



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Araujo Duarte, Wellington Bruno; Lago Falcão, Tânia Maria; Barbosa Beltrão, Alexandre
Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção
básica

Saúde em Debate, vol. 41, núm. 115, outubro-diciembre, 2017, pp. 1061-1074

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406354599007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica

Family Health Support Center and the transformation of reception in primary care

Wellington Bruno Araujo Duarte¹, Tânia Maria Lago Falcão², Alexandre Barbosa Beltrão³

RESUMO Buscou-se conhecer a compreensão dos profissionais de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família sobre o suporte oferecido na transformação do acolhimento em Unidades de Saúde da Família na cidade do Jaboatão dos Guararapes (PE), utilizando-se a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Os sujeitos consideram o suporte técnico-pedagógico importante, com resultados positivos para as equipes apoiadas, para a população e para o próprio grupo. Há dificuldades para a realização desse apoio; e, como superação, citam o diálogo, partilha do conhecimento e problematização. É necessário repensar o acolhimento na atenção básica, podendo utilizar, para isso, o suporte desses Núcleos.

PALAVRAS-CHAVE Humanização da assistência. Acolhimento. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *It was sought to perceive the understanding of the professionals of a Family Health Support Unit about the support offered in the transformation of reception in Family Health Units in the city of Jaboatão dos Guararapes (PE), using the methodology of Discourse of the Collective Subject. The subjects consider the technical-pedagogical support important, with positive results for the supported teams, for the population and for the group itself. There are difficulties for the actualization of this support and, as an overcoming, they mention the dialogue, sharing of knowledge and problematization. It is necessary to rethink reception in the primary care, maybe using, for that, the support of these Centers.*

KEYWORDS *Humanization of assistance. Reception. Primary Health Care.*

¹Universidade de Pernambuco (UPE), Curso de Residência em Saúde Coletiva - Recife (PE), Brasil.
wellington_b@hotmail.com

²Universidade de Pernambuco (UPE), Faculdade de Ciências Médicas (FCM) - Recife (PE), Brasil.
tania.lagofalcao@gmail.com

³Universidade de Pernambuco (UPE), Faculdade de Ciências Médicas (FCM) - Recife (PE), Brasil.
beltraoa@ig.com.br

Introdução

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem o intuito de colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na rotina dos serviços de saúde, gerando melhorias sobre a gestão e o cuidado por meio do incentivo à comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários a fim de promover processos coletivos de combate à fragmentação e verticalização nos processos de trabalho. Esses são aspectos que prejudicam as relações entre os profissionais da saúde e entre estes e os usuários, automatizam o contato entre essas personagens, geram uma abordagem sobre a doença que não estabelece o vínculo precípua no ato de promover saúde, além de inibir a responsabilidade e a autonomia dos profissionais nos seus processos de trabalho, e dos usuários (BRASIL, 2004).

Em suas diretrizes específicas para a Atenção Primária à Saúde (APS), a PNH propõe o estabelecimento de formas de acolhimento aos usuários dos serviços de saúde que promovam a otimização destes, a hierar-quização de riscos, o fim das longas filas de espera e o acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2004).

Franco, Bueno e Mehry (1999) relatam que o espaço intercessor que se dá nos encontros cotidianos entre profissionais de saúde e usuários dos serviços sustenta uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde evidente clinicamente: a da tecnologia das relações, um espaço próprio das tecnologias leves. Nesses encontros, operam-se processos que objetivam a produção de relações de escuta e responsabilizações, que se relacionam com a formação de vínculos e de compromissos em projetos terapêuticos. Segundo esses autores, o acolhimento é um desses processos intercessores e deve fazer parte de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador da saúde, sendo possível, por meio de sua análise, pensar sobre o processo de trabalho e suas consequências em modelos de atenção,

gerando um debate entre trabalhadores baseado em uma perspectiva usuário-centrada, bem como no modo como se recebem esses usuários nos serviços.

Sendo porta de entrada do sistema de saúde no Brasil, a atenção básica, como é conhecida a APS no País, é um espaço primordial de acolhimento, sendo este iniciado principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Inicialmente como Programa, a ESF foi criada em 1994, originando-se na reformulação das prioridades do Ministério da Saúde em relação à APS, sendo um dos seus principais instrumentos; tendo como fundamento basilar trabalhar com foco na família, criando vínculos por meio de uma equipe multiprofissional (MARQUI ET AL., 2010).

A APS pode ser compreendida como o conjunto de ações de saúde desenvolvidas em comunidade, no âmbito individual e coletivo, com vistas a coordenar a integralidade do cuidado mediante uma atenção integral que impacte na saúde e na determinação social do processo saúde-doença, trabalhando em equipe de forma multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Para atender aos paradigmas propostos pela ESF, os trabalhadores de saúde são convidados para o constante desafio de repensar suas práticas, valores e uma reestruturação do serviço voltados para as necessidades dos usuários, que são também portadores de práticas e valores, em contexto social, no qual a equipe está inserida (COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009).

Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que tem como proposta compor equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes da ESF nos quais o Nasf está inserido (BRASIL, 2011).

As ações desenvolvidas pelo Nasf podem ser avaliadas em suas dimensões clínico-assistencial ou técnico-pedagógica, em que a

segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes, nas quais o Nasf também pode (e às vezes precisa) apoiar a organização do processo de trabalho (BRASIL, 2014).

Jaboatão dos Guararapes é uma cidade situada no litoral do estado de Pernambuco, na região metropolitana do Recife, tendo uma área total de 258.694 km² e uma população estimada em 695.956 pessoas (IBGE, 2010). O território municipal está dividido em sete regionais político-administrativas, contendo em cada uma delas uma Coordenação Regional de Saúde (JABOATÃO DO GUARARAPES, 2017). O município apresenta cobertura de atenção básica de 55,61%, considerando a ESF com cobertura de 50%, e tendo duas equipes Nasf implantadas, de um teto de 10 equipes no município (BRASIL, 2017).

A Coordenação de Saúde da IV Regional gerencia oito EqSF que recebem suporte de uma equipe Nasf (cobertura do Nasf de 100% para o território); e baseando-se na prática técnico-pedagógica do trabalho deste equipamento, a coordenação solicitou a realização de um plano de sensibilização dessas equipes para que repensassem a prática do acolhimento da demanda espontânea e transformassem o processo de trabalho, tendo como foco principal evitar as longas filas de espera por atendimento ainda existentes, humanizando o cuidado.

Os profissionais do Nasf realizaram a sensibilização dessas equipes por meio de cinco encontros, sendo um com a gestão, três em forma de oficinas com as equipes e um envolvendo equipe e comunidade. No primeiro, discutiram com a gestão sobre a intervenção, estudaram sobre o processo de acolhimento e elaboraram a proposta de trabalho baseada em oficinas. O segundo encontro foi com as EqSF, em que fizeram a proposta das oficinas e, após aceitação, discutiram o que é o acolhimento, sobre o que é uma postura acolhedora e refletiram sobre como se dá e como deve ser o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família (USF). No terceiro, discutiu-se sobre formas de acolhimento,

fluxos e mudança organizacional. O quarto momento foi de avaliação da proposta de acolhimento trazida pela equipe. O último encontro se deu com a comunidade, no qual colocaram a proposta da nova forma de acolhimento e ouviram opiniões dos comunitários. A reavaliação foi feita de acordo com as necessidades trazidas pelos profissionais das USF. Ou seja, para que a humanização se consolide como política transversal nas ações de saúde, é importante que as relações de trabalho e planejamento sejam horizontais e incluam os usuários, pois considerar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com estes, garantindo seus direitos e de seus familiares, estimulando que eles também se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social. Além disso, é fundamental oferecer melhores condições para que os profissionais realizem seu trabalho de um jeito digno e criador de novas ações, tornando-se cogestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

O trabalho realizado pelos profissionais do Nasf suscitou a elaboração deste estudo que faz parte da conclusão do Curso de Residência em Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco (UPE), o qual teve por objetivo dar a conhecer a compreensão sobre o apoio técnico-pedagógico oferecido pelo Nasf na transformação do processo de acolhimento em USF na cidade do Jaboaão dos Guararapes (PE).

Material e métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, utilizando para análise dos dados a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), tendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) da Universidade de Pernambuco (Parecer nº 2.001.179/2017).

O estudo foi realizado na cidade do

Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, tendo como critério de inclusão para recrutamento dos sujeitos: ser profissional inserido no Nasf da Regional IV do município em questão, que participou de todo o processo de planejamento e sensibilização das EqSF apoiadas para a transformação do processo de acolhimento; e como critério de exclusão, a não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os profissionais foram convidados a participar do estudo mediante a realização de contato pessoal no local de trabalho pelo próprio pesquisador e por seus endereços eletrônicos. Foram entrevistados cinco profissionais. Apenas um profissional não concordou em participar.

A coleta de dados foi agendada baseando-se na disponibilidade de horário dos informantes e aconteceu no local onde lhes foi conveniente, desde que esse lugar fosse um ambiente mais restrito e silencioso. O instrumento utilizado para isso foi a entrevista semiestruturada, uma vez que esta permite a combinação de perguntas abertas e fechadas, em que o sujeito entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto (BONI; QUARESMA, 2005). Após a entrevista, foi solicitado que os sujeitos não comentassem seu conteúdo com os outros profissionais que ainda não tivessem participado do estudo.

O roteiro da entrevista foi direcionado por cinco perguntas, que resgatavam desde a compreensão sobre o papel do Nasf no apoio às equipes em relação ao processo de acolhimento, até as dificuldades para a realização desse apoio técnico-pedagógico e possíveis formas de superá-las. Foram elas: como você entende o papel do Nasf no apoio às equipes na transformação do processo de acolhimento? Quais os aspectos relevantes que você identifica como resultado desse trabalho em relação às equipes, à população e ao seu grupo? Há desafios para trabalhos técnico-pedagógicos como esse desenvolvidos com as equipes? Se sim, quais são? Quais as possíveis formas de superá-los?

As entrevistas foram realizadas em 2017, sendo gravadas em áudio eletrônico, transcritas, lidas exaustivamente e analisadas por meio da metodologia do DSC. A metodologia de análise do DSC foi proposta por Lefèvre e Lefèvre no fim da década de 1990 e trata-se de um discurso síntese, fruto dos fragmentos de discursos individuais reunidos por similaridade de sentidos. Essa técnica se diferencia da Análise do Discurso Tradicional porque se sustenta na Teoria das Representações Sociais, que está fortemente associada à construção de teorias do senso comum compartilhadas coletivamente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

Nas palavras de Gondim e Fisher (2009, p. 14):

Para resumir, o que há de coletivo neste discurso construído artificialmente pelo pesquisador? Se o discurso individual revela não somente a fala individual, mas o que há de coletivo (vozes sociais diversas, polifonia e heterogeneidade), o discurso coletivo é a junção dos discursos individuais, respeitando os sentidos e o nível de compartilhamento. A rigor, os discursos individuais nada mais são do que discursos coletivos enunciados por apenas uma pessoa.

A técnica do DSC consiste em analisar depoimentos e outros materiais verbais, extraíndo-se de cada um deles as Ideias Centrais ou Ancoragens, a partir de expressões-chave a que se referem. As expressões-chave são fragmentos do discurso utilizadas para identificar os sentidos. Nessa primeira etapa, respeita-se a literalidade do discurso para que se estabeleça um diálogo contínuo com ele, já que no discurso podem ser encontrados vários sentidos advindos da polifonia e da heterogeneidade que definem a sua materialidade. Após identificadas as expressões-chave, cabe criar uma expressão linguística que descreva de maneira sintética os sentidos de cada um dos grupos homogêneos de expressões-chave. As Ideias Centrais são, assim, nomeadas pelo pesquisador. A

partir daí, compõe-se um ou muitos discursos-síntese que são os discursos do sujeito coletivo (GONDIM; FISHER, 2009).

Resultados e discussão

Em relação às características sociodemográficas dos entrevistados, houve predomínio do sexo feminino, a média de idade foi de 33 anos, com idade mínima de 27 e máxima de 46 anos. Quanto ao tempo decorrido após a graduação, a média foi de 9,3 anos, com mínimo de 5 e máximo de 18 anos. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria possuía pós-graduação dos tipos *lato sensu*

(quatro sujeitos possuíam especialização) e *stricto sensu* (três sujeitos possuíam mestrado), entretanto, apenas um dos entrevistados possuía especialização e mestrado em saúde pública/coletiva. Um dos sujeitos não possuía pós-graduação. Sobre o tempo de exercício no Nasf, a média foi de 1,05 ano.

Vale ainda salientar que nenhum dos sujeitos realizou estágio/vivência em Nasf durante a graduação, lembrando que estes foram criados em 2008.

A análise dos discursos levou à identificação de cinco Ideias Centrais, com suas respectivas Ancoragens, e à formulação de discursos-síntese, como explanados no quadro a seguir:

Quadro 1. Discursos do Sujeito Coletivo estruturados a partir das expressões-chave relacionados com suas respectivas Ancoragens e Ideias Centrais com base nas falas dos sujeitos, Jabotão dos Guararapes, 2017

Ideia Central	Ancoragem	Discurso do Sujeito Coletivo
O apoio técnico-pedagógico do Nasf às Equipes de Saúde da Família.	A importância do Nasf no apoio técnico-pedagógico às equipes de saúde da família na transformação do processo de acolhimento na APS.	<i>Eu entendo o Nasf primeiro enquanto apoio matricial. É o papel principal. Ajudar as equipes a fazer esse processo de acolhimento é uma das funções do Nasf: na sensibilização pra a realização, no entendimento do que é o acolhimento... Considero importante esse trabalho. Foi fundamental a participação em relação a essa conscientização do pessoal porque a gente de repente tem uma visão que eles não tinham. Então, a gente foi capaz de mudar toda a forma como ocorria o acolhimento e, às vezes, na verdade, a gente dava só o estalo pra eles pensarem e conseguirem se movimentar. O Nasf foi importante pra sair dessa zona de conforto que a equipe tinha, julgando fazer acolhimento.</i>
Resultados do apoio do Nasf na transformação do processo de acolhimento.	Organização do processo de trabalho, satisfação profissional, maior interação, resignificação de conhecimentos e otimização dos atendimentos identificados como resultados do apoio técnico-pedagógico do Nasf na transformação do processo de acolhimento para as equipes.	<i>O Nasf trouxe uma nova visão pra os profissionais das Unidades. Por exemplo, eles achavam que faziam acolhimento, mas de acordo com as diretrizes do acolhimento, eles não faziam. Então a gente conseguiu quebrar isso. Eu acho que as equipes estão podendo respirar um pouquinho mais porque você trabalhar organizado é muito melhor. Teve essa quebra, teve uma organização, que as pessoas julgavam ter, mas, na verdade, no processo, a gente viu que não tinham. Não se tinha de fato um fluxograma do que se fazia com o paciente quando o paciente chega. Eu acho que o trabalho deles foi otimizado. Isso a gente percebe quando circula pelas Unidades e que as equipes estão mais felizes com o resultado do trabalho. Eles começaram a se conhecer porque a gente percebeu em algumas Unidades que nem a própria equipe se conhecia, o que o outro fazia.</i>
	Sobrecarga de trabalho para o profissional médico.	<i>Pra o médico pode não ser tão legal, que atende mais pessoas num dia do que antes do acolhimento.</i>
	Aumento do número de acessos, inclusive pela população de áreas sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS) cadastrados, e atendimento humanizado identificados como resultados do apoio técnico-pedagógico do Nasf na transformação do processo de acolhimento para a população.	<i>Em relação à população, otimiza a ida à Unidade de saúde. Então, eles não precisam mais enfrentar fila, não tem mais isso de pegar ficha, de chegar de madrugada, se submeter a um atendimento desumano. Teve muito mais acesso pra comunidade que não era atendida, não era coberta pela Unidade. Aumentou a quantidade de atendimentos. Acho que isso foi muito relevante.</i>

Quadro 1. (cont.)

	Novos conhecimentos, visibilidade, autossatisfação e organização do acesso identificados como resultados do apoio técnico-pedagógico do Nasf na transformação do processo de acolhimento para o próprio grupo.	<i>Primeiro a questão de conhecimento porque eu não tinha noção do que era acolhimento. E a outra que trouxe visibilidade pra gente. As pessoas passaram a enxergar mais o nosso papel, passaram a solicitar a gente. Nossa coordenadora encheu a nossa bola por causa dessa questão do acolhimento. O grupo ganha principalmente em satisfação por saber que está modificando mesmo a vida das pessoas. O trabalho em conjunto de matriciamento a gente tem como mensurar e ter um retorno dele. Organiza o acesso também pra chegar no Nasf e o fluxo.</i>
	Quantidade de solicitação do Nasf pelas equipes sem sofrer variação.	<i>Eu achei que o Nasf seria muito mais solicitado depois do acolhimento, e não foi muito mais.</i>
Desafios do trabalho técnico-pedagógico no acolhimento.	O desafio de convencer as equipes para a transformação do processo de acolhimento.	<i>Nós estamos chegando em ambientes que já funcionavam de uma maneira, e a gente chega, uma equipe nova, com novas ideias, e às vezes as equipes tão fechadinhas, tem gente que às vezes é fechada pro novo. O desafio na verdade é tirar o grupo da zona de conforto, principalmente os ACS que já estão há mais tempo nas equipes. Eles tavam acomodados na rotina de trabalho deles. O desafio é despertar no pessoal a vontade de querer mudar, de oferecer o melhor pra comunidade. A gente precisa convencer as equipes de que o acolhimento traz ganho não só pra população, que é o nosso alvo principal, como também para as próprias equipes. Então, o principal desafio pra mim foi a sensibilização da equipe pra que todos participem.</i>
	Desafio de conhecer fielmente as equipes antes de apoiá-las	<i>Então, eu senti um pouco falta disso: de conhecer! Porque praticamente a gente foi a uma reunião pra saber como funcionava lá, e é difícil a gente tentar mudar a realidade daquele local sem conhecer tão fielmente como funciona.</i>
Superação dos desafios do trabalho técnico-pedagógico	Diálogo, partilha do conhecimento e oficinas com situações práticas como formas de superação dos desafios à transformação do processo de acolhimento.	<i>Apoiando as equipes, sensibilizando, trazendo elas pra entender o que é o acolhimento, por meio de muita conversa e, não só de conversa, mas inclusive demonstrando e mostrando o que deu certo nas outras Unidades. Botando situações práticas, a gente conseguiu quebrar isso. A gente conseguiu botar eles na situação do outro. E apoiando durante o processo pra que no meio do dele elas não desistam da realização do acolhimento. Acho que o importante foi isso, a gente abriu a oportunidade pra tentativas e não impôs nada, a gente construiu junto.</i>
Sugestões de continuidade do apoio técnico-pedagógico.	Necessidade de avaliação e reavaliação do processo de transformação do acolhimento.	<i>O que a gente tem que fazer é voltar lá pra ver como é que tá indo porque a gente nunca mais foi. Tem que ter uma conversa. Depois que terminou, chamar essas pessoas que tiveram de certa forma mais resistência para saber o que que tá acontecendo, porque não quer. E a partir daí a gente se junta e pensa numa forma de otimizar isso.</i>

A primeira Ideia Central revela que os sujeitos acreditam na importância do apoio técnico-pedagógico, que é uma dimensão do ‘apoio matricial’ citado no discurso, considerando-o uma das funções principais do seu trabalho, sendo fundamental para a sensibilização dos profissionais das EqSF na transformação do processo de acolhimento.

O apoio matricial é um conceito de Campos e Domitti (2007) que se transformou em metodologia de gestão do cuidado, sendo um arranjo organizacional que exige a “[...] construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas

que oferecem apoio matricial”, na perspectiva da corresponsabilidade, garantindo integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. O trabalho do Nasf é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial aplicado à APS (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Para esses autores, a equipe de referência (como a EqSF) tem a responsabilidade pela condução de um caso individual ou coletivo e é formada por um conjunto de profissionais essenciais para a atuação em determinado caso. Já o apoiador matricial (como o profissional do Nasf) é um especialista diferente daqueles profissionais presentes na

equipe de referência, que agrega recursos de saber e técnicos, o qual contribui com intervenções que ampliem a capacidade resolutiva dessas equipes.

A segunda Ideia Central diz respeito aos resultados identificados pelos profissionais do Nasf advindos da transformação do processo de acolhimento após o matriciamento das equipes.

Em relação aos resultados para as equipes, a análise das entrevistas indica que houve organização do processo de trabalho, satisfação profissional, maior interação, resignificação de conhecimentos e otimização dos atendimentos.

De forma contrária a esses resultados, em um artigo que trata o desenvolvimento de uma pesquisa-ação sobre o acolhimento na acessibilidade dos usuários em uma USF do Município de Itabuna (BA) com o sentido de promover mudanças nos processos de trabalho desse local, os autores identificaram que embora o processo de trabalho tenha modificado na porta de entrada da USF, não sofreu mudanças para dentro das equipes, em que ainda prevaleceu um processo centrado no médico, pouco relacional. No entanto, em relação à acessibilidade à USF, o acolhimento implantado proporcionou maior integração da equipe e melhor percepção do usuário (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

Ainda segundo esses autores, por meio da observação participante, revelaram-se problemas no processo de trabalho das equipes, repercutindo na assistência aos usuários, como atrasos da recepcionista e de outros profissionais à USF, sobrecarga de trabalho da técnica de enfermagem, pouco reconhecimento dos profissionais não médicos nas funções assistenciais e uma excessiva estruturação dos processos de trabalho pelo saber médico, deixando à margem dos processos os outros saberes que se inscrevem nas outras práticas profissionais. No presente estudo, os entrevistados identificaram durante o apoio técnico-pedagógico que, em algumas Unidades, os profissionais tinham

dificuldade em conhecer o trabalho uns dos outros, o que provavelmente gera dificuldade na resolutividade de alguns casos. O que pode ser observado na fala: *“Eles começaram a se conhecer porque a gente percebeu em algumas unidades que nem a própria equipe se conhecia, o que o outro fazia”*.

Embora a maioria do discurso indique benefícios para as equipes, a fala trazida por um dos entrevistados, relatando que *“para o médico pode não ser tão legal, que atende mais pessoas num dia do que antes do acolhimento”*, revela a hipótese de que talvez o processo de acolhimento ainda não tenha sido bem compreendido pelas equipes, que deveriam estar descentralizando o atendimento do médico para outros profissionais, o que gera sobrecarga de trabalho para esse profissional, na medida em que mais pessoas puderam ter acesso à unidade, necessitando que a demanda seja direcionada para outros profissionais. Caso contrário, a lógica médico-centrada continua perseverando e sobrecarregando o profissional médico. Outra hipótese é de que, devido à restrição da quantidade de atendimentos antes da transformação do processo de acolhimento, esse profissional possa estar descontente com o aumento da demanda e se sente sobrecarregado. Observa-se ainda, e parece bastante revelador, que não foi citado esse resultado para os demais membros da equipe, porquanto ainda se tenta romper com o modelo médico-centrado.

Ainda em relação à segunda Ideia Central, como resultados para a população, as falas dos entrevistados permitem inferir aumento do número de acessos, inclusive pela população de áreas sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS) cadastrados, e melhora do atendimento humanizado a partir do apoio técnico-pedagógico do Nasf na transformação do processo de acolhimento.

Também corrobora esses resultados a pesquisa-ação de Andrade, Franco e Ferreira (2007), na qual a resolução de 9,5% dos casos que se apresentaram na demanda espontânea,

logo após a implantação do acolhimento, é significativa e reforçada com o fim das filas que se acumulavam na porta de entrada para consulta médica (também citado no discurso dos entrevistados deste estudo).

Esses autores relatam ainda que ocorreu pouco deslocamento para outras tecnologias de cuidado em condições de absorver a demanda, pois há uma baixa oferta de outras práticas assistenciais, promoção e proteção da saúde, em uma perspectiva do cuidado integral. Ou seja, o acolhimento e as tecnologias leves que passaram a dominar o processo de trabalho no acesso dos usuários ficaram 'ilhados' na porta de entrada da Unidade. Esses dados podem também servir de hipótese para explicar a falta de discursos a respeito do surgimento de novas ofertas de cuidado para além do acolhimento, como a formação de grupos e outras práticas de promoção da saúde, as quais não foram citadas pelos entrevistados no presente estudo.

De modo semelhante aos nossos resultados, um estudo de Mitre, Andrade e Cotta (2012), que trata dos avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do SUS na atenção primária, por intermédio de uma análise crítica da produção bibliográfica no Brasil, no período de 1989 a 2009, revelou que vários artigos trazem que a implantação do acolhimento resultou em avanços na ampliação do acesso nos serviços da APS e profissionais de saúde mais sensíveis às necessidades dos usuários e comunidades, o que se pode perceber também neste estudo por meio da fala:

Então, eles não precisam mais enfrentar fila, não tem mais isso de pegar ficha, de chegar de madrugada, se submeter a um atendimento desumano. Teve muito mais acesso pra comunidade que não era atendida.

No entanto, as autoras referidas acima afirmam que ainda se observa a manutenção do modelo assistencial centrado no modelo clínico e na organização do processo de

trabalho a partir da consulta médica.

Para além disso, as autoras ainda relatam que o excesso de demanda e a falta de profissionais de saúde geram sobrecarga de trabalho, cansaço e estresse nos trabalhadores, sinalizando como exemplos dois artigos que mostram precárias condições de trabalho dos ACS, fatores que podem gerar dificuldade de sensibilização desses profissionais para a transformação do acolhimento. Segundo elas:

O sofrimento causado, neste tipo de trabalho, pode levá-los a utilizarem estratégias defensivas, assegurando certa normalidade pela aparente insensibilidade contra o que possa lhe causar sofrimento, postura contrária à preconizada pelos parâmetros da PNH. (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012, P. 2081).

Neste estudo, esse último dado pode servir de hipótese para explicar o motivo da fala de um dos entrevistados:

O desafio na verdade é tirar o grupo da zona de conforto, principalmente os ACS que já estão há mais tempo nas equipes. Eles estavam acomodados na rotina de trabalho deles.

Ainda corroborando os nossos resultados, outro estudo, desta vez uma revisão integrativa sobre a literatura científica em relação ao acolhimento na atenção primária publicada entre janeiro de 2007 e maio de 2014, relata que as pesquisas apontam que o acolhimento como um dispositivo de humanização tem a potencialidade de reduzir a demanda re-primada, oferecendo maior acesso aos serviços, responsabilizando toda a equipe pelo cuidado e pela satisfação do usuário (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

É pertinente ressaltar que os entrevistados não citam como resultado para a população o aumento da capacidade de autocuidado dos usuários, pois as conversas com estes e, sobretudo, as experiências de acolhimento vividas por eles podem facilitar a construção de vínculos com os trabalhadores, bem

como ampliar aquela capacidade, na medida em que se veem capazes de reconhecer sua situação e seguros quanto à possibilidade de serem acolhidos pelas equipes (BRASIL, 2013A).

Já como resultados para os próprios profissionais do Nasf, estes relatam a aquisição de novos conhecimentos, maior visibilidade, autossatisfação e organização do acesso para eles após o apoio técnico-pedagógico oferecido na transformação do processo de acolhimento, o que faz com que o grupo se sinta provavelmente mais motivado a continuar investindo nessa dimensão do trabalho e intensifique os vínculos com os gestores e com os profissionais das equipes apoiadas, fazendo do trabalho um espaço prazeroso. A comparação com outros estudos que demonstrem resultados análogos ou até mesmo discordantes desses últimos não ocorreu pela ausência de estudos sobre o papel técnico-pedagógico do Nasf na transformação do acolhimento ou até mesmo pelos estudos existentes não abordarem resultados em relação à equipe matricial.

Outro resultado é identificado na fala do entrevistado: *“Eu achei que o Nasf seria muito mais solicitado depois do acolhimento, e não foi muito mais”*, o que leva a duas hipóteses: o acolhimento pode não ter surtido efeito para além da porta de entrada, considerando que ele facilitaria um fluxo maior para o Nasf a despeito do crescimento da demanda como um todo, o que seria esperado para o trabalho do Nasf na sua dimensão clínico-assistencial; ou a demanda está tendo suas necessidades de saúde atendidas no acolhimento e/ou pela equipe da unidade sem necessidade de apoio matricial pelo Nasf.

A terceira Ideia Central se refere às dificuldades para a realização de apoios técnico-pedagógicos, a exemplo do trabalho que orientou este estudo, podendo-se identificar por meio da análise das falas dos entrevistados: o desafio do convencimento das equipes apoiadas para a transformação do processo de acolhimento e o desafio de conhecê-las fielmente antes de apoiá-las nesse aspecto.

Podem-se observar, na fala de um dos entrevistados, suspeitas sobre as causas da dificuldade de sensibilização:

Existe resistência pelos próprios discursos nas oficinas de acolhimento. Das pessoas acharem que seria um trabalho a mais, que a população não iria entender, que iria atrapalhar a rotina deles. Porque eles acham que vão perder muito tempo no acolhimento e vão perder tempo assim... pra tá atendendo, pra tá fazendo as ações, as atividades mais de atendimento mesmo, as visitas, os atendimentos individuais [...].

Pode-se entender que o sujeito compreende três motivos para essa dificuldade: o primeiro seria a percepção do acúmulo de mais uma tarefa para o profissional da EqSF; o segundo seria o não entendimento do processo de acolhimento pela população, o que exigiria disponibilidade do profissional para fazê-lo compreender; e o terceiro, a dificuldade de valorizar as práticas de prevenção e promoção da saúde, entendendo-se que dá maior valor às intervenções curativas.

Corroborando este estudo, Andrade, Franco e Ferreira (2007) identificaram, por meio da sensibilização da equipe para implantação do acolhimento em uma pesquisa-ação, que o desafio se encontrava principalmente em função dos critérios de mudança, vinculados ao desejo e percepção da factibilidade. O processo exigia a identificação dos problemas a serem resolvidos, para permitir a passagem da situação atual à situação objetivo.

Segundo Gonçalves *et al.* (2015), vale destacar que, mesmo trabalhando em conjunto, o processo de trabalho das equipes Nasf e das EqSF diferem entre si com relação a vários aspectos, como, por exemplo: gestão; tempo para a realização das tarefas; produtividade exigida; demanda prevista; ferramentas utilizadas; constituição das equipes, entre outros. Essas diferenças, bem como as eleições de prioridades entre as equipes, podem também servir de hipóteses para

a dificuldade encontrada pelos sujeitos durante o apoio técnico-pedagógico.

Outra explicação para o desafio da sensibilização das equipes em relação ao modelo assistencial é trazida no estudo de revisão de Mitre, Andrade e Cotta (2012), em que eles consideram que o modelo biomédico, centrado na doença, é enfatizado pelos profissionais e demandados pelos usuários, deixando pouco espaço para ações educativas, de promoção e prevenção à saúde e, nessa lógica, também para o processo de acolhimento.

Cabe, contudo, um alerta sobre a relação entre o modelo econômico capitalista vigente e o processo de acolhimento, pois, segundo Affonso e Bernardo (2015), as propostas de acolhimento estariam em consonância com o contexto neoliberal, no qual o que vem ocorrendo é que a ‘produção’ de atendimentos se torna o principal indicador para a avaliação do trabalho realizado pelos profissionais de saúde, o que não é compatível com as propostas de acolhimento ‘humanizador’ preconizada. Segundo os autores:

A vivência em um contexto contraditório como esse pode ter consequências tanto para os trabalhadores responsáveis como para a própria população. Deve-se lembrar que o acolhimento, por si só, já é desgastante, uma vez que é a porta de entrada nos serviços de saúde, tendo de dar respostas a questões que, na maior parte das vezes, não estão sob o controle dos profissionais que o realizam por se relacionarem ao contexto social mais amplo. Tal fato, somado às pressões por produção e à instabilidade no emprego, características das propostas gerenciais que vêm sendo implantadas nos serviços de saúde, sugere que o exercício dessa atividade cause maior sofrimento ao profissional. (AFFONSO; BERNARDO, 2015, p. 28).

Ainda em relação às dificuldades, os sujeitos não fazem menção sobre a problemática de trabalhar de forma interdisciplinar. Sabe-se, porém, que um dos fatores limitantes que

podem surgir no processo de inserção dos Nasf na APS diz respeito à formação profissional, na qual, comumente, os profissionais não receberam formação nas graduações e pós-graduações em saúde para trabalhar na lógica do apoio matricial, além do trabalho em equipe ser raramente aprofundado, o que dificulta as categorias atuarem de forma integrada e interdisciplinar (BRASIL, 2014).

Nessa lógica, um estudo sobre desafios e potencialidades dos Nasf mostra que os sujeitos referem que na fase inicial do trabalho dessas equipes deve ocorrer a soma de conhecimentos isolados, já que os profissionais ainda não têm experiência nessa realidade, sendo assim, uma relação multidisciplinar. Espera-se, todavia, que ao longo do tempo, havendo uma crescente apropriação dos casos e das características do território, além de integração com as EqSF, torne-se possível a construção de novos saberes que transitarão pelas diferentes especialidades de maneira dinâmica, caminhando para a transdisciplinaridade (SILVA ET AL., 2012).

Outra Ideia Central levantada se refere às formas de superação entendidas pelos profissionais do Nasf em relação aos desafios elencados acima. São elas: o diálogo, partilha do conhecimento e a problematização com exemplos de situações práticas.

O diálogo, a problematização e a construção compartilhada do conhecimento são três dos princípios da Política de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013B). O primeiro diz respeito ao encontro de conhecimentos construídos historicamente e culturalmente por sujeitos, na intersubjetividade, que ocorre quando cada um, de forma respeitosa, mostra o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de todos e todas acerca da realidade, contribuindo para os processos de transformação e humanização. A problematização revela a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde baseadas na leitura e na análise crítica da realidade. O último princípio consiste em processos comunicacionais

e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, procurando entender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

A última Ideia Central se refere à sugestão de continuidade do apoio técnico-pedagógico, ancorada na necessidade de avaliação e reavaliação do processo de transformação do acolhimento para que ele, de fato, possa acontecer, convencendo os profissionais de que é parte do processo de trabalho e que faz parte da PNH.

Considerações finais

Um dos pontos iniciais no trabalho de apoio às equipes de saúde é ratificar a importância do SUS enquanto proposta de assistência integral, levando em conta o processo saúde-doença dos usuários em toda a sua complexidade. Nessa perspectiva, é fundamental para o Nasf demonstrar às equipes que está no mesmo 'barco' do SUS, que compreende os processos desse Sistema e busca conhecer como ele acontece em seu íntimo, antes de fazer proposições. A partir daí, o papel específico do Nasf será compreendido como forma de aprimorar o próprio SUS. Assim, pesquisas que deem visibilidade às ações desenvolvidas devem ser estimuladas, de modo que outros locais possam usufruir dos benefícios da atuação dessa equipe.

Nesse contexto, a realização deste trabalho permite considerar que os entrevistados compreendem a dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial do Nasf como importante parte do próprio processo de trabalho, inclusive fundamental na sensibilização para a transformação do processo de acolhimento na APS. Acredita-se que essa dimensão deve ser explorada com a mesma intensidade que a dimensão clínico-assistencial.

O grupo também percebe resultados para as equipes apoiadas, como organização do processo de trabalho, satisfação profissional,

maior interação, ressignificação de conhecimentos e otimização dos atendimentos, assim como para a população, como aumento do número de acessos, inclusive pela população de áreas sem ACS cadastrados e atendimento humanizado; e também para o próprio grupo, como aquisição de novos conhecimentos, visibilidade, autossatisfação e organização do acesso.

Há dificuldades para a realização do apoio técnico-pedagógico, como, por exemplo, convencer as equipes apoiadas para a transformação do processo de acolhimento, mas revela-se também fundamental conhecê-las fielmente nos aspectos que envolvem seus processos de trabalho para então contribuir para essa mudança. Como superação dessas dificuldades, citam o diálogo, partilha do conhecimento e a problematização, com exemplos de oficinas com situações práticas.

Torna-se necessário considerar importante a educação permanente dos profissionais da APS para o atendimento de qualidade, tanto das EqSF quanto do Nasf, pois essa é uma política importante para o fortalecimento do SUS. Repensar o processo de acolhimento da demanda espontânea na APS com aos profissionais das USF requer respeito às suas falas, com capacidade de escuta dos diversos atores implicados, estando atento às suas angústias, estimulando as soluções e contribuindo para que inovações sejam pensadas. Desse modo, ao discutir sobre o processo de acolhimento com essas equipes, o Nasf também deve se fazer acolhedor.

Os profissionais do Nasf são peças importantes como apoio na APS porque trazem uma nova visão, com suas diferentes bagagens de formação e suas experiências de cuidado. Saber dialogar mantendo uma relação de construção mútua e horizontal é algo precioso. Pensar de que forma ocorrerão os encontros entre o Nasf, equipes e a população, juntamente com a gestão, também se faz necessário. Avaliar e reavaliar todas as etapas e manter acompanhamento permanente à população e aos profissionais

permite identificar os avanços e nós críticos, bem como os desafios.

O incentivo à educação permanente, o respeito aos princípios do SUS e às diretrizes do Nasf, bem como o embasamento das ações na Política de Educação Popular em Saúde, são fatores fundamentais para subsidiar o trabalho das equipes da APS, favorecendo a implementação da PNH em todos os setores do SUS. Nesse sentido, faz-se fundamental que os gestores e as equipes de saúde compreendam e valorizem o trabalho dos profissionais do Nasf.

Por fim, na compreensão dos autores deste trabalho, parece clara a necessidade de resgate da valorização da dimensão técnico-pedagógica enquanto uma das ferramentas prioritárias do trabalho do Nasf, visto que a atividade clínico-assistencial é bastante explorada pelas equipes apoiadas. Não balancear bem essas dimensões pode

comprometer os resultados tanto do trabalho do Nasf quanto das equipes e gerar perdas para a população assistida. Esse é um grande desafio que os gestores poderão assumir para melhorar o desempenho de ambos os equipamentos.

Colaboradores

Wellington Duarte contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento deste trabalho, bem como para a análise e interpretação dos dados. Tânia Falcão e Alexandre Beltrão contribuíram substancialmente para a sistematização dos dados e revisão crítica do conteúdo. Todos participaram da elaboração do rascunho e da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- AFFONSO, P. H. B.; BERNARDO, M. H. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 23-43, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000400023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 106-115, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/02acolhimento.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Em Tese: revista eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC*, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013a. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 nov. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- _____. Ministério da saúde. *Sistema de Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmlistaMunic.php>>. Acesso em: 31 ago. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. 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, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_2004.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAUJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100016&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão

integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200514&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 mar. 2017.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000200019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 mar. 2017.

GONÇALVES, R. M. A. *et al.* 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, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572015000100059&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2017.

GONDIM, S. M. G.; FISCHER, T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. *Cadernos Gestão Social*, Salvador, v. 2, n. 1, p. 09-26, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/viewArticle/75>>. Acesso em 22 mar. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades*: Jaboatão dos Guararapes. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>>. Acesso em: 17 maio 2017.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. *Pesquisa por serviços disponíveis por Regionais*. 2017. Disponível em: <<http://servicos.jaboatao.pe.gov.br/>>. Acesso em: 17 maio 2017.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200502&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 mar. 2017.

MARQUI, A. B. T. *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400014>. Acesso em: 22 mar. 2017.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SILVA, A. T. C. *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2017.

Recebido para publicação em junho de 2017
Versão final em setembro de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve