexto da ESF.....	25
3.2 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)	27
3.2.1 Surgimento Ideológico e Implantação do Programa NASF	28
3.2.2 Temáticas e Discussões Relacionados ao NASF	30
4 REFERÊNCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	34
4.1 Avaliação	34
4.1.1 Evolução Conceitual e Metodológica	35
4.1.1.1 PRIMEIRA GERAÇÃO (Mensuração) – Avaliação como Medida.....	36
4.1.1.2 SEGUNDA GERAÇÃO (Descrição) – Avaliação como Descrição.....	37
4.1.1.3 TERCEIRA GERAÇÃO (Julgamento): Avaliação como Juízo de Valor	38
4.1.1.4 QUARTA GERAÇÃO (Negociação) – Avaliação como Negociação	42
4.1.1.4.1 Enfoque Responsivo	43
4.1.1.4.2 Metodologia Construtivista	46
4.1.1.4.3 Processo Hermenêutico-Dialético	49
4.1.2 Avaliação em Saúde	53
4.2 O Campo e seus Instrumentos	56
4.2.1 Local do Estudo	56
4.2.2 Sujeitos do Estudo.....	57
4.2.3 Coleta de Dados	60
4.2.3.1 Entrevista.....	60
4.2.3.2 Aplicação Prática.....	61
4.2.3.2.1 Aproximação com o Campo.....	62
4.2.3.2.2 Organização do Processo Avaliativo	62
4.2.3.2.3 Identificações dos Grupos de Interesse (Stakeholders)	63
4.2.3.2.4 Elaboração das Construções Conjuntas	65
4.2.3.2.5 Ampliando as Construções Conjuntas	67

4.2.4 Análise das Informações (Análise de Conteúdo)	69
4.3 Considerações Éticas.....	72
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
5.1 Concepção de Integralidade no Contexto da APS.....	74
5.1.1 Integralidade como um Modo de Ver o Indivíduo: a integralidade do “Ser Holístico”	76
5.1.2 Integralidade como Princípio do SUS: a integralidade do serviço.....	77
5.2 Contribuições do Programa NASF quanto ao Princípio da Integralidade	80
5.2.1 Ampliação de Recursos Humanos na APS	81
5.2.2 Apoio às Equipes de ESF: o exercício das Ferramentas de Suporte Interdisciplinar	83
5.2.3 Do Consultório para a Rua: o trabalho integrado ao território.....	92
5.2.4 Capacidade para Articular as Redes de Atenção à Saúde.....	93
5.3 Aspectos Restritivos da Atuação do NASF quanto ao Princípio da Integralidade	97
5.3.1 A Fragilidade do Vínculo Profissional com o Território.....	98
5.3.2 As Relações de Trabalho em Equipe Multidisciplinar.....	104
5.3.3 Falta de Competências Profissionais para a Atuação no NASF e na APS.....	107
5.3.4 A Logística para a Atuação no Programa NASF	110
5.4 Expectativas dos Stakeholders para a Atuação do NASF quanto ao Princípio da Integralidade	114
5.4.1 NASF e ESF ou Apenas ESF Ampliada?	114
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
7 REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA (PROFISSIONAIS)	134
APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA (USUÁRIOS)	135
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE	136

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela realização deste trabalho advém de uma prática profissional implicada com o processo de trabalho do programa Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no qual se atua diretamente como profissional integrante de uma equipe multidisciplinar do NASF a pelo menos quatro anos, inserido no contexto da Atenção Primária a Saúde (APS) do município de Parnaíba (PI), onde se teve a oportunidade de fazer parte de uma etapa de ampliação da equipe no município, com frequentes e intensos momentos de estudos e reflexão sobre as diretrizes operacionais do programa, o que motivou a realização do presente estudo.

Nos últimos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil vem mostrando significativos avanços desde sua criação pela Constituição Federal de 1988. Entre eles está a expansão do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), com cobertura crescente da população brasileira e melhoria na assistência e de seus mecanismos gestores. No entanto, tem se mostrado ainda insuficiente, quer por abrangência de suas práticas ou pela pouca resolubilidade na observância do Princípio da Integralidade (BRASIL, 2011a).

Desde 1994, com a criação e implantação, inicialmente, do Programa Saúde da Família (PSF), o Ministério da Saúde (MS) vem ampliando a ESF, como uma forma de reorganização da APS, com possibilidade de reorientação do modelo assistencial, incorporando como princípios as diretrizes do SUS: universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade, estruturando-se a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS) (SILVA et al, 2010).

A APS demonstra-se um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, buscando garantir o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população (MERY, 2002).

Dentre os princípios do SUS, admite-se ser o da integralidade aquele que confronta incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema – tais como o reducionismo e fragmentação das práticas, objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa (“modelo biomédico”). A integralidade é um

conceito que permite a uma identificação dos sujeitos enquanto totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, mas considerando todas as dimensões possíveis, permitidas por eles, que se pode intervir (SILVA e RAMOS, 2010).

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência à saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde e requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. Dessa forma, entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido, entendido assim, como um dos princípios-chaves da APS (MACHADO et al., 2007).

Todavia, discussões a partir da expansão do número de equipes, até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas nas UBS, têm alimentado a concepção de um modelo assistencial que fundamenta a consideração de que o fenômeno isolado de expansão do número de equipes de ESF implementadas até então, não garante a construção de um novo modelo de saúde pautado na Integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2011a; HENRIQUE e CALVO, 2009).

A expansão do número de equipes da ESF tem, até certo ponto, favorecido a equidade e universalidade da assistência, entretanto, não se pode admitir só pelas estatísticas, sem analisar suas práticas no contexto de trabalho, que a integralidade das ações deixou de ser um problema no exercício da atenção em saúde na APS (BRASIL, 2011a; HENRIQUE e CALVO, 2009).

Nesse contexto, dentro da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), e objetivando-se alcançar a integralidade e a intensificação da interdisciplinaridade das ações em saúde, identificou-se a necessidade da presença de outros profissionais de saúde, de diferentes classes profissionais, integrando a APS, na lógica da ESF. Dessa forma, visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolubilidade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2009a).

O NASF surgiu, ideologicamente, com a necessidade de expansão da equipe da ESF e o fortalecimento das abordagens interdisciplinares e de ferramentas instituídas como a Clínica Ampliada (CA), Apoio Matricial (AM) e Equipe de Referência (ER), passando pela idealização de um Núcleo de Saúde Integral (NSI), com posterior surgimento de experiências exitosas, como por exemplo, do Núcleo de Atenção Integral a Saúde da Família (NAISF), em 2005 no município de Sobral (CE). A partir desta experiência, em 2008, o MS cria o programa NASF com posterior expansão para os demais municípios brasileiros, chegando às atuais discussões sobre o modelo que hoje conhecemos dentro da PNAB (SILVA e DA ROS, 2007; REZENDE et al., 2009; SUNDFELD, 2010; CAMPOS et al., 2011; CERVATO-MANCUSO et al., 2012; SANTOS; LACAZ, 2012; LIMA et al.; 2012; SILVA et al., 2012).

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

A proposta do NASF visa à ampliação e qualificação das ações de saúde, contribuindo com a observância do princípio da integralidade e não apenas atender a demanda assistencial para produzir. Entretanto, o seu grande desafio é a mudança de uma cultura organizacional no SUS que busca a quantidade e não a qualidade da assistência prestada, com foco na realização de procedimentos isolados e no cumprimento de metas numéricas de produtividade, uma situação que é desejável, mas que não acontece de forma espontânea e natural.

É bem verdade que promover saúde de forma integral e de qualidade é um trabalho processual de longo prazo, dinâmico e intimamente relacionado com o contexto em que se desenvolve. É um processo amplo e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve, entre outras coisas, mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança, ao passo que os padrões culturais, institucionais e comportamentais já conhecidos, parecem mais seguros (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

A proposição e a adoção de mudanças não são simples e requerem bastante investimento e uma decisão firme dos gestores e trabalhadores envolvidos neste processo. É preciso detectar os elementos que possam apoiar e potencializar as iniciativas desse tipo. Para isso, conhecer as circunstâncias e o contexto em que se inserem é fundamental, principalmente no que diz respeito ao comportamento dos atores envolvidos (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Neste processo, a avaliação e o monitoramento são importantes para propor as ações e possíveis intervenções, que devem se configurar em um processo permanente e cíclico: avaliação – diagnóstico – intervenção – monitoramento – avaliação, onde o momento do diagnóstico é frequentemente e naturalmente, acompanhado por um início de intervenção, o próprio fato de abordar uma situação, um contexto, já produz mudanças no mesmo. Da mesma forma, ao intervir, há o aperfeiçoamento do diagnóstico e mesmo antes do final da intervenção, já acontecem momentos de avaliação. Assim, as etapas de diagnóstico, intervenção e avaliação estão, a nosso ver, dinamicamente relacionadas. Monitorar e avaliar as intervenções e o próprio processo de implantação e implementação das mesmas, é o que garante a sustentabilidade das ações (DESLANDES e IRIART, 2012).

O monitoramento e a avaliação de políticas e programas são instrumentos importantes para o aperfeiçoamento da gestão pública, que visa ao desenvolvimento de ações eficientes e eficazes em face das necessidades da população. Para que a avaliação das políticas, programas ou ações tenha um impacto social, é preciso um processo avaliativo que possibilite a compreensão de todas as dimensões e implicações da atividade avaliada, ou seja, é recomendável a utilização de um processo sistemático de análise de atividades e fatos que permita compreender, de forma contextualizada, todas as dimensões e implicações do programa, com vistas a estimular seu aperfeiçoamento (DESLANDES e IRIART, 2012).

No entanto, em sua grande maioria, o que se encontra na literatura em relação ao NASF, são trabalhos mostrando experiências de como se deu o processo de implantação das equipes e/ou relatos de experiências mostrando abordagens isoladas de uma ferramenta de trabalho específica, a exemplo: Clínica Ampliada, Apoio Matricial e Equipe de Referência, geralmente associada a uma única área de conhecimento que compõem a equipe, com destaque para Saúde Mental e Reabilitação, com poucos trabalhos com abordagem interdisciplinar (SILVA e DA

ROS, 2007; REZENDE et al., 2009; SUNDFELD, 2010; CAMPOS et al., 2011; CERVATO-MANCUSO et al., 2012; SANTOS e LACAZ, 2012; LIMA et al.; 2012; SILVA et al., 2012).

Desta forma, identificou-se uma carência de estudos que mostrem um processo avaliativo do programa NASF, uniforme, válido e confiável, que seja capaz de identificar, analisar e propor alterações, que possam melhorar as ações de saúde realizadas pelo programa, contextualizando sua atuação e expondo suas principais características, dificuldades e potencialidades, quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes, com ênfase na Integralidade das ações em saúde.

Nessa lógica, compreendendo que implementar ações e programas de saúde que visem o cumprimento do princípio da integralidade, envolve processos de longo prazo, dinâmicos e complexos, seu monitoramento e avaliação não podem se restringir a verificar, simplesmente, se as metas são ou não alcançadas e a relatos de experiência de áreas e/ou ferramentas específicas de trabalho isoladamente. É necessária uma abordagem ampliada, que inclua “os porquês” e os “como fazer” do processo, de forma contextualizada e com a participação de todos os implicados (envolvidos) com o processo, o que nos leva a questionar: Como a atuação do programa NASF vem contribuindo para a observância do princípio da Integralidade?

A partir de tal questionamento outras questões mais específicas norteiam nosso estudo: Qual a compreensão dos sujeitos envolvidos na atuação do programa NASF, em relação ao princípio de Integralidade da atenção à saúde? Quais os principais problemas e sugestões de mudança são apontadas pelos mesmos quanto à atuação do NASF como programa que visa ampliar a resolubilidade e a integralidade das ações em saúde na APS?

É nesse contexto que se justifica o proposto trabalho, no qual se defende um processo avaliativo responsivo e construtivista do programa NASF, com base na Avaliação de Quarta Geração proposta por Guba e Lincoln em 1989, que, através da aplicação dos Círculos Hermenêuticos-Dialéticos, buscou compreender as Reivindicações, Preocupações e Questões (RPQ) dos diferentes grupos de interesse implicados nos processos de trabalho do NASF junto às equipes de ESF e a comunidade, mostrando-se de grande relevância como proposta avaliativa para a gestão e o aperfeiçoamento de programas de saúde (GUBA e LINCOLN, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Avaliar a atuação do programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) quanto ao Princípio da Integralidade na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Sobral (CE).

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Compreender a concepção de integralidade da atenção à saúde, na visão dos diferentes grupos de interesse implicados com o programa NASF;
- ✓ Analisar as possíveis contribuições do programa NASF quanto ao princípio da integralidade no contexto da APS;
- ✓ Identificar os aspectos restritivos a atuação do programa NASF quanto ao princípio da integralidade, contextualizando as opiniões dos diferentes grupos de interesse.

3 REVISANDO A LITERATURA

3.1 A Atenção Primária à Saúde (APS)

3.1.1 Definição e Contextualização

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou a Atenção Básica em Saúde (ABS), como tem sido preferencial, mas não exclusivamente denominada no Brasil, vem ocupando, desde a sua enunciação como uma política para a reorganização da atenção à saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 70, um estatuto estratégico de intervenção e de formulação teórica para os Sistemas Nacionais de Serviços de Saúde (SNSS) (CECILIO et al., 2012).

A primeira definição sobre a APS foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978. De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (GOMES et al., 2011; OMS, 2008) Desde então, diversos autores vêm propondo definições sobre a APS, destacando-se os estudos da pesquisadora Barbara Starfield (2002), referência adotada pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

Para Starfield (2002), a APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições. Para a autora, é a APS que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população.

Se, num primeiro momento, a APS foi pensada para sociedades com níveis de desenvolvimento menos elevados, hoje ela é assumida como o principal dispositivo de organização, constituição e articulação das redes de atenção à saúde para muitos países ditos centrais (STRALEN et al., 2008; OMS, 2008).

Comparações internacionais mostram que uma APS bem estruturada, com serviços de primeiro nível integrados ao sistema e uma ampla oferta de ações de saúde, impacta positivamente nos indicadores de situação de saúde e produzem aumento da eficiência e qualidade com menor uso de medicamentos. Análises comparativas apontam que a APS tem sido implementada com importantes variações no enfoque e oferta de serviços, dependendo do modelo de proteção social e das políticas de saúde predominantes em diversos contextos nacionais (CONILL, 2008; HEIMANN et al., 2011).

Em países europeus com sistemas de saúde de caráter universal, observa-se que os serviços de APS são realizados por serviços clínicos ambulatoriais, em que o médico generalista exerce a função de porta de entrada obrigatória e filtro para os serviços especializados. Na América Latina, muitos países enfrentam problemas para garantir cobertura universal em saúde, e a APS refere-se basicamente a programas focalizados e seletivos, com oferta restrita de serviços e voltados para populações mais pobres. Recentemente, países desta região vêm atravessando distintos processos de reforma político-administrativa no setor saúde, e a APS vem ganhando espaço na agenda, sendo necessária a formulação de novas estratégias para o seu fortalecimento (GIOVANELLA et al., 2009; HEIMANN et al., 2011).

3.1.2 APS no Brasil e a Estratégia Saúde da Família (ESF)

No Brasil, foi com o movimento da reforma sanitária, que desembocou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular a partir do final dos anos 80 quando os municípios assumiram progressivamente a prestação de cuidados básicos para seus cidadãos, que as ações de atenção realizadas e ofertadas por unidades de saúde, progressivamente denominadas de Unidades Básicas de Saúde (UBS), ganharam complexidade pela ampliação do atendimento médico nas três grandes especialidades (clínica, pediatria e ginecologia), mantidas todas as outras atividades de saúde pública (BRASIL, 2010a; GIOVANELLA et al., 2009).

Ações governamentais voltadas para o fortalecimento da APS tiveram ênfase a partir da década de 1990 e com maior densidade a partir da criação e expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com vistas a alterar a organização da atenção à saúde no SUS. Inicialmente, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi a principal proposta de implementação e organização da APS no Brasil. Criado em 1994, o PSF foi apresentado no primeiro documento ministerial como um programa, passando em seguida a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010a).

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (STRALEN et al., 2008; COSTA et al., 2009).

Preconizada pelo MS, nas últimas três décadas, a ESF expandiu-se em todo o país. Com relação às ações e aos serviços de saúde, o processo de descentralização no SUS enfatizou a atuação dos municípios na oferta de serviços de APS, o que favoreceu a pluralidade de formas e resultados de implantação da ESF (CASTRO e MACHADO, 2010).

Dados de 2009, do MS, indicam que 94% dos municípios do Brasil dispunham da ESF na sua rede de UBS, responsáveis pelos cuidados de saúde primários, com cobertura de 51% da população brasileira. A ESF incorpora os princípios do SUS e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico (CECILIO et al., 2012).

De acordo com Sampaio (2008), muitos movimentos foram realizados visando ao fortalecimento da APS no país, merecendo destaque a criação do Departamento de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde em 2000 e a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e do Pacto pela Saúde e Pela Vida no ano de 2006, documentos que reiteraram como prioridade a

consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde.

A PNAB expressa a posição de revitalizar a APS, “Atenção Básica à Saúde” no Brasil. Enfatiza a “Atenção Básica”, como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, destacando o modelo de atenção e a definição de prioridade: consolida e qualifica a ESF como modelo de Atenção Básica e centro de reordenação das redes de atenção à saúde no SUS, com equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, em áreas geográficas delimitadas (BRASIL, 2012a).

Portanto, desde sua implantação, a ESF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro – médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade (COSTA et al., 2009).

3.1.3 Limitações e Desafios da ESF

Estudos realizados desde a década de 1990 têm apontado importantes desafios para a consolidação de um modelo assistencial com bases na APS – nos moldes da ESF –, dentre os quais se destaca a capacidade gestora dos municípios, vínculo dos profissionais, e ante a incipiente definição de redes regionalizadas de atenção à saúde, o desafio de ofertar cuidados contínuos e coordenados com base na observância do princípio da integralidade (HEIMANN et al., 2011).

Estudos teóricos e empíricos demonstram uma importante distância entre o que é idealizado nos modelos vigentes, de atenção à saúde, e as práticas sociais concretas realizadas por profissionais e usuários nos espaços reais de produção de cuidado. As indicações de Cecilio et al. (2012) vão no mesmo sentido quando diz que os modelos são, geralmente, idealizados, e buscamos fazê-los acontecer, materializar, por meio de regras ou normas previamente estabelecidas, sendo, entretanto, estes atos realizados por diferentes trabalhadores, que também agem com seus saberes e experiências, gerando um conjunto diferenciado de práticas, com novas e distintas modelagens.

Uma responsabilização ampliada para APS tem sido posta na agenda de debate nacional, particularmente a partir da proposta de criação das grandes redes temáticas de cuidado, coordenadas exatamente a partir da rede básica, da APS, que funcionaria como centros de comunicação no interior delas (BRASIL, 2010a).

A proposta de que a coordenação das redes de atenção à saúde seja feita a partir da APS, parte do diagnóstico da falência dos SNSS caracterizada pela descontinuidade dos cuidados, a fragmentação da atenção à saúde e a ainda estratégica posição ocupada pelo hospital na produção dos cuidados. Há um reconhecimento de que, apesar de todos os esforços, a promessa colocada na APS de alcançar uma configuração mais racional, integrada e equitativa dos sistemas de saúde, funcionando sempre como sua porta de entrada, ou, pelo menos, porta preferencial para o conjunto dos serviços de saúde, parece nunca ter sido plenamente alcançada (OPAS, 2011).

Em um estudo realizado por Henrique e Calvo (2009), as autoras concluíram que na implantação da ESF no Estado de Santa Catarina, em 2008, cerca de 81,6% dos municípios apresentavam fraco indício de mudança no modelo assistencial comparado ao ano de 2001, com o mesmo quadro em 2004. A conclusão foi que o modelo assistencial não contemplava adequadamente os aspectos preconizados para a APS.

Para Merhy (2002) esta realidade é um nó a ser trabalhado pelos gestores e trabalhadores de saúde na medida em que é um problema de gestão de processos produtivos em saúde, e estão presentes em qualquer modelo predominante, demarcados não só por algumas tensões básicas, mas também pelos atos produtivos, tais como: a lógica da produção dos atos de saúde como procedimentos e a produção dos procedimentos como cuidar (modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromisso com a produção da cura) ou a lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintas categorias de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e das intervenções mais restritas e exclusivamente presas às competências específicas de alguns deles.

No contexto da APS, os alcances e os limites da ESF têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas nas UBS. Esta concepção de modelo assistencial fundamenta a consideração de que o fenômeno isolado de expansão do número de equipes de ESF implementadas até então, não garante a construção de um novo modelo de saúde pautado na integralidade (BRASIL, 2011a).

A expansão da ESF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir só pelas estatísticas, sem analisar suas práticas no contexto de trabalho, que a integralidade das ações deixou de ser um problema no exercício da atenção em saúde na APS (HENRIQUE e CALVO, 2009).

3.1.3.1 O desafio da Integralidade no Contexto da ESF

A palavra Integralidade encontra-se no discurso propagado por organismos internacionais, ligado às ideias de “atenção primária” e de “promoção de saúde”. Mas, recentemente, esta palavra tem sido encontrada nas propostas de programas do MS em nosso país e nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns acadêmicos brasileiros (FRACOLLI et al., 2011).

O termo integralidade vem sendo correntemente utilizado para designar um dos princípios do SUS. De acordo com o texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, às atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Essa, entretanto, seria apenas uma das dimensões do conceito de integralidade (SILVA e RAMOS, 2010; SALA et al., 2011).

A integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, pode ser entendida como “atendimento integral”, focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade é considerada como um dos atributos próprios da APS, tal como propõe Starfield (2002).

Uma das acepções de integralidade pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se interpenetram. Concorrem aí os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde (MATTOS, 2004).

Outro ângulo de aproximação com a integralidade considera a rede de serviços com distintos níveis de complexidade e de competências em que a integração entre as ações se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. Intervém agora a atuação decisiva dos gestores que organizam o conjunto dos serviços de saúde e que estabelecem articulações favorecedoras de uma “integralidade vertical”, entre os diferentes níveis de complexidade e competência de uma rede de serviços de saúde (MATTOS, 2004).

No âmbito da prática profissional, Sala et al. (2011) apontam a integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Na organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade busca romper com a polaridade entre saúde pública e assistência médica, ou entre as ações de prevenção e as de recuperação (curativas) da saúde. A integralidade pressupõe uma organização do trabalho nos serviços de saúde que considere a relação assimétrica entre profissional e usuário do serviço, com necessidades não redutíveis ao conhecimento técnico do profissional (COSTA, 2004).

Bosi e Mercado (2006) afirmam que, tomada como princípio norteador da avaliação de programas de saúde, a integralidade pode ser concebida como princípio orientador das práticas, ou orientador da organização do trabalho, ou ainda, orientador da organização das políticas, mas, acima de tudo, implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo.

Antes de ser consagrada como tal pelo texto de nossa Constituição, a integralidade era uma das bandeiras de luta do chamado Movimento Sanitário. Por outro lado, em que pesem os avanços do SUS desde a sua criação, a integralidade ainda é um princípio que não se concretizou plenamente no cotidiano de muitos

brasileiros (FRACOLLI et al., 2011).

Foi então que, dentro desse contexto, buscando alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, identificou-se a necessidade da presença de outros profissionais de saúde integrando à ESF. Assim, com o objetivo de apoiar à inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e a resolubilidade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, em observância ao princípio da Integralidade, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2009a).

3.2 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

No intuito de analisar como a literatura tem explorado a proposta do NASF dentro da PNAB no contexto da APS, realizou-se uma pesquisa bibliográfica no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de maio e junho de 2013, objetivando identificar os conceitos utilizados, as temáticas abordadas nos estudos e as principais discussões associadas ao NASF em relação às políticas de saúde, com o foco na APS, o que possibilitou ter uma ideia do que existe de produção nessa área, identificando as principais linhas de estudo e suas propostas, contribuindo para a consolidação do campo da saúde coletiva dentro da APS.

Nessa revisão de literatura, foi possível identificar, a partir dos trabalhos encontrados e analisados, como a temática do NASF vem sendo abordada desde seu surgimento ideológico, com a necessidade e o fortalecimento das abordagens Multi-interdisciplinares e Transdisciplinares e de ferramentas instituídas como a Clínica Ampliada, Apoio Matricial e Equipe de Referência, passando pela idealização do Núcleo de Saúde Integral (NSI), com o surgimento do Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF) e posteriormente, a partir de 2008 a criação, formatação e expansão do NASF, chegando às atuais discussões sobre o modelo que hoje conhecemos dentro da PNAB (SILVA e DA ROS, 2007; REZENDE et al., 2009; SUNDFELD, 2010; CAMPOS et al., 2011; CERVATO-MANCUSO et al., 2012; SANTOS; LACAZ, 2012; LIMA et al.; 2012; SILVA et al., 2012).

3.2.1 Surgimento Ideológico e Implantação do Programa NASF

Em um trabalho clássico sobre o Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que a integralidade da atenção envolve a compreensão da noção de ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial.

Refletindo sobre a experiência de equipe multiprofissional, Oliveira e Spiri (2006) concluíram que é necessário alocar recursos humanos para dar conta da totalidade das ações, porém a equipe, que é multiprofissional, não garante assistência integral ao paciente. O trabalho em equipe integrado exige conhecimento e valorização do trabalho do outro, construindo consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e a maneira mais adequada de atingi-los.

Nesse contexto, aparecem as discussões na literatura, sobre metodologias de gestão do trabalho multi-interdisciplinar em saúde, como o Apoio Matricial e a Equipe de Referência. No trabalho de Campos e Domitti (2007), os autores nos mostram que o Apoio Matricial e a Equipe de Referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de se realizar Clínica Ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Nesse mesmo trabalho, os autores afirmam que a composição da Equipe de Referência e o surgimento de especialidades em Apoio Matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Sua utilização como instrumentos concretos e cotidianos pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes. Dentro deste contexto surge a necessidade de ampliação e reorganização das equipes de ESF (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Silva e Da Ros (2007), relatam a partir de estudos sobre a inserção de profissionais de fisioterapia nas equipes multiprofissionais, a idealização dos Núcleos de Saúde Integral (NSI) pelo MS, como uma tentativa para incluir outros profissionais na ESF, a exemplo do fisioterapeuta. Esses núcleos eram compostos por três modalidades: Atividade Física e Saúde, Saúde Mental e Reabilitação. Os autores afirmam que a integralidade é fundamental na discussão das políticas públicas de saúde porque por meio dela pode-se viabilizar a saúde na perspectiva da visão ampliada da mesma onde é necessário compreendê-la e executá-la em todos os seus sentidos, ou a prática biomédica hegemônica persistirá.

Posteriormente, Rezende et al. (2009), em seu artigo sobre o papel do fisioterapeuta na equipe multiprofissional da ESF, relata a criação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF) pelo MS, por meio da Portaria nº 1.065/GM, de 04 de julho de 2005, para a inserção deste profissional na ESF. Os autores refletem que mais do que inserir o fisioterapeuta na ESF, aproximando-o da atenção básica, sua integração às equipes compreende a ideia de criar pontos de interseção, tanto nas ações realizadas como entre os profissionais, facilitando e incentivando a adoção de medidas que conformem um olhar e uma prática integral da saúde.

A partir desta ideia de ampliação e reorganização das equipes de saúde da família, em janeiro de 2008, o Governo Federal instituiu a Portaria nº 158, criando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar as ações da atenção básica no que tange à abrangência e resolubilidade. O NASF reúne profissionais de diversas áreas do conhecimento que atuam de forma integrada com as equipes de saúde da família a partir das demandas identificadas em conjunto (BRASIL, 2009a).

Em 2008, o NASF era dividido em três modalidades: NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 foi desenvolvido para atender os municípios com contingente populacional acima de 20.000 habitantes. Entretanto, como cerca de 80% dos municípios brasileiros contam com uma população menor que 20.000 habitantes, e vários deles necessitam mais de acompanhamento à saúde do que os municípios mais populosos, o Governo Federal, visando a ampliar a cobertura da ação, criou o NASF 2, destinado a acolher os municípios com densidade demográfica de até 10 habitantes por km² (BRASIL, 2009a).

No âmbito do SUS, a modalidade NASF 3 foi criada a partir da Portaria GM/MS nº 2.843, de 20 de setembro de 2010, e tinha como prioridades a atenção integral em saúde e a saúde mental – assistindo, principalmente, usuários de crack, álcool e outras drogas, na Atenção Básica – em municípios com população inferior a 20.000 habitantes (SILVA et al., 2012).

Em 21 de outubro de 2011, foi publicada a Portaria nº 2488 do MS, com a instituição de nova edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual se insere oficialmente o NASF junto a APS e reafirma a mesma como principal nível de coordenação da integralidade nas ações de saúde, ressaltando a importância do trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2011b).

O NASF tem como fundamento ideológico a integralidade do cuidado aos usuários, com uma visão baseada no conceito ampliado de saúde, ou seja, a saúde depende de fatores além dos biológicos, cuja atuação dos profissionais de saúde deve levar em conta e intervir. Propõe repensar a formação e as práticas em saúde vivenciadas até o momento pela ESF e traz como ferramentas instituídas em suas diretrizes, a Clínica Ampliada, o Apoio Matricial, a Interconsulta, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST) para a realização do cuidado ao usuário e qualificação das ações das equipes (SILVA et al., 2012).

No contexto da APS, o NASF deve buscar qualificar e complementar o trabalho das ESF, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS (BRASIL, 2009a).

3.2.2 Temáticas e Discussões Relacionados ao NASF

Foi possível observar, que o maior número de publicações, está relacionado ao processo de implantação e/ou expansão do programa NASF, com ênfase em uma área de abordagem específica, relacionada em sua grande maioria, à inserção de uma classe profissional, a exemplo: Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia, com um menor número de trabalhos, buscando estudar o programa enquanto trabalho em equipe multi-interdisciplinar e suas diretrizes de

trabalho, em observância ao princípio da integralidade, bem como trabalhos que nos mostrem quais as dificuldades e as potencialidades enfrentadas pelo programa (ANDRADE et al., 2012; LINHARES et al., 2010a; BARBOSA et al., 2010; MOLINI-AVEJONAS et al., 2010; SANTOS e LACAZ, 2012; LIMA et al.; 2012; SILVA et al., 2012).

Sundfeld (2010), em seu relato de experiência sobre Clínica Ampliada, descreve que o processo de trabalho do NASF deve priorizar: (a) Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar; (b) Intervenções específicas do NASF com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso; (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de ESF e outros setores. O NASF deve funcionar a partir da perspectiva de Apoio Matricial e da Clínica Ampliada, sendo as diretrizes de atuação dos profissionais da saúde.

Mendonça et al. (2010), estudando os desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da ESF, aponta a implantação do NASF, como uma prioridade na organização e qualificação dos serviços e dos trabalhadores. Os autores afirmam que os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do SUS brasileiro.

Para Tomasi et al. (2011), após analisar a utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, os autores afirmam que será essencial à viabilização do NASF e de seu Apoio Matricial ao atendimento da demanda de serviços da ESF, considerando que a ABS deve realizar ações de promoção da saúde, prevenção e cuidados de agravos, sendo urgente o redimensionamento da equipe de saúde com a inclusão de novos profissionais, com capacidade resolutiva.

Campos et al. (2011), em sua abordagem sobre a Saúde Mental na APS, buscando avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental, com ênfase no trabalho do NASF, conclui que a partir dos arranjos da Clínica Ampliada, parece-nos possível realizar um trabalho bem articulado entre os equipamentos presentes no território. Afirma também que o Apoio Matricial como dispositivo técnico-pedagógico se mostrou importante para definir fluxos, qualificar as equipes, promover assistência conjunta e compartilhada.

Castro e Machado (2012), em um estudo sobre a PNAB no Brasil nos anos 2000, coloca o NASF como uma inovação importante, que afirmou a ESF nos moldes originais como porta de entrada do sistema, abriu espaço para a incorporação de outros profissionais na lógica de Apoio Matricial e contou com rápida adesão municipal em vários estados desde o primeiro ano de implantação.

Silveira (2012) estudou o AM e a Interconsulta como práticas que integram a saúde mental à saúde pública, como ferramentas estratégicas do NAFS, e concluiu que as mesmas enfatizam a interdisciplinaridade e a não hierarquização de serviços e saberes, e estão em consonância com a forma de organização social contemporânea, que propõe que se assumam decisões horizontais e democráticas, em vez de impostas por uma autoridade vertical típica dos modelos patriarcal e biomédico.

Lima et al. (2012), afirmam que os gestores têm entendido que os NASFs poderão reforçar o programa de reabilitação baseado na atuação na comunidade, uma vez que preconiza reabilitação das pessoas com deficiência no âmbito das UBS, com o apoio de profissionais de saúde e de familiares, ao estudar assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência em um município no nordeste brasileiro.

Recine e Vasconcellos (2011), apresentando um balanço da implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), concluíram que são inadiáveis a expansão e a qualificação das ações de alimentação e nutrição no SUS e que a criação do NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade é passo importante para impulsionar a organização das ações de nutrição nos serviços de saúde.

Já as autoras Cervato-Mancuso et al. (2012), que estudaram a atuação do nutricionista na ABS, relataram que as ações realizadas pelos profissionais estão incompletas, pela quantidade insuficiente de NASF com nutricionista, pela quantidade de equipes apoiadas por esses núcleos e pelo conflito da existência de dois modelos de assistência: Individualista x Multidisciplinar.

Ribeiro e Inglez-Dias (2011), analisaram a política brasileira de saúde mental quanto aos aspectos normativos, de demanda, de oferta e de financiamento, e afirmam que um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços, preconizando a incorporação dos novos serviços de saúde mental à ESF através do NASF.

Para Delfini e Reis (2012), após seu estudo sobre articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil, um trabalho conjunto e articulado entre profissionais de Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), ESF e NASF se mostra indispensável para garantir um cuidado integral voltado às crianças e aos adolescentes em sofrimento psíquico.

Já Silva et al. (2012), buscaram compreender o NASF e seus desafios e potencialidades na visão dos profissionais da APS do Município de São Paulo, Brasil. A expectativa dos participantes identificadas pelas autoras, foi de que o NASF seja um dispositivo potencializador da integralidade do cuidado, intervindo na cultura dos encaminhamentos desnecessários e na articulação com os outros níveis de atenção, além de contribuir para a discussão da formação dos profissionais e de estimular a reflexão junto aos gestores sobre indicadores de saúde vinculados exclusivamente ao número de atendimentos, que não refletem o impacto das ações desenvolvidas nem a qualidade do cuidado oferecido à população adscrita, contribuindo para evidenciar os nós críticos do sistema de saúde.

4 REFERÊNCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 Avaliação

A avaliação é uma área em que são utilizados vários conceitos e possui vários objetivos e por isso Furtado (2001) acredita que essa multiplicidade de abordagens indica a riqueza do campo da avaliação, mas, por outro lado, acarreta dificuldades à comunicação clara sobre o tema.

Para Hartz e Silva (2005), a avaliação constitui uma espécie de corte transversal no tempo e de visão mais ampla, um processo organizativo que visa não apenas à melhoria das atividades em andamento, mas também, planejar o futuro e a orientar sobre a tomada de decisões.

Aguilar e Ander-Egg (1994, p.31) definem a avaliação da seguinte forma:

A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida, destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável, dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (em todas as fases: diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de tal forma, que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados.

Na definição proposta por Samico et al. (2010), avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Os autores destacam que esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Quanto aos objetivos da avaliação, Samico et al. (2010), definem que avaliação possui cinco objetivos:

1. Objetivo Estratégico - Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção;

2. Objetivo Formativo - Fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer;

3. Objetivo Somativo - Determinar efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida ou interrompida;

4. Objetivo Transformador - Utilizar os processos de avaliação para transformar uma situação problemática;

5. Objetivo Fundamental - Contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica.

Segundo Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004), a avaliação pode ser conceituada como a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação, ou a identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (ou mérito), a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios. Segundo os autores, a avaliação usa métodos de pesquisa e julgamento, entre os quais: 1) determinação de padrões para julgar a qualidade e concluir se esses padrões devem ser relativos ou absolutos; 2) coleta de informações relevantes; 3) aplicação dos padrões para determinar valor, qualidade, utilidade, eficácia ou importância.

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) afirmam, ainda, que o objetivo básico da avaliação é produzir julgamentos do valor do que está sendo avaliado, sendo que esses julgamentos podem ter diferentes usos. Já Colussi (2010), acrescenta que o objetivo da avaliação será determinado somente a partir das particularidades do objeto que está sendo avaliado e do contexto em que está inserido o processo da avaliação.

4.1.1 Evolução Conceitual e Metodológica

Para os autores Guba e Lincoln (2011, p.27):

... não existe *nenhuma* forma “correta” de definir *avaliação*, pois, se fosse possível encontrar esse sentido, isso poria fim, de uma vez por todas, à discussão acerca de como a avaliação deve ser conduzida e sobre quais são seus propósitos. Consideramos as definições de avaliação interpretações mentais humanas, cuja correspondência com determinada “realidade” *não é e não deve* ser um problema. Não existe resposta para a pergunta “Mas o que de fato é avaliação” e não faz sentido fazê-la.

A partir desta reflexão, apresentamos a seguir, um breve esboço dos diferentes significados atribuídos à avaliação nos últimos cem anos, onde os autores Guba e Lincoln (2011) discorrem sobre o contexto histórico existente, os propósitos que as pessoas tinham em mente ao realizarem avaliações, e as suposições filosóficas que os avaliadores, teóricos e profissionais tinham na época.

A avaliação tal como a conhecemos não apareceu simplesmente do dia para a noite, é uma consequência de um processo de evolução, de construção e reconstrução, que envolve inúmeras influências interatuantes. Os autores dividem historicamente o contexto em três gerações e defendem que, com o passar do tempo, a construção da avaliação se tornou mais fundamentada e esclarecida, a ponto de, conceberem uma construção radicalmente nova, que os mesmos a denominaram de “Avaliação de Quarta Geração”.

4.1.1.1 PRIMEIRA GERAÇÃO (Mensuração) – Avaliação como Medida

Entre as primeiras influências, a mais importante trata-se da mensuração dos vários atributos de crianças e jovens escolares. Os Testes escolares têm sido utilizados durante centenas de anos para determinar se os estudantes dominavam o conteúdo, onde o propósito é ensinar às crianças o que se reconhece como certo e as mesmas demonstravam o conhecimento sobre os fatos regurgitando-os através de testes essencialmente de memória.

No século XIX, com a importância atribuída à medida científica, desenvolveu-se a psicometria. Foram determinantes os trabalhos de Francis Galton e Alfred Binet. Galton, admitindo que existisse uma correlação entre as capacidades sensoriais, passíveis de serem medidas, e a inteligência, construiu e aplicou testes para medir diferenças individuais de aptidão mental, já Binet, orientou o seu trabalho no sentido do estudo global do indivíduo e criou um teste (Teste de Binet), importante para a determinação da “idade mental” e do “Quociente de Inteligência (QI)”. No início do século XX, nos Estados Unidos, com os estudos de Edward L. Thorndike acerca dos testes educacionais teve origem a concepção da avaliação como processo de quantificação.

Neste contexto, a avaliação é tida como sinónimo de teste (de memória). Os conhecimentos são o único objeto de avaliação e a classificação, certificação e seleção são as funções da avaliação por excelência. A avaliação é, em geral, descontextualizada e refere-se a uma norma e, por isso, os resultados de um aluno são comparados com os de outros grupos de alunos, onde os mesmos não participam do processo de avaliação. Desta forma, privilegia-se a quantificação de resultados em busca da objetividade, procurando-se garantir a neutralidade do professor (avaliador).

O papel do avaliador era de um técnico que tinha que saber construir e usar os instrumentos, de modo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida. É muito importante notar que a primeira geração, ou o sentido técnico da avaliação persiste até hoje, como é evidenciado pela frequente prática de realizar testes como requisito para a graduação ou procedimentos de admissão, no uso de testes para classificar estudantes e professores em termos de efetividade, e pela publicação frequente de textos que usam as palavras medidas e avaliação, como sinónimos.

4.1.1.2 SEGUNDA GERAÇÃO (Descrição) – Avaliação como Descrição

Surgiu em virtude de uma séria deficiência na primeira geração: escolha dos estudantes como objetos da avaliação. Contextualizando-se após a Primeira Guerra Mundial, tornou-se evidente que o currículo escolar necessitava passar por uma dramática reforma. Uma abordagem de avaliação que não pudesse prover outros dados que não fossem além dos relacionados com os estudantes, não serviria aos propósitos da avaliação então contemplados.

No início do século XX é desenvolvido um plano de investigações dirigido por Ralph Tyler intitulado *Eight Year Study* (Estudo de Oito Anos) em escolas secundárias americanas, na pretensão de elaborar novos currículos com ênfase na relação ensino-aprendizagem. No final da década de 1930, Ralph W. Tyler considerando que a avaliação não deve ser apenas uma unidade de medida introduz novos conceitos associados à avaliação.

A mudança de currículo levava à necessidade de verificar onde esses novos currículos estavam sendo praticados e um dos problemas imediatos enfrentados foi o de criar uma forma de avaliar se o desenvolvimento dos novos currículos estava ocorrendo conforme planejado. Nasceu, assim, a Avaliação de Programa.

A unidade de quantificação passou a ser um dos meios a serviço da avaliação e começa a contemplar uma descrição de até que ponto os alunos atingem os objetivos definidos. São definidos quais os objetivos comportamentais e verifica-se se eles são ou não atingidos pelos alunos. Cria-se um sistema de referência igual para todos os alunos.

Dessa maneira, surgiu o que os autores chamam de Segunda Geração da avaliação, uma abordagem caracterizada pela descrição de padrões de forças e limitações dos objetivos estabelecidos. O papel do avaliador era o de um descritor, apesar de os aspectos técnicos anteriores terem sido mantidos. A medição não era mais tratada como equivalente à avaliação, mas redefinida como um instrumento que poderia ser usado a seu serviço.

4.1.1.3 TERCEIRA GERAÇÃO (Julgamento): Avaliação como Juízo de Valor

A abordagem descritiva centrada em objetivos possuía algumas falhas graves, embora não fossem muito perceptíveis até meados de 1957, período pós-Sputnik. O lançamento do primeiro satélite artificial da terra (Sputnik-1), pela União Soviética (1957), gerou nos Estados Unidos da América uma onda de debates acerca dos currículos e do modo como são desenvolvidos. Questionaram-se os conteúdos programáticos pondo-se em questão os métodos de ensino, provados serem inadequados para a tarefa de avaliar a responsabilidade do governo federal nas supostas deficiências da educação americana.

Mas, o que a essa época havido se tornado o método de avaliação mais aceito teve outra crítica mais importante. Sendo essencialmente descritiva, a segunda geração negligenciou, desprezou a outra face da avaliação, o que Robert Stake chamou de “outra fisionomia” ou “face da avaliação”, em seu artigo de 1967: o juízo de valor. A inclusão do julgamento no ato de avaliar marcou a emergência da terceira geração, na qual avaliadores eram caracterizados por seus esforços em

realizar julgamentos, e o avaliador assumia o papel de juiz, apesar de reter a função técnica e descritiva anterior.

Em 1967, Michael Scriven introduz a distinção entre o conceito de avaliação somativa – associada à prestação de contas, à certificação e à seleção, e o conceito de avaliação formativa – mais associada ao desenvolvimento, à melhoria das aprendizagens e à regulação dos processos de ensino e aprendizagem. A avaliação deve induzir e/ou facilitar a tomada de decisões que regulem o ensino e a aprendizagem, onde a avaliação da informação deve ir para além dos resultados que os alunos obtêm nos testes. Deve envolver professores, pais, alunos e outros intervenientes, onde os contextos de ensino e de aprendizagem devem ser considerados no processo de avaliação.

Guba e Lincoln (2011) defendem que cada geração subsequente representou um passo adiante, tanto em relação à variedade de sentidos ou conteúdos incluídos na construção defendida quanto em seu nível de sofisticação.

A coleta de dados em indivíduos não era sistematicamente possível até o desenvolvimento de instrumentos apropriados, que caracterizou a primeira geração. Mas, a avaliação teria estagnado nesse ponto se a segunda geração não mostrasse formas de avaliar aspectos não-humanos, tais como programas, estratégias de ensino, padrões organizacionais e “abordagens” em geral. A terceira geração exigiu que a avaliação julgasse tanto o mérito do objeto de avaliação (seu valor íntimo e intrínseco) como a sua importância (seu valor extrínseco ou contextual).

No entanto, segundo os autores, as três gerações, como um grupo, sofreram e continuam sofrendo com algumas imperfeições ou defeitos, suficientemente, graves para justificar que se questione se não seriam indispensáveis outros aprimoramentos ou mesmo uma completa reconstrução.

Para Guba e Lincoln (2011), existem pelo menos três imperfeições ou defeitos mais graves:

1º - A Tendência ao Gerencialismo (supremacia da visão gerencial) – o termo gestor/administrador, em sua grande maioria, representará os clientes que contratarão ou financiarão uma avaliação, bem como os profissionais de liderança aos quais os representantes responsáveis pela implantação do objeto de avaliação

(e não da avaliação em si) se reportarão. Essa relação tradicional entre gestores e avaliadores é raramente contestada o que termina por gerar inúmeras consequências extremamente indesejáveis:

- ✓ Nessa estrutura, o gestor é efetivamente eximido de responsabilidade, uma vez que o mesmo fica fora do processo avaliativo e as suas qualidades e práticas não podem ser colocadas em questão;
- ✓ A relação entre gestor e avaliador é enfraquecedora (privadora de Poder) e injusta. O gerente tem a última palavra para determinar quais serão as questões da avaliação, como deverá ser a coleta e interpretação dos dados, e para quem os resultados devem ser divulgados. Essa forma de avaliação desautoriza os *stakeholders* (grupos de interesse), que podem ter outras questões a serem respondidas, outras formas de respondê-las, e outras interpretações para elas. O processo é injusto para todos os grupos cujas demandas potenciais nunca são solicitadas nem honradas e em que o gerente é elevado à posição de grande poder.
- ✓ A relação entre gestor e avaliador é privadora de Direitos. Com frequência, o gerente retém o poder de decidir se os resultados da avaliação serão divulgados e para quem, privando os interessados (*stakeholders*), que não são informados sobre os resultados, de tomar qualquer tipo de medida que porventura esses resultados possam lhes recomendar e, sobretudo, de proteger seus próprios interesses;

2° – Incapacidade de Acomodar o Pluralismo de Valores – é comum a crença de que a sociedade compartilha valores, aos quais todos são submetidos e concordam, e que alguns deles caracterizam os seus membros e todos são aculturados. Apenas durante os últimos vinte anos começou-se a entender que nossa sociedade é essencialmente pluralista. O julgamento na avaliação emergiu ao mesmo tempo em que emergiu a apreciação ao pluralismo de valores. É claro que valores estavam implícitos desde a primeira geração, mas a questão de quais valores irão dominar em uma avaliação, ou como as diferenças de valores podem ser negociadas, emerge como o maior problema.

Durante muito tempo foi usado o argumento de que, apesar da existência de diferentes valores, os achados de uma avaliação podem ser confiáveis porque a metodologia usada é científica e a ciência é livre de valores. Porém, essa afirmação

pode ser seriamente questionada. Se a ciência não é livre de valores, então não apenas os achados são submetidos a diferentes interpretações, como também os próprios fatos são determinados em interação com o sistema de valores que o avaliador carrega. Desta forma, todo o ato de avaliar torna-se um ato político.

A questão dos valores é completamente coerente com a tendência gerencial: se valores não fazem diferença, então os achados de uma avaliação representam o estado das coisas como elas realmente são e devem ser aceitos como verdades objetivas. Nesse sentido, o fato de o gerente definir os parâmetros para o estudo não tem consequências, assim como o fato de ele controlar as questões, a metodologia e os resultados.

3° – Hegemonia do Paradigma Científico de Investigação (Paradigma Positivista) – praticamente todos os modelos de avaliação das três primeiras gerações usam o paradigma científico para orientar seu trabalho metodológico, porém, sua extrema dependência dos métodos da ciência produziu drásticas consequências:

a) A descontextualização – avaliar o objeto de estudo como se ele não existisse em um dado contexto;

b) A exagerada dependência de medições quantitativas formais;

c) A avaliação dizendo como as coisas realmente são e o avaliador, como um mensageiro, não sendo responsável pelo que a natureza decretou;

d) O uso do método científico das ciências naturais eliminando caminhos alternativos para pensar o objeto da avaliação, caracterizando-os como não-científicos;

e) A aderência ao paradigma científico, que, sendo livre de valores, exime o avaliador de qualquer responsabilidade moral sobre as suas ações, ou seja, nenhuma das três primeiras gerações torna o avaliador moralmente responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados.

A partir das críticas apresentadas, Guba e Lincoln (2011) propõem uma nova construção, que a caracterizam como Avaliação de Quarta Geração, de ruptura epistemológica e alternativa aos referenciais anteriores com a qual acreditam responder às imperfeições e dificuldades detectadas. Trata-se de um modelo de

avaliação em que as Reivindicações, Preocupações e Questões (RPQs) dos grupos de interesse ou interessados (Stakeholders) servem como enfoques organizacionais (princípio para determinar quais informações são essenciais), que são implementados de acordo com os preceitos metodológicos do paradigma de investigação construtivista.

Defendem que a avaliação formativa deve ser a modalidade privilegiada de avaliação, com a função principal de melhorar e de regular as aprendizagens, onde o feedback é um processo indispensável para que ocorra a plena interação entre o processo do ensino-aprendizagem e a avaliação. Afirmam que a avaliação deve servir mais para ajudar as pessoas a desenvolverem as suas aprendizagens do que para julgá-las ou classifica-las numa escala.

Para os autores, a Avaliação de Quarta Geração é uma construção social em que são levados em conta os contextos, a negociação, o envolvimento dos participantes interessados (Stakeholders), a construção social do conhecimento e os processos cognitivos, sociais e culturais (Avaliação como Negociação), devendo-se utilizar métodos predominantemente qualitativos, não se pondo à parte a utilização de métodos quantitativos.

Quanto à aceitação desse novo modelo de avaliação proposto, Guba e Lincoln (2011) afirmam que não existe consenso sobre essa forma de avaliação, do mesmo modo que não existia em relação às formas anteriores, mas apresentam-na como uma construção que aperfeiçoa algumas limitações, vazios e ingenuidades das formulações anteriores.

4.1.1.4 QUARTA GERAÇÃO (Negociação) – Avaliação como Negociação

A avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln em 1989 é considerada pelos autores como uma geração de ruptura e alternativa às gerações anteriores tradicionais (com foco no paradigma Positivista), caracterizando-se por não estabelecer parâmetros ou enquadramentos. Estes são definidos através de um processo de negociação, com base nas Reivindicações, Preocupações e Questões (RPQ) dos grupos de interesse (*stakeholders*), servindo de foco organizacional na determinação de que informação é relevante, sugerindo uma Avaliação Responsiva, implementando-se pelos pressupostos metodológicos do Paradigma Construtivista (GUBA e LINCOLN, 2011).

Ser responsivo implica em, não definir a priori, as delimitações e o conjunto de características que serão utilizadas para realizar a avaliação, como nos modelos tradicionais. A avaliação responsiva determina parâmetros e limites mediante um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse (stakeholders).

O termo construtivista é usado para designar a metodologia empregada para realizar a avaliação e tem as suas raízes em um paradigma de pesquisa que é alternativo ao científico positivista e também é conhecido por outros nomes (interpretativo, hermenêutico). Nesse sentido, o método construtivista se preocupa com informações sobre a forma como se estruturam os fatos, e não com a frequência da ocorrência deles.

Em suma, o processo avaliativo é responsivo, por ser construído em conjunto, e construtivista por avaliar as coisas como elas se dão, na medida em que elas acontecem: um modo responsivo de focar e um modo construtivista de fazer.

4.1.1.4.1 Enfoque Responsivo

Em qualquer avaliação se recomenda de início, adotar um método para determinar quais questões serão colocadas e quais informações serão buscadas, com ênfase em elementos como: variáveis, objetivos, decisões e outros, podendo ser denominados de “organizadores avançados” do processo avaliativo. A avaliação responsiva também tem seus organizadores avançados: as Reivindicações, Preocupações e Questões (RPQ) que serão identificadas por grupos de interesse (stakeholders), isto é, pessoas que serão potencialmente representantes, vítimas ou beneficiárias da avaliação (GUBA e LINCOLN, 2011):

- ✓ **Reivindicações** – qualquer alegação apresentada por um interessado (stakeholder) que seja favorável ao objeto de avaliação;
- ✓ **Preocupações** – qualquer afirmação que um interessado venha a apresentar que seja desfavorável ao objeto de avaliação;
- ✓ **Questões** – diz respeito a qualquer situação a qual pessoas sensatas possam discordar.

Para Guba e Lincoln (2011), sempre haverá vários grupos de interesse, porém, apontam três principais classes abrangentes:

- ✓ **Os Representantes (ou Agentes)** – são os sujeitos envolvidos na produção e implementação do objeto de avaliação, quem coloca em prática o serviço e se utilizar da avaliação;
- ✓ **Os Beneficiários** – são as pessoas que de alguma forma usufruem do objeto da avaliação;
- ✓ **As Vítimas** – pessoas que, por uma razão ou outra, são influenciadas negativamente pelo serviço e/ou pelo processo avaliativo, grupos excluídos do seu uso, pessoas politicamente em desvantagem, sem poder, influência ou prestígio.

Diferentes grupos de interesse acolherão diferentes RPQ e é de responsabilidade do avaliador delimitá-las e abordá-las na avaliação, mas, por que usar as RPQ dos stakeholders como organizadores? Os autores apresentam alguns argumentos que acreditam serem convincentes para justificar a utilização das RPQ dos grupos de interesse (stakeholders) como organizadores do enfoque da avaliação:

- ✓ Os Stakeholders são colocados em risco pela avaliação: os resultados da avaliação podem ir contra os seus interesses e na qualidade de grupo em risco, devem ter a oportunidade de realizar quaisquer reivindicações, ou expor quaisquer preocupações e questões que julguem apropriadas para terem as suas demandas honradas. Qualquer outro encaminhamento é injusto e discriminatório. Quando o julgamento reflete valores de outros grupos, a perda é mais difícil e os stakeholders devem sentir que têm alguma defesa em relação a esse nível de risco.
- ✓ A avaliação expõe os Stakeholders à exploração, à privação de poder e de direitos: a avaliação é uma forma de pesquisa cujo produto final é a informação. Informação é poder. O poder da pesquisa pode ser usado de várias formas contrárias aos interesses dos grupos. Não é claro, dada a complexidade social e técnica moderna, que um envolvimento significativo dos implicados garantirá que todos não serão explorados, perderão poder ou perderão direitos em algum grau. Mas, é claro que sofrerão esses infortúnios em muito maior grau à medida que forem negadas as suas demandas;

- ✓ Os Stakeholders representam um mercado praticamente inexplorado quanto à utilização dos resultados da avaliação: a suposta não-utilização dos resultados provavelmente é o centro das discussões dos encontros de avaliadores profissionais. Os autores apontam como motivos, o fracasso em fornecer informações de qualidade, o distanciamento da arena política de tomada de decisões e o fato de a avaliação fornecer, às vezes, informações conflitantes. Mas, afirmam que a principal razão é a tendência dos avaliadores em dar informações que apenas eles julgam relevantes ou que apenas interessam a um determinado grupo. No entanto, os stakeholders são usuários da informação que percebem como responsiva às suas RPQ e, sendo-lhes dada uma oportunidade para que tenham suas demandas honradas dentro do processo avaliativo, eles também verão uma forma de se mobilizarem e, mais importante, de serem capazes de fazê-lo com base em uma legitimação informacional que eles não teriam de outra forma;
- ✓ A inclusão das Recomendações dos Stakeholders amplia o escopo e a “significabilidade” da avaliação: os Stakeholders estão em posição de ampliar a extensão da pesquisa avaliativa para grande benefício do processo hermenêutico-dialético. Quando a avaliação enfoca alguns poucos predeterminados objetivos, decisões ou efeitos, seus resultados serão limitados. Grande parte do tempo e energia do avaliador deve ser despendida simplesmente para identificar os stakeholders e interagir com eles o suficiente para saber quais são as RPQ que se originam nas construções particulares que o grupo formulou, e que refletem suas circunstâncias particulares, experiências e valores. Com frequência, a natureza das RPQ é completamente imprevisível para quem não é membro do grupo. Isso força um grupo a confrontar e lidar com as construções de outros grupos, o que, de outra forma, não ocorreria. O efeito desse confronto produz mudanças rápidas na construção de todos os grupos, e, se não produzir consenso, expõe as diferentes posições com maior clareza. Se a maior proposta da avaliação é refinar e melhorar essas construções (em adição a julgar), os princípios da hermenêutica dialética raramente terão melhor serventia;

- ✓ Todas as partes (Stakeholders) são, mutuamente, educadas pelo processo de quarta geração: o seu envolvimento na Avaliação de Quarta Geração é mais do que simplesmente identificar e descobrir as suas RPQ. De cada participante é exigido que não-maleficência considerasse as demandas dos demais, e isso não quer dizer que devam aceitar-lhes as opiniões e julgamentos, mas requer que lidem com pontos de diferença ou que reconstruam as suas próprias construções o suficiente para acomodar as diferenças e conflitos, ou que desenvolvam argumentos para que as outras proposições não sejam assimiladas. Por um lado, cada participante passa a entender melhor suas próprias construções, e as revisa de modo a torná-las mais fundamentadas e esclarecidas e, por outro, cada um deles começa a entender melhor as construções dos demais.

A avaliação não é responsiva apenas porque busca a visão de diferentes grupos de interesse, mas, também, o é à medida que responde às questões na subsequente coleta de informações, atendendo aos diversos questionamentos dos diferentes sujeitos que fazem parte da construção sobre as RPQ particulares. A principal tarefa do avaliador é a de conduzir o processo de modo que o grupo confronte as suas construções com as de todos os outros, constituindo um processo que se denomina hermenêutico-dialético (KOHLRAUSCH, 2012; WETZEL, 2005).

No presente estudo, buscou-se alcançar o enfoque responsivo por meio da inclusão de diferentes sujeitos na avaliação (os stakeholders), pela identificação das RPQ relacionadas ao NASF e consideradas relevantes por eles e pela busca de novas sínteses (construções) direcionadas a essas RPQ, objetivando o mais próximo de um consenso em relação a atuação do programa quanto ao princípio da Integralidade no contexto da APS.

4.1.1.4.2 Metodologia Construtivista

Trata-se de uma abordagem metodológica que se baseia em um sistema de crenças, frequentemente denominado de paradigma (Paradigma Construtivista), contrário à ciência positivista que predominou no último século (Paradigma Positivista). Para Guba e Lincoln (2011), não é possível comprovar ou refutar um paradigma de modo absoluto, mas, defendem que o paradigma positivista apresenta sérias limitações que podem ser superadas pelo construtivista.

Ontologicamente, a existência de uma realidade objetiva é negada pelo paradigma construtivista, afirmando que a realidade são construções sociais da mente, e que existem tantas construções quanto existem indivíduos (embora muitas construções sejam compartilhadas e mesmo as construções individuais articulam-se com as coletivas), sendo a própria ciência uma construção. Desta forma, as realidades, sendo construções, não podem ter (a não ser por imputações mentais) leis naturais imutáveis, tais como leis de causa e efeito.

Epistemologicamente o paradigma construtivista recusa a possibilidade do dualismo sujeito-objeto, sugerindo que os achados de um estudo existem, precisamente, porque existe uma interação entre observador e observado que, literalmente, cria o que emerge da pesquisa.

Metodologicamente como consequência dos princípios ontológicos e epistemológicos, o paradigma construtivista rejeita a abordagem científica que caracteriza a ciência hegemônica e a substitui por um processo hermenêutico-dialético, contando com a interação observador/observado, para criar uma realidade construída mais fundamentada e esclarecida possível em um ponto particular no contexto social e histórico.

Os autores Guba e Lincoln (2011) apontam algumas características da metodologia construtivista que a diferem da ciência positivista:

- ✓ A “Verdade” é uma questão de consenso entre construtores informados e esclarecidos, não em correspondência à realidade objetiva;
- ✓ Os “Fatos” não têm nenhum significado, exceto mediante determinada estrutura de valores, desta forma, não pode haver uma avaliação “objetiva” de alguma proposição;
- ✓ As “Causas” e “Efeitos” não existem exceto por imputação, sendo assim, a responsabilização é uma questão relativa e envolve igualmente todos os envolvidos;
- ✓ O “Fenômeno” pode ser entendido apenas dentro do contexto no qual ele é estudado, e achados de um contexto não podem ser generalizados para outro, nem os problemas e nem as soluções podem ser generalizadas de um ambiente (contexto) para o outro;

- ✓ As Intervenções não são estáveis, quando são introduzidas em um determinado contexto serão afetadas (alteradas) pelo contexto, na mesma proporção que tenderão a influenciá-lo;
- ✓ A Mudança não pode ser engendrada, existe um processo não-linear que requer a introdução de novas informações, e maior refinamento/esclarecimento no seu uso, dentro da construção das pessoas envolvidas;
- ✓ A Avaliação produz dados aos quais os fatos e valores estão intrinsecamente relacionados. O julgamento é uma parte essencial do processo de avaliação, provendo a fundamentação para os significados atribuídos;
- ✓ Os Avaliadores têm uma relação subjetiva com grupos de interesse na literal criação dos dados. São orquestradores de um processo de negociação que tenta alcançar um consenso mediante construções mais fundamentadas e esclarecidas;
- ✓ Os dados da avaliação provenientes de uma pesquisa construtivista não têm nenhum prestígio ou legitimação especial, simplesmente representam mais uma construção a ser levada em conta no processo na busca pelo consenso.

Existe ressonância entre um paradigma que propõe a metodologia hermenêutica-dialética e um modelo de avaliação que depende exatamente desse tipo de processo: o foco responsivo pede uma metodologia construtivista, e a metodologia construtivista encaixa-se exatamente nas necessidades do processo de pesquisa de uma avaliação responsiva (GUBA e LINCOLN, 2011).

A mudança de paradigma preconizada na assistência à saúde de forma integral e com maior resolubilidade exige a invenção de formas de pensar e fazer que sofrem grande influência do contexto no qual estão inseridas, não sendo, portanto, passíveis de generalização. Desse modo, tais práticas pressupõem um enfoque interdisciplinar e a inserção de diferentes sujeitos que respondam a complexidade do “novo” objeto construído e das ações a ele direcionadas (KOHLRAUSCH, 2012).

Um processo avaliativo, nesse sentido, não pode estabelecer indicadores a priori que não sejam oriundos do contexto do serviço, que não tenham importância e que não sejam problemas para os grupos de interesse. Portanto, neste estudo, o

envolvimento dos grupos de interesse teve tanto o objetivo de buscar suas RPQ mais pertinentes no contexto do serviço, quanto de potencializar a possibilidade de que o processo aumente e aprimore a capacidade de ação desses grupos.

4.1.1.4.3 Processo Hermenêutico-Dialético

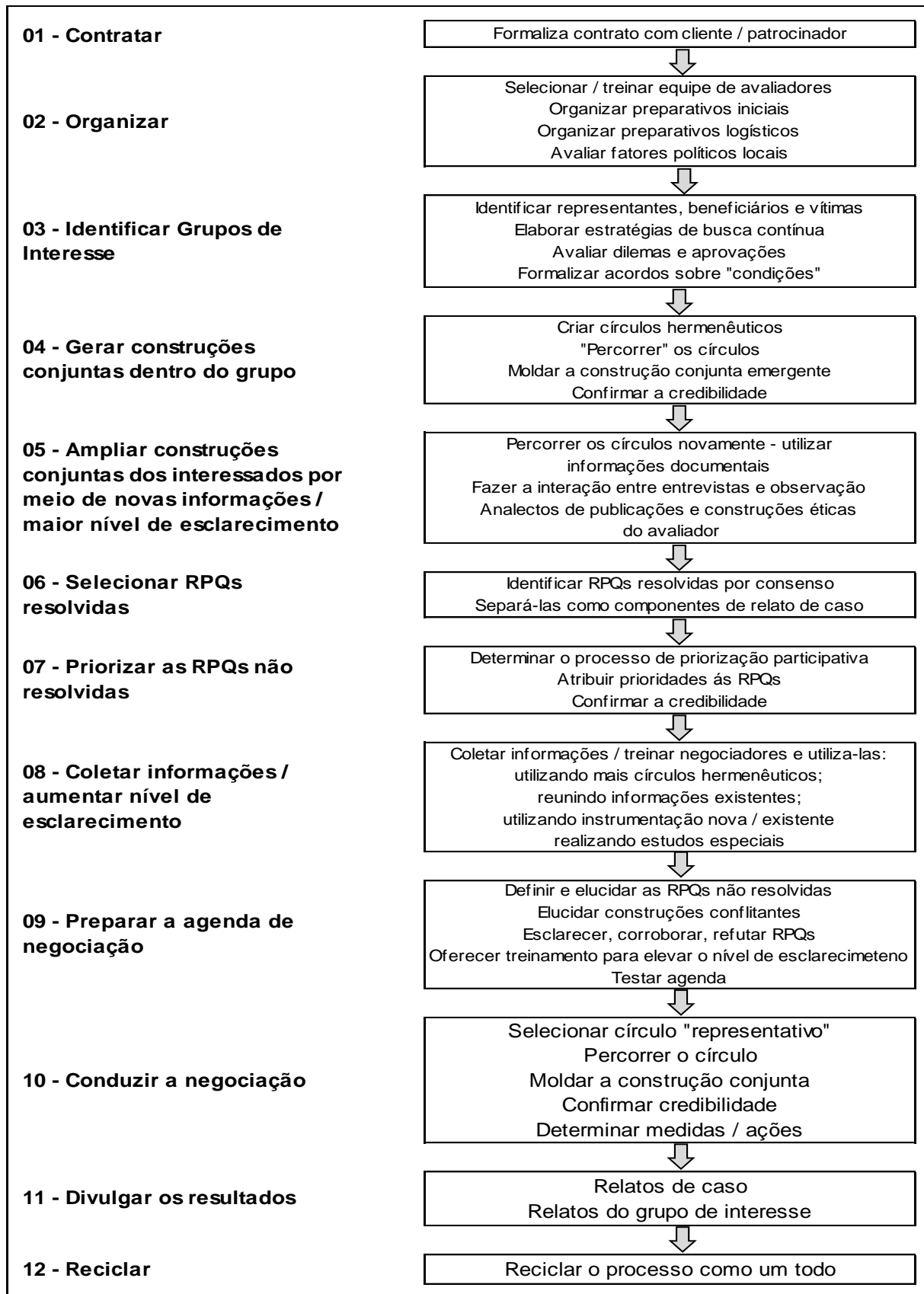
Guba e Lincoln (2011) propõem o processo hermenêutico dialético como um caminho para atender as condições anteriormente expostas. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraposição de diferentes pontos de vista, objetivando uma síntese mais bem elaborada. Porém, os autores afirmam que o principal propósito desse processo não é justificar uma construção pessoal ou atacar as fraquezas das construções oferecidas por outros, mas prover uma forma de correlação que leve à exploração mútua de todas as partes.

Para a aplicação prática da metodologia de Avaliação de Quarta Geração, existem algumas orientações operacionais, as quais estão fundamentadas no princípio do Círculo Hermenêutico-Dialético. Para os autores, são necessários 12 passos, aos quais estão sintetizados na Figura 1.

Embora os 12 passos apresentem uma sequência linear, isso não quer dizer que é obrigatório ou indispensável seguir rigidamente esse fluxo linear, na verdade, Guba e Lincoln (2011) orientam que o fluxograma indica uma progressão apenas em termos gerais e que movimentos frequentes para trás e para frente durante o processo, o que algumas vezes pode exigir saltos de um ou vários passos, não são apenas possíveis, mas desejáveis.

O objetivo é obter um consenso sempre que possível, quando não for possível, no mínimo expor e esclarecer os vários pontos de vista distintos e possibilitar a criação de uma agenda de negociação. Caso o processo tenha êxito, é porque todas as partes (incluindo o pesquisador) reconstruíram as construções iniciais. Todas as partes são, simultaneamente, educadas e desenvolvidas. Quando em relação a algum tema não for possível o consenso, isso foi acolhido pelos diferentes grupos como uma possibilidade de que as diferenças pudessem ter um espaço organizado de interlocução, onde todos tiveram a oportunidade de manifestar a sua posição.

FIGURA 1: Fluxograma da Avaliação de Quarta Geração.



Fonte: GUBA e LINCOLN, 2011. p.207-208.

Para Guba e Lincoln (2011), o sucesso do processo hermenêutico-dialético, com uma negociação produtiva, requer certas condições: compromisso das partes de assumirem uma postura de integridade, sem espaço para mentiras e enganos deliberados; competência mínima de comunicação de todos os participantes; disposição de todos para compartilhar poder; compromisso de mudar frente a negociações persuasivas; compromisso de reconsiderar os seus valores, quando apropriado; compromisso de dispor de tempo e energia que provavelmente serão exigidos pelo processo.

Quanto à aplicação prática dos Círculos Hermenêuticos-Dialéticos, os autores propõem o seguinte modelo esquemático de como o referido processo deve ser posto em prática:

Figura 2 – Círculo Hermenêutico-Dialético



Fonte: GUBA e LINCOLN, 2011. p.169.

Como primeiro passo, um respondente inicial (R1) é selecionado pelo pesquisador por qualquer motivo conveniente, como por exemplo, em função de sua posição estratégica em relação ao objeto da avaliação, ou qualquer outro motivo justo, sem a obrigatoriedade de amostragem aleatória. Realiza-se uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao que será investigado ou avaliado – o foco da investigação.

Solicita-se ao respondente que descreva esse foco e o modo que ele (ou ela) o constrói, que o descreva e faça comentários com suas próprias palavras. Nas avaliações, esses comentários podem incluir observações sobre as RPQ e sobre aspectos positivos e negativos do serviço avaliado.

No passo seguinte, solicita-se ao respondente R1, por exemplo, que indique outro respondente, R2, o qual deve ter sua construção tão diferente possível quanto R1 for capaz de identificar, podendo ser feito de maneira simples e direta: “Deve haver alguém neste contexto que tem uma percepção bem diferente da sua. Você estaria disposto a me dizer o nome dessa pessoa?”.

Os temas centrais, conceitos, ideias, valores, problemas e questões, baseando-se nas RPQ propostas por R1, são analisados pelo pesquisador e sintetizados em uma formulação inicial de sua Construção, designada C1, que são apresentadas a R2 após suas considerações iniciais, dando sequência ao modelo do círculo hermenêutico-dialético. Assim, a análise dos dados segue de perto a coleta de dados. Se as questões em pauta forem muito importantes, por exemplo, politicamente delicadas, talvez seja conveniente o pesquisador confirmar com R1 sua análise integral para ter certeza de que “a compreendeu”.

Em seguida, R2 é entrevistado, tendo para tanto o mesmo nível de liberdade de expressão que R1, entretanto, quando R2 se demonstrar tão espontâneo quanto a princípio deu a entender que seria, os temas da análise de R1 são introduzidos e R2 é convidado a comentar esses temas. Conseqüentemente, a entrevista com R2 origina não apenas informações sobre R2, mas também críticas às informações e à construção de R1.

O pesquisador solicita ao final, uma indicação de R3 e realiza uma segunda análise, que resultará na formulação de C2, agora uma construção mais fundamentada e esclarecida, baseada em duas fontes, R1 e R2. Esse é o princípio da construção conjunta que se busca.

As informações disponíveis aos participantes do círculo não precisam ser limitadas àquelas que eles e o pesquisador trazem. É possível introduzir outras demandas que a oportunidade e a necessidade originam, entre as quais: construções que emergem de outros grupos de interesse, dados de observação, documentos, literatura relevante e a construção ética do pesquisador, como por exemplo, através da inserção no campo, via observação, o que pode dá condições de, além de introduzir questões que surgem a partir desses dados, ter uma maior compreensão das apresentadas pelos entrevistados.

Os círculos não necessitam ser abertos apenas com indivíduos similares, isto é, com pessoas que desenvolvam papéis semelhantes, que sejam do mesmo sexo ou tenham a mesma faixa etária, ou que pareçam umas com as outras em algum outro aspecto. Círculos podem ser formados por pessoas bastante diferentes umas das outras, mas, as possibilidades de que condições mínimas de sucesso de encontro hermenêutico-dialético diminuam-se os círculos, comportarem pessoas com grande variedade de poder dentro do contexto onde estão inseridas.

4.1.2 Avaliação em Saúde

Quando falamos de “Avaliação em Saúde”, no campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços trata-se de uma área de extrema relevância, visto que viabiliza os processos de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (DESLANDE, 1997).

O conceito de avaliação de programas públicos surgiu no cenário mundial logo após a Segunda Grande Guerra, cujo objetivo da avaliação no período, diante da crescente intervenção do Estado no campo dessas políticas, era o de acompanhar os investimentos no sentido da otimização da alocação de recursos financeiros, ou melhor, o de avaliar a sua viabilidade econômica em termos de rentabilidade social e para essa finalidade, foram desenvolvidos inúmeros métodos a fim de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas (UCHIMURA e BOSI, 2002; SANCHO e DAIN, 2012).

A avaliação em saúde, nos últimos anos, se configurou como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde. Não só no sentido de aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, como também satisfazer o conjunto da população usuária do sistema – e não apenas os agentes formuladores de políticas – a partir da decorrente distribuição equitativa dessas intervenções. Tomada como um sistema de feedback, tem como objetivo fundamental a produção de informações e conhecimentos que, por um lado aprimora as teorias e, por outro, fornece subsídios às intervenções (SANCHO e DAIN, 2012).

As práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas. Neste contexto a avaliação, como prática que atravessa esse cotidiano, teria a capacidade de gerar aprimoramento profissional e efeitos positivos ao trabalho dos profissionais avaliados (FONSECA et al., 2012).

Em 2003, o MS, por meio do documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, definiu “Avaliação em saúde” como:

(...) um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades (BRASIL, 2003).

Porém, os estudos que visam avaliar qualidade dos serviços de saúde prestados em nosso país, analisando suas dificuldades e potencialidades, são escassos. Na prática cotidiana dos serviços de saúde, a avaliação não é feita rotineiramente ou, pelo menos, enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais não respondidas completamente no plano da investigação (BOSI, PONTES e VASCONCELOS, 2010).

Sendo assim, a avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão. Atualmente, há tendência de se considerar as especificidades de cada contexto, incluindo a relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde. Diante disso, observa-se a geração de estratégias metodológicas variadas e multidimensionais, sugerindo uma inclinação para a superação dos contornos positivistas que marcam sua história (BOSI e UCHIMURA, 2007).

Diante do exposto e do avanço no processo de crescimento e expansão do NASF, emerge a necessidade de implementação de processos avaliativos, que possam compreender todas as situações envolvidas neste contexto, a exemplo, o Processo Hermenêutico-Dialético proposto na Avaliação de Quarta Geração, que pode guiar-se pela identificação concomitante a análise das RPQ dos grupos de

interesse (stakeholders), objetivando uma reflexão sobre as principais dificuldades e potencialidades no âmbito desse programa, em busca da ampliação e evolução das ações de saúde em observância ao princípio da Integralidade.

Ao pensar em uma questão de pesquisa é importante que exista coerência entre o objeto de estudo e a metodologia utilizada para que se consiga atingir os objetivos propostos. Compreendemos a necessidade de escolha, dentre as várias metodologias existentes, qual a que se adaptava melhor ao objeto de estudo e poderia atender às suas interrogações, neste caso, avaliar a atuação do programa NASF quanto ao Princípio da Integralidade na APS.

A referida proposta exigiu a busca da alternativa metodológica que pudesse contribuir para esclarecer as questões que viessem se expressar, uma vez que a mesma exigiu apreensão da dinâmica de um serviço no seu cotidiano e do modo como os sujeitos se relacionavam das subjetividades, dos interesses e das questões construídas por eles a partir da sua prática, dos conflitos e contradições, considerando seu potencial de sínteses e transformações.

Neste sentido, como metodologia de pesquisa empregada, optamos pela Pesquisa Qualitativa, compreendendo a aproximação do objeto de estudo com a referida abordagem teórico-metodológica, uma vez que a aplicação dos círculos hermenêuticos-dialéticos nos permitiu realizar um processo avaliativo construtivista e responsivo do programa NASF, possibilitando a compreensão do objeto avaliado e das construções dos sujeitos envolvidos.

Para Minayo (2006), as metodologias qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, e às estruturas sociais, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A metodologia qualitativa aplicada à saúde, não busca estudar o fenômeno em si, mas entender o significado deste fenômeno no âmbito individual ou coletivo. Sendo assim, a interpretação, a consideração do pesquisador como principal instrumento de investigação e a necessidade do pesquisador de estar em contato direto e prolongado com o campo para captar os significados dos comportamentos observados, revelam-se como características dessa abordagem metodológica (BOSI e MERCADO, 2006).

A proposta de realizar uma avaliação qualitativa do serviço veio da preocupação em apreender a sua dinâmica, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática. Uma avaliação que também viesse a ser dispositivo, possibilitando, mediante um processo construtivista e responsivo, que grupos de interesse ampliassem a possibilidade de intervir na realidade do serviço, e que pudessem ser sujeitos, uma vez que em metodologias tradicionais estariam excluídos.

Além de apreender a dinâmica do serviço, as relações que se estabelecem, com suas contradições e subjetividades, as abordagens qualitativas propiciam subsídios para mudanças e transformações a partir dos dados gerados pela participação dos sujeitos envolvidos. Isso propicia, ainda, capacitar os grupos de interesse, envolvidos na avaliação aumentando seu potencial de análise para se constituírem sujeitos do processo de mudança (BOSI e MERCADO, 2006).

Dentro deste contexto, optamos pelo Processo Hermenêutico-Dialético proposto na Avaliação de Quarta Geração, descrita por Guba e Lincoln em 1989, como base estrutural para operacionalizar essa tarefa, cuja série de conceitos fornece as bases e fundamentos para o presente estudo.

Nesse contexto, serão apresentados a seguir: o local escolhido para o desenvolvimento do estudo, os sujeitos envolvidos na pesquisa, os instrumentos para a coleta das informações, a descrição da aplicabilidade prática dessa coleta, o processo de análise dos dados e as considerações éticas.

4.2 O Campo e seus Instrumentos

4.2.1 Local do Estudo

O Município de Sobral localiza-se na Mesorregião Noroeste do Estado do Ceará, conta com uma área de 2.122,989 km² e uma população estimada em 2013 de 197.613 habitantes. É a quinta cidade mais povoada do Estado sendo a maior economia do interior do Ceará e a 8^a maior economia do interior nordestino. É também o maior centro universitário do interior do Ceará (Censo Demográfico-IBGE/2013).

O município constitui cenário de referência para a região nordeste do Brasil baseado na sua singularidade e inovações do seu modelo technoassistencial de saúde. O município de Sobral em se tratando de Saúde da Família, tem as ações e serviços de saúde configurados como objeto privilegiado de estudos e construção da integralidade em saúde. As instituições de saúde configuram-se como um espaço de construção de novas práticas, materializando a integralidade como princípio, o direito e o serviço na atenção e cuidado à saúde (LINHARES et al, 2010b).

Aqui, vale ressaltar que Sobral (CE) foi e continua sendo, uma das cidades que apresenta uma variedade de experiências exitosas dentro do contexto da APS, visando à ampliação da resolubilidade dos programas de saúde da família, com ênfase na observância do princípio da Integralidade, como por exemplo, a incorporação de outros profissionais de diferentes áreas de conhecimento à ESF, já no ano 2000 (LINHARES et al, 2010b).

Posteriormente, em 2005, a partir de propostas do MS, foi um dos primeiros municípios a implantar equipes de Núcleos de Atenção Integral a Saúde da Família – NAISF, podendo ser considerado um programa “precursor” do programa NASF, atualmente regulamentado dentro da PNAB. Atualmente, o município conta com 07 (sete) equipes de NASF e já existem projetos para sua ampliação (LINHARES et al, 2010b).

4.2.2 Sujeitos do Estudo

Na abordagem qualitativa, o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social – interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito (BOSI e MERCADO, 2006).

O processo de implantação das equipes interdisciplinares em Sobral foi revisto a partir da Portaria Nº. 1065/GM de 04 de julho de 2005, que criou os Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), buscando adequar-se à nova proposta do Ministério da Saúde. No entanto, em Sobral desde 2000, diversas

categorias profissionais foram incorporadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), além da equipe básica proposta pelo Ministério da Saúde através dos NASF (LINHARES et al, 2010a).

Essas categorias tinham como objetivo potencializar as ações de saúde, garantindo a integralidade e a resolubilidade da atenção nas ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Desse modo, buscou-se promover uma articulação entre a política nacional e a experiência vivida no município de incorporação de outras categorias profissionais na ESF (VERAS et al. 2007).

Neste contexto, em Julho de 2008, o município de Sobral implantou 06 (seis) equipes de NASF, cada um dos núcleos atuando nas modalidades propostas pelo Ministério da Saúde. Atualmente, o programa foi ampliado para 07 (sete) equipes e conta com 43 profissionais de diferentes áreas disciplinares previstas pelo programa. A composição do NASF e a distribuição dos profissionais nos territórios foram feitas de acordo com o perfil epidemiológico do território de cada Centro de Saúde da Família (CSF). A caracterização dos conforme apresentado no Quadro 01 (LINHARES et al, 2010a).

Das 07 equipes de NASF, 06 estão vinculadas a territórios da sede do município, bem como a territórios da zona rural, correspondentes aos Distritos que compõem o restante do território municipal. Sendo assim, objetivando a exequibilidade (viabilidade) do projeto, optamos por realizar a abordagem prática do mesmo, apenas sobre os territórios da Sede do município de Sobral.

Objetivando realizar um processo avaliativo construtivista e responsivo, a partir do referencial teórico-metodológico dos círculos hermenêuticos-dialéticos, temos como sujeitos do presente estudo, os indivíduos (atores) envolvidos (implicados) direto ou indiretamente com o processo avaliativo do programa NASF do município de Sobral, os chamados “Grupos de Interesse (Stakeholders)”: Gestores; Profissionais do NASF; Profissionais da ESF e Usuários assistidos pelo programa NASF no município, os quais, segundo o referencial teórico-metodológico proposto, foram identificados como Representantes, Beneficiários ou Vítimas do processo avaliativo, na Etapa de Identificação dos Grupos de Interesse.

Quadro 01: Divisão das equipes de NASF por número de profissionais, classe profissional, número de territórios, Centros de Saúde da Família (em negrito os localizados na sede do município) e número de equipe de ESF.

Equipe	Nº de Profissionais	Classe Profissional	Nº de Territórios / CSF	Nº de Equipes de ESF
NASF - 01	1	Serviço Social	06 Junco, Vila União, Cohab III, Aracatiaçu e Caracará/Patos	10
	1	Educação Física		
	1	Nutrição		
	2	Fisioterapia		
	2	Terapia Ocupacional		
NASF - 02	1	Serviço Social	06 Dom Expedido, Coelce, Alto do Cristo, Bonfim, Rafael Arruda e Torto	9
	1	Educação Física		
	1	Nutrição		
	2	Fisioterapia		
	2	Terapia Ocupacional		
NASF - 03	1	Serviço Social	04 Tamarino, Centro, Jaibaras, Aprasível	8
	1	Educação Física		
	1	Psicologia		
	2	Fisioterapia		
NASF - 04	1	Serviço Social	05 Terrenos Novos, Alta da Brasília, Patriarca e Caiaco/Salgado	8
	1	Educação Física		
	1	Nutrição		
	1	Psicologia		
	2	Fisioterapia		
NASF - 05	1	Serviço Social	05 Expectativa, Padre Palhano, Sumaré, Jordão e Baracho	9
	1	Nutrição		
	1	Psicologia		
	1	Farmácia		
	2	Fisioterapia		
NASF - 06	1	Serviço Social	04 Cohab II, Sinhá Saboia, Taperuaba e Bilheira	9
	1	Nutrição		
	2	Fisioterapia		
	2	Terapia Ocupacional		
NASF - 07	1	Serviço Social	04 Estação, Pedrinhas, CAIC e Novo Recanto	7
	1	Educação Física		
	1	Nutrição		
	1	Psicologia		
	2	Fisioterapia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Sobral (CE).

4.2.3 Coleta de Dados

A técnica utilizada para a coleta dos dados empíricos foi a Entrevista Semiestruturada, dentro do contexto da metodologia dos círculos hermenêuticos-dialéticos propostos pela Avaliação de Quarta Geração (GUBA e LINCOLN, 2011). A seguir, uma breve exposição na perspectiva da pesquisa qualitativa sobre a técnica e sobre como foi utilizada neste estudo.

4.2.3.1 Entrevista

A entrevista leva o avaliador a entrar no mundo de outra pessoa, para entender a sua perspectiva. Na função de entrevistador, procurou-se descobrir de que modo as pessoas percebem o programa que está sendo estudado (MINAYO, 2006).

A maior vantagem da entrevista é que permite ao respondente mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Por meio desse procedimento, pode-se obter dados subjetivos e objetivos e, em geral, as entrevistas podem ser categorizadas pelo seu grau de estrutura, de informação, e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado (GUBA e LINCOLN, 2011).

O grau de estruturação pode ser categorizado tendo, em um extremo, a entrevista estruturada e, em outro, a não-estruturada. A primeira é o modo de escolha, quando o entrevistador “sabe o que quer saber”, e pode formular questões apropriadas para esse fim. A segunda é quando o entrevistador “não sabe o que não sabe” e tanto as questões como as respostas são fornecidas pelo entrevistado (GUBA e LINCOLN, 2011).

No caso do presente estudo, mediante a utilização do círculo hermenêutico-dialético (Figura), as primeiras entrevistas foram menos estruturadas, permitindo que o respondente falasse livremente sobre o tema, conforme Roteiros de Entrevista (APÊNDICE A – Entrevista com os Profissionais e B – Entrevista com os Usuários). À medida que as entrevistas foram acontecendo, a análise dos dados permitiu a identificação das RPQ que serviram como tópicos expressos nas entrevistas seguintes, permitindo que os entrevistados relatassem as suas próprias

RPQ e em um segundo momento, foram introduzidos alguns tópicos (RPQ relatadas anteriormente), de modo que as entrevistas ficaram mais estruturadas, classificando-se assim, em semiestruturadas ao articularem-se as duas formas.

A prática ética requer que as entrevistas sejam informadas. No presente estudo, foi utilizado o consentimento livre esclarecido e informado como recurso mais formal, bem como, foram fornecidas informações complementares sobre o estudo no decorrer da sua realização, sempre que o grupo ou o próprio pesquisador julgou necessário. Em uma proposta de avaliação construtivista e responsiva isso não poderia ser diferente, pois a própria metodologia exige que o grupo participe de todo o processo de modo informado e voluntário. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), a fim de utilizar os dados para análise, conforme especificado na Resolução nº 466/2012. Todas as entrevistas foram gravadas com gravador de voz e posteriormente arquivadas em pen drive e HD externo, permitindo assim maior fidedignidade e segurança na sua reprodução para posterior análise.

Quanto à qualidade do relacionamento entre entrevistador e respondente, ela pode ser caracterizada de muitas formas, desde aquela em que o entrevistador é hostil, e a relação é de combate, até aquela em que entrevistador e respondente veem um ao outro, como pares. Esta última foi a relação que se pretendeu atingir neste estudo, imprescindível para que o processo ocorresse de modo responsivo.

4.2.3.2 Aplicação Prática

Para a realização da Avaliação de Quarta Geração, existem algumas etapas de execução propostas por Guba e Lincoln (2011), como abordado anteriormente. Todavia, por uma questão de exequibilidade (viabilidade) do processo avaliativo proposto dentro do prazo exigido pelo programa de pós-graduação ao qual estar vinculado, assim como frente às dificuldades enfrentadas para a realização dos encontros para negociação com os diferentes grupos de interesse, optou-se por realizar uma adaptação a esse referencial, com a aplicação dos círculos hermenêuticos-dialéticos com os diferentes grupos de interesse nos direcionando para as seguintes etapas: a aproximação com o campo, organização do processo avaliativo, identificação dos grupos de interesse, elaboração das construções conjuntas, ampliação dessas construções.

4.2.3.2.1 Aproximação com o Campo

Considerando-se as exigências formais contidas na Resolução 466 de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), após a Qualificação junto ao programa de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família – MASF/UFC e realizadas as devidas correções sugeridas pela banca, o projeto foi encaminhado ao Núcleo de Estudos e Pesquisa (NEPS), para avaliação pela Comissão Científica e posterior autorização para execução do mesmo.

Após a aprovação pelo o do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UEVA, a proposta (projeto), foi encaminhada à Coordenação do NASF de Sobral – CE, quando foi solicitado um primeiro encontro com a equipe do NASF. Prontamente aceito pela coordenação do serviço, esse primeiro contato ocorreu em uma reunião de equipe, em novembro de 2014, quando foi realizada a apresentação formal do estudo e posterior pactuação com a equipe de novos momentos (encontros), bem como, a permissão para acompanhá-los em algumas atividades de sua rotina normal de trabalho, objetivando uma maior aproximação com profissionais da equipe do NASF assim como, posteriormente, com o trabalho junto às equipes de ESF e os usuários assistidos pelo programa nos territórios.

4.2.3.2.2 Organização do Processo Avaliativo

Nesta fase, a principal tarefa foi “ganhar o direito de entrada”, o que envolveu, principalmente, a construção de uma relação de confiança. Em uma avaliação em que se espera que os interessados falem sobre seus problemas, é necessário que o avaliador seja conhecido pelos mesmos, interaja com eles, conheça-os e permita que o conheçam.

Outro aspecto fundamental nessa fase é que o avaliador viva e experiencie o contexto do serviço, sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação, o que Guba e Lincoln (2011) denominam de *etnografia prévia (prior ethnography)*, conversando com as pessoas, identificando os líderes informais.

Inicialmente, o objetivo foi ganhar o direito a participação nas reuniões de equipe e gradualmente a participação em algumas atividades no contexto do serviço, conforme aceitação pelo grupo. Antes de todas as atividades, sempre foi solicitada a permissão aos participantes. No caso do contato com os profissionais, de forma individual e/ou em equipe, essa solicitação sempre foi dirigida à Coordenadora do serviço, a qual realizava a interlocução com o profissional e/ou grupo.

Essa fase, realizada nos meses de novembro e dezembro de 2014, foi fundamental para o desenvolvimento das demais. A construção de uma relação de confiança com os grupos de interesse vai além das exigências das pesquisas mais tradicionais, já realizadas até então, em que o pesquisador coleta os dados e sai de cena, podendo ou não retornar para apresentá-los ao serviço. Entendemos que, desejando-se o envolvimento dos grupos de interesse, a construção de uma relação de confiança e parceria é fundamental.

4.2.3.2.3 Identificações dos Grupos de Interesse (Stakeholders)

É impossível que todos os grupos de interesse sejam privilegiados em uma avaliação. Isto está além dos recursos e tempo disponíveis. Mas, existem algumas maneiras para classificar os sujeitos em categorias Incluídos e Excluídos. Guba e Lincoln (2011) dizem que o único critério razoável e ético que pode ser usado é o que denominam de interesse relativo (*relative stake*), visto que alguns sujeitos estão em posição de maior risco do que outros. Acrescentam que tanto a inclusão quanto a exclusão não podem ser arbitrariamente determinadas nem pelo avaliador nem pela gestão, devendo ser determinadas pela pactuação entre ambas as partes.

Com base na experiência prática como profissional do NASF, na experiência durante as etapas anteriores de aproximação e organização do processo avaliativo, bem como na literatura revisada em nosso estudo, identificou-se como grupos de interesse implicados com a proposta de trabalho do programa NASF, os profissionais da Gestão, da própria equipe do NASF e da ESF, assim como, obviamente, os Usuários assistidos pelo programa.

Tais grupos de interesse foram identificados por entendermos que todos os sujeitos integrantes dos referidos grupos podem ser classificados como:

- ✓ **Representantes** - sujeitos envolvidos na produção e implementação do objeto da avaliação, principalmente no caso dos profissionais;
- ✓ **Beneficiários** - pessoas que de alguma forma usufruem do objeto da avaliação, o que nesse caso, todos os grupos de alguma forma se beneficiam da avaliação, seja por melhores condições de trabalho, no caso dos profissionais ou por ampliação da oferta de serviços aos usuários;
- ✓ **Vítimas** - pessoas que, por uma razão ou outra, são influenciadas negativamente pelo serviço e/ou pelo processo avaliativo. Aqui, entendemos que os integrantes do grupo dos usuários se configuram como as principais vítimas em potencial frente a sua posição de desvantagem pela dependência da oferta e qualidade dos serviços oferecidos pelo programa NASF.

Como na abordagem qualitativa de pesquisa o critério de inclusão dos sujeitos não é numérico e considerando-se que devem ser identificados aqueles que podem oferecer maior amplitude e mais variações do fenômeno em estudo, pensou-se em critérios básicos para a seleção dos sujeitos entrevistados nesta investigação, uma vez que é fundamental ter um conjunto diversificado de informantes para possibilitar a apreensão das semelhanças e diferenças (MINAYO, 2006).

Assim, a seleção dos integrantes dos Grupos de Interesse identificados no estudo foi realizada adotando-se alguns critérios básicos de inclusão: a) Ter boas condições de comunicação (capacidade de compreensão das ideias apresentadas e de expressão de suas ideias – “Capacidade Argumentativa”); b) Enquanto Profissionais: fazer parte da equipe há pelo menos 1 (um) ano e estar em pleno exercício de suas funções durante a realização da pesquisa; c) Enquanto Usuários: ter recebido assistência de forma individual e/ou coletiva de algum profissional do NASF; d) Concordar em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Objetivando atingia a maior variedade de informantes que pudessem contribuir com nosso estudo, com base nas características requeridas pelo processo avaliativo proposto e nos critérios de inclusão anteriormente relatados, ao final dessa etapa chegamos a seguinte configuração dos diferentes Grupos de Interesse, os quais tiveram como sujeitos participantes dos círculos hermenêuticos-dialéticos:

GRUPO 01 – GESTÃO: Coordenadora da APS, Coordenadora do NASF e os Gerentes dos CSF da sede do município que se encontram vinculados às equipes de NASF, escolhidos de forma aleatória por sorteio;

GRUPO 02 – NASF: Profissionais integrantes do programa NASF no município de Sobral, pertencentes a diferentes áreas de atuação e equipes não coincidentes, também escolhidos de forma aleatória por sorteio;

GRUPOS 03 – ESF: Profissionais de enfermagem de nível superior, integrantes das equipes de ESF em territórios não coincidentes na sede do município, vinculadas às equipes de NASF, escolhidos de forma aleatória por sorteio. Optamos por trabalhar com a referida classe profissional por se tratar do profissional de referência dentro da ESF, tanto para sua equipe quanto para a equipe do NASF, bem como pela facilidade de acesso a tais profissionais.

GRUPO 04 – USUÁRIOS: usuários assistidos pelo programa NASF, residentes em territórios não coincidentes na sede do Município, escolhidos de forma aleatória por sorteio a partir dos prontuários e/ou registros das equipes (NASF/ESF). Preferencialmente, optamos por trabalhar com usuários que de alguma forma, representavam uma determinada parcela de indivíduos dentro do território, como por exemplo: representante de grupos assistidos pelo NASF, líderes comunitários, de associação de moradores e etc.

4.2.3.2.4 Elaboração das Construções Conjuntas

Essa etapa ocorreu nos meses de janeiro a março de 2015 e envolveu diretamente a aplicação dos círculos hermenêuticos-dialéticos, já descrito anteriormente (Figura 2), em cada grupo de interesse identificado na etapa anterior (GESTÃO, NASF, ESF e USUÁRIOS), totalizando 04 (quatro) círculos, os quais foram realizados ao mesmo tempo, com seus respectivos grupos de interesse.

A primeira entrevista de cada grupo seguiu o roteiro semiestruturado (APÊNDICES A e B), quando foi solicitado que o primeiro Respondente (R1) de cada grupo, comentasse de modo geral as questões que lhe foram apresentadas relativas à sua concepção de Integralidade na atenção à saúde, bem como à suas experiências implicadas com o programa NASF no contexto da APS, visando a atenção integral à saúde da população.

Já nas primeiras entrevistas, determinadas RPQ de especial importância e relevância surgiram nos relatos do R1 de cada grupo. Essas RPQ foram introduzidas nas demais entrevistas, em busca de informações mais detalhadas e específicas, objetivando ao final, uma construção melhor elaborada.

Cada entrevista foi seguida imediatamente pela análise dos dados, dando origem a uma Construção Inicial (C1), resultado do material coletado e analisado das entrevistas com o R1 de cada grupo. Essa construção C1, foi apresentada aos próximos respondentes de cada grupo (R2), os quais, além de discorrerem sobre as suas próprias RPQ referentes ao roteiro de entrevista, foram convidados a refletir sobre algumas RPQ presentes em C1, quando a análise desse material coletados a partir dos R2 de cada grupo de interesse deu origem a uma nova Construção (C2), a qual foi apresentada aos próximos respondentes dos grupos, o que de forma consecutiva a inclusão de novos respondentes nos círculos dos diferentes grupos, deu origem a uma nova Construção (C3), bem mais elaboradas, tendo como base todas as RPQ apresentadas e discutidas por todos os respondentes anteriores a sua elaboração.

O método de aplicação dos círculos permite que a eles sejam acrescentados novos respondentes até que se consiga alcançar profundidade e clareza nas informações e detalhes. Os autores Guba e Lincoln (2011) orientam que a introdução de novos respondentes, pode ser interrompida, frente à grande quantidade de RPQ que possam surgir dos grupos, caso o excesso de informações inviabilize a capacidade de análise, optando-se por encerrar a coleta de dados.

Em nosso estudo, a aplicação dos círculos hermenêuticos-dialéticos com os diferentes grupos de interesse ao mesmo tempo, permitiu a inclusão gradual de novos respondentes nos respectivos grupos à medida que foram surgindo RPQ que demandavam a necessidade de maior esclarecimento e/ou confirmação de determinadas RPQ.

A inclusão de novos respondentes nos grupos foi interrompida quando chegamos a um ponto de equilíbrio entre a saturação de informações relativas a algumas RPQ, as quais foram, satisfatoriamente, esclarecidas, e o excesso de outras RPQ apresentadas o que poderia vir a inviabilizar nossa capacidade de análise e discussão do material coletado.

Quando optamos por encerrar a presente etapa, os grupos dos profissionais (Gestão, NASF e ESF) apresentavam 06 (seis) sujeitos inseridos em seus respectivos círculos. Já o grupo dos Usuários, buscando-se abranger um maior número de informações, foi incluído em seu círculo 09 (nove) sujeitos. Sendo assim, tivemos um total de 27 indivíduos como sujeitos participantes de nosso estudo distribuídos nos diferentes grupos de interesse (Quadro 02).

Quadro 02: Distribuição dos participantes do estudo por Grupo e número de sujeitos incluídos nos respectivos círculos hermenêuticos-dialéticos.

GRUPOS	Sujeitos Entrevistados	nº
G1 - GESTÃO	Coordenadora da APS	1
	Coordenadora do NASF	1
	Gerentes dos CSF	4
	Total	6
G2 - NASF	Fisioterapeuta	1
	Psicólogo	1
	Nutricionista	1
	Educador Físico	1
	Assistente Social	1
	Terapeuta Ocupacional	1
	Total	6
G3 - ESF	Enfermeiras da ESF	6
	Total	6
G4 - USUÁRIOS	Usuários assistidos pelo NASF	9
	Total	9
Total de Sujeitos Participantes do Estudo		27

4.2.3.2.5 Ampliando as Construções Conjuntas

Durante a realização dos passos anteriores, os círculos hermenêuticos-dialéticos foram estabelecidos, o que promoveu a emergência de construções conjuntas de determinados grupos de interesse, desenvolvidas a partir das RPQ originais apresentadas individualmente pelos integrantes de cada círculo.

Os autores Guba e Lincoln (2011) afirmam, no entanto, que uma variedade de outras informações disponíveis pode ter impacto sobre essas construções, desde RPQ levantadas por outros grupos de interesse, publicações na literatura especializada, dados de observações, bem como as possíveis construções éticas do próprio avaliador.

Esses recursos são legítimos para aprimorar as construções existentes desde que tais informações sejam expressas ao lado das demais, permitindo que os diferentes grupos de interesse reflitam, reagindo sobre as mesmas com o mesmo poder de crítica presente sobre as RPQ que surgiram individualmente em seu próprio grupo. Qualquer informação compilada merece atenção, para, através da reflexão do grupo sobre a mesma, ser rejeitada ou acomodada em sua própria construção.

Em nosso estudo, optamos por ampliar as construções dos diferentes grupos de interesse, sempre que julgamos necessárias mais informações para o aprofundamento e/ou esclarecimento de alguma RPQ originária de determinado grupo, mas que possuía ligação direta com os demais grupos do estudo, o que poderia influenciar de forma significativa a construção final dos mesmos em relação ao objeto de estudo de nosso trabalho.

Dessa forma, as RPQ apresentadas por um grupo de interesse em um determinado círculo, mas que possuíam ligação direta com outro grupo e a priori não foram relatadas pelos mesmos, foram inseridas por nós para que o grupo pudesse apresentar suas considerações e com isso alcançar uma construção que representasse o mais próximo possível da opinião de todos os grupos de interesse sobre determinada RPQ.

Compreendendo que o conhecimento já produzido poderia propiciar questões úteis a serem consideradas, influenciando as construções existentes, também inserimos nos círculos dos diferentes grupos de interesse, um tema presente na literatura, por sua relevância quanto aos atuais modelos de atuação em saúde: “a atuação do programa NASF como articulador das Redes de Atenção à Saúde”, relatado por Araújo (2014) em seu trabalho sobre o protagonismo do programa quanto à temática em questão, mas também presente no último caderno do Ministério da Saúde referente ao programa NASF publicado em 2014, o qual aborda as ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do mesmo (BRASIL, 2014). Tivemos a preocupação de não tomar a literatura como uma verdade a ser generalizada, mas, sim, como mais um conhecimento a ser considerado de forma crítica.

Como se trata a princípio de uma proposta de avaliação formativa, o desenvolvimento (aplicação) dos círculos ocorreu de acordo com as disponibilidades e possibilidades dos grupos de interesse, observando-se o tempo previsto para o término da pesquisa. Mesmo que, na maior parte das vezes, não se conseguiu absorver todas as informações de modo crítico, a introdução de alguns conceitos deu aos diferentes grupos uma visão mais ampla da proposta do programa.

Quando todas essas informações foram apresentadas e trabalhadas nos círculos, acreditamos ter alcançado um mínimo satisfatório de interação hermenêutica. Durante essa etapa, as construções conjuntas de cada grupo foram agrupadas e reagrupadas em diferentes núcleos temáticos, os quais, posteriormente, deram origem às classes temáticas, as quais serão abordadas mais à frente em nosso tópico Resultados e Discussão.

4.2.4 Análise das Informações (Análise de Conteúdo)

Para a análise dos dados, Guba e Lincoln (2011) recomendam o Método Comparativo Constante, uma vez que a metodologia de avaliação utilizada neste estudo exige que a análise das informações ocorresse concomitantemente à coleta de dados pelas entrevistas, conforme previsto na aplicação dos círculos hermenêuticos-dialéticos descrito anteriormente, um processo direcionando o outro. Contudo, para a análise do material empírico coletado em nosso estudo, optamos pela Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010) e citada por Minayo (2006), uma vez que o pesquisador-avaliador apresenta maior familiaridade e segurança com o referido método, cuja proposta foi igualmente desenvolver o método hermenêutico-dialético.

Segundo Minayo (2006), esse tipo de análise é frequentemente utilizado para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa, buscando sua lógica na interpretação do material de caráter qualitativo. Esse método de análise foi escolhido por ser o mais adequado à investigação de materiais sobre saúde. A técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido (Núcleos Temáticos) que representam as Unidades de Significação (US), as quais definem o caráter do discurso e que em nosso estudo expressam as RPQ dos Grupos de Interesse. Para a aplicação da técnica são previstas três Etapas Básicas: a Pré-análise, a Exploração do Material e o Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação:

1º Etapa: Pré-Análise – inicia-se com uma leitura flutuante do material, um contato exaustivo que permite a impregnação do conteúdo, assim, à medida que as hipóteses emergem a leitura torna-se mais sugestiva. Segue com a fase de constituição do corpus, identificação das US, momento que surgem normas para a validação do conteúdo como a representatividade, homogeneidade e pertinência.

O que é tomado como uma US deve ter duas características. Em primeiro lugar, essa unidade deve ser heurística, isto é, deve apontar para algum entendimento ou ação necessários ao pesquisador. Se não for heurística não será útil, mesmo que intrinsecamente interessante. Segundo, deve ser a menor parte de informação sobre alguma coisa que se mantém por si mesma, isto é, deve ser passível de interpretação sem o acréscimo de outra informação, a não ser uma compreensão do contexto no qual a pesquisa está sendo realizada. Tal unidade pode ser uma simples sentença ou pode ser bem mais do que um parágrafo.

Nessa etapa, trabalhamos com as US que serviram como base para a definição das Categorias Temáticas a partir das RPQ dos Grupos de Interesse. Essas US foram encontradas no material empírico coletado a partir da leitura horizontal das transcrições das entrevistas. Sendo localizada uma US, teve-se o cuidado de registrar a informação de forma compreensível, acrescentando-se outras informações de contexto que possam torná-la mais clara. Durante essa fase, chegou-se a um número bastante elevado de RPQ. Foi possível observar nessa etapa, ser mais fácil rejeitar, posteriormente, o que parecia ser material irrelevante do que recapturar informações posteriormente percebidas relevantes, mas descartadas anteriormente.

Essas US serviram de base para a identificação das RPQ que, no decorrer dos círculos, foram apresentadas para os entrevistados seguintes quando não eram, de modo espontâneo, apontadas na entrevista, para que manifestassem a sua opinião sobre elas. A releitura de cada uma delas e interlocução com os entrevistados permitiu que cada uma fosse reconstruída e aprimorada no decorrer do processo. Também eram acrescentadas as novas RPQ que iam surgindo de modo que, ao final, tinha-se a totalidade das RPQ dos grupos de interesse que formavam os círculos.

2º Etapa: Exploração do Material – consiste basicamente na operação de Categorização, com base nos recortes do texto que representavam as US. São estabelecidas as regras de classificação e a forma de agregação das US.

Como medida de precaução para que o volume e a dispersão das informações não impossibilitassem a análise pelo excesso de dados, essa etapa partiu a princípio de Categorias Analíticas previamente estabelecidas com base nos objetivos do estudo: a Concepção de Integralidade no Contexto da APS, as Contribuições do Programa NASF quanto ao Princípio da Integralidade, os Aspectos Restritivos da Atuação do NASF quanto ao Princípio da Integralidade e as Expectativas dos Stakeholders para a Atuação do NASF quanto a Integralidade.

Consistiu no reagrupamento provisório de todas as RPQ aparentemente relacionadas com o mesmo conteúdo, de modo que um conjunto de RPQ com temas afins originaram determinadas Categorias Temáticas mais amplas. Por diversas vezes foi necessário o retorno ao dado bruto que originou a RPQ procurando um aprofundamento de seu significado.

Durante essa etapa, foram identificadas em relação a cada RPQ, as divergências e convergências, quando se procedeu a uma análise horizontal, comparando-se os dados de diferentes entrevistas. Nesse processo, esse reagrupamento foi refeito diversas vezes, de modo que cada Categoria Temática fosse delimitada conceitualmente de maneira mais clara.

3º Etapa: Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação – a partir dos resultados expressos e categorizados, o avaliador analista propõe inferências e realizar interpretações previstas no seu quadro teórico em torno das dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Ao final dessa Etapa, prosseguiu-se com a organização e discussão dos resultados em forma de texto, explorando-se as Categorias Temáticas, com a devida codificação das US: designação da sequência dos Respondente (R1, R2...) e de sua fonte geradora (Grupo de Interesse: GESTÃO, NASF, ESF ou USU), precedida com o trecho da entrevista que a originou. Posteriormente, procedemos ao confronto de tais resultados com a literatura especializada sobre a temática em estudo.

4.3 Considerações Éticas

O presente estudo foi submetido à avaliação da Comissão Científica pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde – NEPS e, posteriormente, a sua autorização, com emissão da Carta de Anuência, foi cadastrado na Plataforma Brasil, o qual foi avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA), com liberação do Parecer nº 842.476 em outubro de 2014.

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do trabalho (BRASIL, 2012b).

Respeitar a autonomia é reconhecer que todo indivíduo tem seu ponto de vista e cabe a ele deliberar e tomar decisões segundo seu próprio plano de vida e ação (WANSSA, 2011). O presente estudo procurou respeitar este referencial possibilitando aos sujeitos o direito de participarem ou não da pesquisa bem como fornecerem suas opiniões livremente. A cerca do princípio da não-maleficência, procuramos realizar o registro da coleta de dados de uma forma segura quanto ao anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Segundo Wanssa (2011) o princípio da beneficência possui dois fatores que lhes são norteadores: não causar danos aos sujeitos e maximizar o número de possíveis benefícios, sendo, portanto, minimizados os prejuízos. Esse princípio foi alcançado ao ser evidenciado a importância do mesmo e ao garantir que seus resultados serão disponibilizados a todos os sujeitos do estudo. Espera-se que esses resultados impliquem em reflexões que venham garantir melhores práticas no cotidiano do trabalho tanto pela melhoria das condições oferecidas, quanto pela aquisição de novas e melhores atitudes por parte dos profissionais. De acordo com Koerich, Machado e Costa (2005) a justiça é encontrada no equilíbrio entre a beneficência e a maleficência e isso foi alcançado por meio da busca por reduzir os riscos, atribuindo um alto grau de beneficência.

Os constituintes dos grupos de interesse foram informados dos objetivos e propósitos da pesquisa, e, após aceitarem participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Os registros escritos relativos às gravações das entrevistas serão protegidos por 05 anos, conforma determina a Lei de Direitos Autorais (BRASIL, 1998).

Respeitando essas condições, a ética da execução da construção desta dissertação foi assegurada e tem o compromisso do pesquisador em garantir que este estudo, que avaliou a atuação do programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF quanto ao Princípio da Integralidade no município de Sobral - CE, cumpriu rigorosamente os processos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) e no processo avaliativa proposto, assegurando a construção responsiva da avaliação e garantindo o anonimato das informações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em posse do material coletado nas entrevistas com os grupos de interesse e apropriando-se do referencial teórico-metodológico que sustenta o processo avaliativo do nosso objeto de estudo: a atuação do programa NASF quanto ao princípio da integralidade, para cada categoria analítica em estudo, as US identificadas com base nas RPQ manifestadas pelos grupos de interesse foram agrupadas por núcleos temáticos afim, os quais deram origem a 11 (onze) categorias temáticas como resultado do processo avaliativo proposto (Quadro 03).

As categorias temáticas podem representar o consenso entre os grupos de interesse quando as RPQ de tal categoria surgiram espontaneamente nas falas dos sujeitos de um determinado grupo ou quando uma determinada RPQ foi apresentada e prontamente ratificada pelos sujeitos de outro grupo que a princípio não a manifestou de forma espontânea, bem como, podem expor com maior clareza, as diferentes opiniões entre os grupos de interesse sobre uma RPQ que emergiu durante a aplicação dos círculos hermenêuticos-dialéticos.

5.1 Concepção de Integralidade no Contexto da APS

Sousa e Tófoli (2014) afirmam que definir integralidade é uma tarefa difícil e que realmente depende do contexto do qual os discursos emergiram, não sendo seu significado algo pré-estabelecido. Dessa forma, a integralidade geralmente aparece como possuindo um caráter polissêmico, sendo referida como um conceito abrangente quando diversos sentidos relacionados podem levar a diferentes compreensões de sujeito e de suas relações com o mundo, apontando para diferentes concepções de integralidade.

A partir das RPQ apresentadas pelos grupos de interesse sobre a referida categoria de análise, foi possível destacar duas principais concepções de integralidade reivindicadas pelos sujeitos como sendo de suma importância para atenção à saúde da população, as quais personificaram nossas duas primeiras categorias temáticas.

QUADRO 03 – Distribuição das RPQ, Categorias Analíticas, Categorias Temáticas e Subcategorias (Núcleos Temáticos).

RPQ	CATEGORIAS ANALÍTICAS	CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS (Núcleos Temáticos)		
R E I V I N D I C A Ç Õ E S	Concepção de Integralidade no Contexto da APS	Integralidade como um Modo de Ver o Indivíduo: a integralidade do “Ser Holístico”	Cuidar do Indivíduo como um Todo.		
		Integralidade como Princípio do SUS: a integralidade do serviço	Garantia de Atenção a todas as Necessidades do Indivíduo		
			Ações de Promoção, Prevenção, Assistência e Reabilitação		
			Trabalho em Equipe Interdisciplinar		
			Intersetorialidade e Articulação entre os Serviços		
	Contribuições do Programa NASF quanto ao Princípio da Integralidade	Ampliação de Recursos Humanos na APS	Atenção Longitudinal com a Continuidade do Cuidado		
		Apoio às Equipes de ESF: o exercício das Ferramentas de Suporte Interdisciplinar	Ampliação da Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar da ESF		
			Apoio Matricial como Suporte Técnico e Pedagógico		
		Do Consultório para a Rua: o trabalho integrado ao território	Projeto Terapêutico Singular (PTS) como prática do atendimento compartilhado		
			Capacidade para Articular as Redes de Atenção à Saúde	Clínica Ampliada como Exercício da Transdisciplinaridade	
P R E O C U P A Ç Õ E S	Aspectos Restritivos da Atuação do NASF quanto ao Princípio da Integralidade	A Fragilidade do Vínculo Profissional com o Território	Inserção dos Profissionais no Território com Ênfase nas Abordagens Coletivas		
			As Relações de Trabalho em Equipe Multidisciplinar	Diferentes Classes Profissionais para Diferentes Redes de Atenção à Saúde	
				Competências Profissionais para a Atuação no NASF e na APS	Elevada Demanda de Territórios para uma Equipe de NASF
		A Logística para a Atuação no Programa NASF	Quantidade e a Variedade de Rodas de Gestão		
			Alta Rotatividade dos Profissionais		
			Carga-horária de Atuação junto aos Territórios		
			Falta de Integração entre as Equipes NASF e ESF		
			Dificuldades para o Trabalho em Equipe entre os Profissionais do NASF		
		Q U E S T Õ E S	Expectativas dos Stakeholders para a Atuação do NASF quanto ao Princípio da Integralidade	NASF e ESF ou Apenas ESF Ampliada?	Falta de Conhecimento, Habilidades e Atitudes
					Falta de Perfil Profissional
Falta de Transporte para as Equipes do NASF					
			Falta de Espaço Físico para Abordagens Individuais e Coletivas		
			Falta de Material de Apoio para as Atividades		
			Adequação do Número de Equipes de ESF Apoiadas pelo NASF		
			Ampliação da ESF com a Inclusão dos Profissionais do NASF		
			Inclusão de Apenas Alguns Profissionais do NASF na ESF		

5.1.1 Integralidade como um Modo de Ver o Indivíduo: a integralidade do “Ser Holístico”.

Esta compreensão de integralidade faz referência à definição de integralidade como sendo a concepção do sujeito visto como um todo, de forma integral, dentro de uma totalidade, correlacionando-se com os sentidos biopsicossociais: corpo, mente e sociedade.

Integralidade como **cuidar do indivíduo como um todo**, na opinião dos stakeholders do estudo, refere-se à necessidade de considerar o sujeito para além de sua doença, reconhecendo o contexto em que está inserido, assim como as condições de saúde relacionadas a diversos aspectos como moradia, ambiente familiar, renda, alimentação, educação, dentre outros. Segundo Sousa e Tófoli (2014), este sentido refere-se a acolher humanamente, o que implica ouvir e fornecer respostas mais adequadas.

“(…) ver o outro de forma integral, inteira (...) ver o outro como uma pessoa que tem um emprego, que tem família ou não, que ele mora dentro de uma casa, que ele tem um ambiente, que ele tem tudo isso ou não, e que todas essas coisas que existem ou que possam não existir na vida delas, implicam diretamente na condição dela de saúde ou de ausência de doença, que é a história do ver integral”. (R1 - GESTÃO)

“(…) atender, contribuir pra saúde do indivíduo tentando verificar a questão dele e da totalidade dele né (...) não dividir esse indivíduo em parte né, mas que existe a questão social, econômica, questão cultural, que está envolvida no processo de saúde doença (...) não dividir esse indivíduo, não atente, a, é, por parte, verificar só algumas questões daquela doença ou daquela saúde e sim ver ele como o todo”. (R2 – NASF)

“(…) é ver o paciente de forma holística né, num é ver o paciente só com aquela queixa (...) é ver o paciente na integralidade (...) não ver ele só com aquele problema aqui ou só ver ele ali, ver que ele faz parte de uma sociedade, ele faz parte de um meio, de uma comunidade, não ele sozinho ali, só ali na porta individualmente”. (R1 – ESF)

“Com Certeza! (...) nós moramos em casa de projeto, casa de habitação, (...), mas o problema não é só a casa né, o problema ela, enfrenta muitos desafios, que é o desemprego, você não tem uma alimentação adequada (...) às vezes o problema não é só do médico, do profissional, nosso problema também vem da família, da estadia, a pessoa às vezes não tem condições de se alimentar bem, que isso influencia realmente no processo na saúde e na doença também”. (R6 – USU)

Tal concepção vai de encontro aos resultados apresentados por Silva et al (2014), os quais relatam que foi possível observar que a integralidade é vista como um ponto chave para a produção do cuidado em saúde, desde que sejam contempladas as necessidades reais dos indivíduos, em atividades cotidianas da APS, o que requer a mudança de concepções do modelo biomédico, ainda predominante, para um modelo que tenha como foco as várias dimensões dos indivíduos com destaque para os aspectos sociais, psicológicos além dos aspectos biológicos que contemplem suas as necessidades.

5.1.2 Integralidade como Princípio do SUS: a integralidade do serviço.

Tomando-a como um dos princípios doutrinários do SUS e pensando-se na integralidade do serviço, diferentes sentidos foram atribuídos e reivindicados como um conceito amplo de saúde, geralmente atrelados à **garantia de atenção a todas as necessidades do indivíduo**, como sendo um atendimento integral e de direito do indivíduo:

“Então a integralidade se constitui como um dos princípios do SUS, (...) e esse princípio da integralidade seria que você atenda o indivíduo de uma forma integral, compreendendo todas (...) as suas necessidades né, a gente poderia dizer também que a integralidade se constitui dentro da atenção primária como dentro do próprio serviço, ela constitui o serviço de uma forma integral”. (R5 – GESTÃO)

“O ser humano como um todo e conseqüentemente de direito de toda atenção em todos os serviços de saúde do SUS. Então assim, compreendo e vejo a integralidade muito casada com a APS né, quando ela faz parte de um contexto né, dos princípios né, que regem o SUS assim como a equidade e a universalidade”. (R1 – NASF)

“É assim, eu compreendo que é a pessoa ao ser atendida na atenção básica ela tenha uma atenção diferenciada, assim, que seja vista todas as suas necessidades, para que a gente possa entender e poder ajudar na necessidade que ela tá procurando na unidade de saúde naquele momento (...) a pessoa tem que ter um acesso dependendo da sua necessidade né, (...) o caso do diagnóstico, o tratamento, a cura, enfim, o que tiver que ser feito, tem que ser feito, tudo né”. (R2 – ESF)

“Concordo, é para todo mundo ter, eu acho que em termo de saúde deveria ser tudo pelo SUS, porque tem gente que não tem condição de pagar uma consulta, isso seria Integralidade, você ter direito a todos os serviços, você ter direito a todos e com agilidade”. (R7 – USU)

A partir dessa concepção de integralidade, ligada a noção de atenção a todas as necessidades dos indivíduos, os Stakeholders também destacaram a visão tradicional das ações prioritárias da APS: as **ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação**:

“(...) abordando também ações de promoção, prevenção, reabilitação né, o tratamento, e dentro da atenção primária para além de eu atender o paciente e ofertar pra ele todas essas ações que constituem a integralidade, que eu já citei promoção da saúde, prevenção de doenças, de reabilitação e cura né”. (R5 – GESTÃO)

“Quando você fala de integralidade para atenção primária, ai eu compreendo né, esta visão, que ela casa mesmo com a proposta primordial da APS a partir da sua concepção, que são ações coletivas, ações de prevenção, de promoção à saúde, como um todo né, saindo um pouco deste foco curativista né, só reabilitador né, com atendimento mais individualizado”. (R1 – NASF)

“É, também concordo, para não superlotar os outros serviços, atenção secundária, terciária, que com o NASF ne, temos vários profissionais pra cada um possa atuar de uma forma com que eles tenham vamos supor, a cura né, completa aqui mesmo sem ele sair do bairro de morada”. (R4 – ESF)

“É, concordo, isso é um serviço que a gente já sabe que é um programa que quando ele foi surgido ele traz todo esse trabalho”. (R6 – USU)

Para Macedo e Martin (2014), a integralidade, no cotidiano dos serviços de saúde, constitui a capacidade dos profissionais em responder às demandas (sofrimento/adoecimento) expressas pelos usuários, bem como, identificar e ofertar, para cada situação singular, ações e ou procedimentos preventivos de forma prioritária, o que exige, na organização e operacionalização das práticas em saúde, uma revisão e reestruturação contínua do processo de trabalho, com vistas às diferentes necessidades dos indivíduos.

Em seu estudo, Sousa e Tófoli (2014) relatam que a partir da ideia de integralidade como conceito ampliado de saúde e compreendendo o processo saúde e doença como sendo multideterminado, surge a perspectiva de que promover saúde de forma integral envolve outros saberes para além da saúde e que não basta reconhecer a importância de sua existência, mas exigem a necessidade de troca e articulação entre os atores que sabidamente possuem esses conhecimentos, objetivando uma maior resolutividade na atenção à saúde.

Nesse contexto, também encontramos tal percepção nas reivindicações compartilhadas pelos grupos de interesse, as quais reivindicam a importância do **trabalho em equipe interdisciplinar** como atenção integral, bem como a **intersectorialidade e articulação entre os serviços**, fazendo referência às Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a “ter um suporte a quem recorrer”:

“Pra mim, o princípio da integralidade né, ele vai ao encontro do paciente como um todo (...) com o olhar dos outros profissionais, dependendo também do paciente, das necessidades, da equidade do paciente, como por exemplo, o fisioterapeuta, o psicólogo, o educador físico, o nutricionista, isso é o cuidado, a meu ver, é integralidade né, tudo. (...) As Redes de Atenção à Saúde, exatamente, eu ter esse profissional ou eu ter esse serviço a quem o referenciar, a quem eu buscar esse suporte, pronto, eu acho que é mais esse serviço né”. (R3 – GESTÃO)

“Isso, a gente trabalha muito nessa questão do compartilhamento de casos, (...) muitas das vezes, o profissional X em que o paciente veio, foi a procura, é, somente ele, ele não vai dar conta do problema do paciente ou ele acha que aquele paciente não, não é somente aquilo, ele tem outras instancias em que ele deve ser olhado”. (R6 – NASF)

“(...) ter um suporte de tá, eu tenho um paciente com problema e poder encaminhar ele digamos, o paciente tá com sobrepeso e aí eu tenho o nutricionista para encaminhar ou ele tem uma questão é, ele pode ter um suporte dum, de um benefício do governo, eu encaminho ele para a assistente social, isso é ver ele integralmente”. (R1 – ESF)

“Também né, justamente, integral, todos os serviços em prol do paciente né, um PSF, um Centro de Reabilitação, uma Clínica, uma, As Redes de Atenção, justamente”. (R4 – ESF)

“Eu acho que seria, concordo também, por exemplo, até hoje, por exemplo, se ele não pode, ele já passa para outra pessoa que já pode ajudar, ou pede ajuda a aquela outra pessoa”. (R7 – USU)

Esse entendimento de integralidade como acesso a todos os níveis de atenção, nos remete à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90), alterada posteriormente pelo Decreto nº 7.508, a partir da qual podemos refletir que, para alcançar a integralidade das ações de saúde, é de extrema importância não idealizar os usuários somente como depositários de doenças ou como objeto das ações e programas de saúde nas unidades (BRASIL, 2011c).

Nesse contexto, os grupos de interesse reivindicam a necessidade de, pensando-se em atenção integral, não apenas encaminhar os pacientes para outro profissional ou serviço, mas que também parte de uma integralidade do cuidado, eu ter uma **atenção longitudinal com a continuidade do cuidado**:

“Não seria só encaminhar, mas seria você compartilhar o caso, a continuidade, que apesar de eu encaminhar pra outro serviço, mas que ele continua sendo, ele continua sendo da APS, sempre será né”. (R5 – GESTÃO)

“(…) ele passa pro encaminhamento para outras, outro nível de atenção onde ele vai precisar de um nível de atenção especializada, digamos assim, ele vai, mas ele continua fazendo parte da minha comunidade, entendeu? Então tem esta questão, ele mora aqui, ele está tendo o serviço lá, mas eu ainda posso continuar nessa longitudinalidade do atendimento”. (R4 – NASF)

“Você ter um feedback né, você saber o que foi resolvido lá, o que resolveu, ou se ele foi pra uma outra instância. Concordo, isso é integralidade (...) você ter seguimento, num é só eu tirar o paciente daqui da atenção primária mandar ele pra secundária e eu num saber mais o que é que deu, isso foge completamente ao que é princípio da integralidade na minha opinião”. (R6 – ESF)

“É, concordo, isso é muito importante, ter esse acompanhamento da gente”. (R5 – USU)

Dessa forma, percebemos que para compreender a atenção à saúde dos indivíduos de forma a contemplar a totalidade de suas necessidades e potencialidades, exige das equipes de saúde para sua efetivação, a horizontalização das ações e programas fornecidos bem como a articulação das demandas espontâneas da população, àquelas programadas pelas unidades. Com base nessa perspectiva, a APS constitui um local (contexto) privilegiado para a efetivação da integralidade, tendo em vista suas ações fundamentadas na proximidade e conhecimento do território adscrito, assim como no acolhimento e no acompanhamento longitudinal aos usuários (MACEDO E MARTIN, 2014).

5.2 Contribuições do Programa NASF quanto ao Princípio da Integralidade

Considerada o eixo estruturante do SUS, pautada na concepção de integralidade, a APS está entre as agendas prioritárias do MS, tendo como um dos pontos principais de discussão, a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade em seu âmbito de atenção à saúde. Como resultado dessa priorização, uma ampla política vem sendo elaborada e desenvolvida com o objetivo de enfrentar os principais nós críticos que têm condicionado a expansão e o desenvolvimento da APS no País (BRASIL, 2014).

Diante das modificações e consequentes aprimoramentos dos padrões normativos e legais referentes ao programa NASF, pode-se observar o movimento que o MS vem fazendo na consolidação e expansão dessa proposta no Brasil, pois acredita ser um dispositivo que pode fortalecer as práticas de saúde. Desde 2008, muitos municípios contam com o programa NASF em suas redes de serviços, objetivando principalmente a ampliação da abrangência e da resolutividade, bem como das ações de saúde no âmbito da APS (NASCIMENTO, 2014).

Dessa forma, buscou-se identificar qual a opinião dos Grupos de Interesse quanto as possíveis contribuições do programa NASF para com o princípio da Integralidade na APS no município de Sobral (CE). Após a coleta e análise dos dados, com base nas RPQ expressas pelos grupos de interesse envolvidos em nosso estudo, foi possível identificarmos mais quatro categorias temáticas:

5.2.1 Ampliação de Recursos Humanos na APS

Uma das principais contrições relatadas pelos sujeitos do estudo, partindo dos grupos dos profissionais, mas também reivindicada pelos usuários como sendo importante para sua assistência foi a **ampliação da equipe multiprofissional e interdisciplinar da ESF:**

“(...) na atenção básica a gente não tem os profissionais de fisioterapia, psicologia, nutrição, serviço social, educador físico, então eles vêm pra cumprir esse princípio, onde e se o paciente precisar, de todos esses serviços, eles com certeza, ele vai tá sendo visto, esse paciente, integralmente, em todos os aspectos né, com a equipe multiprofissional”. (R2 – GESTÃO)

“(...) eu entendo que o princípio da integralidade na atenção primária acontece dessa forma (...) devido às várias categorias que a gente tem hoje no caminho da saúde (...) nós somos uma equipe de várias categorias e isso contribui muito pra um atendimento integral do usuário né, seja num grupo, seja num atendimento individual, seja numa visita, seja em qual for o serviço que a gente esteja prestando na unidade”. (R5 – NASF)

“O NASF é composto de profissionais que nós não temos na equipe básica né, então assim esses profissionais eu acho de grande importância a contribuição deles, porque eles completam o que a gente não tem na UBS né, (...) a equipe básica de saúde não consta de psicólogos, de fisioterapeutas, essas coisas, com o NASF ele dá um suporte nessa parte dessas especialidades”. (R2 – ESF)

“Com Certeza, isso é muito importante, porque você ver que tem uma área que ele, um programa que tem um profissional de toda né, que cobre toda essa área e toda a assistência, (...) então com certeza é muito importante”. (R6 – USU)

A referida “ampliação” da equipe da ESF, reivindicada como importante pelos grupos de interesse refere-se a uma das principais características presentes na portaria que criou o programa, a qual relata que o NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento devem atuar em conjunto com os profissionais da ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade, no contexto da APS (BRASIL, 2009a).

A aprovação da nova PNAB (Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011), possibilitou a inclusão de novas categorias profissionais na equipe do NASF, que podem chegar a um número máximo de 19 ocupações não coincidentes, com base no Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Médico Geriatra, Intensivista, Médico do Trabalho, Veterinário, profissional com formação em Arte e Educação e Sanitarista (BRASIL, 2012^a).

A definição dos profissionais que devem compor cada equipe de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações, porém, vale ressaltar que, o conjunto de diretrizes que determinam a operacionalização do programa NASF, orienta que o mesmo não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de saúde da família. (BRASIL, 2009a).

Nesse contexto, também foi possível identificar a partir dos discursos dos sujeitos envolvidos no processo avaliativo, reivindicações para além de puramente ampliação numérica e de variedade de categorias profissionais, quando foram relatadas contribuições por meio do apoio às equipes de saúde da família com a ampliação do leque de ferramentas interdisciplinares a sua disposição, o que nos leva para nossa próxima categoria temática.

5.2.2 Apoio às Equipes de ESF: o exercício das Ferramentas de Suporte Interdisciplinar

Previsto como uma das necessidades que justificou a criação e ampliação do Programa NASF, o trabalho de apoio integrado às equipes de ESF, está expresso nas reivindicações dos sujeitos como contribuição positiva do programa para a integralidade na APS:

“(...) o NASF pra mim né, assim, eu acho que aqui também eles atuam no papel deles, são apoiadores, da equipe de saúde da família, eles auxiliam muito a gente”. (R3 – GESTÃO)

“É o que eu falei, através do trabalho em equipe, o trabalho integrado (...) eu não ficar só na sala atendendo os pacientes, eu tá trazendo aquele caso pra os outros profissionais, pra tá ajudando, naquele plano terapêutico daquele paciente. Eu não ficar dentro da minha sala e a enfermeira na sala dela, eu tá trocando, é estes saberes, estes olhares sobre este paciente, através do trabalho de equipe”. (R3 – NASF)

“Hoje eu entendo como um apoio né, o NASF hoje é um apoio pra nós que fazemos a atenção básica. Hoje uma das coisas que nos fortalece muito é o NASF está presente dentro da unidade conosco, nos trazendo o que a comunidade, o que foi da demanda deles né”. (R3 - ESF)

“Com certeza, as meninas do NASF elas ajudam aqui as meninas do PSF, elas ajudam muito, elas se ajudam tudinho”. (R2 – USU)

Conforme relatado anteriormente, o que foi enfatizado e aprimorado pela nova PNAB, os profissionais do NASF devem atuar de maneira integrada e apoiando as equipes de ESF, assim como as equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com os profissionais de referência apoiados, buscando auxiliá-los no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, no contexto da APS, que ampliem o seu leque de ofertas de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012a).

Com base nas Diretrizes do programa, a qual considera como a principal metodologia operacional do NASF, tal perspectiva deve materializar-se principalmente por meio do **apoio matricial como suporte técnico e pedagógico**, sendo reconhecido pelo grupo da Gestão bem como pelos profissionais do NASF, como um ponto positivo:

“O NASF ele participa do nosso Matriciamento e também, eu vou a até mais além, nos grupos eles usam tecnologias leves interessantes sabe, é assim, oficinais (...) assim é um grupo (...) eles realmente conseguem atingir, assim, desenvolver todo Matriciamento dos pacientes, tanto, saúde mental, como da (...) até na pediatria também, eles estão participando e no grupo também, em relação ao uso de tecnologias né, leves altamente assim inovadoras, educação popular e tudo é muito bom, concordo”. (R3 – GESTÃO)

“Cada área vai ter as suas características o que lhe é peculiar né, então isso aí já ajuda nós, a gente vai tá ajudando em grupos, na execução de gestão de rodas, de apoio institucional, tudo isso, dentro do funcionamento do CSF né, apoio institucional, rodas de cogestão, educação permanente, apoio matricial, elaboração de PTS, PST e aí são essas as ferramentas que o NASF vai se utilizando”. (R4 – NASF)

O trabalho desenvolvido pelas equipes de NASF deve ser orientado pelo referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial. No contexto da APS, isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração das equipes de ESF (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações e ou problemas comuns de um dado território (as chamadas Equipes de Referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais integrantes da ESF (as chamadas Equipe de Apoio Matricial) (BRASIL, 2014).

Os conceitos de Apoio Matricial e Equipe de Referência foram idealizados e propostos por Campos (1999), dentro de uma linha de pesquisa que tinha o intuito de reformular as organizações e o trabalho em saúde. Tais propostas foram traduzidas como uma metodologia de gestão do cuidado por meio de dispositivos e novos arranjos organizacionais os quais foram adotados em diversos serviços anteriormente a sua incorporação no contexto da APS, justificando teoricamente sua construção e utilização.

O apoio matricial deve se dar a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de ESF diante das demandas e das necessidades de saúde, buscando, ao mesmo tempo, contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, ampliando o escopo de ofertas de abrangência de ações das UBSs (CUNHA E CAMPOS, 2011).

Em suma, no contexto da APS, podemos dizer que temos as equipes de referência, as equipes de ESF, integradas às equipes de apoio matricial, as equipes de NASF, onde os objetivos do apoio matricial do NASF materializam-se por meio do

compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de ESF e dos diferentes profissionais do NASF (MOURA E LUZIO, 2014).

Nesse contexto, uma metodologia de trabalho já implementada no âmbito da APS de Sobral, como espaço privilegiado de discussão de casos, planejamento e cogestão dos processos de trabalho entre as equipes de referência (ESF) e as equipes de apoio (NASF), o Método da Roda foi apontado pela Gestão e pelos profissionais do NASF como importante espaço para o exercício do apoio matricial:

“O NASF aqui na nossa unidade ele é responsável por uma roda e também eles participam do planejamento da unidade né (...) eles têm o papel deles naquele momento e eles falam e a gente discute muito sabe (...) pra mim isso é a integralidade, é pensar como um todo o paciente né (...). Eles interagem com tudo aqui na nossa equipe, participam de rodas, do planejamento da unidade, tudo, todas as discussões eles tão presentes né, porque a gente marca as reuniões, eles cuidam, são cuidadores de uma roda, que dizer, eles realmente estão muito presentes aqui”. (R3 – GESTÃO)

“(...) além desses atendimentos, atendimento de grupos, atendimento individual, visitas domiciliares, eles também ajudam a gente nos processos né, nos processos da saúde da família, na questão do planejamento das ações né, na implementação das ações né (...) apoiando a roda, tanto a nossa roda, que hoje estava sendo apoiado pelo NASF né, participam sim, dos processos de planejamento”. (R4 – GESTÃO)

“A gente tem um ponto muito positivo que são as nossas rodas. Nós temos rodas de equipe, a gente tem roda de categoria né, e roda com o Centro de Saúde, então nesse momento existe o contato dos profissionais né, então assim existe, planejamento né, as ações são planejadas porque a gente tem este espaço de escuta, isso eu acho um ponto positivo”. (R2 – NASF)

Implantada em 2001 no Sistema Municipal de Saúde, a roda do CSF é o encontro entre os profissionais que compõem a ESF, os profissionais do NASF (a partir de 2008), gestores da unidade, residentes, docentes e, quando necessário, usuários. Esse encontro acontece semanalmente às quintas-feiras, com a finalidade de socialização das informações do sistema de saúde, discussão do processo de trabalho e organização do serviço (SILVA E SOUSA, 2010).

Campos (2000) refere-se ao Método da Roda como uma tecnologia para o desenvolvimento da cogestão de coletivos, a qual apresenta as seguintes características: a) Administrativa, pois constitui um espaço democrático para a

discussão das rotinas do grupo, bem como para a definição e redefinição coletivas das ações; b) Pedagógica, uma vez que objetiva o estudo e a aprendizagem significativa em serviço, o que nos remete à Educação Permanente; c) Terapêutica, já que permite tanto o desenvolvimento das relações interpessoais das equipe como também o crescimento individual de cada um; e d) Política, visto que a argumentação, substitui as hierarquias, garantindo uma comunicação reflexiva e solidária.

No contexto da APS de Sobral (CE), a dinâmica desta roda varia entre os CSF, haja vista que cada unidade tem sua forma de condução, devido seus arranjos profissionais, implicação dos envolvidos com o sentido e significado do método da roda, bem como seu comprometimento ético-político para com as ações de saúde no âmbito do SUS e a complexidade dos processos de saúde-doença e cuidado no território (SILVA E SOUSA, 2010).

Dessa forma, na abordagem do apoio matricial, um dos pontos com maior relevância é a possibilidade do apoio pedagógico como educação permanente às equipes envolvidas no processo, temática também apontada pela Gestão e pelo NASF como contribuição positiva para a integralidade na APS:

“Com certeza. Até porque assim, a educação permanente né, ela tem que ser feita no território né, tendo como objetivo a questão da mudança da realidade né, melhoria da qualidade de serviço, então tem que ser feita dentro do próprio território né, e se utilizando principalmente dos profissionais que a gente já tem, disponibiliza né, onde a gente consulta todo mundo, vê quais são os problemas, aponta quais são os problemas e a gente tenta resolver dentro do nosso âmbito né, contando com a equipe mínima, com o que a gente tem, com o NASF, com o apoio do NASF”. (R4 – GESTÃO)

“Este ano nos profissionais é que somos responsáveis pela educação permanente, então assim o que foi que aconteceu, foram colocados temas em que nós mesmos trabalhávamos, ou com ajuda de algum profissional, que pudesse ajudar, caso a gente não soubesse daquele tema né, se aprofundar”. (R2 – NASF)

“(...) às vezes o que eu faço muito nessa questão da educação permanente, pra mim até desafogar um pouco da minha agenda é eu fazer a educação permanente com os agentes de saúde, que podem ir repassando de porta em porta, repassando informações básicas, para desafogar (...) tem alguns territórios que você já consegue fazer a roda pedagógica (...) a roda que vai ter a educação permanente, isso flui muito bem, eles aceitam perfeitamente, é muito bom”. (R6 – NASF)

Em seu trabalho sobre as faces da “função apoio” no NASF, refletindo para além das diretrizes do programa, Moura e Luzio (2014) afirmam que o NASF se constitui em retaguarda especializada para as equipes de ESF atuando no contexto da APS, onde os profissionais integrantes do NASF atuam de forma compartilhada e colaborativa em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial, produzindo ou incidindo sobre as ações clínicas diretamente com os usuários; e técnico-pedagógica, produzindo ações de apoio educativo com e para as equipes da ESF, favorecendo a prática da educação permanente.

Essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que cada momento, situação ou equipe requer. Isso significa poder atuar tomando como objeto os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente. Dessa forma, as ações desenvolvidas pelo NASF têm, via de regra, dois principais públicos-alvo: diretamente os usuários do SUS, pela abordagem clínica-assistencial e as equipes de referência apoiadas por meio do apoio técnico-pedagógico (NASCIMENTO, 2014).

Já na visão dos sujeitos representantes da ESF, o apoio matricial, as atividades de matriciamento com a participação do NASF nos momentos das rodas, contribuindo com a educação permanente dos profissionais no contexto da APS em Sobral (CE), é até considerada uma proposta positiva e que contribui com a atenção integral, porém, na opinião dos mesmos, não vem ocorrendo como deveria ser, possivelmente por falta de tempo por parte dos profissionais do NASF (o que abordaremos mais adiante em nosso trabalho), ou por uma falsa interpretação de sua abordagem metodológica:

“Não, isso eu não consigo visualizar ainda, pode ser que por falta de tempo, por falta de possibilidade na minha unidade, na minha vivência ainda eu não consegui visualizar (...) é falho esse ponto, eu acho”. (R3 – ESF)

“Tem, era pra ser. Logo quando eu cheguei aqui (...) a gente tinha um matriciamento da saúde mental, só que não deu continuidade (...) acabou quebrando e foi desfeito esse grupo, que tinha todos os meses, todos os meses, vinha e era feito o matriciamento”. (R5 – ESF)

“(…) tem as rodas, e assim nem sempre eles estão nas rodas, até porque como eu acabei de lhe dizer, tem outros territórios, tem um que às vezes participa de uma roda por mês (...) às vezes acontece de não vir nenhuma, é assim (...) tem um espaço da escuta né, tem (...), mas em relação a discussão de caso de paciente ainda a gente não costuma fazer isso nas rodas não, é individual mesmo”. (R5 – ESF)

“Seria, na minha opinião, era pra contribuir, só que a gente sente uma falha muito grande nessa questão do matriciamento (...) na nossa realidade o que a gente vê de matriciamento não condiz com aquilo que a gente aprendeu o que seria matriciamento”. (R6 – ESF)

“(...) o matriciamento seria o momento do médico, da outra equipe, tá toda integrada, junto sabe, tá discutindo um determinado caso pra toda a equipe, e o que a gente vê muito acontecendo é um profissional específico no caso o psiquiatra fazendo uma consulta onde não existe aquela discussão do caso com toda a equipe que às vezes eu tenho uma dúvida que você não tem e que no momento da discussão todo mundo tira uma dúvida só, e isso não acontece, não vejo. A proposta é boa, ela só não está sendo realizada da maneira que deveria ser, mas a proposta é muito boa, como um ponto positivo, com certeza”. (R6 – ESF)

Essa dicotomia em relação à opinião dos profissionais entrevistados pode ter relação com o nível de conhecimento bem como de comprometimento das equipes com a proposta das rodas e com a perspectiva do apoio matricial. A capacidade de perceber ou não a possibilidade de incorporar novos saberes por meio de outros profissionais e que essa incorporação não é unilateral, ou seja, exclusivamente do NASF em direção às equipes de ESF, parecer ser o ponto chave que diferenciou as reivindicações entre os profissionais implicados com a proposta do apoio matricial no contexto de nosso cenário de estudo (OLIVEIRA, 2013).

O apoio matricial implica uma lógica multidirecional, de duplo ganho aos participantes do processo, construindo uma relação de ensinar e aprender. Consiste em um conjunto de atividade e ações de saúde no qual o fator mais importante não é necessariamente o tipo de atividade desenvolvida, mas a lógica nela incorporada, como por exemplo: é possível que um profissional do NASF atenda individualmente diversos usuários e isso se desdobre em discussões de casos que podem ser relevante para vários outros profissionais no território, quando os casos levados à discussão constituem oportunidades de aperfeiçoamento dos processos educativos entre profissionais, com transmissão e troca de conhecimentos (BEZERRA, 2013).

Oliveira (2013) afirma que é importante considerar os diferentes saberes como legítimos, cultivando uma relação respeitosa entre os profissionais. Para tanto, é preciso elaborar estratégias conjuntas de organização das necessidades e demandas de saúde presentes no território, especialmente para os profissionais do NASF que possuem mais de uma equipe de ESF vinculada. Tais estratégias necessárias devem focar questões, como: quais casos ou situações realmente

precisam de uma retaguarda especializada no âmbito da própria atenção básica; como deverão ser organizadas as agendas; quais serão as atividades desenvolvidas; o que de fato é necessidade e demanda para o NASF e o que não é, dentre outros temas.

A proposta de trabalho do NASF deve ser direcionada à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado por meio do atendimento compartilhado e interdisciplinar, da troca de saberes e da pactuação de projetos terapêuticos que incluam os usuários dos serviços e a comunidade como participantes dessa construção (HORI E NASCIMENTO, 2014).

Dentro desse contexto, outra ferramenta interdisciplinar reivindicada como positiva na atuação do programa NASF pelos diferentes grupos de profissionais interessados (Gestão, NASF e ESF) e que chama a atenção por ser bem discutida na literatura, foi o **Projeto Terapêutico Singular (PTS) como prática do atendimento compartilhado**, uma abordagem coletiva e interdisciplinar de todos os envolvidos com uma determinada situação e/ou caso complexo, justificando assim, a necessidade do envolvimento de diferentes áreas de conhecimento como, por exemplo, as que integram a equipe do NASF:

“É, o NASF (...) está como um apoiador, de fazer consultas compartilhadas, discussão de casos, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o apoio a equipe né (...) quando eu elaboro um PTS eu deixo de seguir só a minha categoria para incorporar todas as demais categorias dentro de um plano de cuidado né. (R5 – GESTÃO)

“(...) tem o PTS, que eu acho que é um atendimento né, que faz muito (...) faz parte demais desse processo de integralização, porque a gente senta para debater um caso de uma família de uma pessoa, um caso complexo, então isso é um atendimento integral de usuário pra mim, na minha opinião né (...) Eu acho que as ferramentas no NASF são muito positivas e são essenciais pra esse atendimento integral do usuário”. (R5 – NASF)

“Às vezes a gente tem um paciente que é muito complicado, o tratamento dele a gente faz um (...) faz um PTS né, a gente junta toda aquela equipe e traça um projeto terapêutico singular pra ele, onde vai ter todo o apoio da equipe básica, do pessoal do NASF, da residência, então a gente utiliza muito dessas ferramentas né”. (R4 – ESF)

O PTS é um instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre as equipes de saúde e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. Diversos estudos o descrevem como um instrumento potente de cuidado aos usuários de serviços especializados de saúde mental, mas ele também é proposto como ferramenta de organização e sustentação das

atividades do NASF, baseadas principalmente nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. (BOCCARDO et al, 2011; BRASIL, 2014; HORI E NASCIMENTO, 2014; PINTO et al, 2011).

No PTS, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas, o que leva ao aumento da efetividade das abordagens, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização. Dessa forma, constitui-se em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, como resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, que pode ser apoiada pela equipe do NASF (BRASIL, 2014).

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações, com a horizontalização dos poderes e conhecimentos (HORI E NASCIMENTO, 2014).

Também foi possível percebermos nos discursos dos profissionais, que a o trabalho interdisciplinar por meio das abordagens compartilhadas entre as equipes multiprofissionais do NASF e da ESF, possuem relação direta com outra ferramenta importante para o cuidado integral, a **clínica ampliada como exercício da transdisciplinaridade**, com foco nas relações de troca de conhecimento entre os profissionais de diferentes áreas de atuação:

“(...) o fisioterapeuta da gente ele participa da atividade física, dos nossos grupos, mas não que ele seja o detentor daquele saber da atividade física, mas ele orienta juntamente com o educador físico as atividades né, assim, quer dizer, isso aí passa, né, do campo profissional dele, né e não é só ele, também as meninas também que trabalhar, por exemplo, a psicóloga, eles trabalham também na parte da atividade física, às vezes orientam alimentação, uma dieta, mas não necessariamente ela é nutricionista né, pra orientar o paciente, acontece sim com a gente”. (R3 – GESTÃO)

“(...) eu digo é muito, que eu não sabia que eu como profissional de educação física fosse capaz de realizar outras coisas que não fossem da minha área, que não vi na faculdade né, a TO que trabalha comigo ela diz que eu sou TO encubada, mas não, é porque a gente vai que acaba que pegando um pouco de cada um né (...) eu faço coisas que nunca na minha vida eu achei que eu fosse fazer e eu faço com muito prazer e assim, isso só me engrandece”. (R5 – NASF)

“(...) a gente aprende muito com o pessoal do NASF com (...) são vários olhares diferentes, são várias cabeças diferentes, a gente absorve deles e às vezes eles absorvem da gente e isso dá uma ajuda muito grande pra gente, assim faz com que a gente tenha uma atenção maior com o nosso paciente, porque a gente aprende com eles e isso tem contribuído na forma da integralidade de uma forma geral né”. (R6 – ESF)

Tal característica ampliada das ações de saúde por meio de abordagens “transdisciplinares” de certa forma foi confirmada pelo grupo dos Usuários quando a informação lhes foi apresentada:

“Acontece isso muito aqui, as meninas não trabalham só em cima da fisioterapia elas trabalham sobre a mente da gente (...) inclusive elas mesmo aí, que elas traz além do que já é da profissão delas, elas já trazem outras coisas diferentes e a gente vai aprendendo mais, vai sempre se dedicando a fazer as coisas que elas sempre pedem”. (R2 – USU)

“Visualizei, ela são, nesse termo, elas ajudam, dão apoio, aconselham, são “uma em um milhão”, pelo menos isso, da que eu já fui pra elas são bastante, tiveram essa orientação mais ampliada, tiveram”. (R7 – USU)

Trabalhar na perspectiva da Clínica Ampliada quer dizer, voltar o “olhar” para além das dimensões biológicas e/ou orgânicas dos riscos ou doenças, somando-se a necessidade de encarar os riscos subjetivos e sociais, procurando lidar com a singularidade dos sujeitos, sem abstrair-se da ontologia das doenças e de suas possibilidades de diagnóstico e intervenção. Significa, sobretudo, utilizar-se de conhecimentos e ações de saúde contextualizadas para oferecer respostas singulares às demandas de saúde, com nítido apelo à intersubjetividade das relações entre profissionais e usuários (BRASIL, 2009b).

Tal abordagem colocar em discussão justamente a fragmentação dos processos de trabalho, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa trabalhar estes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional, sem desvalorizar nenhuma área disciplinar específica, mas pelo contrário, buscando integrar as várias disciplinas e abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, o que é necessariamente uma abordagem transdisciplinar (OLIVEIRA, 2013).

Assim, parte de sua prática a corresponsabilização dos casos e a realização do PTS, sendo este, “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultando da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar”, como abordado anteriormente. Em suma, o

programa NASF, em suas diretrizes, prever a pactuação de apoio e o arranjo organizacional do apoio matricial e da equipe de referência como condições para a promoção da clínica ampliada, que por sua vez, estimula e proporciona a prática do PTS (HORI E NASCIMENTO, 2014; BRASIL, 2014).

Nessa lógica, a proposta central do programa NASF é investir na concepção ampliada de saúde ao utilizar tais metodologias em seu contexto de trabalho, procurando rever a lógica do encaminhamento com base na referência e contrarreferência, objetivando um acompanhamento longitudinal, que se dê na oferta do suporte técnico-pedagógico, isto é, na perspectiva do apoio matricial, com e para as equipes de ESF e conseqüentemente aos indivíduos (BRASIL, 2014).

Dessa forma, a transdisciplinaridade ganha ênfase na atuação do NASF, visto que a sua principal proposta é apoiar a equipe da ESF por intermédio de ações conjuntas e integradas que envolvem diálogo, criatividade e flexibilidade nas formas de pensar e agir nos serviços de saúde, sem desconsiderar ou negar as especificidades de cada área profissional. Vale ressaltar que à medida que se eleva o grau de colaboração profissional, diminui-se a autonomia individual, mas por outro lado, esse aumento de colaboração profissional amplia a troca na tomada de decisões, podendo influenciar de forma positiva na resolubilidade da atenção e no cuidado à saúde (NASCIMENTO, 2014).

5.2.3 Do Consultório para a Rua: o trabalho integrado ao território

Como outra possível contribuição do NASF, os grupos de interesse apontaram como relevante a proposta de atuação do programa NASF a partir da **inserção dos profissionais no território com ênfase nas abordagens coletivas**, com ações nos diferentes espaços da comunidade e não simplesmente dentro da UBS, do consultório, buscando desvincular a ideia do atendimento individualizado e prioritário:

“(...) o NASF né, aqui no nosso território, ele é um projeto em que ele quer fazer com que as pessoas sejam multiplicadores do saber, então assim, ele não é, ele não fica só na nossa unidade, lógico que tem casos que tem que ser avaliados dentro de um consultório né, mas assim, eles atuam na comunidade, eles atuam realmente na comunidade, fazendo com que aquele saber dele né, assim (...) seja repassado para as outras pessoas, entendeu?”. (R3 – GESTÃO)

“(…) dentro do NASF a gente tem essa sorte eu diria, assim, de poder trabalhar mais, mais a comunidade, é uma coisa mais externa, então a gente pode trabalhar tanto, dentro da saúde da família, como a gente pode estar abrangendo os territórios, na atenção de saúde, nos programas que a gente faz, nas ações de ir pra comunidade”. (R2 – NASF)

“É, com certeza, até mesmo porque ele não ver só o paciente ele ver a comunidade, o território, de acordo com o território ele pode tá fazendo estratégia pra tá atuando ali né, eles fazem grupos eles têm grupos de caminhada, eles têm grupos de idosos né, existe grupos de gestantes e dependendo do (...) grupo de adolescentes, que eles estão inseridos, eles não são os responsáveis pelo grupo, mas eles se inserem, eles vão até a área né”. (R3 – ESF)

“A contribuição que ele faz é usar os espaços que tem nos bairros, quadras, praças né, é, espaços de associações, todo isso ai eles vem buscando parcerias com as entidades dos bairros, eu vejo isso como uma contribuição positiva, com certeza, eles vem contribuindo com isso ai e é muito importante o trabalho deles, porque eles faz um trabalho dentro dos bairros e resgatam essas família que não tem conhecimento nessa área né”. (R6 – USU)

Aqui vale ressaltar que o NASF faz parte da APS, mas não se constitui como um serviço independente, com “espaço físico” próprio. Isso quer dizer que os profissionais do NASF se utilizam do próprio espaço das UBS/CSF e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho. Atualmente, o que se preconiza é que os profissionais devem atuar a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de ESF vinculadas, de forma integrada à RAS e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2014).

Tal perspectiva aponta para outra possível contribuição do programa e que será abordada em nossa próxima categoria temática.

5.2.4 Capacidade para Articular as Redes de Atenção à Saúde

A metodologia empreendida por nós em nosso estudo nos permite a apresentação (inserção) de informações relevantes durante a aplicação dos círculos hermenêuticos-dialéticos como, por exemplo, temáticas relacionadas ao objeto em estudos presentes na literatura, desde que as mesmas sejam avaliadas pelos grupos de interesse com o mesmo grau de liberdade para julgarem e ratificarem ou mesmo refutarem tal informação, conforme abordamos em nossa metodologia.

Em 2011 o MS propôs a implantação das RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado por meio das chamadas redes temáticas, uma noção intermediária entre as linhas de cuidado e as redes de atenção em geral, a exemplo da Rede de Atenção Psicossocial, Rede Cegonha, Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (MENDES, 2011).

Dentro desse contexto, em nosso estudo, apresentou-se aos grupos de interesse e solicitamos que os mesmos reagissem (avaliassem) as construções de Araújo (2014), o qual em seu trabalho relata que no Programa NASF, teriam a potencialidade para protagonizar a articulação das RAS, na medida em que temos **diferentes classes profissionais para diferentes redes de atenção à saúde**, construção que em partes foi acatada pelos diferentes grupos dos profissionais:

“A Assistente Social faz um papel assim, fundamental nisso, com os CRAS né, fazendo essa ligação com os CRAS, necessidade dos CAPS, assim, com as redes de atenção, atenção social, as psicólogas com a atenção psicossocial né, nos CAPS, eles têm realmente a ligação e entendem as redes e referenciam os pacientes de acordo com a necessidade, então assim né, perfeito, é uma potencialidade mesmo”. (R3 – GESTÃO)

“(…) a gente pode estar encaminhando pra um grupo, a gente pode estar encaminhando pra outro profissional, na minha equipe não tem psicólogo, mas no NASF II tem psicólogo, eu já posso estar pedindo uma ajuda né, a gente tem muita parceria assim, tipo com a própria Secretaria de Saúde e a própria prefeitura, isso vem e contribui muito com a gente. A família tá precisando de um leite, a família tá precisando do trevo né, são vários serviços que a gente tem (...) não são nem sociais, são realmente algumas ferramentas que tem dentro da saúde de Sobral que contribuem com a gente e aí acaba que facilita né, essa atuação, esse processo de trabalho e encaminhamento”. (R5 – NASF)

“Concordo sim, é justamente um profissional pode né, fazer essa ponte de ações com as redes pra que a coisa ande né, pra falar em grosso modo, que a coisa ande, que o cuidado dê continuidade né”. (R4 – ESF)

O grupo dos usuários não só reconheceu a potencialidade da proposta do programa para a articulação das RAS como relataram situações em que os próprios obtiveram êxito em suas necessidades por intermédio (articulação) entre diferentes serviços pelos profissionais do NASF.

“(...) até porque assim, quando a gente precisa individual né, eles encaminham a gente pra gente ir né, como eu já fui, eu já fiz através da fisioterapeuta né, já fui, passei mais de um ano fazendo fisioterapia, por intermédio dela, quando eu precisei do atendimento individual, eles conseguiram encaminhar pra outros serviços, essa articulação, eu acho que tudo isso é através da nossa participação né, no grupo, eles conseguem com mais facilidade encaminhar a gente pra, o fato de eu tá participando do grupo e conseqüentemente essa proximidade com esses profissionais eu consegui chegar mais facilmente a esses atendimentos individuais, com certeza”. (R5 – USU)

“(...) o meu marido já tá sendo encaminhado pra fazer a vasectomia, foi encaminhado por ela, ai ele já foi atendido pelo médico (...) foi ela, no caso da equipe, foi ela, da primeira vez que nós fomos, foi indicado ela, que nós fomos lá no CRAS né, é que foi indicada, aí foi pra ganhar o leite, pra ganhar o leite delas, das minhas filhas, ai no caso nós não poderia ganhar o leite por que, aí foi a nutricionista que veio com ela”. (R8 – USU)

A construção das RAS pode proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado à sua saúde, configurando, assim, as linhas de cuidado, ou seja, um conjunto de atos assistenciais pensados e articulados para resolver determinado problema de saúde de um usuário inserido em um projeto terapêutico (MENDES, 2011).

No cenário brasileiro, superar os efeitos da fragmentação entre os serviços de saúde do SUS e potencializar a APS como porta de entrada preferencial é um dos principais desafios na constituição de RAS, especialmente quando se considera que a APS deve configura-se como espaço privilegiado de ordenação das redes, integração das ações e coordenação do cuidado, constituindo-se por equipes multiprofissionais, a partir das quais deve realizar e coordenar o cuidado de modo compartilhado com os usuários e, se necessário, com outros serviços/pontos da rede (BRASIL, 2012a).

Nessa conjuntura, o NASF configura-se como uma das estratégias para superar e auxiliar na conversão do modelo fragmentado e descontínuo para a atenção integral a partir das RAS, auxiliando na articulação das linhas de cuidado e implementação dos projetos terapêuticos relacionados às mais variadas redes, uma vez que possui representantes de diferentes áreas, a exemplo Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social dentre outras, correlacionando-se com específicas RAS, interligadas diretamente às referidas áreas de atuação (FRAGELLI, 2013).

De acordo com a PNAB, o NASF pode reforçar a articulação com outros pontos de atenção da rede, ainda que não sejam de sua exclusividade. Para isso, pode utilizar ferramenta e dispositivos que facilitem este processo como: gestão das listas de espera, discussão e análise de casos, bem como serviços programados de maneira a organizar o fluxo em relação aos outros pontos de atenção de acordo com as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012a).

Dessa forma o NASF favorece maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o SUS. A equipe de referência (ESF) se responsabilizaria pela atenção contínua ao usuário, sendo, para isso, apoiada pelas equipes de apoio matricial, a exemplo do NASF. Essa equipe de apoio, além de ajudar as equipes de referência a lidar com situações e de agregar ações ao escopo de ofertas de serviços da APS (ampliando-o), também pode fomentar a integração das UBS/CSF com outros serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Portanto, a atuação do NASF no contexto da APS tem papel fundamental na regulação dos fluxos nas RAS, ficando cada vez mais evidente que o papel de regulação do acesso não é prerrogativa exclusiva das Centrais de Regulação, mas também da APS, considerando, inclusive, as práticas de microrregulação que os profissionais fazem e/ou podem fazer (FRAGELLI, 2013).

Essa atuação do NASF se associa perfeitamente à proposta das RAS, visto que objetiva o trabalho compartilhado e a cogestão das ações, operando de forma coordenada e horizontal entre os pontos de atenção. Vale também lembrar que o apoio matricial não é exclusividade do NASF, podendo ser desenvolvido em/por outras modalidades de serviços, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios especializados e hospitais (BRASIL, 2014).

Porém, em nosso cenário de estudo, na visão dos diferentes grupos de profissionais implicados com o Programa NASF, apesar de reconhecerem a potencialidade do programa como articulador das RAS, uma vez que possuem profissionais relacionadas às mais variadas redes de articulação, os profissionais entrevistados relatam a necessidade de se reforçar tal abordagem, quando demonstraram a preocupação que nem sempre as equipes adotam essa prática, por diversos motivos, desde a falta de iniciativa dos profissionais, passando pela elevada demanda bem como e principalmente, pela falta e/ou dificuldade em estabelecer os fluxos entre os serviços que integram as RAS:

“Eu acho que o NASF tá muito fechadinho, tá cada um na sua caixinha né (...) cada profissional, cada categoria ainda tá muito é (...) depende de perfil de profissionais, eu já trabalhei com várias equipes de NASF e cada um a gente percebe que poderia produzir muito mais (...) poderia ligar essa rede muito mais, mas é o que eu vejo faltar”. (R2 – GESTÃO)

“Eles têm essa potencialidade, mas a elevada demanda, o grande número de territórios é um fator limitante”. (R4 – GESTÃO)

“Não existe fluxo eu acho que porque a equipe acaba a equipe que eu cito é a enfermeira, o médico né, que é o carro chefe mais à frente da estratégia e saúde da família, acaba se responsabilizando por esse, por essa questão, aí o NASF não entra muito”. (R5 – GESTÃO)

“Ainda as pessoas ficam cada uma no seu lugar né, aí vai depender da minha iniciativa de tá indo é, nos outros serviços né, para articular, fica muito o encaminhamento aí né, aí isso não é articulação, é só encaminhar”. (R3 – NASF)

“Eu acho que o principal fator é a comunicação mesmo, é sentar e ver a melhor (...) a articulação entre NASF e ESF (...) você não tem os fluxos bem estabelecidos (...) nisso a gente ver que a comunicação, não tem (...) acho que o ponto X mesmo é a comunicação, não tem”. (R6 – NASF)

“Eu acredito que hoje o que sobral nos oferece na minha unidade não, mas também não acho que eles não sejam é (...) que eles não possam tá gerando isso entendeu”. (R3 – ESF)

“É acredito que ainda esteja ainda em fase de aprimorar né essa (...) eu acho assim mais é pela carga horária mesmo”. (R4 – ESF)

A partir desse contexto, percebemos que, na opinião dos stakeholders envolvidos em nosso estudo, apesar de suas contribuições para com a observância do princípio da integralidade no contexto da APS, o programa NASF possui alguns Aspectos Restritivos a sua atuação, o que discutiremos a seguir, compreendendo a relevância de sua abordagem para o processo avaliativo em questão.

5.3 Aspectos Restritivos da Atuação do NASF quanto ao Princípio da Integralidade

Os desafios enfrentados pelos profissionais do NASF em sua prática inseridos na APS, no contexto da ESF, não são pequenos, pois representam o fortalecimento de um modelo alternativo e contra-hegemônico a partir da implementação de novos processos de trabalho e de ações transformadoras.

Várias foram as preocupações expressas nos discursos dos sujeitos integrantes dos grupos de interesse, as quais traduziam-se em aspectos que restringiam a atuação do programa NASF quanto ao princípio de integralidade na APS. O agrupamento de tais aspectos restritivos por temas correlacionados deu origem às próximas quatro categorias temáticas.

5.3.1 A Fragilidade do Vínculo Profissional com o Território.

De forma bastante expressiva, a fragilidade do vínculo dos profissionais integrantes do programa para com as equipes de ESF e, principalmente, para com o território e com a comunidade, foi apontada como o principal aspecto restritivo para a atuação do mesmo quanto ao princípio da integralidade. Diversos foram os temas abordados como justificativa para tal fragilidade, com destaque para a **elevada demanda de territórios para uma equipe de NASF**, o que resulta em pouco tempo dos profissionais disponível para um mesmo território e conseqüentemente a fragilidade do vínculo com o mesmo:

“(...) a quantidade de territórios que cada equipe de NASF tem ainda hoje, isso atrapalha que a gente consiga também é, ter essa integralidade, essa visão integral e de desenvolver inclusive integralmente seu serviço com todo seu potencial (...) o principal ponto frágil da gente hoje é esse, com relação a execução dos trabalhos, efetivar seus processos de trabalho, de todas as categorias, a maior dificuldade que os profissionais tem hoje é essa, porque é complicado sentar junto é dificultoso é (...) você humanizar, integrar, você interagir com as equipe, com os usuários do serviço, se você não tem é tempo para sentar para enxergar bem as coisas”. (R1 – GESTÃO)

“(...) uma dificuldade que eu acho maior no nosso processo de trabalho é a sobrecarga de unidades, eu acho que todo mundo deve ter falado sobre isso, porque eu tenho 7 unidades pra dar conta (...) é humanamente impossível, e vários outros processos que dificulta por conta disso. A dificuldade maior que eu acho em relação ao trabalho do NASF é exatamente essa, porque eu perco a credibilidade com o gerente, com os profissionais da atenção básica, com todos”. (R5 – NASF)

“(...) nós temos um núcleo de atenção básica (...) que é um NASF pra várias unidades de saúde, então assim, o problema que eu acho, a dificuldade é que assim, não dá para eles acompanharem como deveria ser né, muito pouco. Uma equipe de NASF que tem um fisioterapeuta, um psicólogo, um nutricionista eles têm várias unidades que eles têm que dá o suporte, então esse suporte fica um pouco enfraquecido, porque ele vai tá ali poucas vezes”. (R2 – ESF)

“É porque às vezes a gente, elas não podem vir porque tem que tá em outro local né, nós estamos dando graças a Deus, porque elas passaram duas semanas sem vir, porque elas estavam em outras áreas né”. (R2 – USU)

Tal preocupação também foi encontrada por Nascimento (2014), quando em seu estudo sobre a atuação do programa na visão de gestores e profissionais do NASF na região metropolitana do Recife (PE), os profissionais relataram a dificuldade enfrentada com relação ao elevado número de equipes de ESF que cada equipe de NASF deve apoiar.

Quando os grupos foram questionados sobre o tempo para apoiarem as equipes de ESF do seu território, foi comum nos discursos a menção à dificuldade que existe em oferecer apoio qualificado ao número elevado de equipes, já que são muitas as atribuições. Os grupos evidenciaram o desejo de estar mais presente, demonstraram que, em atividades importantes como as reuniões e os grupos, não há como dar um suporte efetivo às equipes e ao território, o que prejudica de sobremaneira o vínculo profissional (NASCIMENTO, 2014).

Em 2008 quando o programa foi criado, cada equipe de NASF-1 poderia ser vinculada de 08 a 20 equipes de ESF, com seu reconhecimento como importante estratégia de apoio à ESF no contexto da APS, com posterior expansão do programa, em dezembro de 2012 a Portaria nº 3.124 redefine os parâmetros de vinculação das equipes de NASF, onde traz que a equipe de NASF na modalidade NASF-1, podem vincular-se de 05 a 09 equipes de ESF (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2012c).

Como demonstrado no Quadro 01, atualmente o município de Sobral conta com 07 equipes de NASF na modalidade NASF-1 e cada equipe conta com uma média aproximada de 09 (nove) equipes de ESF, porém, tais equipes estão distribuídas em uma média aproximada de 05 territórios (CSF), o que justifica a preocupação dos grupos de interesse uma vez que os profissionais das equipes de NASF tem que se dividirem entre os territórios impossibilitando um apoio efetivo, favorecendo a fragilidade do vínculo com as equipes e, principalmente, com a população adstrita no território.

Aqui vale ressaltar que das 07 equipes, 06 estão vinculadas a territórios distritais (zona rural), o que contribui ainda mais com a fragilidade do vínculo frente às dificuldades de deslocamento dos profissionais, ponto também relatado pelos grupos entrevistas e que abordaremos posteriormente.

Grandes expectativas por parte dos diferentes grupos de interesse sugeriram quanto a melhor adequação da relação do número de equipes de ESF apoiados por uma mesma equipe de NASF e, mas precisamente, o número de territórios vinculados a tal equipe, uma temática também bastante presente em nosso estudo a partir dos diferentes pontos de vista que emergiram dos círculos traduzindo-se em questões apresentadas pelos diferentes grupos de interesse e que abordaremos como nossa última categoria de análise.

Outra preocupação que, também, obteve destaque na fala dos profissionais envolvidos no estudo e que pode implicar na fragilidade do vínculo entre as equipes e com o território, foi a quantidade de atividades relacionadas a demandas administrativas e/ou gerenciais, não ligadas diretamente a assistência individual ou em grupo e que muitas vezes ocorre fora de seu território de abrangência.

Especificamente a **quantidade e a variedade de rodas de gestão**, as quais as equipes do NASF devem estar inseridas, são o que, segundo os profissionais implicados com tal processo, somando-se ao problema de ter vários territórios para apoiar, agrava ainda mais a disponibilidade de tempo efetiva para as abordagens com as equipes de ESF e, principalmente, com a comunidade nos referidos territórios:

“São muitas reuniões, é roda de categoria, roda administrativa, é roda pedagógica, roda, então assim, são várias reuniões, aí eu tenho profissional, um turno, e esse turno acaba que ainda tendo que sair para outras demandas da gestão”. (R2 – GESTÃO)

“(…) levando em consideração que a gente, por exemplo, tem seis territórios, você já passa uma quantidade de tempo insumo naquele território e você naquele dia que você estar lá você é tirado porque você tem a roda administrativa, no outro dia você tem a roda geral, no outro dia você tem a roda de equipe, no outro tem a roda de categoria, acaba que (...)”. (R6 – NASF)

“Isso é um ponto negativo, isso é um ponto que atrapalha (...) num deixar tanta demanda administrativa, deixar mesmo, focar mesmo pra atuação tá entendendo, junto ao território e junto à comunidade, porque fica muita coisa administrativa pra equipe eles acabam que a atuação mesmo junto ao território fica pra segundo plano”. (R6 – ESF)

Os profissionais reconhecem e compreendem a importância dos encontros das/entre as equipes que objetivam o planejamento e avaliação das ações bem como possíveis atividades de qualificação (educação continuada) externa ao território, porém a preocupação dos sujeitos gira em torno do excesso, do exagero de tais atividades na opinião dos mesmos.

Os diferentes grupos de interesse manifestaram a preocupação com o elevado número de rodas (“São muitas reuniões, é roda de categoria, roda administrativa, é roda pedagógica, roda...”), frente ao pouco tempo disponível para cada território e que uma boa parte desse “pouco tempo disponível” é muitas vezes direcionada às atividades de ordem administrativas com caráter, predominantemente informativo, o que termina agravando o problema da pouca disponibilidade para dar suporte às equipes bem como para o seguimento, acompanhamento de ações que visem a atenção integral no apoio aos territórios.

Outro aspecto relatado, apesar dos discursos apontarem para a redução de sua ocorrência nos últimos tempos, a **alta rotatividade dos profissionais** ainda representa uma importante preocupação dos sujeitos envolvidos no estudo como um fator restritivo para a atuação das equipes.

Os sujeitos relataram que a rotatividade dos profissionais ainda ocorre ou por saírem das equipes, geralmente desmotivados pelo vínculo empregatício frágil e pela falta de valorização dos profissionais, ou por reordenação das equipes entre os territórios, ocasionando a quebra do vínculo já estabelecido com a equipe anterior, o que afeta diretamente a atuação do programa quanto ao princípio da integralidade.

“Atualmente, a gente tem percebido que essa rotatividade diminuiu bastante né, tinha uma rotatividade bem maior, mas a questão de vínculo empregatício ainda é uma questão não só pro NASF, mas pra todos os profissionais da ESF, porque a gente acaba vivenciando essa questão da rotatividade por falta de vínculo né, (...) a rotatividade dentro do sistema e fora dele né (...) não é demissão e contratação de profissionais, mas falamos em readequar, dentro dos territórios, também seria um ponto negativo”. (R5 – GESTÃO)

“(...) tem a mudança de território, tem as pessoas que saem porque encontram um local onde você é bem mais valorizado, isso estar acontecendo muito, nos últimos 6 meses têm acontecido bastante, então acaba que a gente não tem vínculo e eles reclamam muito, tanto a população quanto a equipe de saúde, reclamam muito (...) isso fragiliza muito”. (R6 – NASF)

“Com certeza né, eu entrei aqui já estão com mais de um ano aqui e já é a segunda turma do NASF que eu vejo aqui, quando a primeira saiu a população sentiu muito né, pelo vínculo, que aqui no bairro nós temos um grupo a muito tempo que existe e toda vez o NASF tá inserido nesse grupo e aí a população, você guarda aquele vínculo com o profissional”. (R4 – ESF)

“(…) elas passam até dois anos com a gente, a gente pensando que tá tudo muito bom, aí quando dá fé, tá aqui, a gente chorando aqui mais elas se despedindo né, aí isso atrapalha porque deixa de, aí você tem que começar toda uma rodada de negociada que às vezes não é bom”. (R9 – USU)

A preocupação com a alta rotatividade dos profissionais nos territórios é sentida principalmente pelos usuários nos territórios, uma vez que o vínculo, quando é possível, geralmente é quebrado pela saída do profissional da equipe e conseqüentemente do território, restringindo o cuidado integral de forma longitudinal, o que não favorece a formação de vínculo entres as equipes e principalmente das equipes com a comunidade adstrita ao território (BONALDI E RIBEIRO, 2014; FRAGELLI, 2013).

Especificamente, à atuação dos profissionais Fisioterapeutas (Fisio) e Terapeutas Ocupacionais (TO), a sua **carga-horária de atuação junto aos territórios**, que é apenas de 20 horas semanais, também foi apontada pelos grupos de interesse como Aspecto Restritivo para a atuação do programa, da mesma forma contribuindo para a fragilidade do vínculo com as equipes e com o território.

Tal preocupação se justifica porque, segundo os mesmos, apesar de cada equipe de NASF contar com dois fisioterapeutas de 20 horas e algumas equipes dois TO de 20 horas, totalizando 40 horas semanais, um mesmo profissional tem menor disponibilidade para as atividades em um mesmo território, bem como, devido à necessidade de ter outro emprego no contraturno, na maioria das vezes isso impossibilita a flexibilidade de horários, o que prejudica até mesmos a integração entre os profissionais da própria equipe de NASF a qual o profissional estar inserido, o que também foi apontado como fator restritivo e será abordado posteriormente.

“Eu acho que a carga horária é outra questão do NASF, por exemplo, é, a gente tem profissionais de 20 horas né, então em 20 horas a gente não consegue resolver muita coisa, por questão dele estar um dia num lugar, outro dia noutro né, assim, também não há uma sistematização, mas isso parte do número de equipes, para contemplar todas as equipes eu preciso estar um dia em cada equipe”. (R5 – GESTÃO)

“É, com certeza atrapalha no encaminhamento, atender e ter que esperar uma semana pra ver de novo, aí (...) geralmente o fisio e a TO, como tem 20 horas no NASF ele tem outro emprego né, então não pode estar mudando horário, às vezes perde as rodas, perde várias atividades por conta do outro emprego e porque a carga horária dele é menos né”. (R5 – NASF)

“(...) o principal, o que me incomoda é a carga horária, assim, você não vê, eles vêm pouco aqui (...) só a carga horária, muito deles só tem 20 horas por semana também, acho que é só 20 horas por semana o que é acordado com eles, então atrapalha bastante, acho que eles vêm um turno por semana, não vem nem um dia, é um turno”. (R1 – ESF)

“Deveria ser as 40 horas nera, por que? São umas 20 e outros 40 é? Deviam ser todos 40 horas pra ficar mais, pra puder dar mais assistência aos grupos né”. (R2 – USU)

Tais achados vão de encontro aos relatos de Barbosa et al (2010), os quais trazem em seus resultados como um ponto crítico que dificultam a atuação do fisioterapeuta na equipe do NASF e, conseqüentemente, no contexto da APS, a sua carga horária diferente dos demais profissionais do NASF e da ESF.

Além disso, abordando a perspectivas dos TO sobre sua inserção no programa NASF, as autoras Reis e Vieira (2013), nos relatam que por atuarem em diferentes CSF, os profissionais alegam que é difícil estabelecer uma agenda comum entre NASF e a ESF, muitas vezes pela impossibilidade de estar presente em determinadas atividades nos CSF, o que termina por gerar uma demanda excessiva de atendimentos para realizar quando o profissional estiver presente, o que dificulta a possibilidade de atuação compartilhada. Nessa mesma perspectiva, Leite et al (2014) ressalta que a diferença de carga horária entre os profissionais da mesma equipe além de dificultar a interação e a realização de atividades compartilhadas, ainda aumenta o estresse e a sobrecarga de trabalho, principalmente, para os que possuem dois vínculos.

Todos esses fatores restritivos identificados como possíveis justificativas para a fragilidade do vínculo entre as equipes e principalmente com o território possuem ligação direta com outra importante preocupação manifestada pelos sujeitos implicados com a proposta de atuação do programa NASF, as dificuldades para o Trabalho em Equipe Multidisciplinar, o que nos leva a nossa próxima categoria temática.

5.3.2 As Relações de Trabalho em Equipe Multidisciplinar

A **falta de integração entre as equipes NASF e ESF** foi relatada como uma preocupação pelos grupos de interesse, uma vez que dificulta a atuação de ambas as equipes que objetivam atender o princípio da integralidade, principalmente, ocasionando falta de comunicação e, conseqüentemente, de planejamento e pactuação das atividades a serem realizadas no território, o que é de suma importância para os processos de trabalho em equipes multi-interdisciplinares.

“(...) não há essa integração entre NASF e equipe (...) a gente solicita que todo final de ano ela faça o seu planejamento de acordo com as necessidades que ela identifica pra o próximo ano, aí a equipe fez o planejamento dela e o NASF fez o planejamento dele né, então como é que eu sou a equipe do NASF dentro da ESF e eu faço meu planejamento e a equipe faz a dela?”. (R5 – GESTÃO)

“A falta de comunicação ainda existe entre a equipe básica com o NASF, entendeu? O médico ainda é muito fechado lá no consultório dele, a enfermeira é sobrecarregada porque ela tem que fazer uma triagem com 60 pessoas lá na sala esperando ela, ela vai lembrar que o NASF existe?”. (R5 – NASF)

“A proposta era trabalhar em equipe né, mas acontece, acaba falhando em relação do nosso cronograma, que é diferente do cronograma deles, que é aquela questão que eu já conversei, da que uma questão puxa a outra aqui, que a gente tá discutindo os casos que era pra tá sendo feito e acontece não sendo”. (R5 – ESF)

“Também, eu acho que isso atrapalha, eu vejo isso acontece, algumas vezes, um quer fazer uma coisa e o outro não aceita aquilo ali, aí meio que atrapalha o andar”. (R5 – USU)

O trabalho em equipe está presente em qualquer organização e, sem dúvida, é o que mais influencia o rumo das atividades e seus resultados. No ambiente de trabalho, as relações interpessoais se desenvolvem e inevitavelmente os sentimentos oriundos dessas relações exercem influências positivas e/ou negativas, tanto nas interações quanto nas próprias atividades a serem desenvolvidas, repercutindo na qualidade de vida dos profissionais implicados no processo e, conseqüentemente, na integralidade da atenção (LEITE et al, 2014).

Além da preocupação com a relação entre as equipes (NASF x ESF), também foi possível identificar que a dificuldade para se trabalhar em equipe não existe apenas nas relações entre os profissionais do NASF e da ESF, mas os

sujeitos também manifestaram a preocupação quanto às **dificuldades para o trabalho em equipe entre os profissionais do NASF**, dificuldades nas relações de trabalho dentro da própria equipe do NASF, sejam por individualismo do profissional seja por dificuldades de adequação da disponibilidade dos profissionais dentro dos territórios devido a demanda das equipes, temática já abordada anteriormente.

Foram relatadas dificuldades para se trabalhar com mais de um profissional da equipe ao mesmo tempo, em oposição ao que geralmente acontece, onde os profissionais formam uma equipe, porém, trabalham de forma isolada no território, com alguns momentos de integração e discussão em equipe, o que na grande maioria das vezes ocorre fora do território, e poucas atividades com a comunidade com abordagem coletiva da equipe, com o envolvimento de todos ou pelo menos a maioria dos profissionais integrantes da mesma.

“(...) isso dificulta muito (...) eu nunca consigo acoplar eles dentro da equipe porque eu nunca consigo encontra-los ao mesmo tempo né, eu tenho cinco profissionais do NASF, aí um exemplo, na segunda-feira de manhã vem um, na terça vem outro, na quarta vem outro, aí às vezes eu digo – eu tô precisando de uma reunião com vocês, ah... mas fulano não pode porque tá no outro território”. (R6 – GESTÃO)

“Sim, é uma dificuldade (...) Na minha equipe a gente já teve muitos problemas por conta disso, porque cada um ficava na sua caixinha, então por várias rodas a gente bateu na mesma tecla – gente vamo sair da nossa caixinha, vamo sair da nossa caixinha porque não dá certo, vamo lá, a gente já não se encontra os 5 dias da semana, algumas pessoas só se veem em rodas (...) já é difícil por isso, e aí trabalhando cada um na sua caixinha, então a gente tentou reorganizar nosso modelo de trabalho e tem dado certo né, mas é difícil, não é fácil”. (R5 – NASF)

“(...) qual é o dia que a fisioterapeuta tá aqui? há é segunda e sexta, e a terapeuta? terça e quarta, nunca se encontram os horários, nunca, nunca, nunca, muito difícil encontrar dois profissionais ao mesmo tempo num território, pra fazer uma abordagem mais ampla né, acabam trabalhando de forma isolada, tanto no atendimento individual e no atendimento coletivo também. Não tenho um grupo que chega a participar dois profissionais três, sempre é só um outro não pode, porque num tá disponível”. (R4 – ESF)

“(...) por enquanto, ele tá fazendo tudo só, ele tá praticamente só aqui, porque a gente não tá tendo assistência dos outros, eles estão lá no posto, no PSF eles estão lá, mas a gente ainda não conseguiu trazer eles pra cá, por causa da relação do horário”. (R1 – USU)

Tal dificuldade pode estar relacionada à definição de que os profissionais do NASF, enquanto equipe, possuem internamente semelhanças (papéis comuns) e diferenças (papéis específicos), onde uma das principais consequências práticas disto é que, apesar de requerer planejamento e comunicação (em especial gestão

da agenda e de deslocamentos), o tipo, a frequência e a duração das atividades de cada profissional do NASF em uma mesma UBS/CSF não são necessariamente iguais e simultâneos, podendo em determinadas situações, resultar em distanciamento entre os profissionais e, conseqüentemente, fragilizar a integração da equipe. (NASCIMENTO, 2014).

As diretrizes do programa NASF trazem que a integração entre os profissionais da equipe e destes com as equipes da ESF não devem se restringir e nem, necessariamente, requer que todos estejam juntos o tempo todo. Porém, como uma medida para minimizar a referida dificuldade, orientam que o horário de trabalho do NASF seja coincidente com o das equipes de ESF vinculadas, bem como a necessidade de criar espaços e momentos de encontro de todos, possibilitando uma maior integração e compartilhamento do trabalho entre os profissionais e entre as equipes (BRASIL, 2014).

Trate-se de uma das principais dificuldades relatadas na literatura, onde diversos estudos apontam que o trabalho do NASF de fato só pode ser efetivado de forma integral se forem garantidas condições para o desenvolvimento da interdisciplinaridade, e porque não da transdisciplinaridade entre os profissionais do NASF enquanto equipe e entre esses e os profissionais da ESF (NASCIMENTO, 2014; ANJOS et al., 2013; ARAUJO E GALIMBERTTI, 2013).

Um ponto importante a ser ressaltado quanto à dificuldade para a atuação em equipe multiprofissional de forma interdisciplinar, faz referência à formação profissional, onde, de forma geral, os profissionais de saúde não recebem formação nas graduações e pós-graduações em saúde para trabalhar na lógica do trabalho interdisciplinar, e especificamente no contexto do NASF, na lógica do apoio matricial, além de outras questões essenciais para o trabalho compartilhado e que são raramente aprofundadas, tais como o trabalho em equipe, o vínculo e a coordenação do cuidado, dificultando a sua prática (NASCIMENTO, 2014).

Nesse contexto, dentre as preocupações identificadas nas falas dos sujeitos quanto ao processo de trabalho do NASF, estão a Falta de Competências Profissionais para a atuação no NASF e na APS, traduzindo-se em falta de conhecimento, habilidades e atitudes quanto às diretrizes do programa NASF refletindo diretamente no perfil desses profissionais para a atuação quanto ao princípio de integralidade na APS.

5.3.3 Falta de Competências Profissionais para a Atuação no NASF e na APS

A **falta de conhecimento, habilidades e atitudes** para atuação quanto às diretrizes operacionais do programa NASF por parte dos profissionais tanto do NASF como da ESF, se configura como uma importante preocupação identificada nas falas dos profissionais envolvidos com a atuação do programa. Tal preocupação estava expressa nas faltas dos sujeitos como falta de compreensão bem como adesão a proposta do programa, o que reflete diretamente de forma negativa nas relações de trabalho e, conseqüentemente, em seus resultados, implicando em grandes desafios uma vez que se trata de uma proposta de atuação recente.

“(...) a primeira dificuldade é a compreensão dos profissionais, aí tanto o NASF como a ESF para a real atribuição do NASF na atenção primária né, compreender que o NASF ele vêm como um apoiador, não como uma categoria profissional que está lá para atender, então é, ou o NASF faz atendimento ou o NASF é responsável por algum grupo na unidade (...) então eu acho que a primeira dificuldade é essa, compreensão de ambas as partes do real papel do NASF dentro né, da ESF”. (R5 – GESTÃO)

“(...) têm alguns profissionais da rede que também não colaboram muito, que ainda não entende do trabalho do NASF aí fica difícil colaborar com o princípio da Integralidade (...) a gente explica às vezes e as pessoas não entendem, aí é como se eu não dei conta aqui do caso aí eu vou passar pro NASF (...) tem gente até que fica fazendo só atendimento, aí não tem uma troca com os profissionais, não tem um trabalho em equipe”. (R3 – NASF)

“É um ponto negativo na verdade (...) eu sinto que as pessoas muitas vezes não sabem, não entendem realmente qual é a proposta do NASF. Às vezes há um entendimento diferenciado do que cada um (...) um quer agir de uma forma e acredita que seja dessa forma desse jeito e o outro quer agir de outra (...) é realmente é um problema”. (R6 – ESF)

A falta de competências para atuação no programa NASF bem como na APS estar ligada diretamente a **falta de perfil profissional** para a referida ação, preocupação bastante presente nos relatos dos grupos de interesse, a qual surgiu também como falta de afinidade com as propostas, apontada como um fator que atrapalha e conseqüentemente restringe a atuação do programa uma vez que o profissional não se integra a equipe nem as atividades e quando o faz, não apresenta as competências necessárias para tal.

“Um dos pontos principais é a questão do perfil, porque quando você coloca dentro do território um profissional que não tem perfil, ele não vai se integrar as rodas, ele não vai se integrar aos grupos, ele não acha interessante fazer isso, ele talvez não seja consciente desse, da importância dele tá presente nesses momentos (...) se ele não tem perfil, ele coloca obstáculo em tudo que vai aparecendo”. (R6 – GESTÃO)

“Algumas pessoas, alguns profissionais, eles fazem exatamente o que a gerência quer que eles façam, se tranquem lá no consultório e atenda 10 pessoas na manhã e vá embora né, que eu acho que isso não é proposta do NASF, se eu tenho 10 atendimentos eu posso fazer ali outra coisa, uma educação em saúde, um grupo (...) há profissionais que gostam dessa forma, e não tem ninguém que mude né, por mais que ele saiba que a proposta do NASF não é essa”. (R5 – NASF)

“(...) você tem que gostar né, pra você poder fazer um bom trabalho você tem que gostar do que faz, às vezes tem também alguns que talvez vêm só pelo dinheiro né, pela necessidade, não tendo afinidade (...) às vezes precisa, a necessidade é maior do que a afinidade, não tem muita afinidade com aquilo, tem pessoas que não gostam de ir trabalhar na atenção básica, profissionais né, trabalha por quê? por conta da necessidade”. (R5 – ESF)

“(...) tem gente que realmente não tem, quando a pessoa não tem afinidade pra trabalhar com aquele grupo, atrapalha, porque até desestimula aqueles que não têm muita força né, aí ver aquele ali que veio só de amostra, é, atrapalha sim”. (R5 – USU)

Para responder aos desafios atuais do trabalho em saúde no contexto da ESF é necessário refletir sobre a formação e o perfil de competências desejado aos profissionais que integram as equipes no contexto da APS, com enfoque não apenas no conhecimento técnico especializado, mas, principalmente, nas habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em prol da saúde da população, com ênfase na consciência da responsabilidade social envolvida na ação profissional (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010).

Nascimento e Oliveira (2010), refletindo sobre as competências profissionais para o processo de trabalho no NASF, relatam que o trabalho no contexto da ESF/APS, requer dos profissionais implicados com o mesmo, de um modo geral, as seguintes competências:

- ✓ **Conhecimento** – Além do conhecimento técnico específico adquirido em sua formação inicial, conhecimento sobre as diretrizes e políticas públicas de saúde, territorialização, perfil epidemiológico da população e Rede de Atenção à Saúde.
- ✓ **Habilidades** - apontam para a necessidade de habilidade técnica específica, como por exemplo, habilidade para abordar o paciente, acolher, ouvir, comunicar-se e, principalmente, habilidade para trabalhar em equipe, por se tratar de uma habilidade essencial para o processo de trabalho no NASF, sendo uma importante diretriz para reorganização do processo de trabalho na ESF. Na visão das autoras a articulação dos saberes por meio de uma

interação comunicativa e horizontal é um requisito indispensável no cotidiano do trabalho das equipes do NASF e da ESF quando o objetivo é a interdisciplinaridade.

- ✓ **Atitudes** – apontam como atitudes fundamentais aos profissionais do NASF a flexibilidade, pró-atividade, resiliência, respeito, vínculo e comprometimento, frente às dificuldades vivenciadas na perspectiva de implantação de um novo modelo de cuidado em saúde.

De forma semelhante, em um estudo realizado por Fragelli (2013), com o objetivo de investigar as competências profissionais construídas no processo de trabalho do NASF, na visão de docentes, gestores e profissionais implicados diretamente com o Programa NASF, existem diversas dificuldades para a operacionalização das competências exigidas nos processos de trabalho do NASF e, conseqüentemente, do apoio matricial.

Os participantes do estudo apontaram as dificuldades na formação de vínculo com a comunidade, a falta de rotina de planejamento e avaliação das ações de saúde, as dificuldades em atuar conjuntamente com os setores extra saúde bem como a falta de conhecimento, desde a formação até a falta de capacitações, no que se refere à atuação dentro dos princípios da integralidade e da longitudinalidade, ao trabalho interdisciplinar, ao uso da epidemiologia e, principalmente, ao entendimento adequado das políticas de saúde e do SUS (FRAGELLI, 2013).

De certa forma, tais aspectos também foram relatados pelos sujeitos de nosso estudo e discutidos anteriormente, o que só reforça as dificuldades de estruturação dos processos de trabalho do programa NASF dentro dos princípios do apoio matricial. Ambos os trabalhos relatados anteriormente, destacam que a proposta do NASF apresenta potencial para revitalizar as competências da APS para o alcance da integralidade da atenção, porém, necessita de maiores reflexões sobre as possibilidades para aprimorar a compreensão do processo de trabalho exigido pela proposta e, conseqüentemente, a atuação dentro dos princípios do apoio matricial (FRAGELLI, 2013; NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010).

Nesse sentido, é importante a abordagem de estratégias que possam favorecer o melhor desempenho das competências para o trabalho e reestruturação da atuação do programa NASF, buscando preparar os profissionais para a atuação

quanto ao princípio da integralidade, atuando na perspectiva da intertransdisciplinaridade, com entendimento claro das políticas de saúde e do SUS, evitando-se dessa forma que o profissional, inserido no contexto do programa NASF, atue somente no seu núcleo de ação e seja apenas mais um para compor a agenda especializada de consultas.

Por fim, ainda sobre os aspectos restritivos da atuação do NASF quanto ao princípio da integralidade, uma série de preocupações, relacionadas à logística para a atuação dos profissionais juntos aos territórios, foram identificadas a partir da aplicação dos círculos hermenêuticos-dialéticos com os grupos de interesse.

5.3.4 A Logística para a Atuação no Programa NASF

Em relação às preocupações quanto a logísticas que, na opinião dos stakeholders restringem a atuação do programa, o destaque ficou por conta da **falta de transporte para as equipes do NASF** para se deslocar de um território para o outro, principalmente, quanto ao acesso aos territórios dos Distritos, a zona rural do município, uma vez que o programa não conta com carro exclusivo da equipe para essas regiões, ficando dependente da disponibilidade do transporte de outras equipes, o que prejudica consideravelmente o planejamento e até mesmo o acesso aos referidos territórios.

“(…) são sete territórios, inclusive tem zona rural né, às vezes falta transporte pra eles, tá entendendo? Aí é que acaba faltando, principalmente para a zona rural, um dos pontos críticos seriam os Distritos”. (R4 – GESTÃO)

“(…) um problema que impede muito que a gente exerça a integralidade hoje é o problema da gente não está tendo o carro, aí o problema da gente não tá tendo o carro, a gente não pode ir principalmente pra os distritos, que são onde eles falam que são os locais onde a gente deve ter maior prioridade”. (R6 – NASF)

“De mais, é gritante, essa aí é gritante viu, a dificuldade gigantesca, não, eles tem que ter o próprio transporte deles, porque não tem”. (R3 – ESF)

“Isso, verdade, também, tá um, a moça, às vezes que aqui vinha sozinha, que às vezes a gente pagava o moto-taxi dela, nós se ajuntava, tudim dava, para ela puder vim, porque nós mesmo via a situação e se ajuntava aqui, as meninas ajunta, faz aqui uma reunião, uma palestra e a gente ajunta de dois reais até dar”. (R3 – USU)

Outra preocupação quanto à logística foi a **falta de espaço físico para abordagens individuais e coletivas** que, apesar de muitas UBS estarem sendo construídas e ou ampliadas no município, muitas contando com estacionamento e mini auditório que ampliam a oferta de espaços para as equipes, os sujeitos ainda manifestaram a preocupação quanto a falta de espaços adequados e direcionados à equipe do NASF e suas propostas de trabalho.

As preocupações giram em torno de espaços para abordagens individuais dentro dos CSF com garantia de privacidade quando a situação assim exigir, bem como espaços coletivos adequados a práticas dos diferentes grupos, os quais geralmente acontecem em espaço cedidos e ou adaptados dentro do território e que nem sempre estão disponíveis, acarretando constrangimento e até mesmo acidentes aos seus participantes, resultando em baixa adesão aos grupos pela população.

“Eu falo no sentido até pra própria equipe da estratégia, a gente às vezes não tem nem onde atender e vai atender no corredor, e o NASF, eu priorizo sempre os dias deles, eu deixo sempre a salinha, quando é o dia da unidade, de ficar aqui na unidade, eu deixo sempre uma sala reservada, porque tem a necessidade, mas falta, falta espaço com certeza isso aí é, aqui na minha unidade sim, você vê que é uma casa adaptada né”. (R3 – GESTÃO)

“(...) eu não consigo atender na integralidade o indivíduo se eu não tenho espaço pra eu escutá-lo né, então assim, tem momento que vai ser preciso eu atender só e vai ter momentos que a integralidade de toda equipe ela tem que tá a postos, e se eu não tenho uma sala de atendimento?”. (R2 – NASF)

“Atrapalha, com certeza a falta de espaço físico às vezes atrapalha a formação de um grupo ou a formação de várias outras atividades que a gente deixa de tá fazendo, que a equipe do NASF deixa de tá fazendo por conta de não ter espaço, a questão do espaço realmente atrapalha e muito”. (R6 – ESF)

“O nosso problema aqui é às vezes que eu ainda acho é que nós não temos esse local aqui toda vida, tem dias que a gente chega aqui e elas não podem ficar porque tem reunião aí, eu acredito que só vai melhorar mesmo quando nós tiver o nosso posto com condições pra gente fazer nossas reuniões lá, aí eu acredito que não vai atrapalhar tanto como atrapalha aqui”. (R2 – USU)

Diretamente relacionada às dificuldades de operacionalização dos diversos grupos junto à comunidade, a **falta de material de apoio para as atividades**, somando-se à falta de um local adequado para a execução dos mesmos, relatado anteriormente, exige extrema criatividade e tempo para o planejamento das ações a serem realizadas, justificando assim, uma preocupação que também emergiu em nosso estudo.

“(...) eu acho que o problema talvez maior seja a logística de material, aí tá, eu vou trabalhar com grupo, eu preciso ter né, se eu for trabalhar algo lúdico eu preciso ter uma cartolina, e às vezes isso de fato, nós não temos”. (R5 – GESTÃO)

“(...) muitos grupos são mantidos por nós financeiramente né, materialmente, que isso em outras políticas sociais já não são (...) nós no NASF é que mantemos muitos dos grupos que existem hoje dentro da ESF”. (R2 – NASF)

“(...) falta de material também, que tipo um trabalho em grupo, não tem uma cartolina, às vezes não tem um pincel, às vezes não tem uma fita adesiva, a fita gomada, eu acho que tudo isso acaba atrapalhando”. (R5 – ESF)
 “Tem alguns lugares que tem aqueles colchãozinhos né, que fica no chão que pode aí aqui a gente não tem aquilo ali, outras coisas também”. (R5 – USU)

Diversos são os trabalhos na literatura que trazem a falta de logística e infraestrutura como aspecto restritivo para a atuação do programa NASF (BEZERRA, 2013; BONALDI E RIBEIRO, 2014; NASCIMENTO, 2014). Em um estudo semelhante ao nosso, Leite et al (2014) após entrevistarem profissionais do NASF, relatam que a falta de espaço físico nas UBS/CSF para a realização de atividade pelos profissionais do NASF é um dos motivos para a busca de recursos e equipamentos no território. Contudo, nem sempre o território consegue suprir a necessidade de um espaço específico para o desenvolvimento das ações, ocasionando aumento do nível de estresse da equipe e interferindo na qualidade de vida dos profissionais.

Os profissionais entrevistados no estudo relatado anteriormente apontaram a infraestrutura como um dos aspectos fundamentais para o desenvolvimento do trabalho e consideram uma boa infraestrutura quando as equipes de ESF conseguem se organizar para disponibilizar espaço físico adequado para os profissionais do NASF dentro do CSF, principalmente espaços para atendimentos individuais, para a realização de grupos e reuniões, bem como recursos materiais, como acesso a computadores, materiais didáticos e materiais para práticas corporais/atividades físicas (LEITE et al, 2014).

No que se refere às questões relativas à logística e à infraestrutura para a atuação dos profissionais do NASF, suas diretrizes recomendam que sejam avaliadas algumas possibilidades, tais como a disponibilidade de condições para o deslocamento dos profissionais do NASF entre as UBS/CSF cobertas e para a

realização de visitas domiciliares por meio de transporte oficial, ajuda de custo ou vale-transporte, sempre que necessário, assim como, espaço físico, equipamentos e materiais adequados para a realização de ações técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais, como atendimentos individuais, atividades educativas com a população e atividades de educação permanente com os profissionais das equipes vinculadas, podendo ser desenvolvidas na própria UBS/CSF ou em espaços comunitários do território (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, há uma recomendação que os profissionais do NASF sejam cadastrados em um único CSF localizado, preferencialmente, dentro do território de atuação das equipes de ESF, porém, vale ressaltar, que não é recomendada a existência de uma unidade de saúde ou serviço de saúde específico para a atuação da equipe de NASF, uma vez que o programa não é porta de entrada do sistema e assim não se constitui como um serviço com espaço físico independente. Isso quer dizer que os profissionais do NASF devem utilizar-se do próprio espaço físico dos CSF e de seu território (BRASIL, 2012a).

Considerando as concepções de integralidade apresentadas pelos grupos de interesse no contexto da APS e analisando as várias contribuições do programa NASF quanto ao princípio da Integralidade, reivindicadas pelos mesmos como positivas, bem como as preocupações apresentadas como aspectos restritivos a tal processo, algumas questões, temáticas que apresentaram diferentes pontos de vista, emergiram durante a aplicação dos círculos hermenêuticos-dialéticos com os grupos de sujeitos implicados com nosso objeto de estudo.

Contudo, uma temática em especial chamou a atenção pela intensidade e relevância que a mesma possui, representando as expectativas dos grupos de interesse por adequação das diretrizes do programa NASF no contexto da APS em resposta aos principais aspectos restritivos à abordagem do programa, identificados pelos mesmos, como a fragilidade do vínculo entre as equipes e o território, bem como as relações de trabalho em equipe multidisciplinar, a qual abordamos anteriormente.

5.4 Expectativas dos Stakeholders para a Atuação do NASF quanto ao Princípio da Integralidade

Tais expectativas vão desde a adequação do número de territórios assistidos por uma equipe de NASF até mesmo a ampliação da ESF com a inclusão de profissionais do NASF na equipe mínima, com a possibilidade de uma ESF que tivesse incluída em sua equipe todos os profissionais do NASF, com base nas necessidades do território, não havendo a distinção entre as equipes, existindo apenas uma ESF Ampliada, as quais deram origem a nossa última categoria temática.

5.4.1 NASF e ESF ou Apenas ESF Ampliada?

Principal expectativa dos sujeitos do estudo quanto à atuação do NASF, praticamente unanimidade entre os integrantes dos grupos de interesse, a **adequação do número de equipes de ESF apoiadas pelo NASF**, surge em resposta a principal preocupação apontada como fator restritivo a sua atuação, a elevada demanda de territórios, na expectativa que um menor número de equipes apoiadas favoreça o vínculo entre as equipe e com o território, e conseqüentemente favoreça os processos de trabalho do programa em observância ao princípio da integralidade.

“(…) eu acredito que se a gente faz essa redução vai ajudar com que os profissionais se encontrem dentro desse território, eles vejam suas potencialidades, de que forma que eles podem interagir, qual é o efeito, quais (…) o que que esse território e essa cultura do território tá impactando nas condições de vida das pessoas né, o que que esse território tem que vai poder me ajudar a entender uma situação”. (R1 – GESTÃO)

“(…) se a gente tivesse pelo menos dois, três territórios, seria mais adequado para aproximar mais e garantir que eu atenda alguns pacientes com outros profissionais, que eu participe no grupo com outros profissionais e faça este princípio da integralidade de uma forma mais eficaz (…) menos territórios para gente dar um suporte maior para as equipes e fazer o que o programa do NASF propõe de verdade” (R3 – NASF)

“(…) eu acho que eu vejo que poderia, era mesmo a questão de mais profissionais né (…) trabalhar uma logística onde eles pudessem tá mais dentro do território, que a gente pudesse dividir melhor esse tempo, mas que eles estivessem mais dentro do território, acho que se resolveria mesmo com a questão mesmo de mais profissionais”. (R6 – ESF)

"Com Certeza, eu creio que pudesse ser cada vez mais né, que pudesse ter mais, pudesse formar mais equipes, que pudesse atingir mais outras áreas né, pudesse cada vez mais melhorar né, criar mais programas, criar mais estratégias né, na área da saúde, que podemos atingir cada vez mais o nossas áreas que necessita áreas precárias, que é nossas comunidades desassistidas ainda". (R6 – USU)

Outra possibilidade levantada pelo grupo da ESF e aprovada pelo grupo dos Usuários, como uma possibilidade de resposta às preocupações quanto a fragilidade do vínculo bem como a falta de integração entre as equipes de ESF e do NASF, foi a manifestação da expectativa de **ampliação da ESF com a inclusão dos profissionais do NASF**, uma ampliação da equipe mínima da ESF que, baseado na necessidade dos territórios, teriam os profissionais do NASF inseridos em sua equipe como ESF, não havendo a necessidade de uma segunda equipe de apoio.

"(...) o que poderia melhorar era o, que acho que assim, que não fosse só um ponto de apoio como eu já falei, que fosse inserido na ESF, que esses profissionais tivessem, porque aí a gente resolveria, solucionaria muito dos nossos problemas". (R1 – ESF)

"Seria bom, essas pessoas que vêm que vem, sabe, fazer terapia, educação física, tudo que se apresentasse, ficasse alguém, que ficasse direto, exatamente". (R3 – USU)

Tal expectativa também foi percebida como uma boa possibilidade nos discursos dos profissionais que representam o grupo da Gestão, porém houve a preocupação com o impacto nos recursos financeiros do município com a contratação de um elevado número de profissionais.

"Ah, seria bom, com certeza, aí você na verdade estaria ampliando a equipe mínima né, seria ótimo, mas aí assim, ficaria realmente mais dinheiro, não, é gasto, porque iria contratar mais pessoas, mas seria excelente." (R4 – GESTÃO)

Já nos discursos dos sujeitos que integram o grupo dos profissionais do NASF, em sua quase totalidade, não concordam com tal possibilidade, alegando que a proposta do programa NASF, a principal atuação da equipe, é justamente a de apoio à ESF, não se configurando como "Porta de Entrada" do sistema, função primordial da ESF e que, caso isso venha a acontecer, só reforçará a interpretação errônea das diretrizes do programa, com foco no atendimento ambulatorial e individual dentro da ESF pelos profissionais antes integrantes do programa NASF, servindo diretamente como "porta de entrada" do sistema.

“Eu não concordo (...) eu acho assim, que na hora que colocar este grupo do NASF dentro da ESF a gente não vai ter esta flexibilidade de condução de processo, até porque a gente não é porta de entrada, então como está aqui dentro? A gente precisa tá lá fora no convívio com a comunidade, com o território (...) mas na hora, no momento, que tirar o pessoal do NASF e colocar dentro da ESF a gente vai ser porta de entrada né, e nós não somos” (R2 – NASF)

A partir das reflexões realizadas com base nas questões apresentadas anteriormente, surgiu no círculo hermenêutico-dialético do grupo dos profissionais do NASF, uma terceira possibilidade, a **inclusão de apenas alguns profissionais do NASF na ESF**, a inclusão de apenas algumas classes profissionais motivadas por demandas específicas, como, por exemplo, a elevada demanda de assistência por parte da fisioterapia e da psicologia nos territórios.

A expectativa é que esses profissionais fossem inseridos na ESF, obedecendo suas diretrizes até mesmo como porta de entrada, ampliado o leque de oferta de serviços especializados, porém, que continuasse a existir a equipe do NASF, seguindo as suas próprias diretrizes, apenas com a adequação do número de territórios, objetivando responder a preocupação quanto a elevada demanda.

“(...) o que poderia ser feito realmente, a meu ver, era incluir alguns profissionais dentro da ESF, como foi feito com os dentistas, que inicialmente não tinha. Por exemplo, o fisioterapeuta, eu acho importante, porque a demanda é grande, a psicologia (...) poderia aos poucos incluir alguns profissionais e outros fica como se fosse NASF pra dar apoio a estes que estão lá”. (R2 – NASF)

Tal possibilidade foi reconhecida como mais viável financeiramente nos discursos dos sujeitos integrantes do grupo da Gestão e dos Usuários.

“Bom, o mais viável, quando se trata de custo, seria isso, verdade. O mais viável, é que a gente sabe que no SUS as demandas são muitas e os recursos são limitados, né”. (R4 – GESTÃO)

“Mais viável, com certeza!”. (R5 – ESF)

Dentre todas as possibilidades, manifestando as expectativas para o aprimoramento do Programa NASF quanto ao princípio da integralidade na APS, frente às principais preocupações apresentadas pelos grupos de interesse, a simples adequação do número de territórios sob a responsabilidade de uma mesma equipe de NASF foi a mais discutida e defendida pelos profissionais da Gestão e do NASF.

“(...) eu acredito que a partir do momento que a gente conseguisse organizar o NASF né (...) se eles tivessem mais tempo no território, eu acho que eles conseguiriam sim se integrar, mesmo sem ele estarem incluídos na ESF, não haveria essa necessidade”. (R6 – GESTÃO)

“Eu acho que muda a proposta da fisioterapia, eu acho que o profissional vai acabar trabalhando em outro nível, vai ser mais assistencialista, vai ficar mais específico do atendimento, vai acabar que isso acontece”. (R4 – NASF)

Já o grupo da ESF bem como dos Usuários, pressionados pela elevada demanda assistencialista e a cultura, ainda hegemônica das abordagens individuais por profissionais especialistas, defendem a necessidade da inclusão dos profissionais do NASF na UBS/CSF de forma a ampliar efetivamente a equipe mínima da ESF e com isso ampliar a oferta de serviços especializados nos territórios.

“Mas eu acho assim, a demanda existe é a comunidade necessita, é claro que, não é uma coisa contínua, mas esses outros profissionais, eles não precisam tá trabalhando só atendendo dentro de um consultório fechado, ela pode tá se inserindo em grupos onde ela possa tá fazendo o papel dele, então eu acho que a necessidade de profissionais é bastante grande”. (R3 – ESF)

“(…) eu acho que já tá passando já do tempo que eu acho, que esse programa, eu acho que ele já era pra tá já era, na parte da saúde da família já era pra ter todos esses profissionais, inseridos ali naquela equipe, que pudesse ter os profissionais, psicólogo né, fisioterapeuta, assistente social, que são pessoas que hoje conhecem muito bem as áreas problemáticas do nosso município”. (R6 – USU)

A possibilidade de adequação do número de equipes de ESF apoiadas por uma mesma equipe de NASF, sempre foi uma reivindicação dos sujeitos implicados com o programa, principalmente após os primeiros anos de sua implantação, quando surgiram publicações demonstrando a preocupação com a elevada demanda imposta às equipes de NASF como reflexo do grande número de equipes de ESF vinculadas, repercutindo de forma negativa e dificultando a efetivação da proposta de trabalho do programa com base no apoio matricial (BARBOSA et al, 2010; BEZERRA, 2013; NASCIMENTO, 2014; OLIVEIRA, 2013).

Também percebemos tal preocupação por parte dos órgãos competentes pela proposta do programa (Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Atenção Básica), uma vez que os mesmos vêm promovendo uma série de modificações, desde sua criação em 2008, buscando o aprimorar a proposta de atuação do programa, onde uma das principais alterações foi a redução do número de equipes de ESF e, conseqüentemente, de territórios vinculados a uma mesma equipe de NASF, bem como a criação de diferentes modalidades de NASF, visando ampliar o acesso ao programa a todos os municípios do país.

Como já abordamos anterior, em 2008 quando o programa foi criado, a relação do número de equipes ESF vinculadas a uma mesma equipe de NASF era de 08 a 20 equipes de ESF para uma equipe de NASF 1 e de 03 a 07 equipe vinculadas ao NASF 2. Já em 2010, foi criada uma modalidade NASF 3, pela Portaria 2.843, com o objetivo de atender usuários de crack, álcool e outras drogas na atenção básica e promover a atenção integral em saúde mental para municípios com menos de vinte mil habitantes (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010b). Posteriormente, em outubro de 2011, a Portaria 2.488 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), extinguiu a modalidade NASF 3, transformando-a automaticamente em NASF 2, e promoveu a primeira alteração quanto a redução do número de equipes de ESF vinculadas a cada equipe de NASF, onde as equipes de NASF 1 passaram a acompanhar de 08 a 15 equipes de ESF e cada equipe de NASF 2 de 03 a 07 equipes de ESF (BRASIL, 2011b).

Por fim, objetivando a ampliação do programa a qualquer município do país bem como o aprimoramento das equipes já existentes, tivemos uma das últimas portarias referentes ao NASF e que, atualmente, regem as diretrizes do programa quanto a sua inserção no contexto da APS, a portaria de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefiniu os parâmetros de vinculação das modalidades NASF 1 e NASF 2, além de criar uma nova modalidade NASF 3. A partir desta portaria, atualmente temos três modalidades de NASF, conforme especificado no Quadro 04 (BRASIL, 2012c).

Dessa forma, com base na evolução do programa em termos de legislação vigente, podemos perceber que houve um avanço na adequação da melhor relação entre o número de equipes de ESF vinculadas a cada equipe de NASF, o que o município de Sobral (CE) vem acompanhando, como é possível observar pela distribuição das equipes do NASF em relação às equipes de ESF nos territórios (ver Quadro 01). Porém, na visão dos sujeitos implicados diretamente com os processos de trabalho do programa no município, a atual relação de 5 a 9 equipes de ESF para uma equipe de NASF 1, ainda se configura como um importante aspecto restritivo a atuação do programa, como abordado anteriormente.

Quadro 04: Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012.

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais
NASF 1	05 a 09 ESF e/ou EAB para populações específicas (ECR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	03 a 04 ESF e/ou EAB para populações específicas (ECR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
NASF 3	01 a 02 ESF e/ou EAB para populações específicas (ECR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013. ECR - Equipe Consultório na Rua; EAB - Equipe de Atenção Básica.

O município possui praticamente todas as suas equipes de NASF 1 com mais de 8 equipes de ESF, distribuídos em média em mais de 04 CSF, em diferentes territórios (Quadro 01). Aqui vale ressaltar, que além do número de equipes vinculadas, outro ponto a ser considerado é a distribuição de tais equipes em diferentes territórios, diferentes CSF, principalmente quando envolve territórios distantes, como, por exemplo, as equipes que estão vinculadas a CSF nos distritos, na zona rural do município, uma vez que a logística para o deslocamento das equipes foi outra importante preocupação, restringindo ainda mais a capacidade de atuação dos profissionais e o acesso ao serviço por parte das equipes de ESF e, conseqüentemente, dos usuários.

Tais aspectos talvez possam justificar a opinião dos grupos da ESF e dos usuários, uma vez que os mesmos em sua grande maioria apresenta grande expectativa e defende a plena ampliação da equipe de ESF com a inclusão dos profissionais do NASF, especificamente, a relação de uma equipe de NASF para uma equipe de ESF frente a suas necessidades.

A fragilidade do acesso e ou vínculo das equipes de ESF em relação ao NASF, acaba por gerar demandas específicas, como por exemplo, relacionadas à reabilitação ou a saúde mental, as quais poderiam se beneficiar da inclusão de

profissionais referentes a tais áreas na ESF, mesmo que de forma pontual, como a proposta abordada pelo grupo de profissionais do NASF, com a inclusão na ESF apenas do fisioterapeuta e do psicólogo, frente à demanda específica referente a esses profissionais (LEITE et al., 2013; FORMIGA E RIBEIRO, 2012).

Neste contexto, chama a atenção a proposta de atuação do NASF na modalidade NASF 3. Nessa modalidade, o NASF praticamente constitui-se em uma equipe ampliada de ESF, uma vez que se vincula a no máximo duas equipes. Nessa conformação, o NASF tem a possibilidade privilegiada de realizar ações mais intensivas, sendo a distinção entre ESF e NASF 3 mais formal, constituindo-se na prática, de certa forma, em uma mesma equipe, porém ampliada (BRASIL, 2014).

Todavia, tal proposta ainda se configura como uma questão a ser discutida, uma vez que a referida abordagem ainda requer, mesmo que se tratando de uma única equipe, a pactuação de fluxos e de atividades intraequipe, pois a presença de mais profissionais conformando uma equipe ampliada, deve, em vez de agregar mais ações e ofertas pontuais ou isoladas decorrentes dos núcleos profissionais, enriquecer as competências de todos os profissionais da equipe (BRASIL, 2014).

Se um psicólogo ou um fisioterapeuta de um NASF 3 (ou de um NASF vinculado apenas a um CSF que tenha algumas equipes) passar a atender a todas as demandas de saúde mental ou de reabilitação do território, isso pode resultar em menos acesso e perda da oportunidade de ampliação da capacidade dos demais profissionais da equipe em manejar problemas de saúde mental e de reabilitação.

Por outro lado, a presença, por exemplo, do psicólogo ou do fisioterapeuta pode possibilitar ampliação do leque de ofertas, seja por meio de escuta direta com os usuários ou exercícios de reabilitação, seja por meio do matriciamento das ações dos outros profissionais, compartilhando tecnologias, o que desse modo, pode vir a proporcionar a ampliação do cuidado integral e do acesso a mais serviços de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo presente estudo, buscamos compreender a atuação do programa NASF quanto ao princípio da Integralidade na APS, contextualizando a opinião dos diferentes grupos de interesse, sujeitos que de alguma forma apresentavam-se implicados com os processos de trabalho do NASF no município de Sobral (CE).

Ao analisarmos as categorias temáticas relacionadas às concepções de integralidade, observamos que houve um consenso em relação às concepções apresentadas pelos sujeitos do estudo, apesar de reconhecermos que o princípio da integralidade possui um conceito amplo e que dependendo do contexto no qual os sujeitos estão inseridos pode apresentar diversos sentidos.

Em nosso estudo, os discursos voltaram-se para as concepções de integralidade como uma visão holística do ser, considerando o indivíduo em sua totalidade, quando os sujeitos reivindicaram a importância de considerar o indivíduo em seu contexto biopsicossocial, o qual pode influenciar diretamente sua condição de saúde-doença e, mas especificamente, para a concepção de integralidade como princípio do SUS, fazendo referência à garantia por direito, da atenção a todas as necessidades de saúde do indivíduo, estando diretamente relacionado ao trabalho em equipe multidisciplinar e a articulação entre os diferentes serviços e setores que compõe as diferentes RAS.

Em relação às possíveis contribuições do programa NASF quanto ao princípio da integralidade, os sujeitos reivindicaram como importante contribuição à ampliação das ações de saúde no contexto da ESF, não apenas pela inclusão de diferentes classes profissionais na APS, mas principalmente pela abordagem das diferentes ferramentas de suporte interdisciplinar, com ênfase na noção de clínica ampliada e do PTS, materializando-se por meio das abordagens do apoio matricial e das equipes de referência.

Por se tratar de equipes multidisciplinares atuando na perspectiva do apoio matricial no contexto da APS, o programa NASF, na opinião da maioria dos sujeitos implicados no estudo, apresenta a potencialidade para a articulação das RAS, podendo assumir um papel de articulador entre as equipes de ESF e os demais serviços de saúde e ou outros setores, favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e continuidade do cuidado.

Porém, também identificamos em nosso processo avaliativo, principalmente a partir do círculo com os representantes da ESF, que apesar de reconhecerem as contribuições e potencialidades do programa NASF quanto ao princípio da integralidade, os participantes demonstraram preocupação quanto ao que realmente acontece na prática, uma vez que, segundo os mesmos, nem sempre condiz com as diretrizes e potencialidades que o programa apresenta, devido há uma série de aspectos que restringem a atuação do mesmo.

Preocupação compartilhada praticamente por todos os sujeitos envolvidos no processo avaliativo, a fragilidade do vínculo profissional entre as equipes e especialmente entre os profissionais e a população, foi o principal aspecto restritivo identificado, sobretudo como resultado do elevado número de equipe de ESF vinculadas a uma mesma equipe do NASF e mais precisamente, do número de diferentes territórios que as equipes estão vinculadas, o que, agravado pela dificuldade de deslocamento entre os territórios, fragiliza de sobremaneira o vínculo e por vezes o acesso a tais territórios.

Outro aspecto restritivo que chamou a atenção foi a falta de competência por parte dos profissionais para atuarem no contexto da APS, traduzindo-se em falta de conhecimento, habilidades e atitudes por parte dos profissionais, resultando em falta de perfil profissional para tal abordagem, o que de certa forma é um aspecto ainda mais restritivo, uma vez que o profissional que não possui as competência para a atuação no contexto da APS e conseqüentemente não apresenta o perfil exigido, dificilmente conseguirá formar bons vínculos, independentemente do número de equipes e ou territórios aos quais possa estar vinculado.

Durante a abordagem sobre os aspectos restritivos a atuação do programa, os *stakeholders* manifestaram diversas expectativas e sugestões de mudança, com destaque para a redução do número de equipes ESF vinculadas a uma mesma equipe do NASF, nesse ponto havendo consenso entre os diferentes grupos de interesse. Porém, frente aos dissensos identificados entre os grupos implicados na avaliação, uma questão permaneceu em discussão: a possibilidade de inclusão dos profissionais hoje integrantes da equipe do NASF, na equipe mínima da ESF, de forma que teríamos uma equipe ampliada de ESF.

Dessa forma, ao final de nosso estudo, refletindo sobre os aspectos restritivos identificados e discutidos, em sua grande maioria, os representantes dos grupos da Gestão e dos profissionais do NASF, defenderam a princípio, a inclusão de apenas algumas classes profissionais, hoje integrantes do NASF, na ESF, com base na necessidade (demanda) do território, além da redução do número de territórios vinculados a uma mesma equipe de NASF.

Já os representantes da ESF e do grupo dos Usuários, em sua grande maioria, acreditam que a melhor opção seria a ampliação efetiva da equipe de ESF, com a possível inclusão das classes profissionais hoje compondo o NASF, não havendo a necessidade de uma segunda equipe.

Assim, podemos afirmar que o processo avaliativo do programa NASF aqui desenvolvido, contribuiu para uma construção reflexiva sobre a atuação do mesmo quanto ao princípio da integralidade, possibilitando uma avaliação com características, principalmente, formativas aos diferentes grupos de interesse, uma vez que por meio da aplicação dos círculos hermenêuticos-dialéticos, os sujeitos do presente estudo tiveram acesso a diversas informações e contextos relacionados ao programa, proporcionando-lhes a oportunidade de construir e reconstruir suas concepções e práticas implicadas com a proposta do NASF.

Como limites do presente estudo, podemos referir o não cumprimento de todos os 12 passos propostos pelos autores Guba e Lincoln (2011) para a operacionalização da Avaliação de Quarta Geração, porém, tal limitação é atenuada quando relembramos que os próprios autores afirmam que, embora os 12 passos apresentem uma sequência linear, isso não quer dizer que seja obrigatório ou indispensável segui-los rigidamente, não sendo apenas possível, mas desejável, que algumas vezes ocorram saltos de um ou mesmo de vários passos. Outra limitação refere-se a não utilização do Método Comparativo Constante para análise do material empírico coletado, método este recomendado pelos autores para a aplicação dos círculos hermenêuticos-dialéticos.

Compreendemos que, por mais que se tenha tentado contemplar a temática de maneira mais abrangente possível, a atuação do NASF quanto ao princípio da integralidade é ampla e complexa, exigindo-se dessa maneira, que sejam implementados processos avaliativos de forma contínua e contextualizados

para seu aprimoramento, incluindo a participação de todos os sujeitos implicados com o processo avaliativo do programa, para que por meio da discussão e compreensão do objeto de estudo, possam auxiliar no fortalecimento dos processos de trabalho do NASF bem como fornecer elementos para futuras discussões.

Nesse contexto, acreditamos que os resultados do presente trabalho possam vir a compor pontos de discussão e, principalmente, de ações que visem o aperfeiçoamento dos processos de trabalho do NASF, buscando minimizar os aspectos restritivos aqui identificados, considerando as diversas contribuições e potencialidade reivindicadas pelos sujeitos implicado com sua atuação.

7 REFERÊNCIAS

AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ANDRADE, L. M. B.; QUANDT, F. L.; CAMPOS, D. A.; DELZIOVO, C. R.; COELHO, E. B. S.; MORETTI-PIRES, R. O. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.

ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O.; VILELA, A. B. A, BOERY, R. N. S.O; SENA, E. L. S. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.99, p.672-680, Out./Dez. 2013.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicologia & Sociedade**, v.25, n.2, p.461-468, 2013.

ARAÚJO, M. R. **A produção de redes de cuidado na atenção básica: o protagonismo do núcleo de apoio à saúde da família de Parnaíba-PI**. 2014. 68 f. **Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)** - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral – CE, 2014.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R.; RIBEIRO, E. E. N. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter Mov.** Curitiba, v.23, n.2. p.323-330, Abr./Jun. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010.

BEZERRA, P. A. **Atuação dos profissionais do núcleo de apoio à saúde da família no Recife: desafios e possibilidades**. 2013. 109 f. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)** - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. Projeto Terapêutico Singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v.22, n.1, p.85-92, Jan./Abr. 2011.

BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da estratégia saúde da família. **Rev. APS**. v.17, n.2, p.195-203, Abr/Jun. 2014.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.2, p.318-324, 2010.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, v.41, n.1, p.150-153, 2007.

BRASIL, Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, Publicado em 19 de Fevereiro de 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde – CONASEMS. **Atenção Básica que Queremos**. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n.204, 24 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conselho Nacional de Saúde. **Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 466/2012 – CNS. Brasília, Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Cadernos HumanizaSUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: MS; 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010**. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 set. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n. 27: Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p.9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano** – Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011c.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec. 2000.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, 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, fev, 2007.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. A.; FERRER, A. L.; SANTOS, D. V. D.; STEFANELLO, S.; TRAPÉ, T. L. PORTO, K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4643-4652, 2011.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad Saude Publica**. v.26, n.4, p.693-705, 2010.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.477-506, 2012.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CECILIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R. CARAPINHEIRO, G. ARAÚJO, E. C. OLIVEIRA, L. A. ANDRADE, G.; MENESES, C. S. PINTO N. C. O. E. REIS, D. O; SANTIAGO, S.; SOUZA, A.L. M.; SPEDO, S. M. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.11, p.2893-2902, 2012.

CERVATO-MANCUSO, A. M; CERVATO-MANCUSO, A. C. C.; TONACIO, V.; SILVA, E. R. VIEIRA, V. B. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p.3289-3300, 2012.

COLUSSI, C. F. **Avaliação da Qualidade da Atenção em Saúde Bucal em Santa Catarina**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. 2010.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saude Publica**, v.24, Supl.1, p.275, 2008.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.13, n.3, p.5-15, 2004.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M.M.; FERREIRA, M. L. S. M.; REIS, J.R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**v.62, n.1, p.113-118, 2009.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961–970, Out/Dez. 2011.

DESLANDE, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v.13, n.1, p.103-107, 1997.

DESLANDES, S. F.; IRIART, J. A. B. Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **Cad. Saúde Pública**. v.28, n.12, p.2380-2386, 2012.

FONSECA, A. J.; MACHADO, F. R. S.; BORNSTEIN, V. J.; PINHEIRO. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. v.21, n.3, p.519-27, 2012.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista brasileira de Ciências da Saúde**, v.16, n.2, p.113-122, 2012.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P.; GRANJA, G. F.; ERMEL, R. C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm**. v.45, n.5, p.1135-1141, 2011.

FRAGELLI, T. B. O. Análise das competências profissionais no núcleo de apoio à saúde da família. 2013. 176 f. **Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)** - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 6, n.1, p.165-181, 2001.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCORE, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T.; CUNHA, M. S.; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.3, p.783-794, 2009.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, Supl.1, p.881-892, 2011.

GUBA, E. G.; LINCOLN, S. L. **Avaliação de Quarta Geração.** / Egon G. Guba, Yvonna S. Lincoln / Tradução: Beth Honorato. – Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BOARETTO, R. C. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.6, p.2877-2887, 2011.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores Sociais. **Cienc Saude Coletiva**, v.14, sup.1, p.1359-1365, 2009.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p.3561-3571, Ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Boletim Informativo sobre dados epidemiológico.** Seção Sobral (CE), 2013.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e Bioética: para dar início à reflexão. **Texto Contexto Enferm.** v.14, n.1, p.106-110, 2005.

KOHLRAUSCH, E. R. Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na estratégia saúde da Família. **Tese (Doutorado em Enfermagem).** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.

LEITE, D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, p.4, p.1167-1187, Out./Dez. 2013.

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

LIMA, M. L. L. T.; LIMA, M. L. C.; DESLANDES, S. F.; SOUZA, E.; R.; BARREIRA, A. K. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n1, p.33-42, 2012.

LINHARES, J. H.; PINTO, P. D.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; FREITAS, C. A. Análise das ações da Fisioterapia do NASF através do SINAI no município de Sobral-CE. **Cadernos da Escola de Saúde Pública.** Ceará, v.4, n.2, p.32-41, 2010a.

LINHARES, J. H.; FROTA, S. L. F.; SOARES, C. H. A.; LINHARES, A.E. M. S.; MELO, M. S. S. Sistema de informação em fisioterapia na atenção básica no território dos terrenos novos no município de Sobral, Ceará. **SANARE: revista de políticas públicas**, Sobral. v.9, n1, 2010b.

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

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, M. L. E. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

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

MENDES, E.; V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2011.

MENDOÇA, M. H. M.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCORE, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2355-2365, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. L. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v.15, n.3, p.465-474, 2010.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.18, n.1, p.957-970, Mar. 2014.

NASCIMENTO, C. M. B. **Núcleo de apoio à saúde da família: uma análise da atenção à saúde em municípios da região metropolitana do recife**. 2014.182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

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

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.44-57, 2004.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.4, p.727-33, 2006.

OLIVEIRA, F. R. L. **A integração das ações no campo da saúde mental entre a Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família: desafios para uma prática interdisciplinar.** 2013. 116 f. **Dissertação (Mestrado em Psicologia)** Universidade de São Paulo, SP, 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde (OMS). **Relatório Mundial da Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca.** Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília: OPAS; 2011.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z. T.; ANDRADE, A. S. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.3, p.493-502, Jul./Set. 2011.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.73-79, 2011.

REIS, F.; VIEIRA, A. C. V. C. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v.21, n.2, p.351-360, 2013.

REZENDE, M.; MOREIRA, M. R.; FILHO, A. A.; TAVARES, M. F. L. A equipe multiprofissional da "Saúde da Família": uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, Supl.1, p.1403-1410, 2009.

RIBEIRO, J.M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4623-4633, 2011.

SALA, A.; LUPPI, C. G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R. G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SAMPAIO, L. F. R. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. **Cad Saude Publica**. v.24, Supl.1, p.19-21, 2008.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.3, p.765-774, 2012.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.5, p.1143-1150, 2012.

SILVA, A. C. M. A.; VILLAR, M. A. M.; CARDOSO, M. H. C. A.; WUILLAUME, S. M. A. Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde Soc**, v.19, n.1, p.159-169, 2010.

SILVA, A. L. F.; SOUSA, R. M. A roda como espaço de cogestão da residência multiprofissional em saúde da família do município de Sobral – CE. **SANARE**, Sobral, v.9, n.2, p.07-13, jul./dez. 2010.

SILVA, A. T. C. S.; AGUIAR, M. E.; WINCK, K.; RODRIGUES, K. G. W.; SATO, M. E.; GRISI, S. J. F. E.; BRENTANII, A.; RIOS, I. C. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.11, p.2076-2084, 2012.

SILVA, C. T. S.; SILVA, S. S.; ALMEIDA, M. V. G.; ARAÚJO, I. B. Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. **Revista Cuidarte**, v.5, n.2, p.731-738, 2014.

SILVA, D.J.; DA ROS, M.A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1673-1681, 2007.

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.

SILVEIRA, E.R. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p.2377-2386, 2012.

SOUSA, M. L. T.; TÓFOLI, L. F. Apoio matricial e integralidade na atenção primária à saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.6, n.13, p.47-70, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, C. J. V.; BELISÁRIO, S. A.; STRALEN, T. B. S.; LIMA, A. M. D.; MASSOTE, A. W.; OLIVEIRA, C. L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad Saude Publica**. v.24, Supl.1, p.148-158, 2008.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.1079-1097, 2010.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; THUMÉ, E.; PICCINI, R. X.; OSORIO, A.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; TEIXEIRA, V. A.; DILÉLIO, A. S.; MAIA, M. F. S. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4395-4404, 2011.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v.18, n.6, p.1561-69, 2002.

VÉRAS, M. M. S.; QUINDERÉ, P. H. D.; FERREIRA, L. P.; ARAGÃO, J. M. G. A. COELHO, M. A. A. A. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família – SINAI, **Rev Saúde Soc**. v.16, n.1, 2007.

WANSSA, M. C. D. Autonomia versus Beneficência. **Rev. Bioética**. v.19, n.1, p.105 – 17, 2011.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo. Tese (Doutorado em Enfermagem)**. Universidade de São Paulo, 2005.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de Programas: concepções e práticas**. São Paulo: EDUSP, 2004.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (GESTÃO, NASF E ESF)

PROJETO: Atuação do NASF quanto ao Princípio da Integralidade na Atenção Primária a Saúde: Um Processo Avaliativo Construtivista Responsivo

Sobral, _____ de _____ de 2014.

ENTREVISTA Nº: _____

Na sua Opinião e com Base em sua Prática como Profissional Implicado com o NASF (Integrante da Gestão, de uma Equipe do NASF ou da ESF), Comente as Questões a Seguir:

01 - Como você compreende o Princípio da Integralidade na Atenção Primária a Saúde?

02 - Como a atuação do programa NASF contribui com o Princípio da Integralidade na Atenção Primária a Saúde?

03 – Existe(m) problema(s) que dificulta(m) a atuação do programa NASF para com o Princípio da Integralidade? Justifique sua resposta.

04 – Existe algo que deveria ser modificado e/ou melhorado no programa NASF quanto a sua atuação em relação ao Princípio da Integralidade? Justifique sua resposta.

05 – Você gostaria de fazer mais algum comentário em relação ao tema: Atuação do NASF quanto ao Princípio da Integralidade na Atenção Primária a Saúde?

Obrigado.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA
USUÁRIOS ASSISTIDOS PELO NASF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

PROJETO: Atuação do NASF quanto ao Princípio da Integralidade na Atenção Primária a Saúde: Um Processo Avaliativo Construtivista Responsivo

Sobral, _____ de _____ de 2014.

ENTREVISTA Nº: _____

Na sua Opinião e com Base em sua Experiência com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Comente as Questões a Seguir:

01 – O que você entende como Atenção (Cuidado) Integral a sua Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)?

02 – Como a atuação dos profissionais do NASF contribui com a Atenção (Cuidado) Integral de sua Saúde?

03 – Existe(m) problema(s) que dificulta(m), atrapalha(m), a atuação dos profissionais do NASF na Atenção (Cuidado) Integral de sua Saúde? Justifique sua resposta.

04 – Existe algo que deveria ser modificado (mudado) e/ou melhorado na atuação dos profissionais do NASF para a Atenção (Cuidado) Integral de sua Saúde? Justifique sua resposta.

05 – Você gostaria de fazer mais algum comentário em relação ao tema: Atuação dos profissionais do NASF na Atenção (Cuidado) Integral de sua Saúde?

Obrigado.

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) Sr(a): _____

Sou JOÃO DUTRA DE ARAUJO NETO, Aluno do Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Saúde da Família - MASF da Universidade Federal do Ceará – UFC / Sobral - CE. Estamos desenvolvendo um estudo que possui o objetivo de “Avaliar a atuação do programa Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF quanto a Atenção Integral à Saúde, em Sobral – CE”.

Em nosso estudo, pretendemos entrevistar algumas pessoas que de alguma forma, estão envolvidos com o programa NASF, pessoas envolvidas com os processos de trabalho do programa e com essa avaliação, que possam a vir se beneficiar ou se prejudicar de alguma forma com a mesma, como por exemplo: Gestores (Coordenadores), profissionais do NASF, profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pessoas assistidas (atendidas) por algum profissional do NASF, de forma individual e/ou em grupo.

Gostaríamos de sua participação comentando algumas perguntas com base em um roteiro de 05 (cinco) questões que servirão de base para nossa avaliação, sobre o que você entende por Atenção (cuidado) Integral a Saúde e sobre a atuação do programa NASF quanto a Atenção (cuidado) Integral a Saúde nas Unidades Básicas de Saúde junto da população.

Posteriormente, também convidamos você, a participar de um momento em grupo, um grupo de discussão com outras pessoas que também participaram das entrevistas assim como você, onde eu estarei apresentando o resultado parcial das entrevistas, para que você, juntamente com os outros participantes, possam confirmar o resultado ou corrigir alguma informa que julgarem necessário.

Informamos que todas as entrevistas serão registradas por meio de gravação de voz (áudio). Certificamos que as informações e opiniões emitidas pelo senhor (a), não causarão nenhum dano, risco ou prejuízo à sua pessoa e serão tratadas anonimamente (sem serem identificadas) no conjunto dos demais participantes e de futuras apresentações e publicações dos resultados.

Sendo assim, gostaríamos de contar com a sua participação no desenvolvimento de nosso estudo, nos permitindo o registro de áudio de seus comentários durante a entrevista bem como durante o grupo de discussão. Esclarecemos ainda que, em qualquer momento da realização do estudo, caso não seja do seu interesse sua continuidade como participante do mesmo, haverá possibilidade de retirar esse consentimento (autorização), conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Comprometemos-nos a dar retorno dos dados encontrados e negociar com os todos os participantes, a validade das informações obtidas nesse processo de avaliação. Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação (dúvida) que julgar necessária.

JOÃO DUTRA DE ARAUJO NETO

Pesquisador Responsável pelo Estudo

Aluno do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família – MASF
Universidade Federal do Ceará – UFC
Endereço: Rua Ananguera, 228. Bairro São Francisco, Parnaíba – PI.
Fone: (86) 9525-2421 / (86) 9802-1135

DRA. IZABELLE MONT'ALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE

Orientadora Responsável pela Estudo

Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UEVA
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/8155612498783539>

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, aceito participar do estudo de JOÃO DUTRA DE ARAUJO NETO: **ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF QUANDO AO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE - APS: UMA AVALIAÇÃO CONSTRUTIVISTA RESPONSIVA**, em que seus resultados serão tratados sigilosamente e caso não queira mais participar do estudo, tenho liberdade de retirar meu consentimento.

Sobral – CE, _____ de _____ de 201__.

Participante

RG: _____

João Dutra de Araujo Neto
RG: 2.149.454

