

HRJ

v.2 n.11 (2021)

Recebido: 26/10/2020

Aceito: 26/04/2021

Projeto de intervenção no território: avaliações de ações educativas sobre a transição do modelo biomédico para o de base comunitária

Daniela Sousa de Oliveira¹
George Luiz Nêris Caetano²

¹Terapeuta Ocupacional. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto, Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPESC. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília – UnB. E-mail: aleinda21@gmail.com.

²Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – UnB. E-mail: georgeluz61@yahoo.com.br.

RESUMO

Com a Política Nacional de Atenção Básica e a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, ocorreu um redirecionamento de profissionais da Atenção Básica para Equipes de Saúde da Família (EqSF). Os profissionais que trabalhavam na concepção denominada “tradicional” passaram a participar de intervenções educativas com a perspectiva de mobilização sobre o novo modelo que integrariam. O estudo teve como objetivo avaliar o impacto imediato das intervenções educativas realizadas em 2017 com uma Equipe de Transição (Etesf) de Ceilândia – Distrito Federal e, posteriormente, compará-la a uma EqSF inserida no modelo de atenção de Estratégia de Saúde Família (ESF). Trata-se de um projeto de intervenção realizado em três etapas que compreendem o diagnóstico territorial; planejamento e execução de oficinas interventivas e comparação dos resultados obtidos por meio da aplicação de um questionário estruturado em escala Likert de quatro pontos. As respostas oriundas da aplicação deste instrumento com a Etesf foram comparadas com as respostas advindas da EqSF. A comparação das respostas demonstrou que a dificuldade de assimilação de conceitos estruturantes para o processo de trabalho das equipes está presente tanto na Etesf quanto na EqSF. As dificuldades para consolidação do modelo de ESF estão presentes tanto em equipes que se encontram em processo inicial de conversão quanto em equipes cujo processo de trabalho está estruturado neste modelo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Capacitação em serviço

Intervention project in the territory: evaluations of educational actions on the transition from the biomedical model to the community-based model

ABSTRACT

With the National Primary Care Policy and the Primary Health Care Policy of the Federal District, there was a redirection of Primary Care professionals to Family Health teams. The professionals who worked on the so-called "traditional" conception started to participate in educational interventions in order to mobilize them about the new model that they would integrate. The objective of this study was to evaluate the immediate impact of the educational interventions carried

out in 2017 with a Transition team in Ceilândia / DF, after that, to compare Transition Team with an Family Health team inserted in the Family Health Strategy model of care. This is an intervention project carried out in three stages that comprise the territorial diagnosis; planning and execution of intervention workshops and comparing the results obtained through the application of a questionnaire structured on a four-point Likert scale. The responses from the application of this instrument to Transition team were compared with the responses from Family Health team. The comparison of the answers showed that the difficulty of assimilating structuring concepts to the work process of the teams is present in both Transition team and Family Health team. The difficulties to consolidate the Family Health Strategy model are present both in teams that are in the initial conversion process and in teams whose work process is structured in this model.

Keywords: primary health care. family health strategy. inservice training.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada por meio da Portaria GM n°. 648, de 28 de março de 2006, caracteriza a atenção básica, também denominada Atenção Primária à Saúde (APS), como um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como a estratégia prioritária de expansão, de qualificação e de consolidação da atenção básica, por meio da reorganização da atenção e reorientação do processo de trabalho, favorecendo a ampliação da resolutividade e do impacto na situação de saúde, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade¹.

Desde 2017, como reformulação da PNAB, a ESF deixa de ser estratégia prioritária e conseqüentemente promove “[...] relativização da cobertura universal, segmentação do acesso, reorganização do processo de trabalho e fragilização da coordenação nacional da política [...]”. Paralelamente a essas mudanças, no Distrito Federal (DF) foi criada sua própria Política de Atenção Primária à Saúde, que tinha como objetivo conversão de todas as equipes do modelo tradicional, biomédico, para de ESF². A APS no DF apresenta uma abordagem assistencial de baixa resolutividade, com condições precárias de trabalho, sem retaguarda de especialidades da área da saúde e desconectada da atenção hospitalar, além da baixa cobertura de ESF, de apenas 30,7%, o que impacta negativamente na qualidade da atenção e no acesso aos serviços. Para melhorar esse quadro, foi lançado pelo Governo do Distrito Federal (GDF) o programa Brasília Saudável: um conjunto de ações para o fortalecimento da APS como estratégia de reorganização do sistema de

atenção à saúde e porta principal de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Nesse mesmo sentido, foi publicada a Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que visa estabelecer a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Esta dispõe que a APS terá como uma das modalidades de serviço a Equipe de Saúde da Família (EqSF), responsável por um território determinado de até 4000 pessoas, composta por um médico de família e comunidade, um enfermeiro, técnicos de enfermagem e até seis agentes comunitários de saúde⁴. Também foi publicada em fevereiro de 2017 a Portaria nº 78 para disciplinar o processo de conversão da APS do DF ao modelo da ESF. Segundo a portaria, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) serão convertidas progressivamente para o modelo de ESF, priorizando-se as áreas de maior vulnerabilidade social. Essas UBS em processo de conversão serão compostas por equipes de transição (Etesf), que serão capacitadas e posteriormente divididas em EqSF⁵.

A implantação do programa Brasília Saudável está dimensionada para ocorrer de forma progressiva até 2018, nas Regiões de Saúde definidas no Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016, iniciando no primeiro ano com as vertentes: conversão de parte dos Centros de Saúde Tradicionais de Ceilândia em Clínicas da Família, exclusivamente com Estratégia Saúde da Família, com equipes completas e reformas nas unidades³.

Com uma população de 454.175 habitantes (IBGE, 2015), Ceilândia é a Região Administrativa com maior densidade urbana do DF, e seu território, em somatório ao de Brazlândia, constitui a Região de Saúde Oeste. A cobertura da ESF em Ceilândia em 2018 era de 22% e o planejamento do Projeto Brasília Saudável previa um aumento desta cobertura para 72% até o final do ano de 2018³. A Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), por meio das mudanças decorrentes da publicação das Portarias nº 77 e 78/2017, reconheceu a necessidade de reestruturação da APS como ordenadora da atenção ao usuário e como porta de entrada preferencial do SUS, dessa maneira, visou atingir 75% de cobertura da população do DF com a ESF em 2019. Entretanto, para que isso acontecesse, equipes mistas e tradicionais precisariam aderir ao processo de transição, para então serem capacitadas com intervenções teórico-práticas, nas Superintendências

de Saúde^{4,5}.

Um dos principais desafios para a ESF trata-se dos recursos humanos, sendo necessária uma reorganização e qualificação do processo de trabalho⁶. Estratégias educativas podem contribuir para o enfrentamento de problemas de saúde de forma a melhorar o acesso aos serviços, a qualidade do atendimento prestado e a resolutividade. Assim, são necessárias ações de capacitação, formação e educação permanente de profissionais de saúde para atender aos princípios e às diretrizes organizativas da Política Nacional de Atenção Básica e, por consequência, aumentar a capacidade resolutiva da atenção neste nível do sistema⁷.

As intervenções educativas propostas neste trabalho inserem-se no contexto do processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do DF para o modelo de ESF, contribuindo para a construção e o aperfeiçoamento do perfil do cuidado oferecido nas UBS. O estudo teve como objetivo avaliar o impacto imediato das intervenções educativas realizadas com uma Equipe de Transição (Etesf) de Ceilândia – DF e, posteriormente, compará-la a uma EqSF inserida no modelo de atenção de ESF.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção de abordagem mista, com perspectiva de consolidação do modelo de atenção pautado na ESF, tendo em vista a garantia do acesso, integralidade, longitudinalidade, vínculo, responsabilização, entre outros princípios previstos na Política Distrital de Atenção Primária à Saúde⁴. Dessa forma, foi realizada uma comparação entre os trabalhadores que participaram das oficinas de sensibilização e trabalhadores que já trabalham no modelo de ESF. A intervenção foi organizada em três etapas, a primeira consistiu na realização de um diagnóstico territorial, realizado a partir de visita *in loco* em cada UBS selecionada. A seleção foi feita por conveniência e interesse dos profissionais das equipes, gestores locais e residentes responsáveis pela intervenção. Ao todo, foram selecionadas duas UBS, uma composta por EqSF e outra composta por Etesf.

O mapeamento das demandas do território foi coletado a partir de entrevista coletiva

semiestruturada e observacional. Após esse processo, elaborou-se Questionário de Avaliação de Resultado (QAR) contendo temáticas referentes ao modelo ESF: “humanização”, “acolhimento”, “fluxos e rede de atenção à saúde”, “organização” e “processo de trabalho das equipes”.

A segunda etapa consistiu no planejamento e execução de oficinas na unidade básica composta por Etesf. Por fim, na última etapa ocorreu a aplicação do QAR para verificação dos efeitos da intervenção. Os participantes responderam o QAR na escala do tipo *Likert*, de quatro pontos, contendo temáticas que seriam abordadas futuramente nas oficinas interventivas. Os questionários foram preenchidos previamente à realização da primeira intervenção, sendo novamente reaplicados ao final do ciclo de oficinas, no caso da Etesf, para avaliar seus efeitos⁸. Foi realizada, ainda, aplicação do QAR com a EqSF da UBS selecionada, levando em consideração os conhecimentos sobre a Política Nacional e Distrital de Atenção Básica, bem como a prática e vivência no modelo ESF. O objetivo dessa etapa foi captar percepções iniciais sobre o desempenho da EqSF em comparação à Etesf contemplada pelas oficinas.

O público-alvo foi composto por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, entre outros profissionais de saúde que aderiram ao processo de conversão do modelo de atenção à saúde tradicional para o modelo de ESF e que passaram por cinco oficinas de sensibilização relacionadas ao processo de trabalho da ESF, assim como outras temáticas relacionadas ao SUS. A metodologia adotada para a realização das oficinas foi de construção coletiva, com incentivo às trocas de experiências e saberes, favorecendo o pensamento reflexivo, de modo a promover a construção de espaços horizontais de aprendizado e discussão, haja vista que estes profissionais possuem potencial de vinculação, principalmente devido ao ambiente participativo. As oficinas tiveram como objetivo permitir aos sujeitos a formação de laços de cuidado, de trabalho e de afetividade consigo e com os outros⁹.

Para analisar o real impacto atribuível à realização das oficinas, fez-se necessário definir grupos de comparação com características similares, ou seja, cuja única diferença entre estes fosse à presença ou não das oficinas. Idealmente, esses grupos deveriam ser escolhidos antes da

intervenção, tomando-se como base um universo de várias UBS escolhidas ao acaso para serem contempladas ou não pelas oficinas, formando, assim, os grupos de comparação para a avaliação. Esse método, conhecido como avaliação de impacto experimental, é capaz de fornecer informações confiáveis de qual seria, por exemplo, o desempenho do grupo contemplado, caso não tenha acesso às oficinas¹⁰.

Contudo, devido às necessidades dos gestores responsáveis pela ação e ao desenho da intervenção, não foi possível adotar neste estudo essa metodologia para identificação do impacto das oficinas. Apesar de se obterem dados de duas UBS, sendo apenas uma contemplada para a intervenção, elas apresentavam características muito distantes, não sendo, dessa forma, o grupo de comparação necessário para a avaliação. No entanto, a análise sobre a trajetória observada para o desempenho da UBS participante das oficinas e sua comparação com o desempenho da EqSF, pautada no modelo ESF, foi capaz de fornecer percepções iniciais relevantes sobre os efeitos da intervenção realizada.

Com os dados disponíveis sobre o desempenho da Etesf no QAR, antes e depois da intervenção, pode-se analisar a presença de variações significantes nas respostas da equipe, após a realização das oficinas. Essa análise foi feita separadamente para cada item avaliado no questionário, estimada nos parâmetros da seguinte regressão linear simples pelo método *ordinary least squares* (OLS): $Y_i = \beta_0 + \beta_1 T_i + \epsilon_i$, onde “ Y_i ” é a resposta do indivíduo “ i ”, “ T_i ” é uma *dummy*¹ que indica em que momento a resposta foi dada, “ β_0 ” e “ β_1 ” são os parâmetros a serem estimados e “ ϵ_i ” é um erro aleatório de distribuição normal atribuído à resposta do indivíduo “ i ”.

O parâmetro de interesse para essa análise foi o BETA 1. Sua interpretação é justamente a relação marginal o momento em que o questionário respondido possui sobre a resposta observada. Nota-se que a estimação desse parâmetro equivale a um Teste de Comparação de Médias para os resultados dos indivíduos avaliados no período anterior e posterior da intervenção. O referido teste estatístico possibilita verificar relação estatisticamente significativa nas respostas coletadas. Além

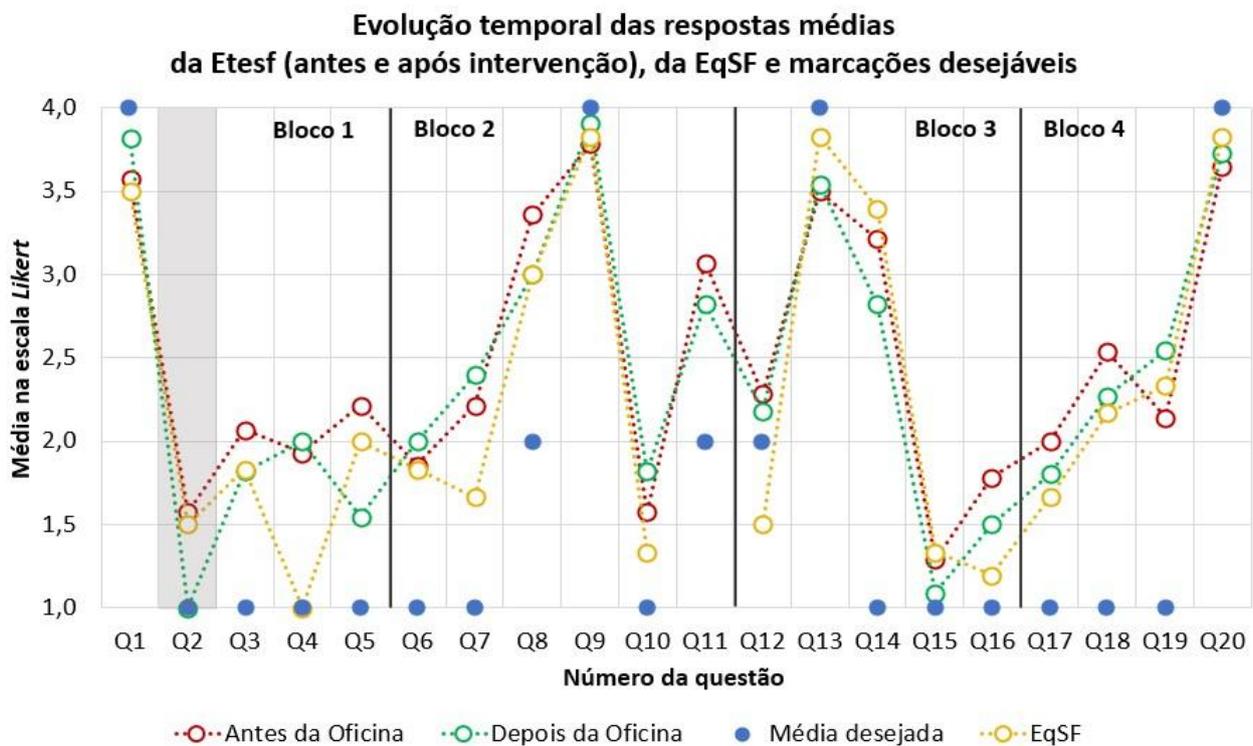
¹ Essa *dummy* assume valor 1 quando a resposta é dada no período pós-intervenção e 0, no caso contrário.

dessa análise, discorreu-se descritivamente sobre a comparação dessas respostas com aquelas obtidas na avaliação da EqSF e as próprias respostas consideradas desejáveis para o questionário. À priori, as respostas observadas na EqSF deveriam estar muito próximas do que seria considerada a resposta desejável. Para facilitar a análise, o questionário se estruturou em quatro blocos conforme os seguintes núcleos de conhecimento: i) “humanização, acesso e território”; ii) “acolhimento e classificação de risco”; iii) “processo de trabalho: equipe de saúde da família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família”; e iv) “modelo de atenção à saúde pautado na Estratégia de Saúde da Família”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As respostas oriundas dos QARs aplicados, em ambos os grupos, foram sistematizadas conforme apresentado na Figura 2. As Questões (Q) foram identificadas e aglomeradas dentro do bloco temático a que pertencem.

Figura 1. Sistematização das médias de respostas oriundas da aplicação do Questionário de Avaliação de Resultados e respostas desejáveis



A figura acima descreve as médias obtidas das respostas dos QAR, sendo 1,0, nesta escala Likert, “Com certeza não”; 2,0, “Provavelmente não”; 3,0, “Provavelmente sim”; e 4,0, “Com

certeza sim”. Para cada questão identificada no gráfico como “Q” e “n” o número que o acompanha (n=1...n=20), há a indicação da média de opiniões esperada (“Média desejada”), tendo como referência as diretrizes e recomendações de normativos e documentos oficiais da atenção básica, bem como as evidências científicas acumuladas sobre os impactos e a efetividade do modelo ESF como estratégia prioritária para a atenção primária.

Com vistas a facilitar a visualização das médias de respostas obtidas, além de permitir *insights* sobre o perfil de cada equipe, estão plotadas na Figura 1 as opiniões da Etesf antes da intervenção, após a realização das sucessivas oficinas, assim como as respostas da EqSF. Essa estratégia permite mais facilmente comparar as médias gerais com a média desejável. O componente de perguntas que vai de Q1 a Q5 corresponde ao bloco temático referente à “humanização”, “acesso” e “território”; o agrupamento que vai de Q6 a Q11 refere-se a “acolhimento” e “classificação de risco”; Q12 à Q16, “processo de trabalho”; e Q13 à Q20, “modelo pautado na ESF”. Não se observou, no geral, um distanciamento significativo das médias da EqSF e Etesf. Apesar das médias apresentadas não coincidirem com a média desejada, exceto para Q2 e Q4, a maioria das opiniões aproxima-se das recomendações previstas nas Políticas Nacional e Distrital de Atenção Básica. De um modo geral, as respostas da Etesf, após as oficinas, aproximaram-se mais da média desejada. Além disso, observou-se que as opiniões oriundas da EqSF são as que possuem, em sua maioria, mais afinidade com as recomendações e diretrizes presentes nas políticas de saúde com relação ao teste estatístico, foi observada significância para Q12 ($p < 0,06$).

BLOCO 1: Humanização, acesso e território

Lançada em 2004, a Política Nacional de Humanização estabelece ações para diminuir as barreiras de acesso e aproximar o profissional da saúde com a população de seu território adscrito¹⁴. A efetivação da humanização como princípio ainda é um desafio, conforme apresentado na conclusão de uma revisão sistemática que visou analisar as práticas de humanização na atenção

básica na Rede Pública SUS. Estas ainda não conseguem produzir melhoria no serviço ofertado, pois não há uma reflexão mais aprofundada dos processos de trabalho e uma educação permanente com os profissionais da saúde.

É possível observar que na Q4 a EqSF correspondeu à marcação desejada enquanto a Etesf se manteve distante da média desejada nos dois momentos (antes e depois das oficinas). Ressalta-se que a EqSF tem perspectiva esperada de trabalho focada na comunidade e a humanização como ferramenta de manejo, o que não pôde ser verificado na Etesf ¹¹.

Entender as representações de acesso é fundamental diante das fragilidades da rede de atenção à saúde, considerando que a APS visa garantir o acesso por meio do seu poder de coordenação do cuidado e orientação da rede ^{12 13}. Nota-se que a humanização, enquanto ferramenta, ainda precisa ser mais bem discutida com a Etesf para orientar sua prática, espera-se desta que o acesso garantido não seja sinônimo de uma consulta com profissional especialista, de forma a valorizar as diferentes especialidades da equipe, garantir o direito dos usuários e promover uma gestão compartilhada ¹⁴.

Um dos aspectos sedimentados no conceito de “acolhimento” refere-se à diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e que deve ser realizado com todos que procuram a unidade de saúde por demanda espontânea, por profissional da equipe de referência, mesmo que, posteriormente, seja identificada necessidade de encaminhamento para outro serviço. Observou-se flutuação nas médias registradas pela Etesf, que a princípio pontuou “Provavelmente não”, e, após as oficinas, “Com certeza não”, mostrando melhor apreensão do conceito ¹⁵.

Estudos em UBS tradicionais apontam um desconhecimento do conceito de “acolhimento” em comparação a unidades com Saúde da Família, o que acarreta uma negação do acesso e, portanto, do direito à saúde ^{16 17}. Dessa forma, a transição do modelo para ESF parece favorecer o acolhimento, apesar das dificuldades de sua implementação na prática, como observado no estudo de Silva e Caldeira (2010) ¹⁸, que identificou, por meio do instrumento de Avaliação para Melhoria

da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), uma correlação positiva entre “consolidação do novo modelo” e “melhoria da qualidade da assistência”¹⁸.

Houve uma aproximação da resposta desejada da Etesf em Q5, que condiz com artigo nº 32 da Portaria nº 77/2017, o qual afirma que os agendamentos serão feitos com horário marcado, devendo haver diariamente alocação de horários para atendimento à demanda espontânea, inclusive de casos agudos, sendo recomendado um percentual de 50% dos horários de cada equipe para atendimento à demanda espontânea⁵. O formato preconizado pelas oficinas ofereceu mecanismos eficientes que suprissem as reais necessidades dos participantes (com intuito de promover os resultados esperados) e tempo suficiente para reflexão e consolidação dos temas abordados nas oficinas.

BLOCO 2: Acolhimento e classificação de risco

O Caderno de Atenção Básica nº 28 define acolhimento como “[...] uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas [...]”. Portanto, o acolhimento envolve não só o momento pré-consulta, popularmente chamada de triagem, como também a escuta qualificada e classificação de risco, que na APS leva em consideração também os fatores de vulnerabilidade¹⁹.

Na prática dos serviços, uma das concepções comuns acerca do acolhimento da demanda espontânea na APS é resumi-lo a uma triagem para o atendimento médico, como tratado na Q6¹⁹. Os resultados da EqSF e da Etesf apresentam aproximações entre si, mas não coincidem com a média desejada, o que ilustra como necessário um aprimoramento conceitual de ambas as equipes sobre o tema. Um estudo de Bhermer e Verdi (2010)¹⁷, que analisou as práticas cotidianas de acolhimento em UBS, revelou que as percepções dos profissionais da saúde sobre acolhimento aos usuários estavam fundamentadas, basicamente, em uma estratégia técnica de recepção, de triagem e de encaminhamento, apesar de no discurso dos profissionais da saúde haver reconhecimento do

direito à saúde, este não foi observado na prática¹⁷.

Dados semelhantes foram observados em uma revisão integrativa sobre acolhimento na ESF, na qual, apesar de serem observadas mudanças na concepção teórica de acolhimento, como espaço de escuta das necessidades do usuário e a responsabilização do serviço de saúde pelas demandas identificadas, observou-se no cotidiano de algumas EqSF a concepção de profissionais que identificam o acolhimento como triagem e como uma atividade voltada para a consulta médica²⁰.

Sobre a responsabilidade profissional em relação ao acolhimento, observa-se uma diferença de respostas entre a EqSF e a Etesf na Q7. A média de respostas da EqSF flutua entre as opções 1 e 2, ou seja, “Com certeza não” e “Provavelmente não”, respectivamente. Tal resultado é consistente tanto com a literatura quanto com a Política Nacional de Atenção Básica, que trazem o acolhimento não como prerrogativa exclusiva de um profissional, devendo ser prática corrente de toda a equipe. Em relação às respostas da Etesf, o resultado após as oficinas de sensibilização distanciou-se mais do esperado. Nota-se que ainda é preciso uma apropriação da concepção de acolhimento como uma postura ética, que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Na dimensão da necessidade de estrutura física para realização do acolhimento, tratada na Q8, tem-se que a média das respostas de todos os participantes, seja da Etesf (depois das oficinas de sensibilização) ou da EqSF, foi ao encontro de que acolhimento deve ser realizado em sala equipada e com garantia de sigilo^{1, 19, 4, 21}.

Este resultado sugere que a percepção dos participantes é de que o acolhimento está condicionado a uma estrutura física, o que destoa da média desejada, já que a dimensão de estrutura física equipada, embora desejável, não é determinante para realização do acolhimento²². Esse aspecto pode estar relacionado ao fato, apresentado na literatura, da carência de infraestrutura e de material dos serviços básicos de saúde como barreira ao acesso¹¹. Em relação à Q11, houve uma limitação em relação à coleta das respostas da EqSF, implicando na obtenção de resultados apenas referentes à Etesf. Contudo, a questão foi preservada devido à problematização que proporciona.

Isso porque os protocolos sobre atendimento de urgência e emergência não excluem a responsabilidade da atenção básica nesse caso até que o nível de atenção de maior densidade tecnológica esteja disponível e o paciente estabilizado⁴.

Dessa forma, os usuários em emergência ou urgência devem receber o primeiro atendimento no ponto de atenção no qual derem entrada, sendo importante que a EqSF esteja preparada tecnicamente e com equipamentos adequados para prestar esse atendimento²³. Esse aspecto foi identificado em um estudo que analisou acolhimento e a resolubilidade das situações de urgência no âmbito da ESF, que apontou que os profissionais têm dificuldade na identificação de uma urgência e não compreendem a ESF como um serviço para um atendimento de urgência, dessa forma, acaba por encaminhar os usuários como forma de resolver essas situações²⁴.

BLOCO 3: Processo de trabalho: equipe de saúde da família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) adota a EqSF como estratégia prioritária de organização da atenção primária no SUS, por meio do trabalho de equipes multiprofissionais para estabelecer relações solidárias e complementares entre os profissionais, gerando, assim, mais segurança e proteção aos usuários. No Distrito Federal, tais equipes são compostas por médicos de família e comunidade, enfermeiros, técnicos de enfermagem e, quando possível, agentes comunitários de saúde, sendo responsabilidade dos profissionais dessa equipe multidisciplinar a organização de seu cronograma e agenda de trabalho. Estes respaldam suas decisões no conhecimento das demandas de seu território e necessidades de saúde, determinando as ferramentas que serão priorizadas na construção da agenda, pactuada sistematicamente junto à gestão local¹⁹⁴.

Na Política Distrital de Atenção Primária à Saúde há preconizado que as agendas incorporem, minimamente, atendimentos individuais, coletivos, visitas domiciliares, reuniões de equipe e atividades de matriciamento e educação em saúde, o que vai de encontro com Q12, visto que, provavelmente, as reuniões de equipe, por possibilitarem o compartilhamento de saberes práticos, ampliam a resolutividade das intervenções e, quando adequadamente estruturadas, não

concorrerem com as demais tecnologias de trabalho, sejam elas individuais ou coletivas. Nesse sentido, as médias aferidas pelos questionários dos participantes das oficinas sugerem compatibilidade, aproximando-se ainda mais do entendimento desejável, após realização de oficinas⁴.

Resultado semelhante foi observado na pesquisa-ação realizada por Melo *et al.* (2016)²⁵, em que a organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, vinculadas às equipes de saúde da família, possibilitou um aumento de 63% na cobertura dos pacientes atendidos em primeira consulta, redução de 30% nos casos de urgência e aumento de 11% na cobertura de tratamentos completados. O aumento do número de procedimento foi observado como indicador positivo da produtividade da equipe. Esse resultado somente foi possível após realização de oficinas, antes e após a implementação do modelo de construção de agendas compartilhadas (cogestão), para compartilhamento dos resultados com os profissionais. Nesse sentido, supõe-se que a construção de agendas compartilhadas é um potencial organizador do processo de trabalho²⁵.

O trabalho de Alves (2005)²⁶ reforça que, para garantir a integralidade do cuidado, uma mudança de modelo assistencial é necessária. Reforça, dessa forma, que um projeto político para incorporar na rotina de trabalho dos profissionais das EqSF ações de educação em saúde dialógicas é o mesmo que contribuir na renovação de vínculos de compromisso e corresponsabilidade. Sustenta ainda sua hipótese no sentido de que educar em saúde é transpassar ações assistenciais curativistas, dando prioridade, portanto, aos recursos terapêuticos e operativos em grupos e visitas domiciliares com os usuários e reuniões de compartilhamento e ampliação de práticas entre os profissionais²⁶.

Com vistas à ampliação da resolutividade nos serviços de atenção primária e a redução no número de encaminhamentos realizados para serviços de referência especializados, o DF, em consonância com a PNAB, adotou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como estratégia de formação de equipes especializadas, com abrangência de saberes de núcleo e de campo para ampliar o potencial de ação das EqSF, frente aos desafios epidemiológicos e aos condicionantes e

determinantes sociais e culturais da saúde no território, por meio da realização de matriciamento, discussão de casos clínicos, atendimento compartilhado, atendimentos específicos e construção conjunta de projetos terapêuticos ⁴. Nesse sentido, entende-se que a principal função do NASF é o desenvolvimento de ações que viabilizem a ampliação de conhecimentos e práticas integradoras e holísticas, adotando, para isso, a utilização de ferramentas como o apoio matricial e a cooperação na construção de projetos terapêuticos. As atividades do NASF circunscrevem-se em duas dimensões distintas e complementares: i) “clínico-assistencial”; e ii) “técnico-pedagógica” (BRASIL, 2014), em que sobressaem ações conjuntas e de educação continuada. Nesse sentido, é um equívoco considerar o NASF como equipe, cuja função principal seja receber encaminhamentos para atendimentos específicos de casos complexos ²⁷.

Observa-se que a média de respostas da EqSF é a que mais se distancia da média de resposta desejável, possivelmente por ainda não compreender o papel dessa equipe ampliada na atenção primária à saúde e pelo desafio que é incorporar saberes de campo de outras áreas técnicas no processo de trabalho já cristalizado. Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 27, o NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Estratégia Saúde da Família; e a condução de casos, inserida na gestão do cuidado, constitui uma de suas principais características, pois, possibilita a definição clara de responsabilidade pela saúde do usuário, considerando-o como sujeito em seu contexto e no decorrer do tempo em oposição a uma abordagem fragmentada por recortes disciplinares ^{15 1}. Outro aspecto importante é que o NASF, por não constituir porta de entrada do sistema, não poderá romper com o vínculo preferencial da EqSF ²⁷. Ao contrário, deve estimular o fortalecimento da interação entre usuários e profissionais de referência, discutindo todo e qualquer caso clínico com a equipe multidisciplinar, ocasião onde serão determinadas as ferramentas e abordagens utilizadas ²⁷.

Estudos realizado por Silva e Romano (2015)²⁸ e Gonçalves *et al.* (2012) ²⁹ apontam fragilidades importantes no processo de trabalho do NASF com as EqSF apoiadas. Sabe-se que o Núcleo pode assumir dispositivo de mudança quando comprometido com o acolhimento e o manejo

conjunto dos problemas de saúde, sobretudo em localidades onde a rede de saúde local se encontra fragilizada. Contudo, esse potencial pode ser prejudicado quando esta equipe não se envolve/participa das ações desenvolvidas pelas EqSF ou planejadas pelos gestores das unidades básicas, ou assume um comportamento ambulatorial-especializado^{28 29}. É preciso que os profissionais do NASF se impliquem cada vez mais com o desenvolvimento das competências das equipes mínimas e assumam corresponsabilidades para a longitudinalidade do cuidado²⁸. Essas dificuldades são justamente o que fragiliza o papel do NASF frente às equipes mínimas e, por vezes, à gerência, que acabam por assumir a comodidade de apenas “transferir casos”, em especial, quando não reconhecem o apoio e importância dos Núcleos²⁸.

BLOCO 4: Modelo de atenção à saúde pautado na Estratégia Saúde da Família

Os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais, considerados aqui como sinônimos, têm-se tornado cada vez mais tema de discussão no meio acadêmico. Com a ampliação da ESF no Brasil e no DF, este último principalmente, após as Portarias n° 77 e 78 de 14 de fevereiro de 2017, o modelo ESF passou a ser tema central na discussão da APS. Diante do exposto, entende-se que a organização da saúde passa por debates que envolvem questões conceituais e política, e esse processo de discussões se torna base para implementação de políticas e de organização de serviços de saúde³⁰.

Define como modelo de atenção à saúde o modelo de atenção transcende a perspectiva de estudos de práticas de saúde e de elementos estruturais do processo de trabalho. Para autora, a concepção “ampliada” de modelos inclui a dimensão gerencial, dimensão organizativa, dimensão técnica assistencial. Sendo assim, as mudanças nos modelos de atenção ocorreriam com a interação das três dimensões, não necessariamente todas ao mesmo tempo³⁰. Os autores Sousa et al. citam também Teixeira ao exemplificar a grandiosidade dos objetivos do ESF, definidos na Portaria n° 648, de 28 de março de 2006, e como tais objetivos adentram uma lógica ampliada para além da prática.

“[...] com a reafirmação desses objetivos, o PSF deixa de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços para ser considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica, e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. Com essa condição, o PSF entra no cenário nacional, após seis anos de constituição do SUS, e nesse contexto emergem as discussões em torno do modelo de atenção à saúde, ocupando um espaço de maior destaque, até então concedido para as questões relativas ao financiamento, à descentralização e à participação social. (Sousa e Hamann,2009, p.1328)

Diante disso, observa-se que apesar de haver um desenho organizacional do modelo ESF que apresenta evidências de sua efetividade, ainda assim deve-se ater às variadas dimensões que afetam em sua efetividade e eficiência. No Brasil, por várias décadas, o modelo de atenção à saúde foi baseado na lógica biomédica e isso não foi diferente na atenção primária, o que se tornou um paradigma para a efetivação do trabalho até mesmo para as equipes que já trabalham na perspectiva da ESF.

Segundo Sousa et al. (2009) ³¹, a ESF prevê ações de alcance individual ou coletivo, sejam elas de promoção ou prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, fundamentando-se no conceito ampliado de saúde, que inclui determinantes biológicos, psicológicos e socioambientais na compreensão do processo saúde-doença. Sendo assim, a proposta de cuidado, principalmente baseada na amenização das mazelas socioambientais, não ensejou temas prioritários de intervenção para os profissionais de saúde por muitos anos, em decorrência da lógica “biologizante” e “biomédica” já mencionada, além de o planejamento para a intervenção baseada nesses indicadores de adoecimento ainda serem algo novo na esfera da saúde ³¹.

Entre as variáveis afetantes pode-se destacar o não entendimento sobre as ferramentas tecnológicas e sua complexidade na APS. Apesar de a ESF se propor a ser uma forma de reorientação do modelo assistencial, sendo prioritária e de caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional, devendo atuar no território sob sua responsabilidade com foco na família e na comunidade, ainda existem dificuldades para compreensão do desse modelo como efetivo e resolutivo na perspectiva de integração das redes de saúde, tal afirmação corrobora com outros achados na literatura, como visto na distância das respostas dos grupos do resultado esperado da Q18, a qual afirma que o financiamento deve priorizar a atenção especializada e coloca a baixa

complexidade das ações da atenção básica como justificativa para tal^{13 32 34 35}.

Atualmente existem inúmeros desafios relativos para efetivação do direito à saúde, tais como o financiamento, a força de trabalho e os modelos de gestão e de atenção. Esses últimos merecem destaque em razão da sua grande influência no modo como se dará o cuidado no cotidiano. Por isso, não é uma questão apenas de quantidade adequada de serviços de saúde, mas de sua articulação na perspectiva de redes de atenção, que sejam capazes de responder às necessidades dos usuários de maneira integral. Nesse ponto, a APS tem centralidade na constituição das redes de atenção à saúde, já que as UBSs são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade. E para ser resolutiva, a APS não pode ser o lugar em que se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo, nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos¹⁷.

Há uma visão distorcida sobre a complexidade nos níveis de atenção à saúde que leva a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a distorção sobre o nível de complexidade da APS. As dificuldades de entender o papel protagonista da APS envolvem as dimensões política, cultural e técnica, mas há de se reconhecer que a hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, voltados prioritariamente para a atenção às condições agudas e aos eventos agudos das condições crônicas, está na base da desvalorização da APS, o que é fortalecido por um sistema de pagamento por procedimentos baseado na densidade tecnológica dos diferentes serviços³⁵.

Entre as dificuldades mencionadas entre os profissionais que trabalharam do modelo “tradicional” e que passaram pelas oficinas é o manejo em casos que exigem conhecimento em: ginecologia, pediatria, psiquiatria, entre outros. Apesar disso, entende-se, principalmente por meio dos Cadernos da Atenção Básica nº 32 (Atenção de pré-natal de baixo risco), CAB nº 30 (Procedimentos), CAB nº 25 (Doenças respiratórias ou crônicas), entre vários outros documentos oficiais, que casos que não exigem intervenção especializada, ou seja, aqueles que os profissionais

têm capacidade de manejar após sua formação básica, esse atendimento deve ser feito na APS, além da atribuição de acompanhamento junto à atenção secundária e/ou terciária em casos que exigem esse tipo de atendimento³⁴. Carneiro (2008)³⁶ ainda aponta como dificuldades das equipes em trabalhar na lógica de ESF: condições precárias de trabalho, ampliação do número de equipes sem a ampliação do número de serviços, incompreensão da gestão de que a ESF é uma estratégia para mudança de modelo assistencial e falta de investimentos na integralidade da atenção³⁶. Sousa et al. (2011)³⁸ ainda complementam: falta de investimento na formação dos profissionais da ESF para atuar dentro da concepção de Saúde da Família, dificuldade em estabelecer vínculo de compromisso e responsabilidade com a população, intervir de forma crítica nas situações cotidianas e realizar ações de prevenção e promoção³⁸.

Além disso, Soratto (2017) aponta que as dificuldades podem ser motivos de insatisfação no trabalho, mas sugere como solução para o desconhecimento aos princípios e diretrizes, que regem seu trabalho a ESF, a inversão da lógica curativista para o modelo ESF com atuação proativa tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos usuários. A Q19 aborda essa temática, entretanto, as médias, como evidenciado na Figura 1, não estão de acordo com o esperado e preconizado pela PNAB de 2017 e os cadernos da atenção básica. Ademais, a transição vivenciada no DF sustenta a ideia de que especialistas focais não compõe a equipe mínima, fato que tem deslocado os profissionais especialistas para os níveis de atenção secundário e terciário. NASF aparece como um dispositivo capaz de fomentar a trocas de experiências e saberes o que é significativo para os profissionais da saúde, por meio da metodologia do matriciamento^{38 39}.

Considerando os resultados mencionados neste estudo, também existiram algumas limitações e dificuldades metodológicas, como o fato de não ter sido utilizado um instrumento que promovesse maior controle das variáveis para avaliar o impacto das oficinas no conhecimento dos participantes. Verificou-se também que a metodologia exigia um esforço dos tutores para que as atividades desenvolvidas na oficina não fossem para um viés puramente de avaliação. A aplicação anterior e posterior do questionário com a Etesf ocorreu em um prazo curto de tempo, o que pode

influenciar na propensão das respostas no questionário final, uma vez que os participantes sabiam as perguntas durante o curso.

Além destas, houve dificuldades quanto ao contexto: as mudanças no processo de trabalho e a organização profissional que a transição preconiza. Isto porque os profissionais em transição, habituados a uma dinâmica de trabalho, muitas vezes, precisam integrar outra equipe, outro espaço físico e, principalmente, reestruturar a forma de atendimento ao usuário, o que acarretou resistência e descontentamento profissional. Esse achado corrobora com os resultados encontrados por Toratto (2017)⁴⁰. Outra limitação deste projeto foi à ausência de continuidade dos momentos interventivos, que estiveram reduzidos à realização de quatro oficinas. Entende-se que para promover mudanças no processo de trabalho e incorporar um novo modelo de atenção à saúde no serviço é necessário que a gestão garanta um processo de formação permanente e continuado. Segundo Mendes, esse processo pode levar décadas³⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado obtido a partir do instrumento utilizado (QAR) possibilitou a coleta de informações preliminares sobre a percepção dos profissionais acerca dos temas-chave abordados. Tais informações, apesar de serem provenientes de um recorte que pode não ser representativo do cenário vivenciado pela atenção primária do Distrito Federal, possibilitaram a comparação das respostas fornecidas por uma Etesf e uma EqSF. A referida comparação evidenciou que a dificuldade da assimilação de conceitos estruturantes para o processo de trabalho preconizado para a atenção primária mostra-se presente tanto na Etesf, quanto na EqSF. Todos os blocos de eixos temáticos ilustraram o distanciamento de grande parte das respostas em relação à média desejada, de modo que não foi possível observar diferenças significativas entre as respostas fornecidas pelos profissionais que receberam as intervenções (oficinas) e aqueles já incorporados no modelo assistencial da ESF.

Esta informação, apesar de não poder ser extrapolada para outros grupos de profissionais,

uma vez que a metodologia do estudo não se propôs a realizar generalizações, aponta para o fato de que as dificuldades enfrentadas no processo de consolidação da ESF perpassam não apenas os trabalhadores que estão iniciando sua inserção neste modelo, mas também aqueles que já trabalham nesta lógica. Faz-se necessário, portanto, avaliar a necessidade de ampliação das estratégias de educação continuada e permanente com os profissionais de saúde, uma vez que ações restritas a um curto período não se mostraram efetivas neste estudo. Ressalta-se, também, que a utilização de um instrumento qualitativo pode ser adotado para melhor compreensão e análise de dados, uma vez que permite contextualizar a realidade e as perspectivas nesse campo, o que pode permitir melhor troca de experiências oportunizadas pelas discussões coletivas ocorridas no ambiente de construção pedagógica proporcionado pelas oficinas de sensibilização.

Como sugestões de aprimoramento para trabalhos futuros, ao aplicar o instrumento de coleta, convém discutir o questionário juntamente com as pessoas componentes do grupo amostral de modo a evitar dificuldades de compreensão. Outra solução apontada para os próximos trabalhos seria aplicar a pesquisa qualitativa para avaliar melhor outras variáveis para investigação de hipóteses causais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
2. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018.
3. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Programa Brasília Saudável: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Brasília: SES DF, 2016. 28 p.
4. DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção

- Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, nº 33, Seção I, 15 fev. 2017. p. 4-7.
5. DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, nº 33, Seção I, 15 fev. 2017. p. 7-8.
 6. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
 7. SARRETA, F. O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.
 8. BERMUDEZ, W. L.; SANTANA, B. T.; BRAGA, J. H. O.; SOUZA, P. H. Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações. **Vértices**, Campos dos Goytacazes/RJ: v.18, n.2, p. 7-20, maio/ago, 2016.
 9. MENDONÇA, T. C. P.,. As Oficinas na Saúde Mental: Relato de uma Experiência na Internação. **Psicologia ciência e profissão**, v. 25, n.4, p. 626-635, 2005.
 10. DUFLO, E.; GLENNERSTER, R.; KREMER, M. Using randomization in development economics research: A toolkit. **Handbook of development economics**, v. 4, p. 3895-3962, 2007.
 11. NORA, C.R.D.N.; JUNGES, J.R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-200, 2013.
 12. GAWRYSZEWSKI, A. R. B; DENISE, C.O.; ANTONIO, M.T.G. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.
 13. BRASIL. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 22 set., 2017.
 14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de

- Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. FCaderno de Atenção Básica (CAB) 27 - diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à saúde da Família– Brasília, 2010.
 16. SOUZA, E. C. F. et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, Jan. 2008.
 17. BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, Nov. 2010.
 18. SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.
 19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica (CAB) 28 - Volume I: Acolhimento à demanda espontânea – Brasília, 2013a.
 20. GARUZI, M. et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica-pan American Journal of Public Health**. Washington: Pan Amer Health Organization, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.
 21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
 22. Merhy, E.E. FRANCO,T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrado nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, Ano XXVII, v.27, n65, set/dez.

2003.

23. MELO, M. C. B. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde / Maria do Carmo Barros de Melo e Nara Lúcia Carvalho da Silva. Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, 2011. 132p.
24. FARIAS, D. C. et al. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 79-87, Mar. 2015.
25. MELO, L. M. L. L.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; SALIBA, N. A. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda de saúde bucal. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p. 42-55, 2016.
26. ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** (Botucatu) [online], v. 9, n.16, p. 39-52, 2005.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
28. SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. O acolhimento e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: fragmentos, perspectivas e reflexões. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro: v. 10, n. 34, p.1-7, jan-mar., 2015.
29. GONÇALVES, R. M. A.; LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I.; CORDONE, N. G.; BARROS, J. O. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo: v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.
30. TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. Modelos de Atenção à Saúde Promoção, **Vigilância e Saúde da Família**, Salvador, 2006.
31. SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1325-1335, 2009a.
32. COSTA GD, Cotta R.M.; Ferreira M.L.S. Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm** 2009; 62:113-8.
33. DA SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da

- assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 1187-1193, 2010.
34. SORATTO, Jacks et al . Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 3, e2500016, 2017.
35. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Minas Gerais: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010.
36. CARNEIRO, T.S. Discutindo à Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB: “neo-psf às avessas”? 2008. TCC-trabalho de conclusão de curso - UEPB.
37. SOUSA, M.L.B.; SILVEIRA, S.A.S.; RODRIGUES, N.J.G.A.; SILVA, E.S. Estratégia Saúde da Família: dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS. Trabalho apresentado na V Jornada Internacional de Políticas Públicas (23 a 28 de Agosto de 2011 em São Luís/Maranhão).
38. 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, 2007.
39. CAMPOS, G. W. S.; CASTRO, C. P. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2 , p. 455-481, 2016.
40. SORATTO, J.; PIRES, D.E.P.; DORNELLES,S.; LORENZETTI,J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis: v. 24, n.2, p. 584-92, abr-jun, 2015.