

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MEYRIELLE BELOTTI

**Núcleo Ampliado de Saúde da Família: potencialidades,
desafios e impasses para a afirmação de um paradigma
emergente em saúde.**

Vitória-ES

2019

Meyrielle Belotti

**Núcleo Ampliado de Saúde da Família: potencialidades,
desafios e impasses para a afirmação de um paradigma
emergente em saúde.**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luziane Zacché Avellar.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Alexandra Iglesias.

Linha de Pesquisa: Psicologia Social e Saúde

Vitória-ES

2019

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

B452n Belotti, Meyrielle, 1982-
Núcleo Ampliado de Saúde da Família: potencialidades,
desafios e impasses para a afirmação de um paradigma emergente
em saúde / Meyrielle Belotti. - 2019.
182 f. : il.

Orientadora: Luziane Zacché Avellar.

Coorientadora: Alexandra Iglesias.

Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Atenção
Básica. 4. Sistema Único de Saúde.. I. Avellar, Luziane Zacché.
II. Iglesias, Alexandra. III. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

**NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES,
DESAFIOS E IMPASSES PARA A AFIRMAÇÃO DE UM PARADIGMA
EMERGENTE EM SAÚDE.**

MEYRIELLE BELOTTI

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 04 de Abril de 2019, por:



Prof. Dra. Luziane Zacché Avellar (Orientadora-PPGP/UFES)



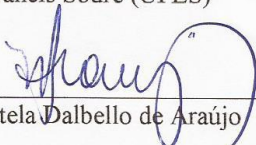
Prof. Dra. Teresinha Cid Constantinidis (PPGP/UFES)



Prof. Dra. Luziane Zacché Avellar (Orientadora-PPGP/UFES)
Por Dra. Erika Rodrigues de Almeida (Ministério da Saúde)



Prof. Dra. Luziane Zacché Avellar (Orientadora-PPGP/UFES)
Por Prof. Dra. Francis Sodré (UFES)



Prof. Dra. Maristela Dalbello de Araújo

Aos trabalhadores do SUS que lutam bravamente, em meio às adversidades, para a construção de um sistema de saúde mais justo e integral.

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, Bernardo e Pedro, por me mostrarem a beleza das coisas e pela inspiração.

Vocês são minhas fortalezas!

Ao Ricardo, companheiro de vida, por todo suporte, compreensão e pelo apoio em todas as minhas escolhas. Agradeço pela paciência nos momentos de estresse e cansaço.

À minha irmã, Lorryne Belotti, pela parceria em tudo e por compartilhar comigo os melhores e piores momentos da minha vida;

Aos meus pais, pela vida, pelo amor e incentivo; por tudo que sou.

À minha orientadora, Luziane Zacché Avellar, pela confiança e por todo conhecimento adquirido durante o percurso do doutorado. Agradeço pela sensibilidade, compreensão e por me fazer entender o que é ser uma pesquisadora;

À Alexandra Iglesias, minha co-orientadora, por toda ajuda, parceria, discussões, dedicação e pelas leituras cuidadosas da pesquisa. Suas contribuições foram valiosas para a elaboração deste trabalho;

À Bruna Ceruti Quintanilha, por toda ajuda na coleta de dados. Vivemos momentos únicos no processo de coleta, cuja participação foi de fundamental importância para a realização da pesquisa;

Aos demais professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia por todo conhecimento adquirido;

Aos colegas do Grupo de Orientação, pela receptividade e trocas. A eles, agradeço pela convivência e pelo acolhimento nos momentos de angústia vivenciados durante o doutorado;

Aos profissionais participantes, pela disponibilidade, contribuição e por tornar esta pesquisa possível.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES por autorizar a execução deste estudo.

A todos aqueles que, de alguma maneira, colaboraram e tornaram possível a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
INTRODUÇÃO.....	22
1. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	30
1.1 CONHECENDO O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	38
1.2 AS DIRETRIZES DO NASF	40
1.3 METODOLOGIA E FERRAMENTAS DE TRABALHO DO NASF	48
2. TRANSIÇÕES PARADIGMÁTICAS NO CAMPO DA SAÚDE.....	58
2.1 SOBRE PARADIGMAS E AS CRISES PARADIGMÁTICAS	58
2.2 OS PARADIGMAS NO CAMPO DA SAÚDE	63
3. METODOLOGIA	77
3.1 ALGUMAS PREMISSAS	77
3.2 TIPO DE PESQUISA	78
3.3 CENÁRIO DA PESQUISA	79
3.4 COLETA DE DADOS	85
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	87
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	88
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	90
4.1 A IMPLANTAÇÃO DO NASF NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS FALAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	90
4.2 CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SUAS ATRIBUIÇÕES DE TRABALHO.....	98
4.2.1 Integrar o trabalho do NASF com as eSFs	98
4.2.2 Desenvolver um cuidado especializado	102
4.2.3 Promover a intersetorialidade.....	106
4.2.4 Contribuir para a promoção do trabalho em equipe na AB.....	112
4.2.5 Fortalecer a AB.....	115

4.3 AS CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE AS MUDANÇAS PRODUZIDAS NO PROCESSO DO TRABALHO DIANTE DA IMPLANTAÇÃO DOS NASFs.	118
4.3.1 Questão de nomenclatura	118
4.3.2 Metodologia e ferramentas de trabalho	122
4.3.3 Organização do acesso da população e as agendas dos profissionais do NASF.....	130
4.3.4 Espaços de reunião de equipes	138
4.3.5 Corresponsabilidade	143
4.4 AS POTENCIALIDADES E AS DIFICULDADES VIVENCIADAS A PARTIR DE IMPLANTAÇÃO DOS NASF SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS.	145
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
REFERÊNCIAS.....	163
Apêndice A – Roteiro Grupo Focal	177
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	178
Anexo A- Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES.....	180
Anexo B – Declaração de autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES.....	182

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das equipes NASF nas UBS.....	81
Tabela 2 - Apresentação das categorias e subcategorias.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACE - Agentes de Combate às Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CME – Centro Municipal de Especialidades

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CR - Consultório na Rua

CRAI – Centro de Referência em Atendimento ao Idoso

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

ES – Espírito Santo

eSF – equipe Saúde da Família

ETSUS - Escola Técnica do Sistema Único de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LEITRAS - Laboratório de Estudos, Intervenção em Trabalho, Assistência e Saúde

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PPGP - Programa de Pós-Graduação em Psicologia

PSE - Programa Saúde na Escola

PST - Projeto de Saúde no Território

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RT – Residência Terapêutica

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SADT – Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia SADT

SIEX – Sistema de Informação de Extensão

SOE - Serviço de Orientação ao Exercício

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

USF – Unidade Saúde da Família

RESUMO

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) tem como atribuição proporcionar a ampliação do escopo das ações das equipes de Atenção Básica (AB), buscando promover o cuidado integral. Objetivou-se nesta tese conhecer as concepções e os significados conferidos pelos profissionais de saúde sobre o NASF. Com base nos pensamentos de Boaventura de Souza Santos, parte-se do pressuposto de que o campo da saúde vivencia um período de transição paradigmática, gerada a partir da constatação de que o paradigma dominante da saúde/modelo biomédico se mostra insuficiente para responder a complexidade que perpassa o processo saúde-doença. Diante desse cenário, buscou-se compreender se o NASF pode ser caracterizado como um dos dispositivos presentes no SUS, que irá contribuir para a afirmação do paradigma emergente. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Participaram do estudo oito equipes NASF do município de Vitória-ES. Para a coleta de dados utilizou-se da técnica de grupo focal. O tratamento dos dados foi realizado com base na proposta de análise de conteúdo. Foram encontradas regularidades discursivas que delinearão quatro categorias: a implantação do NASF no município de Vitória-ES; as concepções dos profissionais do NASF sobre suas atribuições de trabalho; as mudanças produzidas no processo do trabalho diante da implantação dos NASF e, por fim, as potencialidades e as dificuldades vivenciadas a partir da implantação dos NASF. Os resultados deste estudo demonstraram que: ora os NASF caminham no sentido de conservar os preceitos do paradigma dominante, ora consegue-se negociar a elaboração do cuidado de forma mais coerente com o que se almeja no paradigma emergente, ora são estabelecidas convivências conflituosas ou complementares entre os diferentes modos do cuidar em saúde. Assim, ziguezagueando entre os paradigmas coexistentes, o NASF pode se caracterizar como um dispositivo capaz fomentar a emergência do novo paradigma da saúde.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde; Serviços de saúde; Atenção Básica; Sistema Único de Saúde.

Área e sub-área do CNPQ

7.07.00.00-1 Psicologia

7.07.10.00-7 Tratamento e Prevenção Psicológica

7.07.10.01-5 Intervenção Terapêutica

7.07.10.02-3 Programas de Atendimento Comunitário

ABSTRACT

The Expanded Family Health Center (NASF) is responsible for expanding the scope of action of Primary Care (AB) teams, seeking to promote integral care. The objective of this thesis was to know the conceptions and meanings given by health professionals about NASF. Based on the thoughts of Boaventura de Souza Santos, it is assumed that the health field experiences a period of paradigmatic transition, generated from the observation that the dominant paradigm of health / biomedical model is insufficient to respond to complexity which runs through the health-disease process. Given this scenario, we sought to understand if the NASF can be characterized as one of the devices present in the SUS, which will contribute to the affirmation of the emerging paradigm. This is a qualitative research. Eight NASF teams from the city of Vitória-ES participated in the study. For the data collection, we used the focal group technique. The data treatment was performed based on the proposed content analysis. Discursive regularities were found that delineated four categories: NASF implantation in the city of Vitória-ES; the conceptions of the NASF professionals about their work assignments; the changes produced in the work process in the face of NASF implementation and, finally, the potentialities and difficulties experienced from the NASF implementation. The results of this study demonstrated that: the NASF are moving towards preserving the precepts of the dominant paradigm, or negotiating the elaboration of care in a way that is more coherent with what is desired in the emerging paradigm, or establishing conflicting or complementary coexistence between the different modes of health care. Thus, zigzagging between coexisting paradigms, NASF can be characterized as a device capable of fostering the emergence of the new paradigm of health.

Keywords: Public health policies; Health services; Basic Attention; Health Unic System.

RESUMEN

El Núcleo Ampliado de Salud de la Familia (NASF) tiene como atribución proporcionar la ampliación del alcance de las acciones de los equipos de Atención Básica (AB), buscando promover el cuidado integral. Se objetivó en esta tesis conocer las concepciones y los significados conferidos por los profesionales de salud sobre el NASF. Con base en los pensamientos de Boaventura de Souza Santos, se parte del supuesto de que el campo de la salud vive un período de transición paradigmática, generada a partir de la constatación de que el paradigma dominante de la salud /modelo biomédico se muestra insuficiente para responder a la complejidad que pasa por el proceso salud-enfermedad. Ante este escenario, se buscó comprender si el NASF puede ser caracterizado como uno de los dispositivos presentes en el SUS, que contribuirá a la afirmación del paradigma emergente. Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa. Participaron del estudio ocho equipos NASF del municipio de Vitória-ES. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de grupo focal. El tratamiento de los datos se realizó sobre la base de la propuesta de análisis de contenido. Se encontraron regularidades discursivas que delinearon cuatro categorías: la implantación del NASF en el municipio de Vitória-ES; las concepciones de los profesionales del NASF sobre sus atribuciones de trabajo; los cambios producidos en el proceso del trabajo ante la implantación de los NASF y, finalmente, las potencialidades y las dificultades vivenciadas a partir de la implantación de los NASF. Los resultados de este estudio demostraron que: los NASF caminan en el sentido de conservar los preceptos del paradigma dominante, o bien se logra negociar la elaboración del cuidado de forma más coherente con lo que se anhela en el paradigma emergente, ahora se establecen convivencias conflictivas o complementarias entre los diferentes modos de cuidar en salud. Así, zigzagueando entre los paradigmas coexistentes, el NASF puede caracterizarse como un dispositivo capaz de fomentar la emergencia del nuevo paradigma de la salud.

Palabras-clave: Políticas públicas de salud; Servicios de salud; Atención Básica; Sistema único de Salud.

APRESENTAÇÃO

A presente tese tem como área de interesse o campo da Saúde coletiva, enquadrando-se na linha de pesquisa da Psicologia Social e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Integra uma das vertentes de estudo de um projeto “guarda-chuva”, intitulado “Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”, coordenado pela Professora Doutora Luziane Zacché Avellar e pela Professora Doutora Alexandra Iglesias, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFES, campos de Goiabeiras, sob o número do parecer: 1.204.372.

A motivação para a sua realização surge da minha trajetória acadêmica e profissional, que é marcada por experiências no campo da saúde coletiva e da saúde mental. Desde a minha graduação venho sendo fisgada pelas discussões e pelas práticas em saúde que buscam romper com a hegemonia do modelo biomédico, visando promover o cuidado integral em saúde. Concluí a minha graduação em terapia ocupacional no ano de 2004. Nesse mesmo ano, comecei a trabalhar na Atenção Básica (AB), em um Programa de Saúde Mental de um município da Grande Vitória-ES. Além de mim, a equipe era composta por dois psicólogos, uma assistente social e uma enfermeira. Éramos, naquele momento, a única equipe municipal que trabalhava com as demandas de saúde mental. Não havia um entendimento das demais equipes, presentes na AB, sobre suas atribuições e responsabilidades perante o cuidado do usuário com demandas de sofrimento psíquico.

Em 2006, assumi o cargo de Coordenadora Municipal do Programa de Saúde Mental do referido município. Nessa época, o município já possuía em seu território mais duas equipes de saúde mental que atuavam na AB. Além desse serviço, existiam no território, sob gestão estadual, dois Centros de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II), um Hospital Psiquiátrico, e cinco Residências Terapêuticas (RT). Os dilemas vivenciados no cargo de coordenação me conduziram para as discussões sobre a articulação entre a saúde mental e a AB, por meio das

práticas do apoio matricial. Durante quatro anos, exerci a função de apoiadora de quatro equipes da Saúde da Família (eSF). Essa rica experiência foi o foco de estudo do meu mestrado, em que busquei analisar as potencialidades dos encontros de matriciamento na AB para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesse percurso, pude identificar a dificuldade dos profissionais em produzir um cuidado condizente com a proposta do trabalho da AB. Havia uma dificuldade em romper com as práticas guiadas pelo modelo biomédico, que reforçavam as práticas individuais e fragmentadas, impossibilitando o avanço em direção ao cuidado integral, corresponsável e com o viés da promoção à saúde. Ressalta-se que as dificuldades identificadas estavam relacionadas com aspectos de diferentes ordens: alta rotatividade dos profissionais em função da precariedade dos vínculos empregatícios, o que se constituía um entrave para a construção do vínculo e para a continuidade do cuidado; escassez de recursos humanos; ausência de uma rede de serviços articulada; além dos processos formativos em saúde que se mostravam insuficientes perante a complexidade da demanda apresentada na AB.

Em 2013, iniciei minha carreira docente no curso de graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como professora do campo da saúde coletiva. Nesse contexto, começo a direcionar meus estudos para a temática da AB, por entender a sua potencialidade para o fortalecimento do sistema de saúde e para a reorientação do modelo de atenção. Senti a necessidade de me aprofundar nas questões relacionadas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, atualmente denominado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), visto que sua metodologia de trabalho é guiada pela lógica do apoio matricial, temática essa, que sempre fez parte dos meus interesses de estudo e da minha atuação enquanto profissional do Sistema Único de Saúde (SUS). Comecei a me indagar o quanto desafiador deveria ser o trabalho do NASF junto as eSFs, visto que estas equipes já possuem um trabalho consolidado, com seus entraves, avanços e contradições.

Ressalto que hoje, apesar de ocupar o lugar de docente, ainda me coloco como profissional de saúde que milita cotidianamente para o fortalecimento do sistema de saúde brasileiro, com vista a um cuidado integral. Entendo que, enquanto professora da saúde coletiva, tenho um papel fundamental no processo de formação dos futuros trabalhadores do SUS. Formação esta, que deve ser comprometida com a defesa da vida e com o fomento ao direito à cidadania. Somado a isto, também compreendo que tenho atribuições junto à qualificação dos profissionais já inseridos no sistema da saúde, tanto por meio do desenvolvimento de pesquisas quanto com a criação de ações de extensão junto à comunidade e os serviços de saúde, possibilitando, assim, o compartilhamento e a troca de conhecimento.

Dito isto, no primeiro ano do meu processo de doutoramento surgiu o desejo de estar mais próxima do cotidiano de trabalho do NASF, ocupando outro lugar junto a essas equipes, diferente da posição de pesquisadora. A partir desta vontade, nasce a ideia de implantar um projeto de extensão na AB, em parceria com alguns colegas do grupo de pesquisa do Laboratório de Estudos, Intervenção em Trabalho, Assistência e Saúde (LEITRAS/PPGP), tendo como o eixo norteador a promoção à saúde. A proposta inicial do projeto consistia em identificar, em conjunto com as equipes NASF, eSF e a comunidade, quais as estratégias de cuidados a serem adotadas no território adstrito, visando implantar práticas de cuidados capazes de fomentar a promoção à saúde. O projeto foi registrado no Sistema de Informação de Extensão (SIEX), no ano de 2015, sob o número 401294, sendo intitulado “Promoção à Saúde na Atenção Básica”.

Atualmente, o projeto é realizado em parceria com o Departamento de Terapia Ocupacional e o Departamento de Psicologia. Sua inserção ocorre em duas equipes NASF e conta com a participação de quatro alunas, sendo três do curso de Psicologia e uma do curso da Terapia Ocupacional. A experiência com a realização deste projeto de extensão tem me oportunizado reconhecer os diversos desafios e contradições vivenciados pelas equipes

NASF, aguçando ainda mais os meus sentidos e a minha vontade de aprofundar meus estudos em torno do trabalho em saúde na AB, a fim de poder contribuir com a efetivação dos princípios do SUS.

Desta forma, espero que este estudo possa contribuir para o fortalecimento de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Portanto, este é um trabalho que não se conclui, pois ele convoca para uma construção contínua e conjunta, em parceria, apontando que o estar junto possibilita o enfrentamento da luta cotidiana para a consolidação do SUS, com mais leveza e criatividade. A busca pelo SUS que queremos não é uma utopia, algo inalcançável, é um fazer coletivo e integrado das nossas ações em saúde. Agora mais do que nunca, o momento exige de todos nós a capacidade de sonhar para podermos recobrar as forças e defender os direitos sociais a duras penas conquistados.

INTRODUÇÃO

Desde sua implantação o SUS tem se estruturado a partir dos ideais da integralidade, intersetorialidade, equidade, universalidade e participação social, a fim de construir uma rede de atenção favorável à promoção à saúde (Brasil, 1988). Nesse cenário, diversas propostas têm sido implantadas, especialmente aquelas vinculadas à AB, que assume o papel de organizadora desse sistema, em função da sua proximidade com o território e com o usuário que o habita. Dentre as propostas implantadas, destacam-se as eSFs e, mais recentemente, o NASF (Brasil, 2012a).

Especificamente, sobre o NASF, sua proposta começa a ser debatida em 2003, no âmbito do Ministério da Saúde com a presença de outros atores nacionais, a partir da constatação de que, apesar de avanços produzidos na AB, com a adoção da eSF como modelo reorientador deste nível de atenção, ainda existia uma incompletude das práticas para o alcance do cuidado integral. Dentre os atores que participaram dos debates que culminaram na proposta do NASF, citam-se: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e os representantes de entidades de categorias profissionais em saúde (Almeida, 2016; Castro & Machado, 2012).

Desta forma, as reivindicações em torno da criação do NASF chegaram ao Ministério da Saúde por meio dos movimentos dos conselheiros de saúde e dos secretários municipais e estaduais de saúde, via CNS, CONASEMS e CONASS. Todavia, nessa mesma época, também havia uma pressão das entidades de classe profissional do campo da saúde para a ampliação do mercado de trabalho. Dentre os espaços cobiçados, a AB era vista como lugar privilegiado, em especial as Unidades de Saúde da Família (USF), tendo em vista seu vasto potencial de expansão. Entretanto, as reivindicações das entidades profissionais não foram suficientes para dar subsídio ao processo decisório do Ministério da Saúde de implantação do

NASF, visto que a maioria das propostas representava apenas os interesses corporativos de cada categoria profissional, as quais estavam fundamentadas no quantitativo de profissionais de saúde disponíveis no mercado e/ou na carência de postos de trabalho (Almeida, 2016; Castro & Machado, 2012).

Prevaleceu como argumento central para a implantação do NASF a necessidade de qualificação da AB, na perspectiva de ampliação de sua abrangência e do seu escopo, bem como a necessidade de maior articulação com as redes de atenção e seus diferentes níveis de complexidade, para a efetivação da integralidade do cuidado. Buscava-se a constituição de equipes compostas por profissionais de saúde relevantes para o cuidado integral na AB, que não eram contemplados pelas equipes mínimas de saúde da família. Entendia-se que não seria necessária uma ampliação de diferentes categorias profissionais em cada eSF para atender a população, mas sim, a conformação de equipes de referência ou retaguarda, que iriam atuar junto as eSFs, numa perspectiva de apoio ao processo de trabalho e, eventualmente, em atendimentos diretos aos usuários, a partir da própria demanda das eSFs (Brasil, 2014; Almeida, 2016).

Somente no ano de 2008, por meio da Portaria nº. 154/08 do Ministério da Saúde, a proposta do NASF é formalizada, reafirmando a ideia de que as eSFs deveriam permanecer como porta de entrada para o sistema de saúde, sendo enfatizada a importância da atuação do NASF como retaguarda especializada às equipes encarregadas da atenção aos problemas de saúde, ou seja, da utilização do apoio matricial como metodologia de trabalho desses Núcleos (Brasil, 2008).

Atualmente, os NASFs estão oficialmente inseridos na AB, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 2.488/2011, que reafirma a função dos NASFs de contribuir na ampliação da capacidade de análise e de intervenção sobre os problemas de saúde do território, por intermédio das propostas de uma clínica ampliada e do trabalho

compartilhado junto as eSFs. Para tanto, os profissionais desses Núcleos devem desenvolver ações de apoio, como: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção de doença e promoção à saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, elaboração de Projetos de Saúde do Território (PST), dentre outras (Brasil, 2012a; 2014).

Refletindo sobre a trajetória do NASF, desde a sua fundação até os dias atuais, observa-se que as expectativas com a implantação desses Núcleos foram pautadas no alargamento da oferta de serviços de saúde na eSF, com vistas ao alcance do cuidado integral. Contudo, esse cenário ainda não se concretizou, sendo que uns dos principais fatores que contribui para essa realidade, diz respeito ao déficit de formação e capacitação dos profissionais de saúde, haja vista que vários desses profissionais também possuem uma visão fragmentada em relação ao cuidado, implicando diretamente no tipo de atenção realizada, seja no âmbito individual ou coletivo (Arce & Teixeira, 2017; Silva et al., 2012; Anjos et al., 2013).

Mângia e Lancman (2008) corroboram com essa discussão, ressaltando que a proposta de trabalho do NASF é ambiciosa e pode até parecer utópica, principalmente quando se avalia a formação dos profissionais de saúde, que, em grande parte, ainda encontra-se distante das perspectivas preconizadas pelo NASF. As autoras acrescentam ainda, que um dos impasses para a consolidação da proposta do NASF também está relacionado ao modelo de organização dos serviços de saúde, que conspira contra a atuação conjunta, integrada e intersetorial, priorizando uma produtividade quantitativa e o alcance de metas coerentes com a proposta do modelo biomédico. Há uma dificuldade de flexibilização para o aprendizado no cotidiano, com o trabalho coletivo no território, o que demanda disponibilidade de tempo para promover a interlocução com os atores envolvidos no processo de cuidado em saúde.

Por sua vez, Sampaio et al. (2012) ressaltam que um dos desafios do NASF está relacionado às diferentes concepções que giram em torno da metodologia do apoio matricial, sendo que essa realidade permite que cada gestor direcione a condução do trabalho do NASF da forma que melhor convier. Os autores enfatizam ainda que a compreensão de um ou mais significados sobre a prática do apoio por uma gestão, não ocorre apenas por opção técnica, mas também, por uma variedade de fatores políticos e econômicos que influenciam a adoção de um determinado modelo de atenção à saúde.

No mais, atualmente, o NASF enfrenta outro desafio, diante da promulgação da nova PNAB, de 2017, no que diz respeito, por exemplo, a construção de vínculo e continuidade do cuidado, atributos tão caros conquistados por meio da proposta de uma AB abrangente. Isso considerando que a PNAB 2017 propõe a criação de equipes com dedicação parcial a AB e relativiza a cobertura populacional aos serviços de saúde, restrita a certas áreas de risco e vulnerabilidade (Brasil, 2017; Morosini, Fonseca & Lima, 2018).

Diante deste contexto, de impasses e desafios para a consolidação da proposta do NASF, esta pesquisa teve como objetivo conhecer as concepções e os significados conferidos pelos profissionais de saúde sobre o NASF, entendendo que essas concepções se materializam em diferentes práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Já os objetivos específicos giraram em torno de:

- Analisar o processo de implantação do NASF no município de Vitória-ES;
- Conhecer as concepções dos trabalhadores do NASF sobre suas atribuições de trabalho;
- Descrever as mudanças produzidas no processo de trabalho da AB diante da implantação das equipes NASF;

- Identificar os avanços e os desafios vivenciados na AB a partir de fundação dos NASFs.

Acredita-se que será a partir do cotidiano vivenciado pelas equipes NASF, já implantadas no país, que se poderá afirmar em que medidas o NASF pode contribuir para a implantação de propostas alternativas ao modelo biomédico. Frente a isto, guiando-se pelos pensamentos do sociólogo Boaventura de Sousa Santos (1988; 2002; 2005), parte-se do pressuposto que o campo da saúde vivencia na atualidade um momento de transição paradigmática, gerada a partir da compreensão que o paradigma dominante da saúde, denominado nesta pesquisa de modelo biomédico, se mostra insuficiente para responder a complexidade que perpassa o processo saúde-doença, uma vez que, seus princípios enfatizam o individualismo, o curativismo, a fragmentação do cuidado, os especialismos e a centralidade na doença. Assim, buscam-se novas formas e modelos para gerir o processo do cuidado em saúde, na tentativa de conseguir instaurar o paradigma emergente que, por sua vez, apresenta-se sob a égide do conhecimento de forma interdisciplinar, incorporando a complexidade e a racionalidade numa perspectiva plural (Sousa Santos, 2005). Logo, pode-se afirmar que o paradigma emergente da saúde apoia-se em uma posição epistemológica antagônica ao modelo biomédico, tendo como base o conhecimento produzido no campo da saúde coletiva e os princípios instituídos no SUS (Brasil, 1990; 2006; 2012a). Isto é, almeja-se a instauração do paradigma emergente da saúde, ancorado nos pressupostos do trabalho em rede, colaborativo, interdisciplinar e intersetorial, com o fomento a participação social, a promoção à saúde e a integralidade do cuidado.

Nesse cenário de transição, o profissional de saúde é convocado a habitar a fronteira, que de acordo com Sousa Santos (2005), é um lugar regido por uma fluidez e marcado por contradições e ambiguidades. Um espaço caracterizado por um hibridismo, pelo encontro, pelas relações de saber-poder, pela coexistência, pela competição e negociação do paradigma

dominante e do paradigma emergente. Desta forma, o cuidado em saúde é marcado por uma porosidade, por um movimento híbrido, em que, ora o profissional impõe a soberania e a manutenção da sua identidade de especialista, guiado pelos pressupostos do paradigma dominante da saúde, ora ele consegue transpor esse pensamento hegemônico, instaurando práticas norteadas pelo que emerge do encontro com o outro, com a novidade que comparece do outro lado da linha, da fronteira, incorporando uma identidade com novas configurações, coerente com os preceitos do paradigma emergente.

Dito isto, defende-se a tese de que o NASF pode ser caracterizado como um dos dispositivos presentes no SUS, que contribui para a afirmação do paradigma emergente, já que seus pressupostos vão ao encontro dos ideais almejados para o novo paradigma em saúde. Em outras palavras, acredita-se que o NASF, alicerçado em seus princípios de integralidade, interdisciplinaridade, territorialização, intersetorialidade, Educação Permanente em Saúde (EPS), educação popular, humanização, participação popular e promoção à saúde (Brasil, 2010a, 2014), pode se configurar como um elemento que irá fortalecer a superação das práticas hegemônicas em saúde. É importante destacar que parte-se do entendimento que o NASF, por si só, não esgota todas as possibilidades de superação do paradigma dominante da saúde. Contudo, acredita-se que sua proposta, em conjunto com outras ferramentas, pode ser propiciadora de mudanças nos processos de cuidado em saúde, por meio do fomento dos seus princípios que são potentes e coerentes com a instauração do paradigma emergente da saúde.

Vale destacar que a implantação do NASF ainda é bastante recente e pioneira no Brasil e encontra-se em pleno processo de sistematização. Por esta razão, ainda são poucos os estudos existentes acerca dessa temática na literatura científica (Oliveira, Rocha & Cutolo, 2012; Andrade et al., 2012; Silva et al., 2012; Anjos, et al., 2013; Barros, Gonçalves, Kaltner, Lancman, 2015; Gonçalves, Lancman, Sznelwar, Cordone & Barros, 2015; Patrocínio, Machado & Fausto, 2015). Além disso, verifica-se que existe uma predominância de estudos

sobre o NASF, restritos a discussão da inserção de determinadas categorias profissionais no nível da AB, ou seja, que abordam questões relacionadas aos núcleos de competência, dando ênfase as práticas de caráter individuais e assistencialistas (Aveiro, Aciole, Driusso, Oishi, 2011; Lancman & Barros, 2011; Barros & Farias Júnior, 2012; Azevedo & Kind, 2013; Costa et al., 2013; Fernandes, Nascimento & Sousa, 2013; Andrade, Lima, Monteiro & Silva, 2014). Ressalta-se também que, ainda são incipientes as pesquisas que discorrem sobre as atribuições dos profissionais do NASF, junto as eSFs, haja visto que a inserção destes profissionais é recente no contexto da AB (Nascimento & Oliveira, 2010; Fragelli & Shimizu, 2014; Moura & Luzio, 2014; Reis, Medeiros, Pacheco & Caixeta, 2016)

Somada a esta realidade, a metodologia de organização do trabalho em saúde do NASF é inovadora, uma vez que propõe tanto o apoio matricial como um arranjo organizativo, quanto o uso de ferramentas (PTS, o PST, o trabalho com grupos, dentre outros), que ainda precisam ser consolidados no cotidiano dos serviços de saúde. Neste sentido, por meio dos seus princípios e diretrizes, o NASF propõe uma nova lógica de organização dos serviços de saúde da AB, sendo de suma importância a realização de estudos que abordem as mudanças ocorridas nesse nível de complexidade, mediante a implantação do trabalho do NASF. Em outras palavras, é preciso analisar e compreender como as equipes NASFs estão efetivamente contribuindo para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, corresponsável, com vistas a promover o cuidado integral, uma vez que o NASF está em processo de consolidação, que se apresenta de forma contrária a cultura predominante de práticas norteadas pelo modelo biomédico, que favorece a fragmentação do cuidado e dos especialismos.

Para melhor compreensão da tese, a pesquisa foi estruturada em cinco capítulos que demarcam o caminho percorrido na busca de compreender as questões que nortearam o estudo. O primeiro capítulo aborda as características do trabalho na AB, sendo, inicialmente, realizado um comparativo entre as PNAB de 2006, 2012 e 2017. Logo após é apresentado o

trabalho do NASF, suas diretrizes e metodologia de trabalho. Já o segundo capítulo discorre sobre os paradigmas científicos e sua relação com os paradigmas no campo da saúde. Buscou-se demonstrar a estreita relação dos paradigmas com as concepções de saúde, a produção de cuidado e, conseqüentemente, com os modelos utilizados para responder às necessidades de saúde. No terceiro capítulo é apresentada a metodologia utilizada na pesquisa para o alcance dos objetivos traçados. Nele é descrito a natureza da pesquisa e seu percurso de investigação, incluindo os procedimentos de coleta de dados, o tratamento proposto para a análise do material coletado e os aspectos éticos adotados na pesquisa. No quarto capítulo são apresentados os resultados encontrados, sistematizados segundo a análise proposta, sendo concomitantemente realizada a discussão dos dados. Por fim, o último capítulo trata das considerações finais do estudo.

1. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

Antes de iniciar a discussão sobre as características do trabalho na AB, cabe ressaltar que apesar das dificuldades e dos desafios vivenciados nestes 30 anos de SUS, as políticas direcionadas para o fortalecimento e qualificação da AB tiveram uma importante contribuição para a implantação dos princípios e diretrizes instituídos no sistema de saúde brasileiro. Promulgada por meio de documentos específicos, a PNAB, publicada inicialmente no ano de 2006 e reeditada em 2011, foi fundamental para a consolidação do modelo de atenção prioritário condizente com os pressupostos do SUS.

Entretanto, em 2017, o Ministério da Saúde lança a nova PNAB que dispõe de alguns riscos tanto para o trabalho nesse nível de complexidade como para a sustentabilidade do SUS. A atual PNAB é fortemente marcada pela explicitação de alternativas para a organização do trabalho na AB, utilizando-se do discurso de flexibilidade para os gestores do SUS e do argumento das especificidades locorregionais, para sustentar a criação de outros arranjos possíveis para a composição das equipes na AB, diferentes da proposta da eSF. Essa “flexibilidade”, que aparentemente poderia ser vista como algo positivo, na prática, não pode ser concretizada em função do atual período de reajuste fiscal que vive o país, caracterizado por medidas dedicadas a promover o equilíbrio econômico do Estado, que impossibilita a transferência de recursos necessários para a autonomia da gestão pelos municípios (Morosini, Fonseca & Lima, 2018).

Diante desse cenário político, optou-se por fazer uma apresentação inicial neste capítulo das características do trabalho na AB com bases nas PNAB de 2006 e 2011, apontando alguns dos aspectos preocupantes contemplados na publicação de 2017, que reforçam a correlação de forças contraditórias e desfavoráveis para a defesa de um sistema de saúde público de qualidade para todos.

O trabalho no nível da AB constitui-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”, com o propósito de promover um cuidado integral capaz de produzir impactos nos problemas de saúde e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Brasil, 2017, p.02).

Seu trabalho deve ser operacionalizado sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a um território adstrito, pelo qual se assume a responsabilidade sanitária, sendo orientado pelos princípios da universalidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da longitudinalidade do cuidado, da integralidade, da corresponsabilização, da equidade e da participação social. Para tanto, a organização de trabalho na AB deve fazer uso de tecnologias de cuidado complexas e variadas, capazes de auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência (Brasil, 2012a).

Com a finalidade de responder aos problemas ainda existentes para a consolidação da proposta da AB, a PNAB aprovada em 2012, realizou uma revisão de diretrizes e normas para a organização dos serviços neste nível de complexidade. Um dos avanços alcançados com a sua publicação foi o fortalecimento da centralidade da AB na rede de serviços de saúde. Desta forma, por meio da PNAB 2012, a AB passou a desenvolver o papel de ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que se configura como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes níveis de atenção que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir o cuidado integral (Brasil, 2012a; 2010b).

Em síntese, como ordenadora da rede, a AB passou a ser centro de comunicação com os demais pontos de atenção, devendo garantir que a atenção prestada ao usuário se complete, quando necessário, nos demais serviços que compõem a RAS. Para tanto, algumas atribuições foram incorporadas ao processo de trabalho desenvolvido neste nível de complexidade, tais como: ser resolutiva; acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os demais pontos de

atenção das RAS e reconhecer as necessidades de saúde da população adstrita, organizando-as com os outros serviços da rede (Brasil, 2012a).

Ressalta-se ainda que, a atribuição dada a AB para ser o centro de comunicação na RAS, ocorre em função da sua estrutura e do seu grau de capilaridade, que permite a aproximação com o cotidiano das pessoas que habitam o território adstrito, configurando-a como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Essas características – capilaridade e proximidade com a vida das pessoas possibilitam a realização da coordenação do cuidado, com maior competência e sensibilidade na identificação dos elementos necessários para a integração da rede de cuidados progressivos à saúde das pessoas (Brasil, 2012a).

Conforme já destacado na PNAB 2006, a reedição da PNAB 2012, reafirma a eSF como prioritária para a organização do trabalho na AB, incorporando novas modalidades de equipes multiprofissionais neste nível de complexidade, a fim de incrementar e ampliar as possibilidades de atuação nos diferentes territórios brasileiros, a saber: equipes Saúde Bucal; equipes de Consultório na Rua (CR); equipes de Saúde da Família para o atendimento da população Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense; equipes de Saúde da Família Fluviais; equipes de Melhor em Casa/ Atenção Domiciliar (publicação em portaria específica); equipes de Atenção Básica parametrizada; e equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Brasil, 2006; 2012a).

Apesar das PNABs de 2006 e 2012 enfatizarem a eSF como prioritária na organização do trabalho na AB, a nova política da AB - PNAB 2017 - apresenta-se de modo ambivalente diante desta questão, uma vez que, utiliza-se de verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter propositivo das publicações anteriores sobre a prioridade dada a eSF. Isto fica claro no texto escrito no seu art. 4º que, ao mesmo tempo em que mantém a eSF como modelo de atenção prioritária, admite e incentiva outras estratégias/arranjos para a

organização de trabalho da AB. Desta forma, a atual PNAB sinaliza para o risco de enfraquecimento e desconstrução de um compromisso firmado com a expansão e qualificação das eSFs, ou seja, com o desenvolvimento de um AB abrangente, com vistas ao cuidado integral (Morosini, Fonseca & Lima, 2018).

Em outras palavras, a PNAB 2017 possibilita ao gestor municipal a retomada da AB tradicional ou seletiva, praticada na década de 70, que se destinava a realização de serviços restritos para cobrir determinadas necessidades de grupos populacionais em extrema pobreza. Essa forma de compreender a AB fortaleceu as abordagens centradas no modelo biomédico, com ações de caráter estritamente preventivo, orientadas por critérios técnicos de custo-efetividade, desconsiderando a necessidade de intervenções mais abrangentes norteadas pela integralidade, com ênfase na promoção, prevenção, intersetorialidade e participação social.

Vale lembrar que a proposta da eSF surge propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, uma vez que, as práticas do modelo biomédico além de não contemplarem os princípios instituídos no SUS, não respondiam mais as necessidades de saúde da população. Portanto, pode-se afirmar que a implantação das eSFs foi uma das primeiras e principais ações do Ministério da Saúde para a desconstrução de práticas de saúde ainda influenciadas pelo curativismo e pela concepção de saúde como ausência de doença (Arantes, Shimizu & Merchán-Hamann, 2016).

Caracterizada por ter seu processo de trabalho centrada na família, as eSFs devem atuar na promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde da população adstrita, com ações tanto na dimensão coletiva quanto individual, que buscam uma atenção integral à saúde (Brasil, 2012a). O diferencial do trabalho da eSF é o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento de ações a partir da associação das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas do território, com as necessidades em saúde da população. Essa realidade favorece o desenvolvimento de um cuidado integral, baseando-se em uma

concepção ampliada de saúde e de promoção à saúde, contribuindo para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, ou seja, do paradigma emergente da saúde (Barra, 2013).

Ressalta-se que, além das diretrizes gerais da AB, a eSF deve pautar seu trabalho em cinco princípios: 1) caráter substitutivo, cujo objetivo é criar novas estratégias de cuidado capazes de substituir práticas convencionais de assistência à saúde; 2) atuação territorial, com a realização de cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde, pactuadas com a comunidade e voltadas ao cuidado individual e familiar, ao longo do tempo; 3) implantação de práticas com base no diagnóstico situacional, focadas na família e comunidade; 4) desenvolvimento de ações intersetoriais e 5) ser um espaço de fortalecimento para construção de cidadania (Brasil, 2006).

Ressalta-se que a organização do trabalho das eSFs deve ocorrer por meio de uma equipe multiprofissional, que se relaciona sob a perspectiva da interdisciplinaridade, “o que pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos” (Araújo & Rocha, 2007, p.456). Para tanto, as eSFs devem ser compostas pelos seguintes profissionais: médico generalista ou especialista em saúde da família; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2012a).

No que diz respeito à carga horária desses profissionais, de acordo com a PNAB 2012, todos os profissionais de saúde membros da eSF, à exceção do médico, deveriam exercer uma jornada de trabalho de 40h semanais, podendo ser cadastrados em apenas uma equipe. A flexibilização da carga horária da categoria médica foi uma tentativa de equacionar a

dificuldade de contratação e fixação desse profissional nas equipes, que se mostrou insuficiente diante dessa problemática (Brasil, 2012a).

Diferentemente do que está colocado na PNAB 2012, a PNAB 2017 realiza as seguintes orientações para a carga horária dos profissionais das equipes da AB (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem): “a composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais” (Brasil, 2017, p.14). Na prática, estas novas orientações sobre a carga horária dos profissionais da AB possibilitam a composição de diferentes arranjos para a formação das equipes.

Embora essas alterações sejam justificadas pelo atual período de reajuste fiscal, é importante questionar: quais são os seus efeitos no atual modelo de atenção à saúde? De imediato, fica claro que a PNAB 2017, ao permitir a flexibilização da formação das equipes, possibilita a transferência de recursos para o financiamento das chamadas equipes tradicionais da AB, não criando mecanismos de valorização para a implantação das eSFs. Verifica-se, então, que as flexibilidades nas formações das equipes reforçam as práticas orientadas pelo modelo biomédico. Neste sentido, antes mesmo que a eSF tenha avançado de forma significativa na reversão do modelo de atenção, a PNAB 2017 representa um risco a proposta da AB abrangente, uma vez que reforça os binômios saúde-doença e queixa-conduta (Brasil, 2017; Morosini, Fonseca & Lima, 2018).

Importa ressaltar também que nas PNAB 2006 e 2012, existia uma relação entre o número previsto de ACS por equipe e a cobertura de 100% da população acompanhada. Especificamente, na PNAB 2012, o número de ACS para cobrir 100% das famílias cadastradas era de 12 ACS por eSF, com um máximo de 750 pessoas acompanhadas por ACS. Essa publicação acrescentou ainda o texto que para a definição do número de pessoas por equipe, deveria ser levado em consideração o grau de vulnerabilidade das famílias que

habitam o território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deveria ser a quantidade de pessoas assistidas por equipe (Brasil, 2006; 2012a).

Por meio dessa redação existente na PNAB 2012, observa-se que a flexibilização dos critérios era realizada com a finalidade de efetivação do princípio da equidade, ou seja, tinha-se a intenção de favorecer aqueles que apresentassem maior necessidade de cuidado (Brasil, 2012a). Entretanto, o mesmo não ocorre com a publicação da PNAB 2017, ao sugerir que a relação entre o número de ACS por equipe deverá ser estabelecida de acordo com os critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos da população acompanhada (Brasil, 2017). Ressalta-se que o fato de não adotar parâmetros específicos para o número de ACS por eSF pode gerar consequências de diversas ordens, a saber: permitir que uma equipe seja composta por somente um ACS; proporcionar a desqualificação do cuidado e; reforçar o risco de serem criadas barreiras de acesso à saúde de parte da população (Morosini, Fonseca & Lima, 2018).

Vale lembrar que o ACS é caracterizado por ser o elo entre a equipe e a população, articulando o saber científico e o saber popular, uma vez que reside no território de abrangência do serviço. Seu trabalho tem como eixo norteador a educação em saúde realizada de forma externa à Unidade Básica de Saúde (UBS), nos domicílios das famílias sob sua responsabilidade. Desenvolve, portanto, importantes funções, tais como: facilitar o acesso divulgando ações e serviços da UBS; estreitar vínculos da população com a equipe; levantar demandas em saúde e desenvolver um trabalho de prevenção de agravos e promoção à saúde (Barra, 2013).

A possível redução do número de ACS por equipe não é a única ameaça posta na PNAB 2017 para essa categoria profissional. A referida política possibilita a integração das atribuições do ACS com a dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), tornando-os um único profissional de saúde. Tal proposta é sustentada por meio do argumento da necessidade

de união entre a AB e a vigilância em saúde, com vistas a promover a melhoria das ações a serem desenvolvidas nos territórios (Brasil, 2017).

Na redefinição das atribuições, o ACE preserva as suas responsabilidades associadas ao seu trabalho - contato direto com a população para a realização de orientações quanto à prevenção e tratamento de doenças infecciosas, porém sofre o acréscimo das tarefas atribuídas aos ACS. Estes, por sua vez, sofrem uma descaracterização do seu trabalho, com o enfraquecimento das ações de educação em saúde e de promoção à saúde, pautadas pela concepção da clínica ampliada e da determinação social do processo saúde-doença, em virtude da priorização de ações de prevenção de agravos e de controle de risco (Brasil, 2017).

Ressalta-se que é preciso considerar o quanto a integração entre estas categorias profissionais –ACS e ACE - estaria mais a favor da redução de custos, por meio da redução de postos de trabalho, do que do aumento da qualidade e eficiência do processo de trabalho no nível da AB. Ainda que se concorde com a necessidade de uma maior aproximação entre os setores da vigilância e da atenção à saúde, corrobora-se com Morosini, Fonseca e Lima (2018) ao destacarem que isto não é solucionado somente com a fusão de seus agentes.

Importa destacar ainda que, a PNAB 2017 sugere uma relativização da cobertura universal, ao fazer referência no texto de que a cobertura de 100% das eSFs deve ocorrer em áreas de risco e vulnerabilidade social, reforçando, assim, a concepção da AB tradicional/seletiva. Ou seja, não é mais enfatizada a concepção de um SUS para todos, ao contrário, o discurso realizado é de um sistema de saúde destinado para pessoas em extrema situação de pobreza, que não possuem condições financeiras de arcar com um plano de saúde do setor privado, com uma oferta mínima de serviços.

Mesmo frente aos problemas amplamente reconhecidos para o fortalecimento da AB, como a qualificação dos trabalhadores alinhados com os princípios e diretrizes do SUS; a organização do trabalho baseado nas demandas do território; a integração entre prevenção,

atenção e promoção à saúde; a implantação de processos de trabalho mais democráticos e participativos, dentre outras questões, a revisão da PNAB 2017 em nada enfrentou tais desafios. Ao contrário, sua publicação propôs o retorno a um passado ainda recente. Os riscos presentes ao relativizar a cobertura populacional, os estabelecimentos de serviços mínimos dirigidos a populações vulneráveis, bem como, a possibilidade de criação de equipes com dedicação parcial ao trabalho, sem dúvida, ferem qualquer proposição de construção de vínculo e continuidade do cuidado, atributos tão caros conquistados por meio da proposta de uma AB abrangente.

1.1 CONHECENDO O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Com o propósito de qualificar, complementar e consolidar o trabalho da eSF, o Ministério da Saúde promulgou, em 24 de janeiro de 2008, a Portaria nº 154, que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, republicada em 04 de março de 2008 e, atualmente, denominado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). O NASF tem como atribuição proporcionar a ampliação da abrangência e do escopo das ações das equipes de AB, buscando aumentar o grau de resolutividade dessas equipes e promover um cuidado integral (Brasil, 2008). Desta forma, sua atuação deve ocorrer de maneira integrada, apoiando os profissionais, não somente das eSFs, mas também, os das equipes de AB para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde nos territórios onde atuam (Brasil, 2012a).

Conforme já mencionado, por meio da PNAB 2012, o NASF foi incluído como uma nova modalidade de equipe da AB, se configurando como um componente estratégico deste nível de atenção, por fomentar mudanças na organização do trabalho e possibilitar a inserção de outras categorias profissionais. Constituídos por equipes compostas por profissionais de

diferentes áreas de conhecimento¹, o NASF pode atuar em distintos momentos do ciclo de vida, sempre levando em consideração o perfil epidemiológico, cultural e socioeconômico do território de adstringência. Ou seja, nenhuma faixa etária ou grupo populacional específico é excluído do cuidado, podendo, portanto, desenvolver ações voltadas às crianças, adolescentes, adultos e idosos, de diferentes classes, raças, gênero e etnias, não se sobrepondo às eSFs (Brasil, 2014).

Assim, verifica-se que o NASF possui dois públicos-alvo: 1) as equipes, as quais ofertam o apoio, por meio da análise dos problemas e necessidades de saúde, visando à elaboração de propostas de intervenção conjunta; 2) a população, que habita o território adstrito, por meio do desenvolvimento de ações clínicas individuais ou coletivas com os usuários e seus familiares, quando se fizer necessário, de modo integrado e corresponsável com os profissionais das demais equipes (Brasil, 2014).

A partir da promulgação da Portaria nº 3124/2012, os parâmetros de vinculação do NASF às eSFs foram redefinidos e aprimorados. A referida portaria instituiu três modalidades de Núcleos: 1) NASF 1, que pode apoiar entre cinco e nove eSFs e/ou equipes da AB para populações específicas, tais como a população de rua, ribeirinha e fluviais, sendo que a soma da carga horária da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais; 2) NASF 2, que pode apoiar entre três e quatro eSFs e/ou equipes da AB para populações específicas, sendo que a soma da carga horária da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais e 3) o NASF 3, que oferece apoio entre uma e duas eSFs e/ou equipes da AB, para populações específicas, sendo que a soma da carga horária da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais (Brasil, 2012b).

¹ Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional.

Cabe ressaltar que os NASFs não se caracterizam como porta de entrada do sistema de saúde, suas ações são delimitadas a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as eSFs. Ou seja, os NASFs fazem parte da AB, porém não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Estes, quando necessários, devem ser regulados pelas eSFs, sendo os seus objetivos terapêuticos condizentes com as características deste nível de atenção (Brasil, 2014).

Em síntese, pode-se afirmar que o trabalho no NASF acontece a partir da integração com a eSF responsável pelo cuidado em um determinado território. Neste contexto, o NASF se caracteriza como um dispositivo que solicita a incorporação de novos saberes no trabalho em saúde, uma vez que propõe o desenvolvimento de práticas conjuntas com as eSFs, elaboradas por meio da ativação de espaços para o compartilhamento de conhecimentos e ampliação do cuidado (Oliveira, Rocha & Cutolo, 2012).

Reitera-se ainda o papel do NASF frente às RAS e aos níveis progressivos de complexidade, uma vez que sua organização do trabalho permite um “trânsito” entre diversos pontos de atenção, possibilitando, assim, maior potência para interlocução com os demais serviços da rede. Assim, o NASF, além de desenvolver um trabalho compartilhado com as equipes da AB, deve atuar de forma integrada a RAS e as demais redes sociais e comunitárias presentes no território. Busca-se romper com a visão de isolamento do setor saúde, por meio do trabalho em rede e intersetorial, que de fato atendam às necessidades da população (Brasil, 2014; Sousa, Albuquerque, Nascimento, Albuquerque & Lira, 2017).

1.2 AS DIRETRIZES DO NASF

De acordo com Ministério da Saúde (2010a; 2014) o trabalho do NASF deve ser orientado pelas diretrizes da AB. Logo, seu processo de trabalho tem como foco o território sob sua responsabilidade, onde as equipes NASF devem atuar apoiando as eSFs na produção

de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade, que é destacada como a principal diretriz a ser praticada pelas equipes NASF.

Conforme consta na lei 8080/90, a diretriz da integralidade é concebida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, de caráter individual ou coletivo, que proporcionam o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, conforme demanda apresentada para cada caso. Entretanto, sabe-se que no campo da saúde o conceito de integralidade pode assumir diferentes sentidos. Mattos (2009) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: (1) a integralidade como traço da “boa” atuação em saúde, que busca promover uma ruptura com a fragmentação do cuidado e com a priorização das dimensões biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais; (2) a integralidade como modo de organizar as práticas, com a criação de certa horizontalização dos programas anteriormente verticais, superando a fragmentação das atividades no interior dos serviços de saúde; (3) a integralidade como resposta governamental a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um grupo populacional.

Dito isto, pode-se afirmar que, no âmbito do NASF, a integralidade compreende uma pluralidade de ações que não se restringe apenas à concepção clássica de acessibilidade. Ou seja, a integralidade também preconiza: uma produção do cuidado capaz de contemplar as diversas dimensões do ser humano; a criação de práticas e políticas governamentais embasadas nas necessidades da população e a incorporação do cuidado voltado à prevenção de doenças, a promoção à saúde, a educação permanente, a assistência, dentre outras práticas integradas a uma política que valorize o ser humano como sujeito de direito.

Ainda sobre a integralidade, o Ministério da Saúde (2010a) aponta para a necessidade de estar atento ao risco de se reproduzir a fragmentação do cuidado, por meio da implantação do NASF. Ao se incorporar diferentes abordagens disciplinares com o intuito de favorecer a

qualidade aos atendimentos, corre-se o risco de cada categoria profissional assumir aquilo que corresponde ao seu núcleo de saber, deixando de promover um cuidado integral ao usuário. Esta postura também pode gerar a não responsabilização dos profissionais de saúde, tanto em termos individuais como coletivos, além da focalização de aspectos individuais dos usuários (Oliveira & Quevedo, 2016).

Além da integralidade, outras diretrizes orientam o trabalho do NASF, a saber: territorialização; intersetorialidade; Educação Permanente em Saúde (EPS); educação popular; humanização; interdisciplinaridade; participação popular e promoção à saúde (Brasil, 2010a, 2014).

No que se refere ao território de saúde, ressalta-se que este não se limita apenas a uma área geográfica, mas sim, a um espaço que congrega pessoas, instituições, redes, ou seja, um cenário onde se dá a vida comunitária, onde habitam pessoas vivendo em tempo e espaços singulares com problemas e necessidades de saúde. Trabalhar no território significa conhecer a suas características e seus recursos, a fim de utilizar todos os seus componentes, saberes e forças, para o enfrentamento dos problemas de saúde apresentados (Gazignato & Silva, 2014).

Corroborar-se com Mendes e Donato (2003), ao ressaltarem que a apropriação do território por parte das equipes de AB (eSF e NASF) possibilita a construção de vínculos de corresponsabilização com a comunidade. Nesse sentido, os NASFs, juntamente as eSFs, devem operar dentro desta lógica territorial, assumindo responsabilidades pelo cuidado à saúde de uma determinada população e buscando desenvolver o raciocínio clínico, epidemiológico e sociopolítico sobre a realidade sanitária do território, de forma a identificar e analisar os meios mais efetivos para promover e proteger a situação de saúde (Brasil, 2014). Ou seja, as equipes do NASF devem conhecer a realidade do território sobre sua responsabilidade, identificando as suas fragilidades e possibilidades, a fim de propor soluções coletivas condizentes com as suas necessidades de saúde (Ribeiro et al., 2014).

Além disto, ao conhecer o seu território, as equipes devem identificar os diversos segmentos sociais que o habitam, visando à construção de um trabalho articulado em torno de um tema ou situação em comum, efetivando, assim, a diretriz da intersetorialidade. Para tanto, ressalta-se a necessidade do NASF desenvolver, coletivamente, ações que integrem outras políticas sociais, tais como: educação, assistência social, cultura, esporte, lazer, dentre outras. Entende-se que esta forma de trabalhar favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (Brasil, 2010a, 2014). Dito de outra forma, o NASF solicita a construção de uma relação concreta com outros setores, que não necessariamente compõem os serviços de saúde, mas que se juntam para atuar em torno de uma situação, visando alcançar resultados de uma maneira mais efetiva do que poderia alcançar agindo por si só (Silva & Rodrigues, 2010).

No que se refere à diretriz da EPS, sua proposta traz a discussão sobre a relevância e a viabilidade de disseminar a prática pedagógica por todo o sistema de saúde que, segundo Merhy (2005), consistiria em produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado, ou seja, colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho. Além disto, a Política Nacional de Educação Permanente aborda a descentralização do processo de ensino para a configuração locorregional (Brasil, 2009). Dessa forma, a EPS deve acontecer no cotidiano dos serviços de saúde, sendo realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm.

Neste contexto, a EPS, desenvolvida pelo NASF, deve promover espaços que fomentem a qualificação profissional, tanto das eSFs quanto da sua própria equipe, por meio da problematização do processo de trabalho e das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores, pautadas pelas demandas de saúde do território. Logo, o NASF, como uma equipe de apoio, deve estimular, propiciar e compor com a eSF espaços

críticos-reflexivos e participativos, a fim de promover mudanças no trabalho com a produção de novas ações de saúde, norteadas pela prática interdisciplinar e pelo cuidado integral (Miccas & Batista, 2014).

Ressalta-se ainda que a EPS, desenvolvida pelas equipes NASF, não deve se efetivar apenas nos momentos destinados na agenda dos profissionais para esse fim (treinamento e capacitações). A EPS deve ser transversal ao cuidado em saúde, favorecendo o desenvolvimento de ações criativas, inovadoras e resolutivas para o enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença dos territórios de responsabilidade das eSFs e dos NASFs. Assim, pode-se considerar que todos os espaços de interação, diálogo e reflexão sobre a prática em saúde podem ser utilizados para a EPS (reunião de equipe, consulta e visita domiciliar compartilhada, reunião com o conselho gestor, reuniões intersetoriais e de articulação da rede, dentre outros) (Pagani & Nascimento, 2016).

Já a educação popular em saúde pressupõe a construção do conhecimento por meio da troca de experiências e saberes, da história de vida, do contexto social e da cultura de cada pessoa. Produzir saberes nesta perspectiva requer a compreensão de que o conhecimento se produz a partir da instauração do diálogo entre as diferentes concepções de mundo. Além disto, esse dialogar deve ser regido pelo respeito ao outro, considerando que teorias e práticas são distintas, porém inseparáveis e complementares (Freire, 2002).

Desta forma, a educação popular em saúde ao invés de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura implantar estratégias de diálogo entre o pensar e o fazer da população e dos profissionais de saúde, buscando a resolutividade dos problemas de saúde vivenciados. Busca-se, então, empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, com enriquecimento recíproco. Reitera-se que tal proposta se mostra cada vez mais necessária, visto que, os paradigmas dominantes em saúde reproduziram um distanciamento entre o conhecimento técnico e o popular, criando medidas

sanitárias desarticuladas do contexto sociocultural, que tinham poucos impactos na situação de saúde dos coletivos (Gomes & Merhy, 2011).

No que se refere à diretriz humanização, esta deve ser entendida como uma possibilidade de promover mudanças nos processos de trabalho no campo da saúde, por meio da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços. Busca-se a criação de estratégias coletivas, destinadas à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão em curso, sempre que tais modelos estiverem na contramão do que preconiza o SUS (Brasil, 2010a; 2014).

Dito isto, o trabalho do NASF, guiado pelos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), deve se materializar por meio da criação de formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento focados na fragmentação dos sujeitos e do trabalho, mas ao contrário, em “formas de trabalhar que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que gerenciam e os que cuidam”. Parte-se da compreensão do trabalho como uma atividade situada em um tempo e espaço coletivo de produção de saberes, de trocas de conhecimento, de negociação e de gestão (Santos Filho, Barros & Gomes, 2009, p. 604).

Por sua vez, a interdisciplinaridade, também ressaltada como um conceito norteador do trabalho do NASF deve ser compreendido como uma atitude de permeabilidade, a ser tomada pelos profissionais do NASF frente aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado (Brasil, 2010a; 2014).

De acordo com Roquete, Amorim, Barbosa, Souza e Carvalho (2012), as equipes de saúde podem estabelecer diferentes formas de interação entre as disciplinas para a organização do seu trabalho. Dentre essas formas, os autores destacam: 1) a multidisciplinaridade, como uma somatória de métodos, em que há uma justaposição das disciplinas que abordam um mesmo objeto, a partir de distintos pontos de vista, sem o

estabelecimento de relações entre os profissionais das diferentes categorias; 2) a interdisciplinaridade, que se caracteriza pela busca da superação das fronteiras disciplinares, por meio da integração entre os saberes e as técnicas; 3) a transdisciplinaridade, que se constitui na articulação de métodos oriundos de diversas áreas do conhecimento, podendo gerar novas disciplinas ou permanecer como zonas livres.

Verifica-se que o trabalho desenvolvido na perspectiva da interdisciplinaridade, oportuniza o compartilhamento de conhecimentos e a criação de novas práticas. Neste sentido, pode-se afirmar que a interdisciplinaridade deve ser um princípio que norteia todo o trabalho do NASF, sendo compreendida como uma vivência entre os profissionais de diferentes categorias que possibilita a permeabilidade de conceitos, ou seja, uma interação dinâmica entre os diferentes saberes com vistas a atingir um objetivo em comum (Scherer, Pires & Rémy, 2013).

Ressalta-se a importância da interdisciplinaridade ser compreendida como uma postura ética a ser assumida pela equipe. Logo, torna-se necessário que os espaços coletivos, de interação entre as disciplinas, sejam regidos pela prevalência do diálogo, da cooperação técnica e da compreensão dos fazeres. A equipe deve estar integrada e também aberta às características de cada núcleo de saber para a construção de uma comunicação com fluidez, capaz de facilitar o desenvolvimento de ações interdisciplinares. Assim, trabalhar em equipe, na perspectiva interdisciplinar, significa promover o resgate do processo de aprender a aprender e o de aprender a conviver. Respeito, abertura, colaboração, cooperação, tolerância, diálogo, humildade e ousadia são aspectos indispensáveis para a realização de um trabalho guiado por esta lógica (Oliveira et al., 2011).

Com relação à diretriz da participação social, de acordo com o Ministério da Saúde (2010a; 2014), seu propósito é o fortalecimento dos espaços comunitários com foco na gestão participativa e no protagonismo dos usuários. Trata-se, portanto, “de fortalecer os processos

de produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas, partilhando poder e construindo um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e fortalecimento da sociedade civil” (Brasil, 2010a, p.18).

Dito de outra forma, o NASF deve-se fazer presente em espaços destinados ao controle social, a fim de que seu modelo de atenção seja socializado e amplamente debatido. Espera-se que a partir da compreensão da proposta NASF, haja uma construção coletiva de estratégias para o desenvolvimento do processo de trabalho, com base nas necessidades do território adstrito (Pagani & Nascimento, 2016).

Por fim, a promoção à saúde realizada pelas equipes do NASF, deve ser implantada nas ações cotidianas com vistas a preservar e/ou aumentar o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Além disto, esta diretriz pode ser desenvolvida pelas equipes NASF tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de atividades coletivas (Brasil, 2010a).

Ressalta-se que as práticas com este foco devem estar vinculadas à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Nesta perspectiva, a promoção à saúde é uma tarefa coletiva, que envolve trabalhadores e usuários, com vistas à criação de espaços de trocas de saberes e de análise do cotidiano potentes à coprodução de outros modos de estar na vida, “outras formas de se fazer saúde, bem como outro nível de produção de sujeito, que não apenas o de atender as ordens de especialistas e/ou de enquadrar-se nos modelos de ser saudável” (Iglesias & Araujo, 2011, p.292).

Importa destacar que o conceito de promoção à saúde permanece em constante debate teórico no campo da saúde. De modo geral, observa-se que as práticas de promoção à saúde ainda são confundidas, ou compreendidas como sinônimo das práticas de prevenção de doenças, que se relacionam a ocorrência de agravos, tendo como propósito antecipar

determinadas ações para evitar ou reduzir o risco do adoecimento (Iglesias & Araujo, 2011; Westphal, 2006; Buss, 2003).

1.3 METODOLOGIA E FERRAMENTAS DE TRABALHO DO NASF

De acordo com o Ministério da Saúde (2010a; 2012; 2014), o trabalho do NASF é orientado pela metodologia do apoio matricial. Em síntese, isto significa que o trabalho acontece a partir da integração entre as eSFs com os profissionais dos Núcleos, sendo que essa interação deve se dar a partir das necessidades e dificuldades das eSFs, apresentadas diante das demandas de saúde identificadas no território.

De acordo com Cunha e Campos (2011), o apoio matricial visa assegurar retaguarda especializada a equipes encarregadas da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa, alterando a lógica tradicional de referência e contrarreferência, instituindo uma relação interprofissional dialógica e democrática. Busca-se organizar o trabalho de modo colaborativo, utilizando-se da proposta da cogestão do conceito de interdisciplinaridade e da visão ampliada do processo saúde-doença, com vistas a fomentar a corresponsabilidade do cuidado em saúde entre equipes multiprofissionais e profissionais apoiadores, substituindo, assim, as tradicionais relações burocráticas e hierarquizadas ainda existentes no campo da saúde (Campos, Figueiredo, Pereira Junior & Castro, 2014).

Em outras palavras, sabe-se que os serviços de saúde são organizados pelos preceitos do modelo biomédico, que são fortemente marcados por um cuidado verticalizado, centralizador e sem trocas de saberes, em que o processo de trabalho é desenvolvido de forma individualizado e fragmentado, favorecendo a alienação e o descompromisso do trabalhador com a produção de cuidado. Por meio do apoio matricial, busca-se promover mudanças na dimensão gerencial e na gestão da atenção, estimulando o surgimento de novos padrões de inter-relação entre equipes e usuários. Visa-se, então, organizar o processo de trabalho de

modo a favorecer a produção de cuidado de forma ampliada, mediante a construção de espaços de diálogos e trocas entre os diferentes profissionais de saúde (Campos & Domitti, 2007).

Ressalta-se que a metodologia do apoio matricial solicita, necessariamente, a participação de duas equipes – uma de referência e outra de apoiadores. Entende-se a equipe de referência como a responsável pela coordenação e condução do caso de maneira longitudinal, com vistas à ampliação das possibilidades de vínculo favorável no tratamento e avanço da intervenção junto ao caso em discussão. Já o apoiador matricial, por sua vez, é um especialista que pode agregar um conhecimento, contribuindo para a intervenção e resolução de determinado problema de saúde (Iglesias & Avellar, 2014).

É importante destacar que o fato do apoiador assumir o papel de um especialista, isto não significa que este detenha a resposta para a resolução do caso (Iglesias & Avellar, 2014). A ideia é a construção compartilhada das possibilidades de cuidado para a situação em discussão. Aposta-se na troca de conhecimentos entre as equipes e na ideia de que nenhum especialista, isoladamente, pode assegurar uma abordagem integral à saúde (Brasil, 2014).

Em outras palavras, a prática do apoio matricial propõe a construção de um processo de trabalho com base no diálogo. O apoiador, que possui um núcleo de conhecimento distinto dos profissionais da equipe de referência, agrega recurso do seu saber, a fim de favorecer uma atenção integral e resolutiva. Todavia, tal situação é sempre mutável, uma vez que, a equipe que recebe o apoio também oferece um conhecimento diferenciado a ser incorporado no cuidado em saúde (Brasil, 2010a).

Assim, a operacionalização da metodologia do apoio matricial ocorre por meio tanto do suporte técnico-pedagógico, quanto da dimensão clínico-assistencial, prestados às equipes de referências. Compreende-se o apoio técnico-pedagógico como uma ação relacionada à troca de saberes e de experiências entre as equipes a partir, por exemplo, da discussão de um

caso específico. Já a dimensão clínico-assistencial demanda do apoiador a realização de ações clínicas diretamente com os usuários. Contudo, recomenda-se que essa ação seja realizada somente em situações clínicas de maior complexidade (de acordo com o risco, a vulnerabilidade e a gravidade), após acordo entre as equipes envolvidas no cuidado, sendo priorizado o atendimento conjunto (apoiador e profissional da equipe acompanhada).

Além disto, tais dimensões – técnico-pedagógico e clínico-assistencial, podem e devem se misturar em diversos momentos, a partir das pactuações realizadas pelas equipes de referência e seus apoiadores, tendo como base as necessidades e problemas de saúde vivenciados no território adstrito. Desta forma, a metodologia do apoio matricial disponibiliza um leque de ações a serem realizadas, tais como: atendimento conjunto ou não, discussões de casos, elaboração de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos, educação permanente, capacitação, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, práticas intersetoriais, ações de prevenção de doenças e promoção à saúde, discussão sobre o processo de trabalho das equipes, dentre outras. Entretanto, a oferta destas ações está atrelada as diretrizes clínicas e sanitárias estabelecidas entre as equipe de referência e seus apoiadores, para a realização do apoio matricial (Brasil, 2012).

Além do apoio matricial, o Ministério da Saúde (2014) ressalta a importância das equipes NASF utilizarem outras ferramentas/estratégias de caráter transversal (que não são de uso específico de alguma categoria profissional, embora possa estar mais próximo de determinadas ocupações), para ampliar a capacidade de cuidado das eSFs, bem como expandir as ofertas/ações de saúde na AB. Dentre essas, a Pactuação do Apoio é caracterizado como uma ferramenta de cogestão. Já o trabalho com grupo, o genograma, o ecomapa, a clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST), são caracterizados como ferramentas de apoio a atenção (Brasil, 2010a, 2014).

A Pactuação do Apoio configura-se como uma ferramenta que se mantém em constante construção, sendo operada em duas linhas de trabalho. A primeira linha de trabalho visa a avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, eSF e o Conselho de Saúde. Antes de definir quais as categorias profissionais irão compor o NASF, é importante que o gestor coordene um processo de discussão e negociação com as eSFs e com a participação social, para definir quais profissionais serão contratados. Já a segunda linha envolve a pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre os gestores, a equipe do NASF, a eSFs e a participação social. Desta forma, essa linha está relacionada ao delineamento dos objetivos a serem alcançados, a identificação dos problemas prioritários a serem abordados, a elaboração dos critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, a criação de mecanismo de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores; além de formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos (Brasil, 2010a).

No que se refere às ferramentas de apoio à atenção, o trabalho com grupos é ressaltado como um importante recurso para oportunizar trocas de experiências de vida entre as pessoas que lidam com problemas parecidos, estimulando, assim, a busca de alternativas para o enfrentamento da realidade, o protagonismo dos sujeitos, o seu empoderamento e a sua autonomia. Por meio dessa ferramenta, busca-se dar um passo a frente do que já é realizado no trabalho na AB, ou seja, implantar espaços grupais diferentes da proposta de educação em saúde, que também possuem um papel importante no cuidado neste nível de complexidade, principalmente, no que se diz respeito às ações de prevenção de doença e promoção à saúde. Assim, a ideia não é a de substituir as modalidades de atividades grupais já existentes, ao contrário, busca-se agregar essa ferramenta como mais um recurso (Brasil, 2014; Andrade, Amorim & Natal, 2016).

Enquanto metodologia de trabalho com grupo sugere-se o uso: dos *grupos terapêuticos*, que possuem objetivos terapêuticos específicos, voltados especificamente ao *insight* sobre o funcionamento das pessoas ou da totalidade do grupo, proporcionando o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal; dos *grupos operativos*, criados por Pichon-Riviére, na década de 1940, que se caracteriza como um conjunto de pessoas com objetivos comuns, que se propõem a realização de uma tarefa, explícita ou implicitamente, interagindo e estabelecendo vínculo, sendo que intervenções realizadas pelo coordenador devem ser feitas apenas quando ocorrerem conflitos interpessoais que ameaçam a integridade do grupo; dentre outras formas de trabalho grupal (Brasil, 2014; Zimmerman, 2007).

Por sua vez, o genograma tem como propósito organizar os dados referentes à família, construindo um mapa relacional com as suas informações relevantes. Sua elaboração ocorre por meio de símbolos, permitindo a visualização rápida e abrangente da organização familiar e suas principais características: composição familiar, história da família, sua estrutura e modo de funcionamento, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade, bem como as relações e os conflitos existentes entre os seus membros (Brasil, 2014; Borges, Costa & Faria, 2015).

Segundo Crepaldi, Moré e Schultz (2014), o genograma para além de se configurar como uma representação gráfica da família, com ele é possível conhecer e compreender os legados, crenças e mitos que são transmitidos entre as gerações. Desta forma, por meio dessa ferramenta, a pessoa atribui significados para as histórias narradas, sendo possível identificar os padrões familiares que se repetem através das gerações. Reconhecer tais padrões pode ajudar as famílias a evitar a repetição de determinadas atitudes no presente e sua reprodução no futuro (Burd & Batista, 2004; McGoldrick & Gerson, 2005).

Já o ecomapa representa a interação da família com os recursos comunitários, ou seja, é uma ferramenta útil para o mapeamento da rede de apoio da família em um determinado

momento. Elaborada graficamente, essa ferramenta costuma ser utilizada de forma associada ao genograma para fins de diagnóstico e de planejamento das ações de saúde. Para a coleta de dados de ambas as ferramentas – ecomapa e genograma –, além das informações obtidas no prontuário, a equipe do NASF, juntamente com a eSF, também deve buscar os dados desejados com o usuário, familiares, profissionais da equipe e, em especial, com o ACS (Brasil, 2014; Souza, Bellato, Araújo & Almeida, 2016).

Desta forma, considerando o contexto de trabalho das equipes da AB, que acompanham e assumem o cuidado de um número considerável de famílias, coadunam-se com Souza, Bellato, Araújo e Almeida (2016), que o uso do genograma e do ecomapa proporciona uma síntese da dinâmica familiar e sua relação com o mundo e seus recursos comunitários, identificando suas potencialidades e dificuldades em torno do processo saúde-doença. Contudo, não é tarefa fácil dar visibilidade a dinâmica vivenciada pelas famílias e suas redes, dada a limitação da representação gráfica, haja vista que, mostra-se apenas um momento imediato vivenciado pela família (Musquim, Araújo, Bellato & Dolina, 2013). Neste sentido, alguns estudos (Nascimento, Rocha & Hayes, 2005; Musquim et al., 2013) apontam as limitações do genograma e ecomapa ao simplificar dados complexos, sendo necessário cautela ao utilizá-los, pois seus dados não são definitivos, visto que as relações familiares são dinâmicas e instáveis.

No que se refere à Clínica Ampliada, entende-se esta como um cuidado que busca evitar uma abordagem que privilegie somente alguma matriz de conhecimento disciplinar. Sabe-se que, de modo geral, no desenvolvimento das práticas em saúde ocorre à diminuição da pessoa em um recorte diagnóstico. A proposta da ampliação da clínica prevê que os profissionais enxerguem e produzam o cuidado para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer o potencial dos saberes específicos (Figueiredo, 2012).

Ampliar a clínica significa, justamente, ajustar os recortes teóricos de cada categoria profissional às necessidades dos usuários, colocando em primeiro plano a singularidade de cada situação, para ponderar o quanto é possível e necessário compartilhar diagnósticos e decisões (Brasil, 2010a). Além disto, este tipo de clínica assume um compromisso com o usuário, para além da doença, por meio do desenvolvimento da escuta qualificada e do reconhecimento do saber e dos interesses das pessoas, caracterizando-se como uma prática menos prescritiva e mais negociada (Campos et al., 2014).

Verifica-se que, neste processo de ampliação da clínica, o PTS, também destacado como uma ferramenta de trabalho do NASF, pode se configurar como um aliado para o alcance do cuidado integral, uma vez que se define como uma estratégia de cuidado que congrega um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para uma pessoa, família ou coletivo, que faz uso tanto dos recursos da equipe, quanto do território, da família e do próprio sujeito. Sua construção ocorre por meio da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e o usuário sendo, geralmente, aplicado nas situações eleitas como mais complexas (Oliveira, 2007). Cabe destacar que tal discussão “leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido” (Brasil, 2013, p. 55). Sendo assim, o PTS incorpora o olhar da singularidade sobre a situação vivenciada, fomentando a corresponsabilidade de todos os atores envolvidos (profissionais de saúde, usuários e familiares) com o problema de saúde apresentado, por meio de interação democrática e horizontal (Pinto et al., 2011).

Linassi, Strassburger, Sartori, Zardin e Righi (2011) afirmam que trabalhar com a proposta do PTS, a partir das equipes de referência e da metodologia do apoio matricial, significa acreditar que é possível ampliar os espaços de atenção e promover mudanças na forma de trabalho em saúde. Ou seja, o PTS possibilita refletir sobre cada caso, “na busca pela criação de um espaço comum, de proximidade, de troca entre os diferentes saberes

envolvidos no processo, buscando resoluções com e não para o outro” (Linassi et al., 2011, p.426).

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), a elaboração do PTS deve ser sistematizada em quatro etapas. A primeira etapa consiste no diagnóstico e na análise da situação vivência, ou seja, na avaliação ampla do sujeito, possibilitando uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliência e potencialidades dele. Logo após, devem ser definidas, juntamente com o usuário, as ações e metas de curto, médio e longo prazo, para o cuidado. O terceiro momento corresponde à divisão de responsabilidade de cada ator envolvido (usuários, familiares, eSFs, NASFs, dentre outros). Nesta etapa também é realizada a definição do profissional de referência, eleito em função do vínculo estabelecido com o usuário. Este terá a função de gestão do PTS, ou seja, de acompanhar as ações e articulações em torno do caso. Por fim, na quarta etapa, deve-se fazer uma reavaliação, refletindo sobre o andamento do projeto, evoluções e novas propostas.

Por sua vez, o PST se caracteriza como uma ferramenta de trabalho que visa desenvolver ações efetivas de produção de cuidado no território, articulando os serviços de saúde com os demais serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades (Brasil, 2010a). Pautando-se pela concepção ampliada de saúde e sustentando-se nos pilares da promoção à saúde, da participação social e da intersetorialidade, o PST busca criar espaços democráticos, compostos pelos diferentes atores/setores do território, para a realização da discussão coletiva acerca das prioridades e necessidades em saúde do território, com o propósito de investir na qualidade de vida das pessoas e comunidades, bem como no protagonismo dos sujeitos (Brasil, 2010a).

Trata-se, portanto, de uma ferramenta de trabalho que se operacionaliza, a partir do diagnóstico situacional do território, ou seja, a partir do levantamento das vulnerabilidades e riscos que cercam determinada área e/ou população vulnerável. O conhecimento sobre tal

situação deve levar em consideração aspectos históricos e sociais desse território. Para tanto, é importante que as equipes considerem e utilizam não apenas as informações epidemiológicas e os dados socioeconômicos, mas também a disponibilidade de serviços e dos processos históricos e sociais que conferem singularidade a cada território (Brasil, 2010a; Verdi, Freitas, & Souza, 2012; Ohara & Saito, 2014).

Este movimento deve ser compreendido como algo constante, proporcionando que as ações planejadas e a implementação do projeto sejam pactuadas e redefinidas coletivamente. Para isso, torna-se necessária a criação de um espaço de interlocução permanente em que os atores envolvidos possam elaborar o projeto, reformulá-lo, definir as responsabilidades de cada um, além de avaliar sua execução e seus resultados. Portanto, é essencial que os grupos envolvidos com o PST reúnam-se de forma periódica para corrigir eventuais distorções, sem perder de vista a sua principal finalidade que é a produção de saúde integral (Verdi, Freitas, & Souza, 2012).

É importante ressaltar que essa fase inicial de construção do PST é de responsabilidade das equipes de saúde da AB (eSF com apoio do NASF), mas que o processo não se encerra por aí. Conforme já colocado anteriormente, a proposta do PST busca ampliar a discussão e fomentar a participação social, envolvendo outros setores e atores da sociedade para a mudança da situação identificada em cada território (Verdi, Freitas, & Souza, 2012). Em suma, para implantação do PST, as equipes dos NASFs e das eSFs devem criar espaços coletivos de discussão, visando promover a análise das prioridades das necessidades de saúde do território, bem como, a identificação dos seus determinantes sociais, a fim elaborar coletivamente estratégias para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades no território de adstringência (Ohara & Saito, 2014). Reitera-se que “é no espaço coletivo onde a comunidade, suas lideranças e membros de outras políticas e/ou serviços públicos,

presentes no território, poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades, pactuar e avaliar o projeto de saúde para a comunidade” (Figueiredo, 2012, p.65).

Mediante as características do trabalho do NASF, apresentadas no decorrer deste capítulo, este estudo buscou conhecer as concepções e os significados conferidos pelos profissionais de saúde sobre o NASF, a fim de compreender se o NASF pode se configurar como um dos dispositivos que irá contribuir com a afirmação de um paradigma emergente em saúde. Para tanto, algumas questões nortearam esta pesquisa, tais como: quais são efetivamente as contribuições do NASF, junto as eSFs? Como as equipes NASFs compreendem as suas atribuições de trabalho? Quais as mudanças ocorridas no trabalho na AB, com a implantação dos NASFs? Quais os limites e desafios existem neste processo? Diante dessas questões, buscou-se apoio nos pensamentos de Boaventura de Sousa Santos (1988; 2002; 2005), partindo-se do pressuposto que o campo da saúde vivencia um momento de transição paradigmática, gerada a partir da constatação de que o paradigma dominante da saúde se mostra insuficiente para responder a complexidade que perpassa o processo saúde-doença.

2. TRANSIÇÕES PARADIGMÁTICAS NO CAMPO DA SAÚDE

Neste capítulo, parte-se da compreensão que o estudo acerca dos paradigmas possibilita uma melhor compreensão do momento atual, das nossas relações sociais, do nosso agir profissional, assim como os caminhos adotados pela ciência, política, educação, economia, dentre outras áreas de conhecimento. Desta forma, pensando no contexto de trabalho no SUS, mais especificamente no nível da AB, entende-se que as mudanças paradigmáticas sugerem novos conceitos, aportes teóricos e modos de pensar o cuidado em saúde que devem contribuir com a promoção à saúde, a integralidade, a interdisciplinaridade, a participação social, o controle social, ou seja, o fomento do exercício da cidadania (Kuhn, 2007; Paim, 2002; 2008; Paim & Almeida Filho, 1998).

2.1 SOBRE PARADIGMAS E AS CRISES PARADIGMÁTICAS

De acordo com Houaiss e Villar (2009), o termo paradigma é uma palavra proveniente do grego antigo *parádeigma*, que tem o significado de “exemplo ou padrão” a ser seguido, derivada do verbo *paradeiknumi*, cuja definição é demonstrar sentido, manifestar. Utilizado na análise do conhecimento científico, Thomas Samuel Kuhn, filósofo e escritor do livro “A Estrutura das Revoluções Científicas”, estabelece como paradigma um conjunto de pressupostos, conceitos e valores compartilhados em uma determinada disciplina. Para o autor, paradigmas são as realizações científicas universais, capazes de gerar um modelo que sustenta, durante um tempo mais ou menos longo, o desenvolvimento subsequente das pesquisas, tornando-se um padrão para a busca de solução dos problemas apresentados dentro de uma comunidade de praticantes de uma ciência. Desta forma, pode-se afirmar que o paradigma se constitui como uma rede de compromissos, firmados por meio do compartilhamento e das adesões conceituais, metodológicas e instrumentais (Kuhn, 2007).

Girondi e Hames (2007) reafirmam a compreensão de que o termo paradigma denota

uma constelação de crenças, valores, técnicas partilhadas por membros de uma mesma comunidade científica. Os autores ressaltam ainda que o paradigma governa, em primeiro lugar, não um objeto de estudo, mas um grupo de cientistas. Dessa forma, o modo como um grupo de cientistas compreende determinado aspecto de seu mundo será orientado pelo paradigma que os norteiam, consubstanciando-se em juízo crítico da verdade e da realidade. Logo, por trás de todo conhecimento sempre há um paradigma que orienta o modo como as pessoas pensam e agem.

Verifica-se que a noção de paradigma se aproxima a ideia de modelos que guiam os procedimentos e atitudes que são tomadas com relação a um fato ou a um determinado objeto. Ou seja, a expressão paradigma se relaciona a “um conjunto de noções, representações e crenças, relativamente compartilhadas por um determinado segmento de sujeitos sociais tornando-se um referencial para a ação” (Paim, 1997, p.12).

Kuhn (2007) resalta ainda que a existência de um paradigma nem sempre implica na existência de um conjunto completo de regras. Isto significa que a ciência não se configura como uma estrutura unificada e monolítica. As ciências e seus vários ramos são bastante instáveis e mutáveis, havendo, assim, um hibridismo no contexto científico, o que permite afirmar que é quase impraticável uma total uniformização dos paradigmas.

Nesse cenário híbrido, podem existir tanto as pequenas revoluções científicas, que irão afetar apenas uma parte de um campo de estudo, quanto às grandes revoluções que irão produzir impactos em grupos amplos. Dito de outra forma, durante o processo de construção e consolidação de um paradigma pode ocorrer o momento da crise, que é caracterizado como um descontentamento quanto às concepções e aos métodos existentes no paradigma atual. Para Paim (1997, p.11), é no momento de crise que ocorre “uma ruptura em relação ao conjunto vigente com a emergência de teorias científicas estabelecendo-se novos enfoques para uma disciplina em questão”.

Assim, novos paradigmas surgem a partir das crises geradas por meio das revoluções científicas em que ocorre uma nova concepção a respeito de um determinado fenômeno. Esse movimento permite o aprofundamento de questões e conceitos e a criação de um paradigma emergente diferente do antigo e incompatível com o mesmo. Desta forma,

as revoluções científicas iniciam-se com um sentimento crescente, também seguidamente restrito a uma pequena subdivisão da comunidade científica, de que o paradigma existente deixou de funcionar adequadamente na exploração de um aspecto da natureza, cuja exploração fora anteriormente dirigida pelo paradigma. Tanto no desenvolvimento político como no científico, o sentimento de funcionamento defeituoso, que pode levar a crise, é um pré-requisito para a revolução (Kunh, 2007, p.30).

Para exemplificar tal situação, cita-se a transição paradigmática vivenciada no campo da ciência, iniciada no século XX, por meio de uma crise sobre a compreensão da realidade, geradora de uma insatisfação quanto às concepções existentes sobre o modo de compreender o mundo e de fazer sentido nele. Tal processo possibilitou a fecundação de outras ideias e perspectivas, favorecendo a substituição total ou parcial de um paradigma mais antigo/dominante, que era guiado por uma racionalidade científica, por um novo paradigma, denominado de emergente, que resgata a combinação entre senso comum e saber científico, enfatizando que todo conhecimento científico é socialmente construído (Sousa Santos, 2005).

Ainda sobre a crise no campo das ciências, guiando-se pelos pensamentos de Sousa Santos (2005), entende-se que o paradigma dominante se caracteriza pelo pensamento positivista e cartesiano, consolidado a partir do projeto de ciência moderna centrada na busca de verdades e de leis universais que regem o mundo. Assim, a ciência se desenvolveu a partir da divisão do todo em partes, de forma mecanicista. Tais características possibilitam a previsão dos fenômenos e o domínio da natureza, e, conseqüentemente, ofertam o ideal de segurança ao homem moderno contra as adversidades da natureza. Neste sentido, suas marcas são: a racionalidade; o reducionismo; a dissociação entre corpo/mente, sujeito/objeto,

teoria/prática; a valorização daquilo que é quantificável; rigor metodológico, neutralidade e objetividade do pesquisador.

O paradigma emergente, por sua vez, pauta-se no saber científico que tem como ênfase a humanidade a partir da fusão entre ciências sociais e naturais, sob a égide do conhecimento de forma interdisciplinar e global, tendo em vista uma relação intrínseca entre sujeito e objeto. Nesta concepção, conhecer o objeto permite o autoconhecimento. Cria-se, então, por meio do diálogo do conhecimento científico com o senso comum, uma nova racionalidade. Desta forma, o paradigma incorpora a complexidade e a racionalidade numa perspectiva plural, resgatando um discurso mais literário articulado ao pensamento analógico, ou seja, das relações existentes entre os objetos e/ou pessoas (Sousa Santos, 2005).

Em outras palavras, o paradigma emergente busca desmistificar o rigor quantificável presente na visão cartesiana/positivista, por meio de mediações sociais, incorporando a ideia de que todo conhecimento científico passa a ser socialmente construído. O conhecimento científico, nesta perspectiva, deixa de ser compreendido como simples expressão do caráter efetivo do mundo, para passar a refletir de forma simultânea as relações sociais, as crenças e os valores das comunidades científicas. Outras formas de pesquisas passam a ser valorizadas diante desse novo contexto, dentre essas, cita-se as pesquisas de natureza qualitativa, na qual o cenário estudado é compreendido como um fenômeno social, cultural, histórico e dinâmico, vivenciado e descrito por um pesquisador a partir das suas concepções, ou seja, do seu modo de observar o mundo (Sousa Santos, 2005).

Para Vasconcelos (2002), a proposta do paradigma emergente é somar, ao rigor científico, presente no paradigma dominante, a crítica, a dúvida epistemológica, a complexidade dos fenômenos, a interdisciplinaridade, influência/interferência do pesquisador nos fenômenos estudados, afirmando-se como metodologias problematizantes para a resolução de problemas. Observa-se que o paradigma emergente coloca em cena a valorização

da complexidade dos fenômenos, uma vez que, o conhecimento produzido de forma isolada torna-se insuficiente. Logo, o pensamento complexo dá ênfase ao conhecimento singular e multidimensional, estabelecendo como requisito básico para o seu exercício a interdisciplinaridade. Sua proposta é a articulação dos diversos saberes compartimentados nos mais variados campos do conhecimento, sem perder a essência e a particularidade de cada fenômeno. Neste sentido, a complexidade se configura por aquilo que é tecido junto, inseparável, apresentando-se de forma paradoxal a aquilo que é, ao mesmo tempo, uno e múltiplo, sendo o terreno de acontecimentos do emaranhamento das ações, das interações, das retroações e das determinações que constituem nosso mundo fenomênico (Morin, 2007).

Cabe ressaltar que o paradigma emergente e o paradigma dominante convivem cotidianamente tanto nas práticas de grupos científicos como nas ações realizadas nos diferentes serviços. É quase impossível visualizar projetos de pesquisa que são norteados puramente por um paradigma, já que estamos em um período de transição paradigmática. Entretanto, já é possível visualizar algumas influências dos paradigmas emergentes, principalmente no nível teórico, em algumas áreas de conhecimento, tais como nas ciências humanas e sociais (Sousa Santos, 2005).

Dito de outra forma, a ciência não caminha numa via linear contínua e progressiva, mas sim, numa linha tênue e fina, que estabelece uma relação de proximidade entre o paradigma dominante e o emergente. Somado a isto, a “crise pragmática” não é um processo sem enfrentamentos e oposições. “A novidade emerge para aquele que, sabendo com precisão o que deveria esperar, não só sabe reconhecer o que procura, mas também é capaz de reconhecer que ‘algo saiu errado’, algo novo, diferente do esperado” (Jacobina, 2000, p. 619).

Nesse processo, de transição paradigmática, não há superioridade de um sobre o outro, mas a construção de um paradigma mais explicativo e coerente com os problemas daquele determinado momento histórico. Quando se analisam as mudanças ocorridas por meio das

revoluções científicas, é importante transpor a visão de superação do presente em relação ao passado, pois, os conhecimentos científicos são descontínuos e possuem diferença de tempo e espaço (Jacobina, 2000). Logo, como a produção científica é permeada por um determinado paradigma construído num momento histórico, não cabe ser julgada com base em critério de valor ou de desenvolvimento (Gironi & Hames, 2007).

2.2 OS PARADIGMAS NO CAMPO DA SAÚDE

Antes de se iniciar a discussão sobre os paradigmas existentes na saúde, alguns pontos importantes merecem ser destacados. O primeiro refere-se ao fato de que as discussões realizadas acima, sobre os paradigmas científicos, também se materializam no campo das práticas em saúde, ou seja, as ciências e suas revoluções influenciam e estão interligadas a nossa prática cotidiana, enquanto profissional de saúde. O segundo refere-se à necessidade de aprofundar o diálogo sobre os paradigmas da saúde e suas concepções, a fim de proporcionar uma compreensão mais ampla de por que determinadas práticas são como são, ou por que elas se dão de uma determinada forma e não de outra. O terceiro ponto, diz respeito ao fato das concepções de saúde refletirem uma conjuntura social, econômica, política e cultural. Logo, o conceito de saúde deve sempre ser analisado a partir do contexto histórico e social que é produzido. Por fim, o último ponto, está relacionado ao fato de o surgimento de um paradigma emergente na saúde não garante, por si só, a substituição completa da concepção até então dominante. A incorporação de um novo paradigma é sempre lenta, gradual e concomitantemente influenciada pelo outros saberes já instituídos na sociedade. Desta forma, os diferentes modos de se produzir saúde apresentam-se com antagonismos, ao mesmo tempo em que possuem aspectos complementares, já que se fundamentam em teorias não necessariamente excludentes.

Ao longo dos anos, os conceitos de saúde foram se modificando e apresentando diversos sentidos, tornando fecunda a discussão sobre essa temática (Nunes, 1994; Paim, 2002; Arouca, 2007). Assim, a saúde deixou de ser compreendida unicamente como a mera ausência da doença para a noção de “completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1978, p.1), e a partir daí, para um conceito de saúde mais abrangente que incorpora as questões de cidadania, inclusão social e a ideia de qualidade de vida, levando em consideração os diferentes fatores sociais, culturais e econômicos que interferem na vida das pessoas e das coletividades (Brasil, 1988).

Cabe destacar que, a definição de saúde como “completo bem-estar”, proposta pela OMS, tornou-se um marco importante na saúde mundial, pois apontou para a complexidade do tema e para a necessidade de uma reflexão ampliada, sinalizando para a importância da superação da dicotomia existente entre corpo e mente, biológico e social, saúde e doença. Entretanto, tal concepção de saúde, apresenta limitações por possuir um caráter utópico, ou seja, o “completo bem-estar” seria apenas um ideal, transformando a saúde em algo inalcançável. Soma-se a isto, a dificuldade de delimitar o que deve ser admitido como “bem-estar”, uma vez que as concepções variam de acordo com as pessoas e seus modos de ver e significar a vida (Araújo & Xavier, 2014). Dito isto, é notória a ocorrência das modificações teóricas nos modelos de saúde, passando do antigo/tradicional – modelo biomédico – para a atual – denominada Vigilância em Saúde, que tem a estratégia da promoção à saúde como a sua nova prática (Paim, 2003).

O surgimento do modelo biomédico está associado à publicação do Relatório Flexner, na década de 1910, nos Estados Unidos da América (EUA), cujas conclusões tiveram amplo impacto na formação médica em quase todo o continente americano. As diretrizes desse relatório orientavam para a ruptura com a ciência de base metafísica no sentido de promover a sustentação do paradigma cartesiano, que assume destaque e firma-se no campo da saúde, por

meio dos seguintes pressupostos: a fragmentação, a unicausalidade, o especialismo, o biologicismo, o individualismo e o curativismo (Pagliosa & Da Ros, 2008).

Em meados do século XIX, com as discussões e questionamentos acerca dos métodos e técnicas utilizados na ciência moderna, verifica-se no campo da saúde, o surgimento de alguns movimentos, caracterizados neste estudo como pequenas revoluções científicas, que “tensionam” para uma ruptura com o paradigma dominante da saúde. Tais movimentos possibilitaram o surgimento de novas discussões epistemológicas que, mesmo de forma tímida, colocavam em xeque algumas premissas que direcionavam o modelo biomédico.

Cita-se, a medicina preventiva, que ganhou força na América Latina na metade da década de 1950, como um desses movimentos. Fortemente influenciado pela epidemiologia, sua proposta direcionava para um conjunto de medidas educativas destinadas a população, a fim de prevenir agravos e controlar as epidemias (Paim, 2017). Entretanto, apesar dessas mudanças epistemológicas, a proposta da medicina preventiva não foi suficiente para responder a complexidade que perpassava o processo saúde-doença, sendo este um dos seus pontos de crise (Nogueira, 2007).

A medicina comunitária e medicina social, também podem ser caracterizadas como movimentos que buscavam promover algumas rupturas com o paradigma dominante da saúde. De acordo com Paim (2017), por intermédio da medicina comunitária foi realizada uma crítica à concentração de recursos e das tecnologias de cuidado destinadas aos níveis secundários e terciários da atenção. Defendia-se a regionalização e a integração dos serviços, de modo que fosse possível a realização de um cuidado progressivo, desde as ações preventivas até as ações de caráter curativistas, realizadas pela alta complexidade.

Por sua vez, a proposta da medicina social se configurava pelo estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, das suas relações com os serviços médicos, e das relações de ambos – população e serviços médicos - com o sistema social global, com vista a

proporcionar níveis máximos de saúde e bem-estar da comunidade. Suas discussões eram centradas na valorização do social enquanto esfera de condicionantes e/ou determinantes que podem tanto interferir nos processos de adoecimentos, quanto nas possibilidades de saúde, na prevenção das doenças e na promoção à saúde (Vieira da Silva, Paim & Schraiber, 2014).

Ressalta-se que os movimentos acima apresentados (medicina preventiva, medicina comunitária e medicina social), operavam dentro de um contexto de saúde pública, caracterizado pela implantação de programas especiais, destinados a grupos específicos que apresentavam risco de adoecer ou morrer. Desta forma, a saúde pública tinha como objeto de trabalho os problemas de saúde definidos em termos de agravos e riscos, bem como a sua ocorrência nas coletividades. Além disso, suas ações tinham um caráter campanhista, que ligadas ao modelo econômico agroexportador, exigiam do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços urbanos de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação (Mendes, 1994).

Entretanto, apesar da medicina preventiva, medicina comunitária e medicina social emergirem em um contexto de saúde pública, verifica-se, que em certa medida, suas crenças e pressupostos, influenciaram a construção do sistema de saúde legalmente instituído no país em 1988, denominado de Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é fruto de um longo processo de debate e de lutas pela democratização da saúde, que visava promover a elevação da consciência sanitária em saúde e seus determinantes, bem como o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal, igualitário, com o fomento a participação social e a integralidade do cuidado, configurando-se, assim, como um amplo projeto de reforma social. Sua implantação proporcionou a organização dos serviços de saúde de forma descentralizada, atribuindo aos municípios à responsabilidade da execução da maioria das ações, com base territorial e com níveis de complexidade de atenção hierarquizados (Paim, 2008).

Ressalta-se, que as mudanças promovidas no campo da saúde com a promulgação do SUS, se fizeram necessárias, pois a partir de um dado momento histórico, os discursos do paradigma dominante, associados aos aspectos estritamente biológicos, tornaram-se insuficientes para responder as necessidades de saúde da população. Ao mesmo tempo, emergiam na sociedade movimentos sociais que reivindicavam a sedimentação da concepção de saúde como condição de cidadania. Desta forma, os princípios e as diretrizes que orientavam as ações e organizações dos serviços de saúde, visavam imprimir uma nova forma de produzir o cuidado, ou seja, buscavam implantar um novo modelo de atenção em saúde, guiados por um paradigma emergente que fosse capaz de abranger as questões vinculadas ao campo social.

Convém destacar que o SUS é regido pela área de conhecimento da saúde coletiva, que segundo Nunes (1996), surge no Brasil em 1979, por meio de um grupo de profissionais de saúde que buscavam fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica. Para o autor, “a emergência desse projeto reflete, de um modo geral, o contexto socioeconômico e político-ideológico mais amplo, como também as sucessivas crises, presentes tanto no plano epistemológico, como nas práticas de saúde e da formação de recursos humanos” (Nunes, 1994, p. 2).

De acordo com Paim e Almeida Filho (1998), a saúde coletiva busca promover a superação da saúde pública, podendo ser definida como um campo científico em que “se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos” (p. 308). Os autores revelam ainda que a saúde coletiva também é caracterizada como um campo de práticas, em que “se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não)

dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como ‘setor saúde’” (Paim e Almeida Filho, 1998, p.308).

Pode-se afirmar que a principal contribuição da saúde coletiva com o campo da saúde, diz respeito à ampliação dos estudos e da compreensão dos processos saúde-doença nas populações, tomando como objeto de trabalho “todas as condições requeridas não apenas para evitar a doença e prolongar a vida, mas também para melhorar a qualidade de vida e, no limite, permitir o exercício da liberdade humana na busca da felicidade” (Souza, 2014, p. 18). Diante desta compreensão, ser saudável não se limita apenas a não estar doente, conforme ressaltado no paradigma dominante da saúde. A concepção de ser saudável passa a se vincular a possibilidade de operar e de produzir a sua própria saúde, quer mediante aos cuidados tradicionais, quer por ações que influenciem o seu meio social, tais como: políticas de fomento a equidade, políticas sociais (educação e assistência social, etc), ações de articulação intersetorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam diretamente a sua existência, dentro outras. Em síntese, ações que fomentem o exercício da cidadania.

Apesar de todas estas conquistas - ampliação da concepção de saúde, surgimento da saúde coletiva e criação e implantação de sistema de saúde universal e equitativo, ainda é possível verificar, dentro do SUS, a existência de práticas com caráter curativista, fragmentada, individual, norteadas pelo conceito de saúde como mera ausência de doença. O modelo biomédico, em sua hegemonia, ainda se mantém de forma imperativa e como marca central do cuidado. A cultura das instituições setoriais, a formação dos profissionais, a organização dos serviços de saúde, dentre outros fatores, continuam alimentando e sustentando o paradigma dominante da saúde. Assim, os saberes e as práticas adquiridos por meio do campo da saúde coletiva encontram-se em confronto com esta realidade.

Corroborar-se com Mendes (1994), ao ressaltar que a instituição do SUS no país, promove o rompimento da dimensão político-jurídica com o paradigma dominante da saúde,

porém sua criação não garante, por si só, a instauração de um novo paradigma na dimensão político-operacional. Em outras palavras, houve uma mudança expressiva no conjunto de regras básicas de ordenação e de funcionamento do sistema de saúde, que foram elaboradas tendo como pressuposto a complexidade do fenômeno saúde-doença. No entanto, o mesmo não ocorreu no campo das práticas, ou seja, as mudanças não conseguiram promover alterações significativas no cotidiano dos serviços de saúde. Acredita-se, que a dificuldade para a consolidação de um novo paradigma da saúde pode estar situada nesta dimensão, político-operacional, que diz respeito à capacidade de implantar práticas que garantam o acesso universal, em uma rede de serviços, guiada pelos princípios da integralidade e da equidade.

Importa ressaltar que, o SUS ao reconhecer a necessidade de promover uma ruptura com o modelo biomédico, não busca desprezar os conhecimentos científicos adquiridos no campo da ciência biológica. A ruptura com esse modelo caminha no sentido de contestar o uso das teorias biológicas como única justificativa científica capaz de explicar e intervir sobre a doença. Do mesmo modo, quando a saúde coletiva denuncia as falhas do paradigma dominante da saúde e propõe novas abordagens para os problemas de saúde, a intenção não é de invalidar o conhecimento da biologia, mas, sim, de apontar os limites explicativos dessa teoria e sua insuficiência quando tomada como única base ideológica capaz de organizar as respostas relacionadas aos fenômenos ligados ao processo saúde-doença (Scherer, Marinho e Ramos, 2005). Dito isto, pode-se afirmar que a saúde coletiva aponta para uma crise na saúde pública, porém suas práticas não promoveram uma real ruptura com as ações norteadas pelo paradigma dominante da saúde. Vive-se, então, o desafio da implantação de novas formas de produção de cuidado e de conhecimento, capazes de responder as necessidades de saúde da população e de fomentarem elementos agenciadores da integralidade.

Ao discutir as rupturas paradigmáticas do campo da saúde, Campos (2000) destaca a importância de problematizar quais rupturas de fato aconteceram. “O que existe de continuidade?” (p.221). “A saúde coletiva teria criado um novo paradigma, negando e superando o da medicina e o da antiga saúde pública?” (p.220). O autor prossegue ressaltando a necessidade de avançar na análise reflexiva e no esforço crítico para romper com o conceito tradicional da saúde pública, com vistas a investir na construção da teoria, dos métodos e das práticas da saúde coletiva. Assim,

a reconstrução da saúde coletiva passaria por um deslocamento de ênfase: antes fora a doença, depois as estruturas, agora se trataria também de valorizar o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos. No entanto, o deslocamento de ênfase não poderia significar abandono das outras dimensões. Como produzir sujeitos saudáveis sem considerar as doenças ou a possibilidade de enfermar-se? Ou sem avaliar criticamente aspectos estruturais (ambiente, leis, normas)? (Campos, 2000, p.229).

Coaduna-se com Campos (2000) sobre a necessidade de aprofundar e de entender os motivos pelos quais, depois de tanto desenvolvimento do campo teórico e da incorporação das categorias sociológicas, a saúde coletiva no Brasil, ao propor suas práticas, ainda continua tributária a um pensamento positivista do paradigma dominante. Por que a doença ainda assume a centralidade nas ações de cuidado? É preciso problematizar o motivo pelo qual, de modo geral, os serviços de saúde, ainda organizam as suas ações pautadas nos chamados "programas de saúde especiais" (saúde da mulher, do idoso, programa de controle da tuberculose, dentre outros), reafirmando o uso de ferramentas de trabalho de caráter prescritivo e fragmentado, com a centralidade em aspectos biológicos. É inegável que tais programas de saúde obtiveram progressos significativos, os quais refletiram na melhoria de determinados indicadores de saúde; porém, por serem dirigidos a grupos com problemas específicos, trabalham de forma isolada, cada qual para sua área de conhecimento, desconsiderando as questões singulares apresentadas pelas pessoas e coletividades que residem em um determinado território (Paim, 2002).

Continuando com as reflexões sobre as contradições vivenciadas no SUS, caberia ainda, fazer uma discussão sobre as duas vertentes de pensamentos paradoxais presentes no modelo de atenção à saúde, denominado de Vigilância em Saúde. De forma breve, sabe-se que uma das vertentes apresenta-se com um conceito de vigilância restrito, hegemônico, guiando suas ações pelo conceito de risco probabilístico da ocorrência de um fenômeno indesejado e pelo controle de agravos específicos. Por sua vez, a outra vertente, opera com uma concepção mais ampliada do termo vigilância, tendo como eixo norteador os processos de trabalho, as necessidades do território e a promoção à saúde (Paim, 2003). A existência destas duas vertentes de pensamento, em torno do modelo de Vigilância em Saúde, produz impactos diretos na organização dos serviços de saúde e na produção de cuidado, deixando claro o hibridismo paradigmático existente no SUS. Ou seja, ora os processos de trabalho são guiados pelo paradigma dominante da saúde, com práticas de monitoramento e de controle de agravos específicos, ora são orientados pelos ideais almejados no paradigma emergente, tomando como objeto de intervenção a dinamicidade do processo saúde-doença.

Diante destas incoerências vivenciadas no atual sistema de saúde do país, pode-se afirmar a coexistência de dois paradigmas (dominante e emergente) no campo da saúde, que competem para a consolidação do seu conjunto de pressupostos. Sustenta-se a ideia, com base no pensamento de Sousa Santos (2002), que o SUS vive um período de transição paradigmática, em que os paradigmas em competição podem se tornar líquidos e navegáveis, ou seja, há uma mistura de concepções e métodos durante a transição paradigmática que permite a inauguração de novos conhecimentos.

Sousa Santos (2002) faz uma metáfora sobre a transição paradigmática, relacionando o paradigma dominante aos centros de poder – a metrópole, o Norte, que tem seu conhecimento validado e reconhecido pela sociedade, desconsiderando outros saberes. Já o paradigma emergente situa-se no Sul, na parte periférica, que por serem menos engessadas pelo poder

central, possuem uma maior facilidade para produzir formas de conhecimento alternativo, de produzir um diálogo com as diferentes formas de conhecimento. Contudo, existe uma hierarquia entre o Norte e o Sul, que, de modo geral, torna quase invisível as epistemologias do Sul e sua dinamicidade. Para o autor as teorias do Sul sofreram, e ainda sofrem a supressão dos saberes dominantes que neutralizam a pluralidade do conhecimento. Dito isto, o autor enfatiza a necessidade de aprender que existe o Sul, de aprender a ir para o Sul, e por fim, de aprender a partir do Sul com o Sul (Sousa Santos, 1995).

Sousa Santos (2002) destaca ainda, a importância da fronteira no período de transição, conceituando-a como um lugar privilegiado para compreender as incongruências e inconsistências, devido a sua capacidade de transitar de um lado ao outro, de estar na margem, sem perder as referências do lugar que ocupa.

A fronteira enquanto espaço, está mal delimitada, física e mentalmente (...). Por este motivo, a inovação e a instabilidade são, nela, as duas faces das relações sociais. (...). Espaço provisório e temporário, onde as raízes se deslocam tão naturalmente como o solo que as sustenta (...). Viver na fronteira significa viver fora da fortaleza; significa prestar atenção a todos os que chegam e aos seus hábitos diferentes e reconhecer na diferença as oportunidades para o enriquecimento mútuo (Sousa Santos, 2002, p.349).

Desta forma, a fronteira é um espaço onde se encontram controvérsias, um lugar vibrante, vivo, de ajustes, que pode ser traduzido, muitas vezes, com um sentido de batalha, em função dos desafios epistemológicos presentes no período de crise. A fronteira não é o fim, nem o limite que demarca, sua marca é justamente o que faz passar, o que se negocia. Logo, a fronteira explora e quer explorar as potencialidades emancipatórias que existem na transição paradigmática, estando apta para lutar pelo paradigma que emergirá. Aposta-se, na sua capacidade de borrar as dicotomias existentes na ciência moderna - sujeito-objeto, corporemente, saúde-doença, dentre outras - instaurando a “promiscuidade entre estranhos e íntimos” (Sousa Santos, 2002, p. 347). Assim, na transição paradigmática, a fronteira

navega por cabotagem, guiando-se ora pelo paradigma dominante, ora pelo paradigma emergente. E se é verdade que o seu objetivo último é aproximar-se tanto quanto possível do paradigma emergente, ela sabe que só ziguezagueando lá poderá chegar (...). Cabotando assim, ao longo da transição paradigmática, a subjetividade de fronteira sabe que navega num vazio cujo significado é preenchido, pedaço a pedaço, pelos limites que ela vai vislumbrando, ora próximo, ora longínquo (Sousa Santos, 2002, p. 354).

Por meio do hibridismo do processo de cabotagem, que navega entre os paradigmas em competição, ocorre uma ressignificação da fronteira, capaz de alterar as experiências e, conseqüentemente, promover ou consolidar a mudança paradigmática que se anuncia. Ou seja, o paradigma emergente começa a estabelecer novas relações com os conceitos e com as experiências antigas, a fim de promover tanto uma inovação quanto a sua dimensão emancipatória, marginalizada por forças regulatórias que operam determinando regras de funcionamento. Ressalta-se que nesse processo, não há uma negação da história e do conhecimento acumulado durante todo o percurso. Ao contrário, busca-se a partir desse passado promover a mudança, assumindo a fluidez das fronteiras que se estabelecem entre os paradigmas coexistentes durante o período de transição (Sousa Santos, 2002).

Sousa Santos (1988) ressalta ainda que, a emergência de um paradigma carrega consigo um conjunto de pressuposto que ainda não revelam exatamente o que vem a ser. “A configuração do paradigma que se anuncia no horizonte só pode obter-se por via especulativa. Uma especulação fundada nos sinais de que a crise do paradigma atual emite nunca por eles determinada” (p.59). Por isso, ao fazer referência ao paradigma emergente fala-se de um futuro, “mesmo que seja de um futuro que já sentimos percorrer” (p.60). Desta forma, embora atualmente o paradigma emergente se apresente de forma mais concreta, principalmente no campo teórico, verifica-se que a crise paradigmática apenas emite sinais de especulações acerca do paradigma que emergirá, por meio de distinções básicas do paradigma dominante. As ações permeadas pelos preceitos do novo paradigma revelam somente as suas tendências e sinalizam para a necessidade de mudança. É importante ter a percepção de que o paradigma

em ascensão pode não apresentar as soluções almejadas, ou mais ainda, é preciso abandonar a ideia de que as mudanças de paradigmas levam a uma maior proximidade com a verdade (Gironi & Hames, 2007).

Percebe-se, então, que o paradigma emergente da saúde, firma-se em uma posição epistemológica contrária ao modelo biomédico, tendo como horizonte o conhecimento produzido no campo da saúde coletiva e os princípios conquistados pelo SUS. Isto é, almeja-se um paradigma fundamentado na produção social da saúde, por meio da incorporação do pensamento complexo, o que requer, portanto, o desenvolvimento do conhecimento interdisciplinar e a criação de práticas de caráter intersetorial, com vista a alcançar o cuidado integral.

Diferentemente do reducionismo, presente no paradigma dominante da saúde, que produz a fragmentação do cuidado e os especialismos, o paradigma emergente da saúde considera a importância da interação entre as diferentes disciplinas no processo de construção do cuidado, articulando os diversos saberes, sem perder a essência da particularidade de cada fenômeno. Assim, por meio do pensamento complexo, o paradigma emergente carrega o desafio de manter, ao mesmo tempo, a unidade (conhecimento singular) e a multiplicidade, tendo como requisito básico o exercício da interdisciplinaridade (Morin, 2007).

Considera-se, então, que o paradigma emergente em saúde incita à organização de processos de trabalho que contemplem metodologias capazes de fomentar a troca dos saberes, o compartilhamento das experiências, a corresponsabilização e a transversalização das relações, de maneira que não exista o domínio de nenhuma disciplina sobre as outras, para, assim, proporcionar um cuidado integral, coerente com as necessidades de saúde das pessoas e do território. No entanto, esta é uma tarefa árdua, pois implica em produzir mudanças tanto de ordem institucional, construídas historicamente com base nos preceitos do paradigma dominante, quanto transformar valores e hábitos adquiridos pela cultura da sociedade

moderna, que em termos ideológicos tendem mais para o individualismo e a exclusão do que para a coletividade, a solidariedade e a igualdade.

Neste cenário de transição paradigmática, percebe-se que o profissional de saúde ao se deparar com os ideais do paradigma emergente, descobre que além de propor mudanças no uso de ferramentas de trabalho e de tecnologia de cuidado, terá que fomentar, principalmente, uma transformação cultural que proporcione novas formas de abordar a realidade, de produzir saúde e, conseqüentemente, de conceber a ciência. Como aponta Morin (2000, p.15), “não se pode reformar a instituição se anteriormente as mentes não forem reformadas; mas não se pode reformar as mentes se a instituição não for, previamente, reformada. Existe aqui uma impossibilidade lógica, mas é deste tipo de impossibilidade que a vida se nutre”.

Guiando-se ainda pelos pensamentos de Sousa Santos (2002), o autor denuncia a relação direta do conhecimento científico com os interesses do mercado. Desta forma, pode-se afirmar que o avanço do neoliberalismo no campo da saúde estaria relacionado à hegemonia do paradigma dominante da saúde/modelo biomédico, que busca retroceder com as conquistas de um sistema de saúde democrático para o avanço de uma medicina mercadológica, liberal, reforçando a fragmentação do cuidado, os especialismos e reafirmado o binômio saúde-doença.

Após 30 anos de implantação do SUS, o Brasil vive hoje o impasse da consolidação de políticas sociais que fomentam o exercício da cidadania, ou a volta do caráter residual dos preceitos oriundos do modelo biomédico. Em outras palavras, existe um cenário preocupante para o desenvolvimento do SUS, enquanto uma política social, universal, integral e de qualidade, frente os avanços da contrarreforma neoliberal e a predominância de práticas direcionadas pelo paradigma dominante (Campos et al., 2016).

Cita-se como exemplo do avanço neoliberal no campo da saúde: (1) a abertura ao capital estrangeiro para investimento no sistema de saúde no Brasil, por meio da promulgação

da lei 13.097/2015; (2) a presença de seguradoras transnacionais de saúde no mercado brasileiro; (3) a privatização dos serviços do SUS; (4) e as propostas para o incentivo a disponibilização de planos de saúde pelos empregadores, pelo Projeto de Emenda Constitucional 4517 (Campos et al., 2016, p.264). Soma-se a esse cenário sombrio, o progressivo desfinanciamento do SUS, com a publicação da Emenda Constitucional 95, de dezembro de 2016, que institui o “congelamento” das despesas primárias por um período de 20 anos, o que, conseqüentemente, produz dificuldades para a sustentabilidade do sistema de saúde. Dito isto, pode-se afirmar que existem grandes desafios postos para a consolidação de um SUS democrático e para todos, com vistas ao cuidado integral, conforme almejado no paradigma emergente. Ressalta-se que nesse momento de crise torna-se imprescindível a instauração de novos arranjos capazes de revitalizar e promover a sustentabilidade do atual sistema de saúde brasileiro.

Por fim, diante deste cenário de crise e guiando-se nos pensamentos do sociólogo Boaventura de Sousa Santos (1998; 2002; 2005), este estudo acredita que o NASF pode se configurar como um dos dispositivos que irá contribuir com o fortalecimento do SUS e, conseqüentemente, para a afirmação do paradigma emergente em saúde. Tal aposta é realizada mediante a compreensão de que os princípios e as diretrizes conferidos ao NASF proporcionam aos seus profissionais uma capacidade de trânsito na fronteira, de ir de um lado para o outro, explorando as potencialidades emancipatórias que existem nos períodos de transição paradigmática, sem perder suas referências. Ou seja, negociando novas relações com os conceitos do paradigma dominante, a fim de promover o enriquecimento mútuo.

3. METODOLOGIA

3.1 ALGUMAS PREMISSAS

Um método adotado por um pesquisador evidencia sua compreensão sobre o modo como o conhecimento científico é produzido. Tradicionalmente, pesquisas no campo da saúde são guiadas com base em paradigmas dominantes, ou seja, norteadas por metodologias positivistas que valorizam a objetividade científica por acreditarem que a vida social é regida por leis naturais universais e invariáveis. Entretanto, esta pesquisa harmoniza-se com as críticas de alguns estudos (Sousa Santos, 1988; 2005; Turato, 2008; Demo, 2001) dirigidas aos pressupostos positivistas em sua forma de entender a pesquisa como neutra e totalmente racional, uma vez que, acredita-se que o conhecimento nunca é puramente objetivo, que os valores e crenças do pesquisador podem interferir na pesquisa e que os sujeitos modificam o seu comportamento conforme o conhecimento que se adquire sobre eles.

Esta pesquisa guia-se pelos pressupostos almejados no paradigma emergente no campo da ciência, que evoca a combinação entre senso comum e saber científico, ou seja, se aposta em uma ciência que valoriza a complexidade dos fatos (Sousa Santos, 2005). Neste sentido, corrobora-se com Morin (1998, p.187) que propõe a compreensão do real na sua complexidade, ressaltando que a simplificação metodológica pode distorcer a realidade, ou seja, “tudo que isola um objeto, destrói a sua realidade”. Para o autor, é preciso ir mais além do que está na superfície, conhecer o objeto/sujeito inserido no seu contexto histórico, afetivo e sociocultural, buscando compreender a totalidade dos processos envolvidos. A partir do enfoque da complexidade, já não mais existe a dicotomia entre o sujeito e sua realidade, entre sujeito e objeto, já que cada um participa do todo.

Dito isto, verifica-se que não se torna possível fazer generalizações de um resultado de pesquisa, pois este depende das possibilidades estruturais de cada observador e das

circunstâncias em que os fatos acontecem. Na verdade, há de se considerar que existem múltiplas realidades, criadas a partir da interpretação dada por cada pesquisador, sendo todas estas legítimas (Moraes & Torres, 2006, p. 154).

É importante destacar que, fazer ciência nesta perspectiva, não significa a anulação do rigor científico, uma vez que toda produção de conhecimento exige um sistematização dos métodos utilizados e o uso adequado dos seus instrumentos. Vale ressaltar ainda que, fazer a opção por este tipo de ciência não significa descartar ou desmerecer outras possibilidades de produção de conhecimento. Acredita-se que, não existe uma soberania de uma ciência em relação à outra, ou seja, o bom método será sempre aquele capaz de conduzir o pesquisador a alcançar as respostas para as suas perguntas. Assim, esta pesquisa aposta em um campo antagônico ao positivismo, em que a neutralidade do investigador torna-se inalcançável, na medida em que a relação sujeito e objeto são complementares, sendo o conhecimento científico produzido a partir desta interação (Morin, 2000).

3.2 TIPO DE PESQUISA

Diante da proposta de estudar a concepção e os significados conferidos pelos profissionais de saúde sobre o NASF, a abordagem qualitativa mostrou-se como um campo mais fecundo de investigação, uma vez que, pesquisas desta natureza giram em torno da compreensão do universo de significados, das crenças, dos valores e das atitudes da vida cotidiana dos sujeitos em sociedade, que não podem ser mensuradas e reduzidas a variáveis numéricas (Minayo, 2008).

Desta forma, pesquisas qualitativas preocupam-se com aspectos da realidade, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, não se preocupam com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social (Silveira & Córdova, 2009).

Em palavras semelhantes, Turato (2005) pontua que as pesquisas de abordagem qualitativas procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são estes. Assim, o pesquisador se volta para a busca do “significado das coisas” que dão molde à vida das pessoas. Nesta proposta, “os significados que as coisas ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos” (p.509).

3.3 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário escolhido para a realização desta pesquisa foi o município de Vitória-ES. Atualmente Vitória-ES tem uma população de 358.267 habitantes (IBGE, 2018) distribuídos em uma área de 97,400 quilômetros quadrados, composta por 74 bairros que integram uma área geográfica de grande nível de urbanização. No que se refere ao seu sistema municipal de saúde, o município se organiza sobre bases territoriais, onde a distribuição dos serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. Atualmente, o território municipal está dividido em seis regiões de saúde: Maruípe, São Pedro, Santo Antônio, Centro, Forte de São João e Continental. Cada qual abrange um território específico com diversos serviços de saúde, incluindo UBS; Serviços de Referência, Academia da Saúde; Laboratório de Análises Clínicas; Laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos; Central de Ambulâncias; Central Municipal de Agendamento de Especialidades (Vitória, 2010).

Ressalta-se que o município possui em sua rede de atenção 29 UBS. Destas, 23 possuem eSF, três UBSs contam apenas com a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e três não possuem eSF nem EACS. Ao todo o município possui em seu território 78 equipes que atuam como eSF, com cobertura populacional estimada de eSF de 80% e cobertura de equipes de AB em torno de 88% (Vitória-ES, 2017). Além destes serviços, de

acordo com o Plano Municipal de Saúde, referente ao período de 2018 a 2021, o município de Vitória-ES conta com os seguintes serviços:

- 15 módulos de orientação ao exercício (SOE) localizados em praças, parques e praias e um carro volante - o “SOE – Móvel”;
- Dois (02) Centros Municipais de Especialidades: Centro de Especialidade de Vitória, onde estão instalados um Centro Municipal de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e o Centro de Especialidade de São Pedro, onde funciona mais um CEO;
- Um (01) Serviço de Vigilância Sanitária e um (01) Centro de Vigilância em Saúde Ambiental (unidades de Vigilância em Saúde);
- Três (03) Centros de Referência de Atenção Especializada (Centro de Referência de Atendimento ao Idoso, Centro de Referência IST/ AIDS, Serviço de Atenção à Pessoa em Situação de Violência);
- Um (01) Laboratório Central Municipal (Unidade de Apoio Diagnose e Terapia SADT isolado) com 28 pontos de coleta de exames;
- Dois (02) Prontos Atendimentos (PA Praia do Suá e São Pedro);
- Uma (01) Central de Transporte Sanitário;
- Uma (01) Farmácia Cidadã;
- Uma (01) Central de Regulação de Consulta e Exames Especializados;
- Uma (01) Central de Insumos de Saúde;
- Uma (01) Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS).

No que se refere à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória-ES, atualmente, o município conta com as 29 UBSs, os Pronto Atendimentos municipais, duas (02) equipes de Consultório na Rua, um (01) serviço Residencial Terapêutico (RT) e quatro (04) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas seguintes modalidades: um (01) CAPS II – Transtorno; um (01) CAPS III – Transtorno; um (01) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-ad); um (01) Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil- CAPS-ij (Vitória-ES, 2017).

A escolha por este cenário ocorre em função do NASF, no município de Vitória-ES, estar em processo de implantação e por possuir algumas particularidades. Antes mesmo do lançamento da portaria nº. 154/2008, o município já contava com equipes ampliadas na AB. As equipes da AB eram compostas, para além de médicos, enfermeiros, ACS, auxiliares de enfermagem, dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário, também por profissional de educação física, fonoaudiólogo, ginecologista, pediatra, sanitaria, psicólogo, assistente social e farmacêutico, lotados nas UBS (Iglesias, 2014).

Assim, as categorias profissionais que compõem os NASFs, no município de Vitória-ES, já atuavam na AB desde o ano de 2007. Contudo, esses profissionais não tinham seu processo de trabalho organizado na lógica NASF, ou seja, com base na metodologia do apoio matricial. Além disso, em sua maioria, as atividades realizadas por esses profissionais eram independentes uns dos outros, não se configurando como um trabalho de equipe, apesar de receberem a denominação de “equipes ampliadas” (Vitória, 2016).

A implantação das “equipes ampliadas” buscou fortalecer ações específicas na AB (como o Programa de Saúde Mental, o Programa Saúde na Escola e o Programa de Saúde da Mulher). Todas as demais categorias, presentes nas equipes ampliadas, tinham mais ou menos suas funções estabelecidas em algum tipo de programa de saúde: os psicólogos tinham atribuições especialmente relacionadas à temática da saúde mental na AB; os fonoaudiólogos

prestavam apoio ao Programa Saúde na Escola (PSE), sendo vinculados a Área Técnica do PSE; os farmacêuticos estavam diretamente relacionados à Gerência de Atenção Farmacêutica; os profissionais de educação física, apesar de estarem dentro das UBS, tinham suas ações vinculadas à Coordenação do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) (Calente, 2017).

O processo de implantação do NASF no município de Vitória foi iniciado em dezembro de 2013, com a formação do grupo condutor, caracterizado por um coletivo permanente que tinha como objetivo colaborar com a efetivação da proposta do NASF. Neste momento inicial, o grupo condutor buscou mobilizar atores e conduzir as ações necessárias para a implantação do NASF. Somente no ano de 2014², com a adesão do município à proposta do NASF, alguns profissionais que atuavam nas equipes ampliadas (psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, educador físico e farmacêutico) começaram a funcionar dentro da proposta do NASF (Vitória-ES, 2016).

Com base na Portaria nº. 3.124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos NASFs às eSFs e/ou equipes de AB para populações específicas, o município de Vitória-ES, atualmente, possui oito equipes NASFs, na modalidade 1, com a abrangência nas seguintes regiões de saúde: Maruípe, São Pedro, Santo Antônio, Centro e Continental. Estes Núcleos desenvolvem suas ações nas seguintes UBS: Santo André, Ilha das Caieiras, Jardim da Penha, Santo Antônio, Andorinhas, Santa Marta, São Cristovão, Maruípe, Consolação, Conquista, Resistência, Vitória e Fonte Grande. Ressalta-se que, apesar da modalidade 1 permitir que cada equipe NASF realize o apoio de cinco a nove eSFs, o município optou por tentar priorizar o acompanhamento do mínimo de equipes estipulado pela portaria, ou seja, a maioria das equipes NASFs apoia até cinco ou

² No ano de 2014 o município realiza o cadastramento de quatro equipes NASF 1, sendo em 2015 realizado o cadastramento de mais quatro equipes na modalidade 1.

seis eSFs, sendo que duas dessas equipes também apoiam as equipes de Consultório na Rua (CR). Somente duas equipes acompanham sete eSFs, conforme descrito na tabela abaixo (Vitória-ES, 2016).

Tabela 1 – distribuição das equipes NASF nas UBS

NASF	UBS apoiada	Nº de equipes apoiadas
Conquista e Resistência	Conquista e Resistência	07 eSF
Consolação	Consolação	06 eSF
Jardim da Penha	Jardim da Penha	05 eSF
Santa Martha/ Andorinhas	Santa Martha e Andorinhas	06 eSF e 01 CR
Santo André/Ilha das Caieiras	Santo André e Ilha das Caieiras	06 eSF
Santo Antônio	UBS Santo Antônio	05 eSF
São Cristóvão/ Maruípe	São Cristóvão e Maruípe	07 eSF
Vitória/ Fonte Grande	Vitória e Fonte Grande	06 eSF e 01 CR

De acordo com o documento municipal, que norteia o trabalho das equipes NASFs em Vitória-ES, intitulado “Diretrizes para Organização e Funcionamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”, a implantação dos NASFs “se deu na perspectiva de ampliação da capacidade de compartilhamento de práticas e saberes entre serviços e profissionais, funcionando como dispositivo potencializador da rede” (Vitória, 2016, p.03). Para tanto, foi realizado pelo grupo condutor um trabalho conjunto entre as eSFs, os profissionais que passaram a compor as equipes NASFs e os diferentes setores da gestão, visando promover as mudanças necessárias para a organização do trabalho das equipes NASFs, na lógica matricial. Dentre as ações desenvolvidas pelo grupo condutor, citam-se: oficinas com os profissionais das UBSs que passariam a compor os NASFs; encontros de alinhamento conceitual; oficinas com os profissionais dos NASFs para avaliação e planejamento das práticas e ações na AB e construção das Diretrizes para o NASF no município (Vitória-ES, 2016).

Atualmente, cada NASF possui uma dupla de profissionais que atuam como referência técnica. Os encontros entre as referências técnicas e as equipes NASFs são de caráter regular (de frequência mínima mensal e com a duração de 2 a 4 horas) e visam estimular: a analisar seu próprio processo de trabalho, a elencar a prioridade das ações, a elaborar estratégias para o enfrentamento dos problemas, a promover práticas de educação permanente, a planejar ações facilitadoras para a integração do trabalho junto as eSFs e a avaliar o alcance das metas e objetivos pactuados no planejamento das ações do NASF (Vitória-ES, 2016).

Sobre a interação das equipes NASFs com as eSFs, as Diretrizes Municipais reforçam a necessidade da presença do NASF em todas as reuniões das eSFs. De acordo com o referido documento, os profissionais do Núcleo devem se organizar em dupla para participar das reuniões. As duplas devem ser compostas, preferencialmente, por categorias profissionais distintas. A participação dos demais profissionais do Núcleo nas reuniões das eSFs, pode ser solicitada em ocasiões de discussões específicas de casos ou temas que demandam a presença de determinados saberes, vinculados a alguma das categorias profissionais que compõem a equipe (Vitória, 2016).

Além das reuniões com as eSFs, os profissionais do NASF devem se reunir semanalmente pelo período de 2 a 4 horas. Estas reuniões devem ter como propósito: a análise das necessidades e prioridades das eSFs apoiadas; o planejamento das ações de rotina; a avaliação e reorganização periódica das ações, conforme necessidade identificada; o estudo de temáticas para a ampliação do campo do saber das equipes e para possibilitar sua atuação frente a questões e demandas surgidas na lógica da educação permanente; a realização e o acompanhamento do planejamento anual das ações do NASF; além de proporcionar a realização das demais atividades que permitam à equipe ampliar e qualificar seu trabalho (Vitória-ES, 2016).

No que diz respeito à organização do trabalho, as Diretrizes Municipais destacam a importância de serem priorizadas: a participação das equipes NASFs nas reuniões das eSFs e nos espaços de gestão colegiada da UBS; ações coletivas interdisciplinares; ações no território e de controle social; atendimentos compartilhados; reuniões de equipes NASFs; intervenções específicas do núcleo do saber de cada profissional do NASF junto a usuários, famílias e coletivos (Vitória-ES, 2016).

3.4 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados buscou-se a utilização de uma técnica que possibilitasse evidenciar as concepções e os significados conferidos pelos profissionais de saúde sobre o NASF, bem como permitisse a esses a elaboração de reflexões sobre as questões abordadas. Para dar conta desta tarefa, o grupo focal, que se apoia na interação entre os participantes e o pesquisador, por meio da discussão focada em tópicos previamente definidos, mostrou-se ser o meio adequado para alcançar os dados desejados (Iervolino & Pelicioni, 2001).

De modo geral, pode-se afirmar que o grupo focal tem se configurado como um espaço de discussão e de troca de experiência que se propõe compreender as concepções, percepções, sentimentos e atitudes sobre um determinado tema. Ou seja, se caracteriza como grupo de discussão que dialoga sobre um tema específico, ao receberem estímulos apropriados para o debate (Trad, 2009).

Ressalta-se ainda que, o grupo focal permite ao pesquisador não só verificar as diferentes concepções das pessoas em relação a um tema, mas, também proporciona explorar como os fatos são articulados, confrontados e alterados por meio da interação grupal. Assim, tal técnica representa uma fonte que intensifica o acesso às informações acerca de determinado fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela

problematização de uma ideia em profundidade (Backes, Colomé, Erdmann & Lunardi, 2011).

O reconhecimento dos grupos focais como espaços privilegiados para o alcance de concepções grupais acerca de uma determinada temática tem potencializado sua utilização em diversas áreas do conhecimento. Nessa perspectiva, uma das riquezas da técnica do grupo focal, consiste na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros sujeitos. Assim, para a composição do grupo focal, há que se considerar que os participantes tenham entre si ao menos uma característica em comum importante, sendo os critérios para a seleção dos sujeitos determinados pelo objetivo do estudo (Backes et al., 2011).

Neste estudo, o grupo focal possibilitou uma ampla problematização sobre o tema da pesquisa, proporcionando, assim, um nível de reflexão que, dificilmente, poderia ser alcançado com o uso de outras técnicas. Para tanto, buscou-se criar um ambiente propício para que diferentes concepções e pontos de vista, sobre a temática do NASF, viessem à tona. Todas as sessões foram asseguradas do direito de privacidade. Para facilitar a interação dos participantes, a organização das cadeiras se deu em formato de círculo.

Para promover a discussão nos grupos focais foi elaborado um roteiro (Apêndice A) contendo os seguintes disparadores: concepções sobre a proposta do NASF e suas atribuições de trabalho; o processo de implantação e interação dos profissionais do Núcleo com as equipes da ESF; mudanças produzidas no processo de trabalho diante da implantação dos NASFs; avanços e dificuldades vivenciados a partir de fundação dos Núcleos.

No que se refere à operacionalização dos grupos focais nesta pesquisa, cada sessão tinha a figura de um moderador e de um observador. O coordenador tinha como função: esclarecer a dinâmica de funcionamento dos grupos focais; apresentar os aspectos éticos vinculados à pesquisa; facilitar a discussão e, estimular o debate. Já o observador tinha o

papel de registrar a dinâmica grupal, auxiliar na condução das discussões, colaborar com o moderador no controle do tempo e monitorar o equipamento de gravação.

Participaram do estudo oito equipes NASFs do município de Vitória-ES. Com cada equipe foi realizada uma sessão de grupo focal, com a duração de aproximadamente uma hora e meia. Ao todo foram realizadas oito sessões de grupo focal, entre os meses de abril e maio de 2016. Cada grupo teve um número aproximado de cinco a seis participantes. A pesquisa contou com 43 participantes, das seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, farmacêutico e profissional de educação física na saúde. Todos os grupos focais foram gravados e transcritos, posteriormente.

Ressalta-se que para a escrita do capítulo “Característica do trabalho na Atenção Básica” foi realizado uma pesquisa documental, que de acordo com Oliveira (2007) se assemelha à pesquisa bibliográfica, mas requer do pesquisador “uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico” (p.70).

Para tanto, nesta pesquisa, foram analisados os principais documentos do Ministério da Saúde, que orientam o trabalho na Atenção Básica e que discorrem sobre o NASF e suas diretrizes, a saber: 1) as Políticas Nacionais da Atenção Básica, publicadas em 2006, 2011 e 2017; 2) o Caderno da Atenção Básica, nº. 27, intitulado “Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família”; 3) o Caderno de Atenção Básica, nº. 39, intitulado “Núcleo de Apoio à Saúde da Família – V. 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano”.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento dos dados e sua categorização foi utilizada a proposta de análise de conteúdo descrita por Bardin (2009), caracterizada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos para a descrição do conteúdo das mensagens. A escolha por esse tipo de procedimento de análise ocorreu em função da sua

possibilidade de discutir e fazer inferências a partir dos dados coletados. Neste sentido, tal técnica de análise exige do pesquisador, disciplina, dedicação, paciência e tempo. “Faz-se necessário também, certo grau de intuição, imaginação e criatividade, sobretudo na definição das categorias de análise” (Silva & Fossá, 2015, p.03).

Conforme proposto por Bardin (2009, p. 40) foram aplicadas a três etapas de análise para conferir significados aos dados coletados. Na primeira fase, denominada de *pré-análise*, foram feitas várias leituras das transcrições dos grupos focais, no sentido de “ruminar os dados” e deixar-se invadir pelas impressões iniciais. Nesta etapa, também foram destacadas as frases que faziam algum sentido para o pesquisador e contemplavam o objetivo deste estudo, ou seja, que revelam sobre as concepções dos trabalhadores sobre o NASF. Em seguida, foi realizada a *exploração do material*, com a categorização dos trechos selecionados, que foram agrupados e classificados por semelhança ou analogia, com base nos disparadores contemplados no roteiro do grupo focal. Por fim, a última etapa configurou-se na fase do *tratamento dos resultados*, que culminou na análise reflexiva dos dados, com o intuito de expressar os sentidos e significados conferidos às mensagens analisadas, a partir da interpretação e inferência do pesquisador.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o número de parecer 1.204.372 (Anexo A), em atendimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e pela Escola Técnica do SUS (ETSUS) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) (Anexo B). A ETSUS é o setor responsável por autorizar a realização de pesquisa em serviços da SEMUS, além de ter a atribuição de comunicar a realização da pesquisa aos interessados (chefia/serviço), de

monitorar o desenvolvimento e de receber versão final do estudo impresso e digital. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a análise dos dados brutos, foram encontradas regularidades discursivas que delinearam quatro categorias, sendo que duas dessas geraram subcategorias, conforme descritas na tabela abaixo (tabela 2). Optou-se por fazer a apresentação dos resultados concomitantemente com a discussão dos dados.

Tabela 2- apresentação das categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
A implantação do NASF no município de Vitória-ES: uma análise a partir das falas dos profissionais de saúde.	Não apresentou subcategorias
Concepções dos profissionais de saúde do Núcleo Ampliado de Saúde da Família sobre suas atribuições de trabalho	Integrar o trabalho do NASF com as eSFs Desenvolver um cuidado especializado Promover a intersetorialidade Contribuir para a promoção do trabalho em equipe na AB Fortalecer a AB
As concepções dos profissionais sobre as mudanças produzidas no processo do trabalho diante da implantação dos NASFs.	Questão de nomenclatura. Metodologia e ferramentas de trabalho. Organização do acesso da população e as agendas dos profissionais do NASF. Espaços de reunião de equipes. Corresponsabilidade
As potencialidades e as dificuldades vivenciadas a partir de implantação dos NASFs sob a ótica dos profissionais.	Não apresentou subcategorias

4.1 A IMPLANTAÇÃO DO NASF NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS FALAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Esta categoria teve o objetivo de analisar as concepções dos profissionais sobre o processo de implantação das equipes NASFs no município de Vitória-ES. Conforme já

relatado anteriormente, o processo de implantação do NASF, no referido município apresenta algumas particularidades, uma vez que, antes mesmo da promulgação da portaria que instituiu os NASFs, o município já possuía na AB equipes ampliadas. De acordo com as falas abaixo, buscou-se atribuir a essas equipes a função de apoio, junto as eSFs, durante sua fundação, porém, tal proposta não foi sustentada no cotidiano de trabalho.

“O NASF está sendo implantada no município desde o ano passado, então a gente já estava atuando antes da política, atuando de forma diferente, não enquanto NASF (...). Eu penso que nosso trabalho aqui já era pra ser da forma como os NASFs preconizam, mas em alguns momentos isso se perdeu e deixou de ser”.

“Então, quando a gente entrou foi feito um trabalho pra que a gente não fosse ambulatório, pra que a gente conversasse com a estratégia, que a gente realmente fizesse a diferença ali, que não fosse mais um profissional para atender. Foi uma tentativa de um grupo de profissionais da gestão, que eu acho que deu certo no começo, mas com o tempo se perdeu por várias questões, até por causa das questões próprias de cada categoria profissional, talvez porque a lógica ainda é médico centrado, isso está dentro de cada um de nós e da equipe. A gente sempre vem tentando fazer este movimento contrário”.

Estas falas ilustram que o modelo biomédico e sua ênfase ao especialismo ainda exerce grande influência na organização dos serviços de saúde. Apesar de existir um “movimento contrário” ao paradigma dominante da saúde, sinalizando para a necessidade de mudança, a função de apoio, que se propõe a construção de um trabalho interprofissional, operado pelos conceitos da cogestão, da interdisciplinaridade e da corresponsabilização, “se perdeu” com o dia a dia de trabalho e “deixou de ser” o fio condutor do trabalho das equipes ampliadas. Imperou a lógica ambulatorial, com ações isoladas dos profissionais, cada qual para sua área de conhecimento, exercendo seu papel de especialista na AB, reforçando o saber-poder existente no campo da saúde.

Além disso, por meio da explicitação de que há um “*movimento*” que busca abrir espaços para a valoração de práticas antagônicas ao modelo biomédico, verifica-se a existência de um jogo de força entre os paradigmas coexistentes (dominante e emergente). Tal realidade, reafirmando o lugar da fronteira, habitado pelo profissional de saúde, que conforme já colocado anteriormente, é caracterizado como um espaço de encontro de mundos distintos, regido por tensões e controvérsias em função dos desafios epistemológicos existentes nos períodos de crise paradigmática (Sousa Santos, 2002).

Em outras palavras a fronteira é um lugar poroso, permeado por diversos atravessamentos do cotidiano de trabalho, que podem dificultar ou facilitar à introdução de novos conceitos anunciados com a mudança paradigmática almejada. Logo, a operacionalização de uma nova lógica de trabalho não depende somente de uma aposta de um grupo de pessoas, representada nos dados como “*um grupo de profissionais da gestão*”. A organização dos serviços de saúde está intrinsecamente vinculada aos diversos atravessamentos que ocorrem no cotidiano dos serviços. Citam-se como exemplos desses atravessamentos: “*as questões próprias de cada profissional*”, que comparece nos relatos fazendo referência a dificuldade das categorias profissionais de desenvolver um trabalho interdisciplinar, compartilhado e colaborativo; e a “*lógica médica centrada*” compreendida como sinônimo do modelo biomédico.

Além dos atravessamentos citados acima, Junges, Selli, Soares, Fernandes e Schreck, (2009) ressaltam a existência de outros fatores que podem ser pontuados como entraves para a consolidação dos preceitos almeçados no paradigma emergente. Os autores citam como exemplo: a interface entre o saber e o poder; às práticas profissionais, que não conseguem responder de forma adequada às novas necessidades dos cuidados de saúde; a intersubjetividade; a lógica mercantilista que impõe uma produção quantitativa e uma rigidez

nos processos de trabalho; os aspectos presentes no encontro dos trabalhadores entre si e destes com o usuário, dentre outros aspectos (Junges et al., 2009).

Os dados também apontam que a existência das equipes ampliadas na AB, no município de Vitória-ES, mostrou-se como um obstáculo para a implantação do NASF, uma vez que, os profissionais relatam que já possuíam um trabalho consolidado neste nível de complexidade, sendo responsáveis pela condução de diversas ações dentro dos denominados “programas especiais” do Ministério da Saúde. Tal realidade, na concepção dos participantes da pesquisa, inviabiliza a operacionalização do trabalho dentro da proposta do NASF.

“E aí a gente observa, hoje, que o fato de já ter um equipe não facilitou o processo de implantação do NASF”.

“Eu acho que é que todo mundo concorda que o NASF é uma boa proposta. O problema é que Vitória já tinha esses profissionais do NASF na rede, já tinha um trabalho consolidado”.

“Vitória deu um tiro no pé há nove anos, quando colocou essa equipe ampliada nas unidades, quando colocou psicólogos e assistentes sociais em todas as unidades de saúde. Por quê? Porque agora eles querem implantar o NASF onde já tem equipe trabalhando, não tem como mudar agora”.

“O desafio maior é a gente se desconstruir da nossa prática, a gente já faz tanta coisa, já tem uma prática construída, já tem o dia a dia programado. (...). O problema é que hoje nós somos responsáveis pelo planejamento familiar, pelo PSE, pelo bolsa família, por vários programas, nós estamos de frente, puxando elas, conduzindo elas (...)”.

Verifica-se que a recusa dos profissionais com a proposta do NASF, passa pela dificuldade de alterar a “prática já consolidada”, regida pela fragmentação da atenção e por ações dirigidas a grupos populacionais específicos, para uma organização que preconiza o

cuidado integral, com base nas demandas do território, por meio do trabalho compartilhado e interdisciplinar, conforme posto na proposta de trabalho do NASF. Em síntese, percebe-se que, apesar de alguns profissionais terem a compreensão de que o “*NASF é uma boa proposta*”, sua implantação fez emergir um tensionamento em torno dos seguintes modelos de organização do trabalho em saúde: a lógica tradicional/biomédica, hierarquizada e guiada por procedimentos especializados, já consolidados e programados no fazer cotidiano das equipes ampliadas; e a lógica do trabalho colaborativo, presente na metodologia do apoio matricial, que dá lugar ao novo, a novidade, por meio de construção de decisões compartilhadas, incitando a troca de saberes, a corresponsabilização do cuidado e a transversalização das relações. Nesse tensionamento, existente entre estas duas lógicas, a mudança para o trabalho colaborativo, proposto pela lógica do apoio, se mostra nas falas dos participantes como algo impossível, inalcançável, ou seja, os profissionais não conseguem visualizar outra forma de cuidado, diferente do que está posto no paradigma dominante da saúde.

Corroborar-se com Figueiredo e Onocko-Campos (2008) que a mudança da lógica de trabalho proposta pelo apoio matricial não é fácil de ser assumida pelas equipes e não ocorre de forma automática. A utilização dessa metodologia no cotidiano das equipes de saúde pressupõe certo grau de transformação no modo como são organizados os serviços de saúde, o que pode gerar resistências para a sua realização. Sabe-se que, de modo geral, as organizações de saúde são estruturadas com um elevado grau de departamentalização, favorecendo a diluição da responsabilidade no cuidado em saúde. Dito de outra forma, tradicionalmente, os serviços de saúde são permeados pelas relações de poder, concentrados nas mãos dos especialistas, pela fragmentação do cuidado, pelo enfoque biologicista, sendo que essa realidade conspira contra o trabalho interdisciplinar, compartilhado e dialógico presente na proposta do NASF.

Os dados também revelam que, a concepção de apoio de alguns profissionais é atrelada somente a dimensão técnico-pedagógica, sendo que o entendimento sobre essa dimensão também se mostra restrita ao momento de discussão de caso. Nas frases ilustradas a seguir, verifica-se que há a compreensão de que com a implantação do NASF, os profissionais não irão mais desenvolver ações de caráter clínico-assistencial. Observa-se também a presença da concepção de que a função de apoio seria uma atividade a mais a ser realizada pelas equipes ampliadas, que assumiriam uma relação de chefia com as eSFs.

“Porque hoje, do jeito que está, não dá para ficar só na função do apoio, não dá para ficar só discutindo caso”.

“As equipes NASFs iriam dar a orientação, fazer o apoio matricial. Eles não estão ali para cuidar do caso”.

“Nós somos NASF, nós só discutimos caso”.

“É mais uma função para a gente exercer, porque assim você vira mais um chefe para equipe da atenção básica”.

Pondera-se, que esta concepção restrita sobre o apoio matricial, também seja um entrave para a efetivação da proposta do NASF. Vale lembrar que a metodologia do apoio permite a pactuação entre apoiadores e equipe de referência de diferentes ações, tendo como base as necessidades do território e da eSF. Busca-se, por meio tanto da dimensão técnico-pedagógica quanto da clínico-assistencial, desencadear a produção de novos conhecimentos, ampliando o olhar sobre os problemas de saúde, intensificando o vínculo com o usuário e garantindo a longitudinalidade do cuidado. Dentro desta proposta, o conhecimento do especialista deixa de ser imposto de forma vertical, fragmentado e hierarquicamente, transforma-se em procedimentos dialógicos (Cunha & Campos, 2011).

Desta forma, por meio da prática do apoio o que antes era de responsabilidade de um profissional ou de uma equipe, passa a ser desenvolvido de forma compartilhada e corresponsável, produzindo assim, uma nova lógica de trabalho na AB. Ou seja, o apoio matricial deve ser compreendido como um dispositivo capaz de favorecer a construção de práticas cotidianas, junto as eSFs, por meio da cooperação técnica, contrárias as relações de “*chefia*”, que em sua maioria, possuem um caráter autoritário e vertical.

O fato de o município possuir equipes ampliadas na AB, antes mesmo da promulgação da portaria que institui o NASF, também criou a concepção nos profissionais de que deveria existir uma equipe específica para exercer o trabalho do NASF. Ou seja, para além das equipes ampliadas, o município deveria contratar novos profissionais para compor o NASF, que atuariam tanto dando apoio as equipes ampliadas quanto às eSFs.

“Esse negócio de matriciamento tem que ser uma equipe só pra fazer isso, não tem que ser a mesma equipe que já está aqui, que já tem uma prática”.

“A ideia que eu tenho é que seria uma pessoa à parte da equipe da atenção básica para fazer o matriciamento”.

“O único lugar do país que o NASF é assim é Vitória. Os demais que a gente conhece que, a gente leu, a equipe NASF é externa, que matricia uma ou duas unidades”.

“(...) teria que ter outra psicóloga, outra assistente social para compor a equipe NASF, porque nós que já estamos aqui”.

Verifica-se que nesta proposta de criar uma “equipe externa” para desenvolver o trabalho do NASF, os profissionais da equipe ampliada assumiriam o papel de equipe de referência, junto com as eSFs. Nesta configuração, as equipes ampliadas receberiam o apoio de profissionais do seu mesmo núcleo de conhecimento, ficando responsáveis pelo desenvolvimento de ações de caráter clínico-assistencial. Entretanto, sabe-se que a proposta

do apoio matricial visa à ampliação e a troca do conhecimento, mediante o compartilhamento do saber nuclear, ou seja, das questões ligadas às identidades das categorias profissionais. Busca-se o desmonte das fronteiras entre as disciplinas com vistas à realização de um cuidado ampliado (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013). Logo, a ideia de ter uma equipe específica para conduzir o trabalho do NASF poderia reforçar os especialismos na AB, por meio do compartilhamento dos saberes entre profissionais do mesmo núcleo de conhecimento. Ou seja, a criação de uma equipe externa, inviabilizaria a integração entre os diferentes saberes e o desenvolvimento de ações de caráter interdisciplinar.

Silva et al. (2012), ressaltam a importância de se evitar os especialismos e a fragmentação do cuidado na AB. De modo geral, os profissionais de saúde tendem a querer lidar apenas com os problemas relacionados ao seu núcleo de conhecimento, sendo visto de forma inoportuna e invasiva as opiniões emitidas sobre suas condutas. Tal realidade revela a baixa capacidade dos profissionais de saúde de receber e fazer crítica, de lidar com a novidade e com a tomada de decisão de modo compartilhado, sendo essas limitações referenciadas por Campos e Domitti (2007) como um obstáculo subjetivo e cultural, para a implantação da prática do apoio matricial. A existência desse obstáculo – subjetivo e cultural, pode ser observado através da fala ilustrada a seguir, que também demonstra o entendimento de que as equipes NASF estão em processo de mudança para a nova lógica de trabalho.

“É uma coisa que está sendo construída. Então, existem as diretrizes, as questões conceituais, o entendimento e o fazer de cada profissão. E também assim, nós estamos lidando também com as nossas próprias limitações, a nossa inserção dentro daquele contexto, como é uma coisa que está surgindo, o novo sempre causa insegurança. É uma mudança de paradigma”.

Fazendo uma análise mais ampla dos dados desta categoria, percebe-se que as falas, de modo geral, discorrem sobre a dificuldade dos profissionais de saúde de produzirem rupturas

com o cuidado guiado por um paradigma dominante da saúde, para a instauração de um trabalho orientado pelos princípios e conceitos almejados no paradigma emergente, que se apresenta como uma forma alternativa a hegemonia das práticas biomédicas. Dito isto, acredita-se, com base nos resultados apresentados nessa categoria, que a efetivação da proposta do NASF poderá ocorrer por meio da construção de novas relações com os aportes teóricos e as diretrizes que norteiam o trabalho dos Núcleos, a fim de conseguir sua dimensão emancipatória do processo de cuidado em saúde, até então, regulado pelos princípios do modelo biomédico. Ou seja, a aposta é que haja uma aproximação, no campo das práticas, com o referencial da interdisciplinaridade, da intersetorialidade, do princípio de corresponsabilidade, do trabalho colaborativo e do cuidado integral, presentes na proposta do NASF e coerentes com o trabalho preconizado na AB, instaurando-se, assim, um cenário propício para a consolidação de um novo paradigma em saúde.

4.2 CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SUAS ATRIBUIÇÕES DE TRABALHO

Esta categoria teve como objetivo compreender as concepções dos profissionais do NASF sobre suas atribuições de trabalho. Os dados analisados nesta categoria delinearão cinco subcategorias: (1) integrar o trabalho do NASF com as eSFs; (2) desenvolver um cuidado especializado; (3) promover a intersetorialidade; (4) contribuir para a promoção do trabalho em equipe na AB e (5) fortalecer a AB.

4.2.1 Integrar o trabalho do NASF com as eSFs

Esta subcategoria incorpora falas referentes à compreensão dos participantes sobre a atribuição do NASF de atuar junto às eSFs. No que diz respeito a estas atribuições, foram identificadas as seguintes ações: aumentar a resolutividade da AB, evitando os encaminhamentos para os outros pontos de atenção; promover discussões de caso, com vista a

aprimorar o trabalho da eSF e melhorar a oferta de serviço no território; realizar apoio e compartilhar o cuidado.

“O NASF nasceu pra aumentar a resolutividade do cuidado e a efetividade do cuidado junto à eSF, para não precisar encaminhar todos os usuários para profissionais especialistas ou pra outro ponto de atenção”.

“É um grupo de profissionais que se reúne pra discutir e aprimorar a eSF, oferecer o melhor serviço pra aquela comunidade, onde nós estamos inseridos”.

“Pra mim o NASF é o que o nome já fala núcleo de apoio à Saúde da Família, não é um serviço especializado é um serviço que dá apoio a eSF. Então, o NASF nasce para compartilhar o cuidado com essas equipes, que funciona junto com a eSF”.

“(...)a gente dá apoio as equipes da Estratégia Saúde da Família naquilo que elas precisam, ampliando o cuidado”.

Fazendo uma correlação das falas ilustradas acima, com alguns dados apresentados na primeira categoria desta pesquisa, que discorrem, principalmente, sobre a recusa desses profissionais com a lógica de trabalho do NASF, verifica-se que a resistência com a proposta do Núcleo não está atrelada a ausência de conhecimento teórico. Essa afirmação torna-se coerente, haja vista que, os dados apresentados acima corroboram com os diversos estudos sobre o trabalho do NASF junto as eSFs (Silva et al., 2012; Santana, Azevedo, Reichert, Medeiros, & Soares, 2015; Patrocínio et al., 2015), ressaltam que as equipes NASF devem priorizar o desenvolvimento de ações compartilhadas e as discussões de casos, a fim de proporcionar o aumento do grau de resolutividade da AB, evitando, assim, os encaminhamentos desnecessários aos demais pontos de atenção que compõem as RAS.

Em outras palavras, infere-se que existe uma dificuldade de operacionalizar no cotidiano do trabalho os conhecimentos teóricos adquiridos sobre o NASF. Tal realidade

propicia a reflexão de que o paradigma dominante da saúde, ainda ocupa o centro do poder na prática em saúde, assumindo o papel de metrópole, do Norte, no processo de transição paradigmática. Assim, o NASF seria um dos dispositivos que compõem a parte periférica da fronteira, onde o profissional precisa apreender a transitar nesse espaço, ir para o Sul, abrindo pontes de intercomunicação com os diferentes conhecimentos e reconfigurando as experiências com o modelo biomédico. Ou seja, descolonizando a metrópole, por meio de formas alternativas de produzir o cuidado em saúde (Sousa Santos, 2002).

Verifica-se ainda que, os conhecimentos sobre o NASF encontrados nesta subcategoria, de modo geral, estão vinculados à realização da prática do apoio matricial, que poderá promover maior interação entre os profissionais, por meio do reconhecimento do saber de cada categoria profissional e do fomento as trocas de conhecimento (Campos & Domitti, 2007; Cunha & Campos, 2011; Oliveira & Campos, 2015). Importa ressaltar que, o apoio matricial permite que a integração entre as equipes NASF e eSF se configure de diferentes formas a partir das necessidades do território e das demandas da eSF. Assim, a articulação entre essas equipes pode ocorrer mediante a instauração de espaços voltados para a discussão de caso, a prática de educação permanente e a organização do processo de trabalho, como também por meio da realização de atendimentos compartilhados entre os profissionais do NASF e as eSFs, das ações realizadas somente pelos profissionais do NASF, ou realizadas somente pelos profissionais da eSF com apoio do NASF (Brasil, 2014; Gonçalves, et al., 2015; Fragelli & Shimizu, 2014). Apesar dessas diversas possibilidades de integração entre as equipes NASF e eSF, os dados apontam para a dificuldade dos participantes da pesquisa realizarem atendimentos compartilhados entre o NASF e as eSFs, havendo um predomínio de práticas com a presença somente do profissional do NASF.

“A gente tem feito visita domiciliar, através das demandas dos ACS e da própria reunião com as equipes da Saúde da Família. Alguns atendimentos compartilhados, NASF com NASF. Eu com a psicóloga, eu com a assistente social”.

“Eu já fiz com a enfermeira, mas é muito raro isso acontecer”.

“Tem os casos de atendimento compartilhado, que não é sempre, pra marcar é uma coisa”.

Apesar de o trabalho compartilhado ser uma diretriz que norteia as ações das equipes NASF, diversos estudos (Barros et al., 2015; Ribeiro et al., 2015; Silva et al., 2012; Lancman, Gonçalves, Cordone & Barros, 2013) apontam para a existência de diferentes fatores que dificultam a realização do trabalho compartilhado entre os profissionais do Núcleo e a eSF, a saber: a resistência de alguns profissionais da eSF e do NASF em pactuar ações conjuntas; as diversas concepções que cada profissional tem sobre sua prática; as relações de poder entre as categorias profissionais; as diferentes formas de organização do trabalho e os aspectos relacionados à produtividade. Especificamente, sobre este último item, Lancman et al. (2013) ressaltam que existe uma grande demanda por atendimentos direcionada às eSFs que, de modo geral, exigem soluções rápidas e inadiáveis. Em contrapartida, o trabalho do NASF prioriza a discussão, reflexão e a atuação compartilhada, demandando disponibilidade e tempo de todos os envolvidos. Isso produz um descompasso entre a necessidade de atender a demanda e a nova lógica de trabalho proposta pelo NASF que interfere diretamente no ritmo de trabalho das equipes, nas relações, no tempo destinado para o compartilhamento e a resolução dos casos, entre outros aspectos.

Esse cenário, de heterogeneidade de trabalho entre o NASF e a eSF, demonstra uma das contradições e dilemas vivenciados durante os períodos de transição paradigmática vivenciada no campo da saúde. Desta forma, ao mesmo tempo em que se cria o NASF, que tem como um dos seus princípios o trabalho colaborativo, solicitando do profissional a

disponibilidade para o encontro com o outro, verifica-se também a existência de políticas/movimentos contrários ao “estar junto”, ao trabalho compartilhado, tal como posto nas eSFs, que ainda enfatizam a produtividade e o alcance de metas, colocando em segundo plano o cuidado integral e interdisciplinar.

Diante dessas contradições, coaduna-se com Gonçalves et al. (2015) sobre a necessidade de uma repactuação do trabalho entre as equipes (NASF e eSF), passando por um rearranjo das agendas e por um redimensionamento das proporções de tempo dedicado às diversas atividades, visando favorecer a realização do trabalho compartilhado. Para os autores acima citados, a realidade vivenciada nos serviços de saúde dificulta a possibilidade do encontro colaborativo entre os profissionais, reforçando a lógica dos encaminhamentos. Diante deste cenário, destaca-se a necessidade de serem criados espaços de negociação, de reajustes, no próprio cotidiano de trabalho da AB, tateando entre as ambiguidades, a fim de desestabilizar a realidade hegemônica, fomentando uma nova conformação, potente com a construção de um trabalho compartilhado e, conseqüentemente, coerente com a instauração dos pressupostos almejados no paradigma emergente em saúde.

4.2.2 Desenvolver um cuidado especializado

As falas evocadas que atribuíram o trabalho do NASF como um cuidado especializado foram agrupadas nesta subcategoria. Verifica-se nos relatos que o trabalho do NASF é caracterizado como uma atenção especializada, em que alguns profissionais que o compõem intitulam-se como especialistas inseridos na AB. Além disto, os dados também revelam a percepção das equipes dos NASFs em relação ao que as eSFs almejavam do seu trabalho. Segundo os profissionais do NASF, existia uma expectativa, por parte das eSFs, de que o NASF pudesse responder à demanda por atendimento individual especializado, bem como apresentar soluções para as demandas vivenciadas no cotidiano do serviço.

“É um cuidado especializado, mas que funciona junto com a ESF”.

“Na verdade, nos somos especialistas, só que da atenção básica”.

“Eu acho que tem outro problema com a proposta do matriciamento, que é a ideia de que a gente atua com especialistas”.

“(...) a gente está sendo levado a ocupar um lugar superior, do suposto saber. Agora, vocês enquanto NASF detém o saber do que fazer. Você tem que dar conta disso? A gente encontra com os profissionais da estratégia nos corredores e eles perguntam pra gente: e aí o que o NASF resolveu? Então, além da gente está fazendo trabalho diário, a gente agora também tem esse status de especialista, que eles esperam da gente soluções dos problemas que chegam à unidade”.

“(...) temos alguns profissionais da eSF que são umas peças-chave, que precisam entender mais sobre esse processo, compreender melhor como é o trabalho do NASF, mas eu sinto que o desejo é pela questão do atendimento individual, do especialista, quando me encontram no corredor falam assim: olha tem uma criança com dificuldades na fala que precisa de fono”.

Vale lembrar que a proposta do apoio matricial visa assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados do cuidado em saúde. Logo, um especialista com determinado núcleo de conhecimento, apoia profissionais com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Nesta proposta, não há uma hierarquização dos profissionais/serviços e nem uma supervalorização do saber dos especialismos, busca-se a criação de uma relação de complementaridade de saber, por meio do compartilhamento do conhecimento nuclear. Todavia, tal conhecimento é sempre situacional e mutante. A relação entre os sujeitos, com saberes e papéis distintos, deve ser dinâmica, cooperativa e se estabelecer de forma horizontal. O apoiador, que assume o papel

de especialista, procura construir de maneira conjunta, com os outros interlocutores, projetos de intervenção valendo-se tanto de ofertas providas do seu núcleo de conhecimento, da sua experiência e da sua visão de mundo, quanto incorporando as questões apresentadas pelo outro, construídas também em função do seu conhecimento, desejo e interesses. Procura-se criar espaços coletivos que permitam a intercâmbio dessas diferenças (Cunha & Campos, 2011; Campos & Domitti, 2007; Brasil, 2010a).

Dito isto, a retaguarda especializada, proposta pela metodologia do apoio, não deveria ser confundida como um cuidado especializado, regida pela subordinação das eSFs as equipes NASF, ou pela expectativa de que o NASF apresente soluções prontas para os problemas de saúde existentes no território. O profissional do Núcleo assume o papel de “especialista”, perante sua função de apoiador, buscando aumentar a resolutividade do cuidado na AB, evitando, assim, os encaminhamentos desnecessários aos demais níveis de complexidade, sendo esta uma das atribuições do NASF, destacada na literatura (Brasil, 2014; Gonçalves et al., 2015; Fragelli & Shimizu, 2014; Nascimento & Oliveira, 2010). O entendimento equivocado dessa atribuição, conforme destacada nos dados, pode favorecer a organização do trabalho do NASF como um serviço especializado na AB.

Os dados também apontam que a inexistência de uma RAS que disponha de serviços com os diferentes níveis de complexidades (AB, Média Complexidade e Alta complexidade), potencializa o desenvolvimento das ações de caráter especializado por parte das equipes NASF. Os participantes da pesquisa demonstram a compreensão que a implantação do NASF vai exigir uma análise mais ampla dos processos de trabalho dos diversos pontos de atenção do município, sendo preciso ter a construção e efetivação de uma rede.

“Se existem pacientes que necessitam desse tipo de assistência, você também tem que dar conta disto. Aí como equilibrar isto, nós não temos centros especializados para encaminhar esta demanda, então, tem uma rede que de conta disto. Por exemplo, na área da

fonoaudiologia não tem um centro especializado para atender este usuário. Se você fora o CAPSi, por exemplo, tem o terapeuta ocupacional, tem psicólogo, mas não tem o fono. Quem vai atender esses casos?”.

“Então, a gente fica nesta situação, de que implantar o NASF vai exigir pensar o processo de trabalho do município, porque eu preciso ter para onde encaminhar uma pessoa que tem uma seqüela de AVC, ou eu vou ficar com isso na atenção básica? Não sei como este processo está se dando lá na gestão. Se isto está sendo pensado, mas aqui a gente consegue vislumbrar, com o que chega à porta de entrada que isto é necessário, que é preciso ter uma rede”.

Corroborar-se com Cunha e Campos (2011) que a ausência de uma rede articulada que contemple os serviços de caráter especializados, pode favorecer um funcionamento equivocado do NASF, que assume um papel de substituição do serviço que falta, na tentativa de responder à demanda da população. Giovanella (2014) colabora com essa discussão ao ressaltar que a realização de um trabalho na AB, condizente com a sua proposta, está condicionada a disponibilidade de oferta adequada de serviços que compõem também a atenção especializada. A autora destaca ainda que, por mais que tenham ocorrido investimentos em atenção especializada no SUS, nos últimos anos, verifica-se a necessidade de aprovação de uma política nacional de atenção especializada regionalizada, para ampliar a oferta de serviços especializados e, conseqüentemente, a condição do trabalho na AB.

Entretanto, cabe ressaltar que, para além da oferta adequada de serviços especializados, torna-se necessário que AB tenha clareza sobre suas responsabilidades e possibilidades de cuidado, para que não haja uma supervalorização dos especialismos, reforçando, assim, as práticas norteadas pelo paradigma dominante da saúde, colocando em prejuízo a integralidade do cuidado. Ou seja, os profissionais inseridos na AB devem reconhecer a potencialidade e a diversidade de suas ações, diminuindo, assim, a fragmentação

da atenção e favorecendo a constituição de uma rede de cuidados que aumente a qualidade e a resolutividade das ações em saúde.

Vale lembrar que a AB também possui atribuições frente às demandas voltadas para a reabilitação. Entretanto, conforme destacado na Portaria 2.488/2011, este cuidado deve ser desenvolvido de forma articulada com os demais serviços que compõem a RAS, ficando a cargo da eSF, junto com o NASF promover esta articulação, otimizando as linhas de cuidado. Desta forma, é coerente afirmar que os profissionais dos Núcleos, podem potencializar as RAS no território em que estão inseridos, uma vez que, sua organização de trabalho lhe confere maior possibilidade de “trânsito” e interlocução com os diversos pontos da rede de atenção (Brasil, 2012; Sousa et al.,2017).

Contudo, conforme destacado em alguns estudos (Almeida, Giovanella, Mendonça & Escorel, 2010; Mendes, 2011; Sisson et al., 2011), para o fortalecimento de um trabalho em rede de forma articulada, torna-se importante a instauração de mecanismos efetivos de comunicação entre os serviços, que proporcione o acompanhamento contínuo à determinada população. Tais estudos citam como exemplo desses mecanismos: reuniões periódicas como os pontos da rede para discussão de casos, organização do fluxo da rede, planejamento compartilhado, registro de prontuário único, evitando a sobreposição de condutas terapêuticas; encontros entre os profissionais para o compartilhamento de experiência tanto no nível do cuidado em saúde quanto do cotidiano de trabalho; uso de ferramentas tecnológicas, dentre outros.

4.2.3 Promover a intersetorialidade

A subcategoria promover a intersetorialidade incorpora as falas que dizem respeito ao trabalho do NASF articulado com outros setores. De acordo com alguns profissionais, as equipes NASF desenvolvem ações de caráter intersetorial, com os serviços dos diferentes

setores do território, sendo essa prática caracterizada como um trabalho integrado em rede, que é sistematizado por meio de reuniões mensais, para a realização de discussão de casos e planejamentos de algumas ações.

“A gente procura trabalhar integrado com a parte da assistência, da prefeitura, CREAS e CRAS”.

“A gente tem a reunião, uma vez por mês, com CREAS, CRAS, as escolas, os conselhos tutelares, com todos os equipamentos do território. Lá acontecem as discussões de caso e o planejamento de algumas ações”.

“A gente faz muito estudo de caso com o CRAS, CREAS, SAVI, Conselho Tutelar, escola”.

“Tem a reunião de rede. Onde uma vez por mês diversos setores da comunidade se reúnem para a troca de ideias, debates, assuntos”.

Verifica-se que as concepções sobre intersetorialidade apresentadas nas falas ilustradas acima, coadunam com a compreensão assinalada por Paula, Palha e Protti (2004) ao ressaltarem intersetorialidade como inter-relações de processos de trabalhos articulados entre si, os quais adquirem um caráter mais amplo, em função das parcerias com outras instituições no formato de rede. Assim, as práticas intersetoriais estabelecem conexões entre os diferentes serviços, a fim de catalisar uma rede que compreenda o processo saúde e doença de forma ampliada, a partir da problematização e articulação de diferentes saberes, em busca de soluções conjuntas face às necessidades do território. Entretanto, apesar de alguns profissionais do NASF compreenderem a intersetorialidade como uma ação em rede, também foi possível identificar falas que ilustram que esta prática, em determinados momentos, ocorre de forma pontual, perante a necessidade de realização de discussão de casos ou em função de situações complexas.

“Intersetorial, a não ser que a criança esteja com um comportamento mais desviante na escola, aí a escola chama a gente para conversar”.

“Mobiliza mais quando tem criança em situação de violência. De todos os tipos. Mas assim, às vezes nem é uma violência, é uma negligência mesmo”.

“Ontem mesmo, eu tinha uma reunião na escola, para discutir a situação de uma criança que a escola identificou como uma possível violência. Então essa articulação a gente tenta fazer sempre que possível”.

“Mas as discussões ocorrem em função de um caso, se tem caso para discutir. É pra discutir casos. É assim que funciona”.

Aparentemente as situações concretas e complexas têm mobilizado mais as pessoas e os serviços para criarem espaços de articulação, porém trabalhar intersetorialmente envolve a construção de espaços permanentes de comunicação e negociação entre os diversos setores, a fim de se gerar uma potência maior, que possibilite tanto a descoberta de novos modos de agir, quanto novas formas de trabalho e de construir políticas públicas (Carmo & Guizardi, 2017).

Aliado a isto, corrobora-se com Amaral (2015) ao destacar a intersetorialidade como uma prática social compartilhada de realização contínua, que integra agendas coletivas com objetivos em comum, visando produzir impactos na qualidade de vida da comunidade. Assim, as ações intersetoriais ao assumirem um caráter pontual, produzem um distanciamento da potencialidade da sua proposta, que pressupõe um trabalho processual, com o diálogo constante entre os setores que habitam o território, na tentativa de romper com ciclos isolados e verticais, presentes nas políticas públicas, buscando a garantia dos direitos fundamentais a população.

Os dados apontam também para alguns equívocos conceituais sobre a intersectorialidade. Dentre estes, destaca-se o entendimento da intersectorialidade como encaminhamento para outros setores e como a realização de parceria com algumas instituições do território para a realização de oficinas e de palestras de educação em saúde temáticas.

“Eu entendo como um encaminhamento e como oficinas também. Como as que a gente fez na escola”.

“A gente faz algumas ações com empresas, existem duas empresas aqui no território, empresas de lixo, eles sempre ligam pra gente para fazer alguma atividade. Eles ligam e perguntam, vocês podem fazer uma atividade pra falar sobre saúde do homem? Coisas básicas, bem básicas mesmo, são ações pontuais em caráter de palestra, mas que rola uma interação da equipe com a empresa”.

A análise dessas falas revela a incipiência da realização de planejamentos conjuntos, entre os profissionais dos diferentes setores, com vistas ao enfrentamento dos problemas complexos existentes no território. A relação estabelecida com outros equipamentos fica restrita aos encaminhamentos e a realização de palestras de cunho informativo. Especificamente, sobre a concepção de intersectorialidade atrelada à terminologia de encaminhamento, cabe ressaltar que, tal prática, traz consigo a ideia de transferência de responsabilidade, não havendo necessariamente compartilhamento de responsabilidade com outro setor. Dito isto, pode-se afirmar que a relação estabelecida com outros equipamentos, a partir dessas concepções (encaminhamento e palestras educativas), revela uma prática multissetorial, caracterizada também pela presença de dois ou mais setores para a resolução de um problema, porém sem uma relação de reciprocidade, de parceria, nem um trabalho efetivo de compartilhamento de algo ou de um processo (Ornelas & Teixeira, 2015).

Ainda sobre as concepções sobre a intersectorialidade, verifica-se também a presença de relatos que associam a ideia da prática intersectorial com a relação construída com alguns

serviços especializados do campo da saúde. Ou seja, como uma articulação entre os serviços da RAS, sem a presença das demais políticas sociais e da comunidade.

“Tem as ações intersetoriais com SAVI, com CAPS, de uma forma geral (...). O SAVI é um serviço de atenção as vítimas de violência. Ele é da rede. Da mesma secretaria nossa”.

Embora esta articulação com a rede de serviços especializados seja de fundamental importância para a realização da integralidade, tal ação não pode ser caracterizada como uma prática intersetorial. Tal concepção revela a dificuldade dos profissionais de saúde trabalharem conjuntamente com as demais políticas sociais, o que conseqüentemente, favorece a fragmentação do cuidado e o acionamento dos demais setores por meio da lógica dos encaminhamentos.

De modo geral, os dados apresentados nesta subcategoria, revelam que existe uma polissemia em torno da terminologia da intersetorialidade. Infere-se que, um dos motivos que favorece esse cenário ocorre em função da carência de uma orientação normativa clara sobre esta temática para a orientação do trabalho dentro desta perspectiva. Neste sentido, corrobora-se com Akerman, Sá, Moyses, Rezende e Rocha (2014) ao reafirmarem a pertinência da construção de um arcabouço teórico de sustentação do conceito de intersetorialidade. Para os autores, a ausência de uma robustez teórica para a conformação da intersetorialidade leva à imprecisão quanto ao objetivo de sua execução prática. Assim, a depender da concepção a qual se vincula, a intersetorialidade pode se configurar ora como estratégia pontual e multissetorial (encaminhamento, discussão de caso, realização de palestra para outro setor), ora como uma articulação entre somente os serviços do mesmo setor.

Contudo, os dados ainda revelam que as dificuldades para a implantação de prática intersetorial não se limita as diferentes concepções sobre essa prática. Verifica-se que apesar de existir a compreensão de que as “parcerias são boas”, a efetividade das ações intersetoriais também fica comprometida em função das questões de ordem estrutural dos serviços, ou seja,

por fatores ligados as más condições de trabalho. As falas versam sobre a grande demanda de trabalho de alguns equipamentos do território, o número reduzido de equipes, do “sucateamento” dos serviços, além da ausência de transporte para fazer a locomoção dos profissionais.

“A dificuldade que a gente tem é com o CRAS. Eles são profissionais que trabalham 30h. Com poucas pessoas e eles têm que dar conta de um território maior que o da saúde”.

“As nossas ações intersetoriais são muito com os serviços da Assistência Social. E eles são muito sucateados. Poucos profissionais. Tem o problema com o carro que às vezes não tem. Quer dizer, as parcerias sempre são boas, mas as coisas se arrastam pela falta de condições de trabalho para a resolução do caso”.

Estas dificuldades demonstram a fragilidade da construção de uma prática intersetorial, diante das especificidades de cada setor envolvido com o cuidado no território. Ou seja, cada política social possui suas responsabilidades, burocracias, protocolos, recursos que direcionam o seu cotidiano de trabalho. Acredita-se, com base nos dados acima apresentados, que essas particularidades podem interferir na relação e no vínculo construído com os demais equipamentos sociais existentes no território; na abertura de cada setor para construção do diálogo; na busca de soluções compartilhadas; na corresponsabilização e na cogestão para a condução de projetos com vistas à melhoria da qualidade de vida da população, ou seja, na implantação de uma rede intersetorial.

No mais, pondera-se que a intersetorialidade configura-se como um dos pressupostos mais caros a serem conquistados na instauração do paradigma emergente em saúde, uma vez que, sua prática solicita um deslocamento do campo da saúde, criando um movimento contínuo de parceria com as demais políticas sociais e seus saberes. Em outras palavras, guiando-se pelo pensamento de Sousa Santos (2002), o cuidado em saúde, até então regulado pelo paradigma dominante, precisa criar forças emancipatórias capazes de tensionar a

fronteira, que diante do princípio da intersetorialidade, mostra-se com uma passagem mais robusta, quase impermeável, haja vista que o profissional precisa lançar mão de ferramentas marginalizadas na saúde, distantes do centro, da metrópole, que é regido pela hegemonia do modelo biomédico.

4.2.4 Contribuir para a promoção do trabalho em equipe na AB

As falas evocadas relativas às relações estabelecidas entre as disciplinas e trabalho em equipe foram agrupadas nesta subcategoria. Observa-se que alguns participantes possuem clareza sobre a competência do NASF em proporcionar a integração dos saberes, atenuando os limites impostos pelas disciplinas.

“Eu acho, que agora, enquanto NASF, a gente precisa fazer um trabalho em equipe, para discutir mais certas informações de cada profissional. Hoje mesmo a gente estava discutindo com o pessoal da residência sobre questão do desenvolvimento infantil. Estávamos falando sobre questões simples, relacionadas a essa temática, que todo mundo pode dar conta desse assunto, são informações simples que qualquer profissional pode dar conta. Qualquer profissional pode perceber e orientar”.

“Acho que a lógica é a gente sair do ambulatório e começar a fazer mais reflexões com a equipe, fortalecendo a equipe até com informações que são do meu domínio, compartilhar conhecimento”.

Trocar informações do “*meu domínio*” significa compartilhar com o outro o saber do meu núcleo de conhecimento, a fim de ampliar o campo comum de prática entre as disciplinas. Ou seja, trata-se de uma ampliação do campo de conhecimento a partir da interseção dos conhecimentos, habilidades e métodos de cada categoria profissional, a fim de responder adequadamente às necessidades de saúde do território. Nesta proposta, os núcleos de saber se constituem pela aglutinação de conhecimentos de uma determinada categoria

profissional, demarcando a especificidade de uma área de conhecimento e de prática profissional. Já o campo, é um espaço de interseção entre os saberes, dos limites imprecisos, da socialização do conhecimento e das práticas entre os diversos profissionais, ampliando assim a capacidade de cuidado entre os atores envolvidos (Campos et al., 2014). Cabe ressaltar que a construção desse campo ampliado de conhecimento, não implica no abandono do núcleo de saber das disciplinas, uma vez que, este possui a capacidade de enriquecer o campo comum de competência, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (Oliveira & Campos, 2015). Logo, núcleo e campo devem “*andar juntos*”, conforme relatado na fala a seguir.

“A gente tem receio, de onde vai parar essa história do núcleo de saber, que não pode ser tão a ferro e fogo. É uma faca de dois gumes, pode ir para o lado contrário, porque você desapropriar o núcleo de saber de um profissional em detrimento do campo. A fala é muito bonita, de você se apropriar do campo de saber. É lógico, é uma coisa que a gente precisa e deve fazer mesmo, mas não em detrimento da outra. As duas coisas andam juntas”.

Oliveira e Campos (2015) destacam que tanto o núcleo de saber quanto o campo de conhecimento são mutantes e se interinfluenciam, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro. Em outras palavras, não há polaridade ou antagonismo entre esses dois conceitos. A noção de núcleo indica uma determinada concentração de saberes, mas de forma alguma indica um rompimento radical com a dinâmica do campo. Observa-se que a atuação profissional no campo de conhecimento, tem como consequência a diminuição das fronteiras disciplinares, uma vez que, cada profissão busca apoio em outras áreas para responder as demandas cotidianas de trabalho. Apesar de alguns profissionais terem a concepção da importância do compartilhamento do seu núcleo de conhecimento, verifica-se a presença de relatos que revelam a dificuldade de produzir encontros guiados pela perspectiva da interdisciplinaridade.

“Isto é muito novo. É uma nova lógica para a gente. Porque, às vezes é mais fácil pegar aquele caso e conduzi-lo sozinho do que ter que compartilhar com a equipe”.

Os dados apresentados nesta subcategoria demonstram que o paradigma dominante começa a emitir sinais de crise, mesmo que de forma tímida. Dito de outra forma, alguns profissionais possuem a noção da importância do trabalho interdisciplinar, com decisões compartilhadas, incitando a troca de saberes, a corresponsabilização do cuidado e a transversalização das relações. Contudo, neste jogo de forças existente entre os paradigmas que estão em competição, ainda comparece o anseio pela lógica ambulatorial, guiada pelos preceitos do paradigma dominante da saúde. Dessa forma, para alguns participantes da pesquisa, produzir um cuidado norteado pelo modelo biomédico, “*sozinho*”, ocupando o lugar de especialista, parece ser um caminho mais fácil, que gera mais conforto, colocando-se na contramão da construção de um pensamento integrado, ou seja, interdisciplinar.

Acredita-se que um dos fatores que corrobora para a instauração desta realidade, que favorece o especialismo, está relacionado à insuficiência da formação para o trabalho na AB. Corrobora-se com Feuerwerker (2010) sobre a necessidade de serem produzidas mudanças curriculares, com vistas ao fomento do trabalho interdisciplinar. Para a autora a formação em saúde deve incluir competências que enfatizem as relações interpessoais e interprofissionais, além de abordarem as questões direcionadas aos campos comuns de conhecimentos, diminuindo a fragmentação do cuidado e facilitando a inserção dos profissionais de saúde em diferentes espaços.

Em paralelo a essas mudanças curriculares, a literatura (Ceccim, 2004; 2005; Merhy, 2005; Lemos, 2016) também vem ressaltando a importância de promover investimentos nos processos de educação permanente em saúde, para os profissionais de saúde que já atuam no SUS, sobre a temática do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar. Reitera-se ainda que, para além das teorias e conceitos, é preciso contar com pessoas sensibilizadas e abertas

para a reformulação do saber adquirido individualmente, a partir de uma construção conjunta, interdependente e indissociável, visto que, a complexidade do ser humano não pode ser abarcada a partir de uma única perspectiva (Morin, 2000).

4.2.5 Fortalecer a AB

As questões referentes à consolidação da proposta da AB por meio da criação dos NASFs também emergiram nas falas apresentadas. Conforme ilustrado nos relatos abaixo, os profissionais identificam como umas das atribuições do NASF o resgate e o fortalecimento da AB, ampliando o cuidado para além das práticas com base no modelo biomédico. As falas ainda versam sobre o fortalecimento do SUS, por meio do apoio do NASF ao trabalho na AB.

“Eu acho que o principal tesouro é o resgatar da atenção básica. Como o próprio nome já diz é o Apoio à Atenção Básica. Pensando, neste olhar, não é somente a questão do atendimento e da doença”.

“(...) agora que a gente virou NASF, temos que potencializar e voltar a proposta inicial da atenção básica, potencializar a própria eSF que está sob o risco de promover práticas médicas, individualistas”.

“Nós ainda não vendemos o peixe do SUS na Atenção primária. Então, eu vejo o NASF muito neste sentido, de ser um gatilho para fortalecer a atenção básica”.

É preciso reconhecer os esforços de ampliação do escopo das ações das eSFs para melhora da qualidade da AB, por meio da criação dos NASFs. Neste sentido, corrobora-se com Oliveira e Quevedo (2016) ao ressaltarem que a estruturação do trabalho do NASF deve ser norteadada pela ampliação e aperfeiçoamento do trabalho na AB, promovendo o cuidado integral, numa tentativa de romper com ações norteadas pelo paradigma dominante da saúde. Entretanto, cabe ressaltar que a função de fortalecimento da AB, não cabe somente aos profissionais do Núcleo. Sabe-se que as eSFs foram implantadas visando superar os

problemas deste nível de complexidade, promovendo a melhoria do cuidado e a reestruturação do modelo de atenção em saúde (Giovanella et al., 2009; Figueiredo, 2012). Por sua vez, o NASF surge como um dispositivo potencializador das ações da eSF. Logo, o trabalho de ambas as equipes – NASF e eSF, deve ser pautado por objetivos comuns que busquem fomentar mudanças no agir em saúde na AB. Dito isto, a concepção de NASF como “*gatilho*”, ilustrada em uma das falas, que comparece com a conotação do Núcleo como algo certo, isolado e desprovido de falhas para a consolidação da AB, se mostra contraditório a proposta do trabalho compartilhado, que se apresenta como uma novidade no campo da saúde, como um pressuposto a margem da fronteira, na periferia. Ou seja, como um dos pensamentos alternativos ao centro de poder, que ainda é regido pela hegemonia do modelo biomédico. Desta forma, por possuir essa característica de margem, as práticas compartilhadas ainda carecem de ajustes, de idas e vindas, sendo desenhadas no cotidiano de trabalho por meio dos encontros marcados pelas negociações entre os paradigmas coexistentes (Sousa Santos, 2002).

Nesta mesma linha de pensamento, que ressalta os movimentos de negociação entre o paradigma dominante e o paradigma emergente, vale destacar que a mudança da composição das “equipes ampliadas” para equipes NASF, não ocorre de forma automática. Em outras palavras, não se “*vira*” NASF magicamente, existe um processo de incorporação com a novidade, que neste caso, se apresentada pelos princípios que norteiam o trabalho do Núcleo. Logo, e por meio deste contato com o novo, reconhecendo as diferenças e prestando atenção em tudo o que acontece ao redor da fronteira, é que ocorre o enriquecimento mútuo (Sousa Santos, 2002).

Os dados apontam ainda que a atribuição do papel de fortalecimento da AB, somente aos profissionais do Núcleo, provocou algumas inquietações nos participantes da pesquisa. Têm-se a concepção de que existem diversos fatores a serem enfrentados para a consolidação

da proposta a AB, que não competem somente ao NASF, tais como: as questões de ordem institucionais, a gestão, os processos de trabalho em equipe e a própria questão cultural que perpassa o cuidado em saúde.

“Nós estamos assustadas com o tamanho desta responsabilidade, porque tem muitas coisas aí que estão postas que não são somente do NASF. Tem questões institucionais que precisam acontecer. Então, eu acho que é uma carga muito pesada para ser exigida do NASF. Tem a questão também cultural e a questão da gestão que precisam ser resolvidas. Tem também a questão dos processos de trabalhos das equipes que pararam de ser discutidos. Então, assim, nós seremos os salvadores da pátria. É bem complicado isto”.

Verifica-se que os “velhos desafios” da AB parecem ser entendidos, por alguns, como “novos desafios” do NASF. Reforça-se com Savassi (2012) ao destacar que para a superação desses desafios torna-se imprescindível a realização de uma mudança gerencial e organizacional que promova a modificação do foco na doença e na cura, para a compreensão mais ampla sobre o fenômeno que perpassa o processo saúde-doença. Dito de outra forma, para a superação dos desafios postos para o trabalho na AB, reafirma-se a necessidade dos profissionais de saúde transitarem para a margem da fronteira, irem para o Sul, assumindo a fluidez existente nos períodos de transição paradigmática. A partir desse movimento híbrido, novas relações são estabelecidas com os conceitos do paradigma dominante da saúde e suas experiências, a fim de consolidar a mudança paradigmática que se anuncia. (Sousa Santos, 2002). Ressalta-se que neste processo de mudança, o NASF deve ser compreendido como mais um dispositivo que poderá contribuir para o enfrentamento desse cenário. Ou seja, os profissionais do Núcleo devem somar esforços com as demais equipes que compõem o trabalho neste nível de complexidade, evitando assim o surgimento da concepção, ilustrada em uma das falas, que ressalta o NASF como “o salvador da pátria”.

4.3 AS CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE AS MUDANÇAS PRODUZIDAS NO PROCESSO DO TRABALHO DIANTE DA IMPLANTAÇÃO DOS NASFs.

Esta categoria agrupa falas que apresentam as mudanças produzidas na organização do processo de trabalho na AB, perante a implantação das equipes NASF no município de Vitória-ES. Após a análise dos dados brutos, foi possível identificar que as concepções dos profissionais de saúde acerca das mudanças no trabalho giram em torno dos seguintes temas: 1) questão de nomenclatura; 2) metodologia e ferramentas de trabalho; 3) organização do acesso da população e as agendas dos profissionais do NASF; 4) espaços de reunião de equipe; 5) corresponsabilização do cuidado.

4.3.1 Questão de nomenclatura

A subcategoria nomenclatura incorpora as falas dos profissionais que atribuem às mudanças produzidas no trabalho com a implantação do NASF configuraram-se apenas uma questão de nomenclatura. De acordo com os relatos, para alguns profissionais, não houve mudanças na organização de trabalho, visto que as chamadas “equipes ampliadas” já desenvolviam as ações coerentes com a proposta dos Núcleos, tais como: a discussão de casos, ações interdisciplinares, colaboração em algumas ações grupais, atendimento à família, marcação de consulta e encaminhamentos.

“Acho que as ações que a gente faz, a gente faz há muito tempo, na minha concepção, não mudou nada, a gente já faz as ações multidisciplinares, interdisciplinares, agora veio a oficialização do NASF, mas se for considerar o que a gente fazia antes, não mudou nada não, foi só uma questão de denominação”.

“(...) pra mim o NASF foi só uma questão de nomenclatura, têm nove anos que eu estou aqui, eu não vi mudança nenhuma. Tem nove anos que a gente já participa de

discussão de caso, que a gente participa das reuniões de equipe, não com essa nomenclatura de NASF”.

“Eu sempre participei de todas as reuniões de equipe da estratégia. (...). É uma coisa que eu sempre fiz, então, pra mim não vi diferença nenhuma, né? Alguns grupos que a gente participa, a gente colabora, cada profissional faz um grupo no mês, numa semana, tipo o grupo de gestantes, de hiperdia, que está meio desandado, mas que já teve esse modelo de cada profissional assumir um mês o grupo. Então, eu não vi mudança nenhuma até agora”.

“A gente sempre se fez presente nas reuniões com a ESF, para ouvir essas demandas e a gente sempre dava os encaminhamentos, marcava uma consulta e fazia o atendimento junto à família. Porque a gente não era da equipe de saúde, a gente sempre foi considerada a assistente social da unidade, a psicóloga da unidade, então, a gente sempre atuou nas equipes dando esse apoio”.

Percebe-se que para alguns profissionais, determinadas ações realizadas na configuração das “equipes ampliadas”, se mostram condizentes com a proposta do NASF. Esse cenário pode ter favorecido o surgimento da concepção de que a mudança no trabalho, por meio da fundação do NASF, se configurou apenas como uma questão de nomenclatura. Contudo, com base na literatura (Brasil, 2014; Fragelli & Shimizu, 2014; Ribeiro et al., 2014), a implantação das equipes NASF deveria ter proporcionado à ampliação das ações e o desenvolvimento de um fazer cotidiano em saúde compartilhado, visto que, o NASF solicita a criação de um trabalho conjunto entre ambas às equipes - NASF e eSF, não se restringem as ações citadas nos relatos expostos acima. Dito de outro modo, a implantação das equipes NASF deveria ter fomentado a abrangência e a resolutividade das práticas na AB, ou seja, a elaboração de novas formas de produção de cuidado permeado pela troca de saberes e o fazer conjunto, com vista a favorecer a transformação dos serviços de saúde e o alcance do cuidado integral.

Ademais, verifica-se que algumas ações desenvolvidas na formatação de “equipes ampliadas”, classificadas como práticas do Núcleo, após a implantação do NASF, ainda se apresentam norteadas pelo paradigma dominante da saúde. Cita-se como exemplo a realização das discussões de casos, que em determinados trechos das falas, visavam à elaboração de encaminhamentos ou marcação de consulta por parte das equipes NASF, não havendo uma construção conjunta sobre a situação discutida. Nesse cenário, pode-se afirmar que a prática de discussão de caso se caracterizava como uma apresentação do caso das eSFs para os profissionais do Núcleo. Estes, por sua vez, assumem seu papel de especialista, conforme posto dentro do modelo biomédico, emitindo soluções prontas para as situações discutidas. Ou seja, como alguém que não faz parte de equipe, desenvolvendo seu trabalho conforme seu núcleo de competência, impondo o seu saber-poder, sendo esse tipo de trabalho caracterizado como o apoio a eSF.

Especificamente sobre as ações grupais, percebe-se por meio dos dados, que a expressão “*a gente colabora*” com a realização dessas atividades, demonstra uma ideia de divisão de tarefas, em que cada profissional ocupa-se da condução de um grupo de forma mensal, ou seja, não existe uma interação entre as disciplinas para a condução da ação, mas sim, uma mera justaposição de categorias profissionais para prestar o cuidado a determinado público. Desta forma, a colaboração destacada nos relatos como um modelo de prática “*em que cada profissional assume o grupo um mês*”, coloca-se em oposição à concepção de trabalho colaborativo, que pressupõem uma interdependência dos núcleos de saberes para as realizações das ações, a corresponsabilização do cuidado e a tomada de decisão compartilhada, visando um cuidado integral (Peduzzi, Silva, Agreli & Neto, 2016).

Todavia, apesar de algumas falas abordarem que a modificação ocorrida com a implantação do NASF foi apenas uma questão de nomenclatura, também foi possível verificar a presença de relatos que discorrem sobre a mudança de postura dos profissionais do Núcleo,

nos espaços de reunião de equipe com as eSFs. A fala abaixo versa sobre o papel de apoiador que alguns profissionais do Núcleo passaram a desenvolver perante a implantação das equipes NASF. Verifica-se ainda que, determinadas categorias profissionais só participavam das reuniões junto as eSFs se houvesse algum tipo de demanda específica do seu núcleo de saber.

“Aqui, a gente está fazendo o que o NASF propõe o que seja feito, nas reuniões eSF, nós estamos como profissionais do NASF, como matriciadores. (...) Não é a Fono que está lá, é a apoiadora. Antigamente, eu só participava se tivesse um caso para a Fono, hoje não é mais assim”.

Ao afirmar que não é a profissional de fonoaudiologia que está participando da reunião de equipe, mas sim a apoiadora, pode-se inferir que existe uma tentativa de transposição da relação vertical e hierárquica do saber especializado em saúde para a instauração de um espaço aberto ao diálogo. Tal postura corrobora com que Campos (2012) assinala sobre a função de apoiador, ou seja, alguém que se coloca na roda para fomentar e problematizar as questões que emergem na discussão, tentando ampliar o grau de deliberação conjunta. Alguém que assume uma postura ativa e interativa, capaz de estimular as pessoas a se autorizarem a refletir criticamente sobre o que o outro está trazendo. Para tanto, “o apoiador participa, interfere, discute, perde, ganha, cede, negocia, oferece análise, compreensão e explicação” (Campos, 2012, p.154).

Assim, cabe ao apoiador estimular a configuração de espaços coletivos, permeados pelo princípio da cogestão e por práticas de educação e de formação para o cuidado em saúde. Dito de outra maneira, as reuniões entre equipes NASF e eSF, devem ser caracterizadas por espaços que promovam o estudo de temáticas, discussões de casos, deliberações conjuntas e definições de tarefas. Todas estas ações devem ter como pano de fundo, o fomento da autonomia das eSFs na solução dos problemas identificados no território.

Em síntese, percebe-se que os dados apresentados nesta subcategoria reafirmam as contradições e os dilemas vivenciados durante os períodos de transição paradigmática, apontando para o momento de crise do paradigma dominante e, conseqüentemente, para a necessidade da emergência de um novo paradigma (Sousa Santos, 2005). Assim, as falas ilustram um paradoxo: de um lado verifica-se a presença de relatos que classificam a implantação do NASF apenas como uma questão de nomenclatura, reproduzindo ações norteadas pelo paradigma dominante; e do outro lado, é possível observar a presença de falas que revelam uma mudança na relação estabelecida entre alguns profissionais do NASF com as eSFs, por meio do fomento de espaços de horizontalidade, capazes de favorecer o desmonte do saber-poder existente no campo da saúde.

4.3.2 Metodologia e ferramentas de trabalho

A subcategoria metodologia e ferramentas de trabalho incorpora as falas que dizem respeito às mudanças produzidas no modo de conduzir o trabalho, bem como das novas ferramentas utilizadas, em função da implantação das equipes NASF. A análise dos dados demonstra que os profissionais têm ciência de que com a implantação do NASF, o apoio matricial passa a ser a metodologia que norteia o trabalho dessas equipes. Entretanto, verifica-se a presença de relatos que ressaltam a dificuldade das equipes NASF de exercerem o papel de apoiadores. Tais dificuldades, de acordo com os dados, estão atreladas tanto a ausência de um processo de formação para ser apoiador, quanto às experiências vivenciadas enquanto equipe de referência matriciada, pois se mostraram insuficientes frente às expectativas desses profissionais, gerando a concepção de que o apoio matricial não é uma metodologia de trabalho resolutiva.

“O NASF se utiliza do apoio matricial, então, o NASF deveria funcionar na lógica do apoio matricial. O apoio matricial deveria ser nossa maior ferramenta de trabalho. Ele seria o nosso carro chefe”.

“Hoje, quando eu penso em matriciamento, eu penso no CAPS, mas eu sei que o modelo do NASF é o matriciamento e que nós temos que funcionar dentro dessa proposta. Só que a gente sabe o que é matriciamento de outro lugar, de quem recebe o matriciamento. Eu nunca fui apoiador. Eu tenho que me preparar para isto”.

“A gente sempre recebeu o matriciamento. Eu particularmente tive poucos contatos com matriciadores e não era uma coisa que a gente se sentia matriciado. Eu não consegui ver o apoio funcionando. Será que o apoio é isto? Fica esta questão”.

Observa-se que um dos principais desafios vivenciados pelas equipes NASF, diz respeito à incorporação do matriciamento no seu processo de trabalho junto as eSFs, visto que não há uma aposta na metodologia do apoio matricial por parte dos profissionais do Núcleo, mas sim, uma descrença sobre a sua efetividade. Somado a isto, verifica-se que, a formação em saúde não se mostra compatível com as demandas vivenciadas nos serviços de saúde, uma vez que os profissionais participantes da pesquisa relatam não ter preparo para exercer a função de apoiador.

Vale lembrar que a prática do matriciamento se encontra em processo de germinação, ou seja, sua proposta se apresenta como uma das “novidades” que visa dar um novo contorno ao processo de cuidado em saúde. Assim, experiências das equipes matriciais e os processos de formação para apoiadores estão ainda em construção e em fase de consolidação. Dito isto, para a efetivação do apoio matricial no contexto da AB, torna-se de suma importância que atores envolvidos, sobretudo o próprio NASF, fomentem espaços coletivos de reflexão e discussão sobre essa prática e sobre seus processos de trabalho. Em outras palavras, é fundamental que, no cotidiano dos serviços, haja investimento significativo tanto nas práticas

de EPS como nos processos comunicacionais, para que os profissionais possam construir espaços de confiança e respeito aos diferentes saberes, favorecendo, assim, a criação das parcerias necessárias para desenvolvimento do trabalho colaborativo, conforme preconizado na metodologia do apoio matricial (Barros et al., 2015).

Especificamente, sobre a indagação “*será que o apoio é isto?*”, presente em uma das falas apresentada acima, que discorre sobre a não resolutividade dos encontros de matriciamentos frente às demandas das equipes matricidas, ressalta-se a importância das discussões e pactuações realizadas entre os apoiadores e as equipes de referência terem como base as necessidades de saúde do território, respondendo, assim, as demandas apresentadas. Os dados apontam ainda, que a descrença na metodologia do apoio matricial, ocorrer em função da não assimilação da sua lógica de trabalho, ou seja, existem dúvidas sobre o modo de operar os encontros de matriciamento. O relato abaixo pontua essa realidade, questionando a atual prática de apoio realizada pelas equipes NASF, ao equiparar esse apoio a algumas atribuições das eSF.

“A gente tem que pensar primeiro o que significa essa palavra apoio, por que se a gente trabalha junto com todos outros profissionais da ESF, fazendo a mesma coisa que eles fazem: marcar consulta e fazer atendimento individual. Será que a gente é apoio? Que tipo de apoio é este? Temos que rever isso”.

Percebe-se que há um entendimento de que é preciso rever as práticas denominadas de apoio, realizadas pelas equipes NASF acompanhadas neste estudo. Trabalhar junto com todos os profissionais da eSF, não significa, necessariamente, atuar na lógica do matriciamento, uma vez que, o “estar junto” pode se resumir a marcação de consulta e realização de atendimentos individuais. Ou seja, dependendo dos conceitos que norteiam o trabalho, o “estar junto” pode tanto favorecer a emergência de um novo paradigma quanto reforçar os preceitos do paradigma dominante da saúde. Neste sentido, coaduna-se com Machado e

Camatta (2013) que a falta de compreensão sobre os princípios que regem a metodologia do apoio matricial pode ser configurado como um entrave para a sua efetivação.

No que diz respeito às novas ferramentas de trabalho, os resultados demonstram que algumas equipes NASFs tem conhecimento que o PTS é uma das ferramentas do NASF, contudo, sua implantação ainda não foi concretizada. Para alguns profissionais, participantes da pesquisa, a implantação do PTS é um dos desafios do trabalho, sendo visto como um recurso capaz de auxiliar na desconstrução da lógica dos encaminhamentos, por meio de discussões mais profundas. Em contraponto, evidencia-se a presença de relatos que ressaltam a concepção do PTS como um instrumento de planejamento, que facilita o retorno do usuário ao profissional de saúde que o acompanha. Por sua vez, as falas também versam sobre o entendimento de que, antes mesmo da implantação do NASF, o PTS já era realizado, porém as equipes não utilizavam esta denominação.

“Implantar o PTS é o nosso maior desafio. É isso que a gente tem tentado aprofundar a nossas discussões. A gente está querendo chegar nesse nível, sair do ao ao, ao fono, ao psicólogo”.

“Tem a questão do projeto terapêutico também, que é uma coisa que vem cada vez mais aparecendo no nosso trabalho. Nesta construção, do projeto terapêutico, da mesma forma que o usuário pode ter um retorno ao médico, já planejado, ele pode ter um retorno planejado pra qualquer outro profissional”.

“Tem nove anos que a gente discute o caso da Dona Mariazinha. A dona Mariazinha tem ido ao médico, tem tomado os remédios, tem vindo pra o atendimento individual, a ACS tem feito visita, ela não tem vindo, ai então como a gente vai fazer daqui pra frente? Apesar disso não está registrado como PTS, isso já é feito. Aí a gente pergunta, qual é a diferença? Essa é a dúvida? Qual é a diferença? Essa prática já existe!”.

Apesar de o PTS ser apontado como uma ferramenta que auxilia na desconstrução da lógica dos encaminhamentos, também fica claro, por meio dos dados, a sua equiparação a uma agenda que contempla as ações de cuidado destinadas ao usuário. Ou seja, como algo protocolar, que congrega os tipos de atendimentos de saúde em que o usuário é inserido. Nesta configuração, de PTS como sinônimo de agenda, os relatos demonstram que o cuidado fica restrito as práticas do modelo biomédico, tais como o consulta médica, o atendimento individual por algum especialista e a disponibilização dos medicamentos. Logo, o cuidado não é guiado pela perspectiva da clínica ampliada, visto que não considera as demais dimensões existentes em torno da pessoa (social, psíquica, sexual e espiritual), o que ocasiona, conseqüentemente, a não inclusão no projeto de ações que agregam os recursos sociais do território e as demais políticas públicas.

Corrobora-se com Barros (2009) sobre a importância de o PTS buscar a superação do paradigma dominante da saúde por meio do desenvolvimento de ações conjuntas e coletivas, centradas nas necessidades e no contexto de vida da pessoa. Nesta mesma direção, para não correr o risco de o PTS reproduzir práticas hegemônicas, Mângia, Castilho e Duarte (2006) propõem a adoção de alguns eixos norteadores para a sua operacionalização, tais como: a centralidade na pessoa, a parceria entre equipe e usuário, a articulação dos recursos do território, a ênfase no contexto de vida da pessoa, a construção compartilhada e a definição de metas com prazos previamente acordados.

Também foi possível observar a presença de dados que revelam a compreensão de que não existe um planejamento e nem uma organização das equipes NASFs, junto as eSFs, para a implantação do PTS. De acordo com o extrato de fala ilustrado abaixo, essa realidade reflete na realização de discussões “diluídas”, que não podem ser caracterizada com o PTS.

“Em relação às PTS, eu acho que não tem uma organização, em um planejamento para implantação deste instrumento. Ocorrem umas discussões muito diluídas com as

equipes da estratégia, que não são PTS, que não tem um planejamento a médio e longo prazos pra aquele usuário”.

Conforme já destacado na introdução deste estudo, orienta-se que a implantação do PTS seja sistematizada em quatro etapas: 1) hipótese diagnóstica; 2) definição de ações e metas de curto, médio e longo prazos, para o cuidado; 3) divisão de responsabilidade de cada ator envolvido (usuários, familiares, eSF e NASF) e; 4) reavaliação do projeto (Brasil, 2014). Além disto, sabe-se que a elaboração do PTS pode ocorrer nos espaços destinados à realização do apoio matricial, ou seja, em momentos de encontro regidos pelo diálogo entre as pessoas. Dito isto, e com base no relato exposto acima, acredita-se que a não organização de um fluxo para a elaboração do PTS, por meio dos encontros de matriciamento, pode favorecer a construção de projetos fragmentados, com discussões soltas, sem as “amarrações” necessárias para promover um cuidado integral.

Ressalta-se ainda, que parte-se do entendimento de que as etapas propostas pelo Ministério da Saúde são recomendações. Cada equipe possui a flexibilidade para sistematizar e organizar o seu modo de elaboração de PTS, conforme as necessidades do território e de acordo com o seu próprio processo de trabalho. Contudo, a flexibilização para elaboração de PTS, não pode furtar-se das discussões coletivas interdisciplinares, bem como da singularidade de situação vivenciada (Salete, Melo, Lira & Corrêa, 2015).

Fazendo um contraponto aos dados apresentado até agora, nesta subcategoria, sobre o PTS, os resultados também apontam para a compreensão de que o manuseio dessa ferramenta favoreceu o envolvimento de todos os profissionais no processo de cuidado. O relato ilustrado a seguir, discorre que algumas equipes fazem uso do PTS, sendo sua construção realizada por meio das discussões dos casos em roda, em equipe. Nota-se ainda que, a corresponsabilização gerada pelo uso do PTS é destacada por um dos participantes da pesquisa como uma das principais mudanças produzidas no trabalho, com a implantação das equipes NASFs.

“Os casos são colocados na roda e aí você constrói junto com a equipe um projeto, um projeto terapêutico singular, (...), todos os profissionais se envolvem e aí a gente trabalha com a questão da corresponsabilidade. Então, essa é a principal mudança de organização do trabalho”.

Corroborar-se com Pinto et al. (2011) ao ressaltarem que na construção do PTS, a corresponsabilidade de todos os envolvidos com o cuidado é um pressuposto fundamental para a efetivação do projeto. Ressalta-se ainda que, a corresponsabilidade também deve ser compartilhada com o usuário/família, por meio da inclusão destes no processo de elaboração do PTS. A formulação conjunta do PTS com o usuário e sua família, além de representar a validação do projeto por estes, proporciona a pessoa a consciência do seu próprio estado de saúde. Ou seja, após essa experiência, o usuário pode obter informações e emitir juízo crítico sobre si mesmo e sobre o seu tratamento, apropriando-se do seu processo de cuidado (Carvalho, Moreira, Rézio & Teixeira, 2012). Contudo, não foi possível identificar nos resultados a compreensão dos profissionais de saúde sobre a importância da participação dos usuários/famílias no processo de elaboração dos PTS.

No que se refere ao trabalho com grupos, os dados demonstram que a implantação do NASF possibilitou a criação de outras modalidades de grupos, com ênfase no caráter terapêutico. As falas versam que antes da fundação do NASF, as práticas grupais realizadas na AB do município estudado, eram vinculadas às ações programáticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Além disso, os relatos ilustrados a seguir, ressaltam que a realização dos grupos terapêuticos proporcionou a troca de conhecimento entre os profissionais, bem como, fomentou a reflexão conjunta dos profissionais e dos usuários sobre formas alternativas do cuidado, para o enfrentamento dos problemas relacionados ao processo de saúde e doença.

“Eu acho que, por exemplo, as ações em grupo, que foram umas demandas trazidas pelas equipes da estratégia, que a gente comprou a ideia e estamos fazendo junto aos grupos.

A gente aprende muito com essas ações, a gente com eles e eles com a gente, na forma de atuar com aquele grupo. Como fazer? Como lidar com esses grupos de crianças, de adolescentes, de mulheres?” (S13).

“A gente já fazia alguns grupos vinculados ao programa hiperdia, para gestantes e tabagismo. Aí tem outros grupos agora, que foram criados a partir do NASF, o grupo de mulheres e de adolescentes. A gente está fazendo eles com o objetivo de serem terapêuticos”.

“Outro grupo que a gente pensou a partir do NASF foi o grupo do sono, que é para pessoas que tomam ansiolítico, só aquilo, e que tinham aquela queixa de só querer dormir, sempre pensando só no remédio, focando no remédio, então a gente resolveu fazer esse grupo para estar pensando outras estratégias junto aos usuários”.

Como já exposto anteriormente, o uso da ferramenta grupal por intermédio do trabalho do NASF, junto as eSFs, não tem como proposta substituir as diferentes modalidades de grupos existentes na AB, que em sua maioria, estão vinculados a proposta de educação em saúde, desenvolvendo uma função importante frente a promoção de mudança de alguns padrões do comportamento. A ideia é agregar o trabalho com grupos terapêuticos como mais um recurso a ser utilizado (Brasil, 2014; Andrade et al., 2016).

Dito isto, nota-se que a ampliação das práticas grupais, por meio da implantação do NASF, possibilitou a criação de espaços de diálogos e interação, capazes de favorecerem o protagonismo dos usuários, uma vez que, estes são convidados a “*pensar*” com os profissionais, outras estratégias de cuidado que não se restringem ao cuidado já realizado no cotidiano dos serviços, como por exemplo, a administração de psicofármacos. Nesse sentido, corrobora-se com Andrade et al. (2016), ao destacarem que a utilização de grupos terapêuticos, permeados pela criatividade, pode favorecer a criação de práticas capazes de fomentarem a construção da autonomia dos integrantes e da dinamicidade de suas relações, o vínculo com o serviço, a corresponsabilização e o acolhimento.

Além dos aspectos citados acima, com base nos dados, pode-se afirmar que o uso dos grupos terapêuticos na AB, possibilitou a construção de um trabalho interdisciplinar, visto que os relatos apontam que existe um aprendizado com o outro na condução dessas práticas. Logo, pode-se inferir que o trabalho com grupos, de caráter terapêutico, com potencial inventivo e com o fomento do diálogo e da escuta, emite sinais de uma aproximação com o que se almeja no paradigma emergente, com o que comparece do outro lado da fronteira, se apresentando como mais um recurso alternativo ao cuidado norteado pelo paradigma dominante.

Por fim, destaca-se a ausência de falas que apontam para o uso do PST, do genograma e do ecomapa como ferramentas de trabalho nas equipes estudadas. Essa realidade demonstra a fragilidade de pensar o cuidado no contexto da dinâmica familiar, na perspectiva dos recursos do território e das demais políticas sociais, com vista à promoção à saúde e participação social. Especificamente, sobre o PST, vale ressaltar a sua potência enquanto uma ferramenta estratégica para favorecer a ruptura com os preceitos do paradigma dominante, em função da sua capacidade efetiva da incorporação do princípio da promoção à saúde e do fomento as ações intersetoriais. Logo, o uso dessa ferramenta pode favorecer o fomento do cuidado integral em saúde, além de promover a aproximação dos profissionais com a comunidade e de favorecer a adequação das ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio-histórico específico.

4.3.3 Organização do acesso da população e as agendas dos profissionais do NASF

Esta subcategoria incorpora dados referentes às concepções sobre as mudanças produzidas no acesso da população às ações desenvolvidas pelas equipes NASFs, e as suas consequências na organização das agendas dos profissionais dos Núcleos. De modo geral, os dados revelam que os profissionais têm ciência de que o NASF não se caracteriza como um

serviço de porta de entrada para o sistema de saúde, sendo o acesso do usuário a estas equipes realizado por meio das reuniões com as eSFs. As falas versam ainda que, em função do processo histórico dessas equipes, a mudança na composição das agendas das equipes NASFs vem ocorrendo de forma processual.

“O NASF não é pra ser porta de entrada, os casos tem que chegar via eSF”.

“A porta de entrada é as eSFs, a nossa agenda vai ser fechada, a nossa agenda vai ser montada a partir das reuniões de equipe da eSF, daí vai ser discutido, vai ser avaliado se vai ser atendido ou não”.

“A ideia é que como NASF a gente não tenha mais a agenda aberta, que os pacientes venham de outra forma, mas aqui em função da nossa realidade essa mudança tem-se dado de forma gradativa, porque não dá pra mudar de uma hora pra outra, radicalmente. Eu acho que aqui na unidade a gente até conseguiu mudar um pouco essa lógica”.

Verifica-se que o acesso a equipe NASF por meio das eSFs inseriu uma nova lógica de trabalho, que busca promover o melhoria da comunicação entre o NASF e as eSFs, potencializando, assim, o trabalho integrado entre ambas as equipes. Neste sentido, coaduna-se com Oliveira e Quevedo (2016) ao ressaltarem que a forma de acessar o NASF produz mudanças positivas na lógica de encaminhamento presentes nos serviços de saúde, incitando um trabalho compartilhado e corresponsável. Em outras palavras, este modo de acessar as equipes NASFs pode favorecer o rompimento das relações verticais dos mecanismos de referências e contrarreferências, em que a comunicação entre os profissionais de saúde ocorre somente por meio de relatos escritos, apenas para transferir uma responsabilidade ou para realizar algum informe.

Entretanto, os dados apontam para presença de falas que demonstram movimentos de resistência, por parte de alguns profissionais, a este modo de promover o acesso. Observa-se

que tal resistência está atrelada a diferentes justificativas, tais como: limitação do acesso da população; baixa resolutividade, devida a burocracia para a chegada do usuário até as equipes NASFs; além da compreensão de que não é necessário compartilhar as demandas do usuário com todos os profissionais da equipe.

“(...) a proposta é que a gente não tenha uma agenda aberta, que seja uma agenda fechada. Essa proposta, eu acho ruim, eu acho que isso limita o acesso da população. Para mim só burocratiza a chegada do paciente e não resolve, não é resolutivo, mas sim atrasativo”.

“A grande dúvida nossa é como vamos montar a nossa agenda? Tem que passar todos os casos pela eSF? Tem essa necessidade? Por exemplo, uma pessoa que vem para o serviço social, em busca de um benefício, tem necessidade do médico saber? É isso? A gente está bem perdido. Como esse paciente vai chegar até a mim?”.

“(...) a questão das agendas fechadas, eu acho que isso vai ser uma grande perda, eu acho que com isso a população vai perder, eles não vão ter o livre acesso a qualquer tipo de orientação básica, então esse trabalho do cara a cara com a população, a gente vai perder, o acesso da população ficaria limitado, porque se a pessoa chega na recepção, “aí, eu quero marcar um psicólogo”, ele não vai conseguir marcar, primeiro vai marcar para o médico, para o médico dar um encaminhamento para levar pra reunião de equipe, para na reunião de equipe decidir se esse caso precisa ou não do atendimento de Psicologia, até lá isso já se perdeu, então isso não é resolutivo, porque não deixa que essa pessoa chegue até a gente, para a gente fazer uma simples orientação, pra que essa pessoa possa continuar a vida dela”.

Verifica-se que não há uma clareza sobre o fluxo do acesso do usuário às equipes NASFs. Como consequência desta realidade, são criadas outras formas de acesso que burocratizam a chegada do usuário aos profissionais do Núcleo. Conforme exposto nas falas

ilustradas acima, na compreensão dos profissionais, o acesso da população se daria por meio da avaliação do médico e não por meio das discussões de casos, realizadas durante os encontros de matriciamento. Ou seja, o médico encaminharia o usuário para a eSF, que por sua vez, levaria o caso para a reunião de matriciamento para ser avaliado se existe a necessidade de ser realizado o atendimento individual, por alguma categoria profissional que compõe o NASF. Tal entendimento favorece a organização do trabalho em saúde guiado pelo paradigma dominante, uma vez que propõe a subordinação dos demais profissionais aos médicos, centralizando o cuidado na figura deste, o que, conseqüentemente, reforça a lógica do encaminhamento ao especialista, agora mais acessível, em função da implantação do NASF.

Ressalta-se que a proposta do trabalho do NASF tem como base o compartilhamento do conhecimento, visando promover cuidado em saúde de modo mais abrangente, integral e resolutivo (Santana et al., 2015; Patrocínio et al., 2015). Para tanto, cabe as equipes NASFs instrumentalizar as eSFs para a realização deste cuidado. Dito de outra forma, uma das atribuições do NASF é dar condições, por intermédio da metodologia do apoio matricial, para que as eSFs sejam capazes de “*fazer uma simples orientação*” ao usuário, aumentando o seu nível de resolutividade e evitando, assim, a realização de encaminhamentos desnecessários aos profissionais do Núcleo, ou aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde. Assim, ao dividir com as eSFs as questões dos núcleos de competências que podem ser compartilhados, cria-se a possibilidade de oportunizar o acesso as equipes NASFs as demandas de maiores complexidades, que podem ser cuidadas no contexto da AB.

Os dados demonstram que ainda não existe um consenso entre as formas de acessar as equipes NASFs. Em algumas equipes os usuários que apresentam demandas para os profissionais do NASF devem ser encaminhados para o acolhimento coletivo. Já o usuário

que possui demandas relacionadas às categorias médicas e de enfermagem, deve ser direcionado a triagem.

“Quando chega o usuário na recepção, pedindo o atendimento do serviço social, eu tenho orientado a recepção pra marcar para o acolhimento coletivo, inclusive eu tenho até orientado o usuário sobre essa mudança. Se é demanda do NASF vai para o acolhimento, se for para estratégia o usuário vai para triagem”.

“Os usuários que vão para o acolhimento são os usuários que têm demanda para os profissionais do NASF, quando a demanda é para o médico ou para enfermeira vai para a triagem, para a avaliação inicial”.

Evidencia-se, por meio dos relatos, que o acesso as equipes NASF e eSF são desarticulados e interdependentes, ficando a critério da recepção classificar e avaliar se a demanda que comparece é para o NASF ou para a eSF. Nesta forma de acessar o serviço, caberia questionar quais são os critérios estabelecidos para encaminhar o usuário ao acolhimento coletivo ou a triagem? Ficaria a cargo das eSFs cuidar dos usuários que possuem demandas específicas vinculadas as questão biológicas, pautando-se por um cuidado de queixa-conduta, mecanizado, ou seja, norteado pelos preceitos do paradigma dominante? Por conseguinte, os profissionais do Núcleo seriam responsáveis pelas demandas que não se enquadram nos aspectos puramente biológicos? Nesse contexto, caberia ainda questionar como estaria sendo realizado o acolhimento pelo NASF, uma vez que, esse ocorre como uma ação isolada? O acolhimento do NASF seria outro tipo de triagem? Ou estaria conseguindo alcançar os seus propósitos de realizar uma atenção humanizada?

O que fica claro diante desse modelo de organização de acesso ao serviço, é que o NASF passa a se configurar como outra porta de entrada para o sistema, por meio do acolhimento. Além disto, essa forma de acesso não possibilita o fomento de espaços para a realização das trocas de saberes e de compartilhamento das práticas, visto que, o usuário ou é

do NASF ou da eSF, não havendo um trabalho integrado entre ambas as equipes. Esse cenário, conseqüentemente, dificulta a ampliação do escopo das ações das eSFs, o cuidado integral e a corresponsabilização dos atores envolvidos com o cuidado, preceitos estes, colocados como atributos do trabalho do NASF e tão caros para a instauração do paradigma que se anuncia (Brasil, 2014; Pasquim & Arruda, 2013; Nascimento & Oliveira, 2010).

Apesar de algumas falas evidenciarem a proposta da agenda fechada como um fator que limitava o acesso direto da população às equipes NASFs, também foi possível observar que, para alguns profissionais, a implantação das agendas fechadas proporcionou a sua participação em outros espaços, bem como favoreceu o desenvolvimento de outras práticas, tais como a realização de ações coletivas, atividades em grupos e participação em outros espaços de reuniões.

“Hoje, com a nova configuração das agendas a gente está conseguindo participar de outros espaços de reuniões, de fazer outras ações que, não sejam só o ambulatório. Antes era chegar à unidade pegar a agenda, vê como que ela estava e atender. Hoje a gente tem mais tempo pra fazer outras ações coletivas, até pra sentar com essa escola pra discutir esses casos, pra ver outra forma de assistência.”

“Essa mudança na agenda garante, literalmente, que a gente possa se encontrar com os outros profissionais, participar das reuniões com as estratégias. Garante que a gente possa participar também de outros espaços de discussões e de outras ações”.

“A minha agenda antes do NASF era praticamente fazer atendimento individual, aí depois do NASF, eu comecei a fazer grupos. Mas antes minha agenda tinha 12, 13, 14 atendimentos por dia; era só produtividade. (...) Antes eu fazia um ambulatório de especialidade”.

“Voltando para a questão da agenda aberta, no sentido da flexibilidade, ela foi vantajoso pra gente, por exemplo, uma equipe vai fazer uma ação em determinado local, agora, eu posso falar eu vou”.

Observa-se que a organização da agenda com base na proposta do NASF, possibilitou a reversão da lógica ambulatorial, visto que, antes da implantação dos NASFs as agendas se destinavam, predominantemente, a realização dos atendimentos individuais. De acordo com os dados, havia uma cobrança por uma produtividade que sustentava metas coerentes com o paradigma dominante da saúde. Essa realidade impossibilitava a participação dos profissionais em determinadas práticas de cuidado, reforçando os especialismos na AB.

Dito isto, corrobora-se com Quevedo e Oliveira (2016) ao ressaltarem que a organização do trabalho do NASF permite a elaboração de uma agenda com elementos de diferentes ordens e com maior grau de capilaridade do que as eSFs conseguem desenvolver atualmente. Dentre as ações que podem ser contempladas nas agendas das equipes NASFs, os autores citam: práticas intersetoriais, participação em conselhos gestores, participação nas reuniões das RAS, realização de práticas coletivas, dentre outras.

Os dados também apontam que a mudança na configuração da agenda, com a inclusão de outras ações, provocou alguns incômodos em alguns profissionais das UBS. De acordo com as concepções dos participantes da pesquisa, existia uma compreensão por parte das eSFs de que determinadas ações não se configuram como práticas de trabalho das equipes NASFs, havendo uma supervalorização do atendimento individual. Além disto, as falas versam sobre a presença de uma pressão da comunidade para a continuidade do trabalho de forma ambulatorial, realizado por esses profissionais enquanto “equipes ampliadas”.

“Eles estão propondo uma formatação de agenda, que eu estou tentando me adequar, mas eu tenho os atendimentos individuais e esse histórico. Então, às vezes é muito comum, até mesmo os colegas da unidade, da própria estratégia, você não está trabalhando?”

Antigamente, você atendia 10 por dia e agora, eu só te vejo no auditório, em visita, você não está trabalhando? Não está atendendo”.

“A minha agenda está em processo de mudança, de conflito. Dei uma olhada na minha agenda, dei uma olhada nas diretrizes. E a própria comunidade cobra. Eu estou aqui há 11 anos. Eles querem ambulatório. A gente está tentando mudar a agenda com o mínimo de impacto para a comunidade, mas está difícil”.

É notório, mediante os dados, que existe um aspiração para a manutenção da organização do trabalho, com ênfase no atendimento individual em detrimento das demais práticas, sendo esse anseio sustentado tanto pelas eSFs como pela própria comunidade. Dito isto, corrobora-se com Franco e Merhy (2005), ao ressaltarem que a cultura da organização dos serviços de saúde, com base no desenvolvimento de práticas individuais, curativista e imediatista em detrimento das ações coletivas, interdisciplinar, geraram frutos também no imaginário da população, que também passa a almejar por esse tipo de cuidado.

Desta forma, o processo de mudança na organização da agenda das equipes NASFs, com a inclusão de outras ações pode ser caracterizado como um “*conflito*” duplo no processo de transição paradigmática, uma vez que, terá de lidar tanto com os anseios de alguns profissionais de saúde como da própria população, para a manutenção das práticas guiadas pelos preceitos do paradigma dominante da saúde. Neste contexto, e com base no pensamento de Sousa Santos (2002), acredita-se que os profissionais do NASF podem assumir o papel da figura do negociador. Aquele que estabelece o diálogo entre os paradigmas coexistentes, uma vez que, os princípios do NASF favorecem o trânsito dos seus profissionais de um lado para o outro na fronteira. Nesse transitar, pouco a pouco, pode ocorrer a supressão dos saberes dominantes, que neutralizam a pluralidade do conhecimento existente no paradigma emergente. Em outras palavras, espera-se que as equipes NASFs sejam capazes de apresentar formas alternativas de gerir o cuidado, imprimindo uma concepção ampliada sobre o processo

saúde-doença, com foco em ações coletivas e na promoção à saúde, favorecendo a extensão do cuidado em saúde para além das práticas individuais.

Pondera-se ainda sobre a necessidade de ficar atento para que a tensão existente entre atendimento individual e as demais ações preconizadas no trabalho do NASF, não fragilize as relações de parceria entre a equipes NASF e a eSF, visto que, o processo de trabalho do NASF solicita o desenvolvimento de ações conjuntas, com abordagens coletivas. Vale lembrar que as intervenções diretas do NASF para atender usuários e famílias, de caráter individual, podem ser realizadas, porém não devem ser a única e nem a principal atividade contemplada na agenda dos profissionais. Orienta-se que os atendimentos individuais sejam realizados somente após pactuação com as eSFs vinculadas, atrelados a um PTS produzido conjuntamente (Brasil, 2014).

4.3.4 Espaços de reunião de equipes

Esta subcategoria diz respeito às concepções dos profissionais sobre as alterações ocorridas nos espaços de encontro entre o NASF e a eSF, mais especificamente, nos espaços caracterizados como reuniões de equipes. Conforme ilustrado na fala a seguir, para alguns profissionais, as mudanças no processo de trabalho, com a implantação do NASF, estão relacionadas apenas a composição de duplas de profissionais do Núcleo para participarem das reuniões com as eSFs, e a criação de um espaço para a realização de uma reunião semanal entre os profissionais do Núcleo, denominado como reunião da equipe NASF.

“Pra mim não mudou nada, com exceção de estar aqui nas reuniões das sextas-feiras com os profissionais do NASF e o fato de no dia de reunião de equipe com a eSF a gente ter se dividindo em duplas, para garantir nossa participação em todas as reuniões, eu continuo trabalhando do mesmo jeito, recebendo demanda, fazendo as minhas ações do mesmo jeito. Então, eu continuo trabalhando como eu já trabalhava. Se hoje eu trouxesse um caso de um

menino para discutir aqui no grupo, eu tenho convicção que eu ia junto com o ACS fazer uma visita domiciliar para coletar dados, para depois fazer um relatório e dar os encaminhamentos, e incluir esse menino em algum programa”.

É notório que a mudança feita na organização do trabalho, com a criação das duplas para acompanhar as eSFs e a criação dos espaços de reunião entre os profissionais do Núcleo, não produziu impactos significativos no cotidiano de trabalho de alguns participantes da pesquisa. Ou seja, em determinados contextos, o cuidado continua sendo realizado de forma protocolar e fragmentado. Todavia, agora, esse tipo de cuidado é reproduzido nos novos espaços destinados para o encontro entre os profissionais, criados após a implantação do NASF.

Dito isto, pode-se afirmar que a legitimidade da proposta do NASF está para além das mudanças no campo organizacional do trabalho em saúde. Em outras palavras, os conhecimentos acumulados pelo paradigma dominante ainda se mostram engessados, assumindo o centro do poder, o Norte, mesmo quando são criados espaços que deveriam favorecer o trabalho interdisciplinar e compartilhado. Neste sentido, coaduna-se com os diversos estudos (Merhy, 2002; Franco, 2006; Faria & Araujo, 2010) sobre a necessidade de existir uma maior articulação das normas e leis criadas para orientar o trabalho, com as relações operantes no cotidiano dos serviços, com vistas a imprimir novos conceitos, coerentes com o cuidado ampliado, integral e o trabalho interdisciplinar. É preciso que haja um investimento tanto no campo da política quanto no cotidiano dos serviços, a fim de tornar visíveis as epistemologias do Sul, a sua dinamicidade e diversidade de saberes, que se apresentam coesos com as atuais necessidades de saúde e com os preceitos almejados para o paradigma emergente (Sousa Santos, 1995).

Contudo, fazendo um contraponto com os dados acima apresentados nesta subcategoria e reafirmando as contradições e dilemas vivenciados durante os períodos de

transição paradigmática, os resultados também apontam que em determinadas equipes, a configuração das duplas de profissionais do NASF para realização do acompanhamento das eSFs, possibilitou a construção de um cuidado ampliado. Por meio dessa nova organização do trabalho, houve a integração de outras categorias profissionais que não participavam destes espaços de reuniões. Além disto, é possível identificar, nas falas ilustradas abaixo, a concepção de outras modificações ocorridas no cotidiano dos serviços acompanhados, tais como: diminuição da sobrecarga de trabalho do psicólogo e do assistente social, por meio da inclusão das demais categorias profissionais nas reuniões com as eSFs; a socialização dos casos com todos os profissionais, criando a sensação de um trabalho mais organizado; maior interação entre os profissionais, possibilitando a troca de conhecimento e a construção de um trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar.

“O legal é, assim, que antes o trabalho era mais eu e o psicólogo, agora que tem farmacêutico, fono e o técnico desportivo. Ampliou. E cada um dá sua opinião e fica mais fácil pra gente estar lidando com os casos. Fica mais fácil da gente estar trabalhando, porque acaba que tinha certas situações que sobrecarregava mais o psicólogo ou o assistente social. Então tendo uma equipe para compartilhar os casos, trocar, fica melhor de trabalhar, acaba tendo mais organização”.

“(...) agora outros profissionais além do psicólogo e do assistente social, outros profissionais participam dessa reunião de equipe, tem uma interação maior, inclui outros profissionais, outros conhecimentos”.

“Antes, somente a psicóloga e a assistente social iam às reuniões de equipe da eSF. Hoje, a gente já se organizou em dupla e todos os profissionais participam. Cada dupla está responsável por uma equipe da eSF. De certa forma, a gente já fazia um pouco disso, mas agora ficou mais sistemático com a inclusão dos outros profissionais. Agora todo mundo

conhece o paciente. Então, acho que o que mais mudou foi à organização do trabalho em equipe que facilitou o cuidado e integrou mais”.

Verifica-se que a ampliação do cuidado, ocorreu em função da articulação dos saberes das diferentes categorias profissionais, ou seja, por intermédio da interdisciplinaridade, que favoreceu a construção de um trabalho em equipe integrado e compartilhado. Dito de outra forma, a interdisciplinaridade foi capaz de transcender a pura troca de informações, produzindo mudanças significativas no cotidiano de trabalho destas equipes, apresentando-se de forma alternativa ao cuidado norteado pelo paradigma dominante. Neste sentido, coaduna-se com Madeira (2009, p. 41), ao destacar que o trabalho na perspectiva de interdisciplinaridade está para além de um “simples monólogo dos profissionais ou do diálogo paralelo entre dois dentre deles”. A prática interdisciplinar deve ser considerada como um mecanismo para desenvolver um pensamento que contemple as diversidades do território de trabalho, instaurando, assim, novos caminhos para repensar o cuidado ampliado em saúde.

No que se refere a metodologia usada para a condução das reuniões entre NASF e eSF, os dados demonstram que esta não tem se mostrado resolutive frente às demandas da eSF. Tal realidade ocorre, pois os casos não são discutidos com as eSFs, mas, sim, nos espaços destinados a reunião da equipe NASF. Desta forma, a eSF apresenta os casos a dupla de profissionais do Núcleo que são responsáveis pelo seu acompanhamento. Esses, por sua vez, discutem os casos e elaboram seus respectivos PTS, com os demais profissionais da equipe NASF. Após esta etapa, os PTS são apresentados às eSFs, para posterior execução. Percebe-se que em algumas situações, em função do tempo demandado para a “resolutividade” dos casos com as equipes NASFs, as eSFs acabam realizando o cuidado sem a colaboração do NASF.

“Agora com a proposta do NASF é que eu tenho que sair da reunião da estratégia e discutir de novo esse caso com a equipe NASF, pra repensar de novo esse caso”.

“Eu sou equipe NASF. Aí eu vou à reunião da estratégia, eles me falam os casos, aí eu venho e discuto os casos na equipe NASF, quais os encaminhamentos que a gente vai dar, aí depois eu retorno pra eSF, com o PTS pronto pela equipe NASF, então a equipe NASF é que vai pensar no PTS”.

“(...) acontece a discussão de vários casos na reunião de equipe, nessa reunião com a estratégia, tem que ter os representantes do NASF, esses profissionais vão ouvir essas questões e vão anotar, pra levar pra reunião do NASF, pra gente discutir e dar os encaminhamentos, e depois voltarmos com o caso pra equipe da estratégia. Burocratizou demais. Aí quando chegam as respostas dos profissionais do NASF, as equipes da eSF relatam que já foi feito dessa forma ou a gente pensou da mesma forma”.

Fica claro que a organização adotada para a operacionalização das reuniões entre o NASF e as eSFs, inviabiliza o movimento de coprodução do cuidado entre essas equipes, reforçando os especialismos e a fragmentação existentes no cuidado em saúde, uma vez que, estabelece uma divisão clara entre os profissionais que pensam, no caso as equipes NASFs, e os que executam, representados pelas eSFs. Em outras palavras, este modo de operar não possibilita o trabalho colaborativo e a troca de conhecimento, visto que a construção das propostas terapêuticas para o cuidado em saúde fica somente a cargo dos profissionais do Núcleo. Diante deste cenário, de divisão de tarefas entre as equipes NASF e eSF, Shimizue e Fragelli (2016) ressaltam a importância dos profissionais da AB, terem conhecimento sobre as atribuições do NASF e sua metodologia de trabalho, para não correr o risco de produzir práticas que reforcem a fragmentação do cuidado e a verticalização das relações existentes nos serviços de saúde.

4.3.5 Corresponsabilidade

Esta subcategoria engloba falas que ressaltam a corresponsabilidade do cuidado, como uma prática que está sendo fomentada após a implantação das equipes NASFs. As falas ilustradas a seguir versam que os profissionais do Núcleo estão em processo de construção do trabalho corresponsável, sendo a discussão dos casos, realizadas no coletivo com as eSFs, um instrumento que tem possibilitado a efetivação da corresponsabilidade entre os diferentes membros da equipe. Além disto, fica claro que antes da implantação do NASF, os profissionais estavam vivenciando um momento em que a organização do trabalho favorecia o desenvolvimento de práticas individuais e isoladas em detrimento do trabalho coletivo e com responsabilização mútua.

“A gente tá tentando trabalhar essa corresponsabilização dos casos que nem sempre acontece, mas que com o NASF está acontecendo mais do que acontecia antes, a gente está aprendendo a fazer assim”.

“Os casos são colocados na roda, nas reuniões com as estratégias, aí todos os profissionais se envolvem e a gente vai trabalhando a questão da corresponsabilidade, apreendendo a trabalhar desta forma. Então isso é uma mudança que se produz, as pessoas estão mais envolvidas, aprendendo a trabalhar dessa forma no dia a dia”.

“Agora você discute o caso no coletivo. Então, pra mim, o que tem sido positivo é essa possibilidade de a gente poder trabalhar coletivamente, poder buscar outros atores, de forma que a gente tem alguém para poder contar, trocar e dividir as responsabilidades”.

“A gente ficava muito sozinho, muito só no atendimento, muito no consultório. O NASF mudou isto. Já tive momentos antes, em que eu estava trabalhando mais coletivamente, mas eu estava no momento bem complicado do trabalho, sem ter alguém para dividir as responsabilidades e poder trocar”.

A ideia de corresponsabilidade apresentada nas falas está associada a um maior envolvimento, que produz como resultado o trabalho coletivo e colaborativo, caracterizado pela relação de parceria, de cooperação técnica e de troca de conhecimento entre os diferentes membros da equipe. Tal concepção corrobora com o pensamento de Benevides e Passos (2005) que compreendem a corresponsabilidade como uma prática de sujeitos implicados com os processos de saúde e doença, sendo que estes, quando mobilizados, são capazes de coletivamente transformar realidades.

Desta forma, diante dos resultados e com base nos pensamentos do sociólogo Boaventura de Sousa Santos (2002; 2005), pode-se afirmar que o princípio da corresponsabilidade, fomentado entre os profissionais por meio da implantação do NASF, se apresenta como uma potencialidade emancipatória que comparece do outro lado da fronteira. Como um conceito que possui uma capacidade de estabelecer uma nova relação com os preceitos do paradigma dominante, se mostrando apto a lutar pelo enfraquecimento do saber-poder existente no campo da saúde, a fim de instaurar um trabalho conjunto, colaborativo, com profissionais envolvidos e inclinados para o enfrentamento dos problemas de saúde existentes no território.

Todavia, nota-se por meio dos relatos ilustrados nesta subcategoria, que a corresponsabilidade, e conseqüentemente, o trabalho colaborativo, são habilidades que ainda precisam ser aprendidas pelos profissionais de saúde no cotidiano dos serviços. Neste sentido coaduna-se com Costa (2016) ao ressaltar que os processos formativos em saúde são insuficientes para a construção de uma prática colaborativa. Os profissionais continuam sendo formados separadamente para no futuro trabalharem juntos, incoerência que produz importantes implicações para o alcance do cuidado integral no SUS. Corroborando com esse cenário, o autor destaca ainda a existência da lógica da formação específica, que enaltece o especialismo e exerce importante influência na construção das identidades profissionais; e os

processos de formação conteudista, que dificultam a adoção de estratégias capazes de formar atitudes, habilidades e valores pautados na colaboração e na corresponsabilização do cuidado em saúde.

4.4 AS POTENCIALIDADES E AS DIFICULDADES VIVENCIADAS A PARTIR DE IMPLANTAÇÃO DOS NASF SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS.

Esta categoria teve como objetivo analisar a compreensão dos profissionais de saúde sobre as potencialidades e as dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho, a partir da implantação das equipes NASFs. No que se refere às potencialidades, de acordo com os dados, por meio da composição das equipes NASFs, foi possível implantar espaços para o desenvolvimento do planejamento e avaliação das ações de saúde, com base na demanda do território.

“(...) esse espaço aqui, para a gente sentar, estudar as demandas do território, planejar nossas ações, repensar e reformular nossas práticas antes de ter essas reuniões. A gente tinha um trabalho muito corrido, a gente atendia, fazia visita, apagava incêndio aqui. A gente não tinha tempo para sentar e planejar as ações, era só atender. Então eu acho que a partir do NASF houve um ganho, de conseguir pensar em outras ações”.

O termo “*apagava incêndio*”, utilizado na fala ilustrada acima para classificar o trabalho que os profissionais faziam antes da implantação do NASF, revela que as ações realizadas eram destinadas a suprir somente as demandas de caráter de urgência, sendo esta realidade modificada por meio da criação dos espaços de planejamento, instituída com a fundação do NASF. Em outras palavras, com base nos resultados, pode-se afirmar que a criação desses espaços possibilitou modificações na organização do trabalho de algumas equipes NASFs, por meio da qualificação do trabalho mais coerente com a proposta da AB,

ou seja, com vistas à promoção à saúde e prevenção de agravos, deixando de se caracterizar como um ambulatório.

Dito isto, ressalta-se a importância do planejamento em saúde ser compreendido como uma necessidade cotidiana nos serviços, dada à dinamicidade existente em torno do processo saúde e doença existente no território. Ou seja, um processo permanente que visa garantir diretrizes e o direcionamento das ações desenvolvidas, corrigindo itinerários, enfrentando imprevistos e buscando sempre alcançar os objetivos almejados (Lacerda, Botelho & Colussi, 2012). Especificamente, sobre o planejamento em saúde no contexto da AB, ressalta-se a necessidade deste ser elaborado de forma sistemática e articulada, levando em consideração as singularidades do território e da população que nele habita. Neste processo, também devem ser considerados os aspectos relacionados à estrutura e ao funcionamento do serviço de saúde, aos profissionais e os seus saberes, ao apoio da gestão e à configuração das RAS. Além disto, os espaços de planejamento devem ser regidos pela definição de objetivos comuns, critérios de prioridades, critério de avaliação, resolução de conflitos, dentre outros (Nascimento, 2016).

Outra potencialidade destacada pelos profissionais refere-se aos processos de encaminhamentos. Os relatos demonstram que algumas equipes NASFs conseguiram produzir mudanças na lógica dos encaminhamentos, por meio da instauração das discussões dos casos nas reuniões de equipes com as eSFs. Antes da implantação dos NASFs, o encaminhamento era destinado a um profissional, feito por meio de um papel, que era entregue na recepção da UBS.

“Melhorou a forma de encaminhamento. Agora, a gente traz pra reunião de equipe e fica mais organizado. Antes, ficava na recepção e você não tinha um controle. Agora, existe mais a questão da equipe conhecer os casos. O que deve ser encaminhado para o núcleo, porque antes era uma coisa muito direta, encaminhava pro psicólogo. Agora, passa por todo mundo”.

Hoje, por exemplo, ficou mais fácil a questão do encaminhamento, porque querendo ou não, quando a gente entrega o papel na recepção, parece que fica perdido. Eu achei que ficou mais fácil o encaminhamento, ficou mais compartilhado, mais organizado. Hoje, a gente discute na reunião com as eSFs”.

Conforme já relatado anteriormente, o trabalho do NASF propõe uma responsabilidade compartilhada com as eSFs, modificando, assim, a lógica dos encaminhamentos excessivos e indiscriminados, provocados, em sua maioria, por processos de trabalhos precários, regidos por pouca comunicação (Brasil, 2014; Pagani, Nascimento, Quevedo & Oliveira 2013). Os dados deixam claro que algumas equipes NASFs conseguiram promover uma revisão das práticas de encaminhamentos, historicamente, construídas com base nos processos de referência e contrarreferência. No lugar da transferência de responsabilidade de um profissional para o outro, que ocorria por meio de encaminhamentos escritos e de caráter impessoal, foram criados espaços para o diálogo, de discussão de casos entre as equipes NASFs e eSFs. Com isto, os encaminhamentos deixaram de ser realizados da forma tradicional, conforme posto no paradigma dominante, para serem discutidos de forma compartilhada entre as equipes, configurando-se como uma prática coerente com os preceitos almejados no paradigma emergente da saúde.

No que se refere às dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho, a partir da implantação das equipes NASFs, as falas de alguns participantes demonstram a existência de uma exigência por uma produção numérica de atendimento e uma sobrecarga de trabalho que inviabiliza a organização do trabalho de forma coerente com a proposta do NASF. Especificamente, a respeito da sobrecarga de trabalho, os relatos versam que tal situação é fruto da escassez de recursos humanos.

“Existe uma proposta de ser NASF, mas existe também uma exigência de quantitativo de atendimento. Eu tenho que escutar, mas eu tenho atender vinte pessoas por dia”.

“É uma equipe remanejada sobrecarregada, estrangulada, porque há uma enxugada de recursos humanos na saúde, não se contrata mais ninguém, os contratos acabam, os funcionários não são repostos, então, a equipe fica estrangulada, pressionada, com uma sobrecarga gigante, que tem que dar conta ainda de um NASF. Aí a gestão pressiona aqui, esse núcleo acontecer! Vocês tem que fazer! Aí eu pergunto: fazer como? A gente tem uma demanda muito grande para atender, tem uma agenda para ser cumprida, não temos horário, tem que fazer, tem que fazer, percebe? É isso, como fazer um NASF?”.

“Na farmácia, esse espaço de participação das reuniões das equipes ainda não é totalmente garantido, teoricamente está garantido, mas como a gente tem um problema e com o RH eu só consigo estar nas reuniões quando eu tenho alguém pra ficar na farmácia, não tem como fechar a farmácia pra eu participar de reunião”.

Infere-se que a exigência por uma produtividade quantitativa, ainda seja reflexo da organização de trabalho desses profissionais anterior ao NASF, ou seja, enquanto “equipes ampliadas”, que apesar de atuarem com as eSFs, sua configuração era caracterizada pela lógica ambulatorial. Tal lógica qualifica o trabalho por meio da produtividade e do alcance de metas numéricas, sendo centrada na marcação de consulta ao profissional especialista e no reforço da prática do encaminhamento, ou seja, guiando-se pelo paradigma dominante da saúde (Lima & Dimenstein, 2016). Contudo, sabe-se que o trabalho do NASF busca romper com a lógica ambulatorial, enfatizando a qualidade das ações em detrimento da quantidade. Assim, são elencados alguns indicadores e metas de responsabilidade para os profissionais do NASF, com vistas a promover a qualidade das ações, tais como: instauração de espaços dialogados, capazes de problematizar com as eSFs o seu processo de trabalho; análise dos determinantes sociais do processo saúde-doença existente no território; foco na atenção às eSFs, a partir da incorporação de saberes, provocando, assim, a diminuição de solicitação de consultas desnecessárias aos profissionais do Núcleo; ampliação da capacidade de reconhecer

e de utilizar critérios de risco e de prioridade adequados aos encaminhamentos; fomento da capacidade de compartilhamento do cuidado por parte das eSFs; e ampliação da capacidade resolutiva das eSFs (Brasil, 2014; Souza & Calvo, 2016; Nascimento & Oliveira, 2010). Desta forma, em tese, por meio da efetivação do trabalho do NASF, espera-se que essas equipes se responsabilizem não somente por indicadores numéricos, mas pelo processo do cuidado em saúde dos territórios adstritos, juntamente com as eSFs, visando a qualidade das ações ofertadas e sua resolutividade.

Já em relação à sobrecarga de trabalho, verifica-se que um dos fatores que contribui para essa situação está relacionado à coexistência de duas lógicas de trabalho de perspectivas diferenciadas. Os profissionais ainda desempenham ações de especialistas na AB, enquanto “equipe ampliada”, uma vez que ainda se encontram em processo de mudança na organização do trabalho para a metodologia do NASF. Ou seja, ora o trabalho é regido pela lógica ambulatorial, que exige uma produtividade norteada por práticas do modelo biomédico, ora as ações se configuram dentro da lógica do trabalho compartilhado em equipe, que demanda tempo para os encontros como o outro, bem como, requer a disponibilidade dos profissionais em querer fazê-lo, se apresentando, assim, de forma mais coerente com os princípios almejados no paradigma emergente da saúde.

Neste cenário, regido por duas lógicas de trabalho que coexistem e que entram em competição para reafirmarem os preceitos dos seus paradigmas, fica claro, por meio da indagação “*como fazer um NASF?*”, que a implantação da proposta de trabalho do NASF é atravessada pela “urgência” de cumprir uma agenda norteada pelo modelo biomédico, que não permite contemplar as demandas vinculadas a metodologia do NASF. Todavia, diante do referencial usado neste estudo (Sousa Santos, 1988; 2002; 2005), acredita-se que a indisponibilidade dos profissionais para a priorização do cuidado compartilhado e do desenvolvimento das ações coletivas está relacionada aos efeitos históricos do paradigma

dominante e, conseqüentemente, dos conhecimentos acumulados durante esse período. Ou seja, de modo geral, o profissional de saúde ainda não se sente apto para produzir outras formas de cuidado, que se apresentem como propostas alternativas ao que está posto no modelo biomédico.

Contudo, ressalta-se que a coexistência destas duas lógicas de trabalho, uma coerente com os preceitos do paradigma dominante e a outra com os princípios almejados no paradigma emergente, comparece nos dados apenas como umas das justificativas para a sobrecarga de trabalho. Os dados também apontam para ausência de recursos humanos. Esse cenário impossibilita a participação dos profissionais em determinadas práticas propostas na metodologia do NASF, visto que existe uma demanda para atendimentos individuais, não havendo outros profissionais para dividir e compartilhar essa prática. Além destes fatores, Nascimento e Oliveira (2016) destacam que a sobrecarga de trabalho do NASF, também advém da rotatividade dos profissionais, o que compromete a interação entre as equipes da AB e, conseqüentemente, o trabalho compartilhado; das cargas horárias distintas; do excesso de tarefas burocráticas e administrativas; do baixo comprometimento e corresponsabilização das eSFs com os casos que não precisariam ser encaminhados para outros pontos de atenção da RAS; da impossibilidade de referenciar um caso, seja pela falta de profissional em algum dos serviços ou pela existência de uma grande demanda reprimida; e da falta de retaguarda dos demais componentes da RAS. Os autores relatam que todos estes fatores influenciam negativamente a qualidade de vida profissional dos trabalhadores, e falam em favor da necessidade da criação de espaços institucionais que garantam a atenção e o cuidado à saúde do trabalhador.

A falha na comunicação também aparece nos resultados como um fator que dificulta o trabalho do NASF. De acordo com os resultados, somente os profissionais do Núcleo e o grupo condutor tinham conhecimento da mudança de configuração das “equipes ampliadas”

para equipes NASFs. As falas versam que os demais serviços que compõem as RAS, inclusive as próprias eSFs acompanhadas, não estavam cientes da implantação dos NASFs. Também é possível verificar, por meio dos dados, a compreensão de que caberia a gestão municipal comunicar as eSFs sobre a implantação do NASF, visto que, na concepção dos profissionais participantes da pesquisa, as eSFs acreditam que a proposta do NASF é algo inventado pelos profissionais do Núcleo, não estando relacionada a uma política. Alguns participantes da pesquisa entendem que se essa comunicação fosse feita pela gestão, haveria uma melhor aceitação da proposta do NASF por parte das eSFs. Também é possível perceber a presença de falas que destacam o entendimento de que a falha de comunicação, por parte da gestão, gerou em cada eSF, uma compreensão diferenciada sobre o trabalho do NASF, sendo esta situação também destacada como um outro fator que dificulta o trabalho das equipes NASFs.

“Se as equipes da estratégia não sabem o que é o NASF, nosso serviço fica complicado. Só a gente e o grupo condutor sabem o que é o NASF, o resto da rede não está entendendo nada”.

“Eles ainda não sabem o que é o NASF, a forma de trabalho do NASF, então, está faltando ainda à gestão fazer esse papel de informar a essas equipes. Cada eSF entende o NASF de um jeito, porque eu sei que se a estratégia não tem esse entendimento, fica difícil também a gente executar o nosso trabalho”.

“Quando começou a implantação do NASF o que mais me incomodou, sei lá, é não ter tido uma equipe da Secretaria que primeiro falasse como os profissionais das unidades, além dos profissionais do NASF, que nós agora iríamos mudar nossa forma de trabalho, que nós seríamos NASF, porque eu senti uma resistência de alguns profissionais de algumas equipes, da estratégia, que se talvez estivesse feito uma conversa anterior com eles, sobre essas mudanças, isso não teria acontecido, porque tem equipe que está achando que a gente

tirou isso da nossa cabeça, que a gente tá inventando isso, que a gente não quer mais atender”.

Etimologicamente, a origem da palavra comunicar vem do latim *comunicare*, que significa *por comum*. Ela pressupõe o entendimento das partes interessadas por meio da troca de conhecimento; partilhar experiências e impressões. Assim, o processo de comunicação está intrinsecamente atrelado à construção de uma relação entre os envolvidos, ou seja, seu objetivo é a interação (Silva, 2002). Dito isto, corrobora-se com Peduzzi (2001) ao ressaltar que é por meio da comunicação que acontece a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação técnica entre as diferentes disciplinas. A autora ressalta ainda que a comunicação em saúde se manifesta de três diferentes formas. Uma delas é aquela em que a *comunicação aparece externa ao trabalho*, ou seja, a comunicação não é exercida, ou é exercida apenas como instrumentalização da técnica. Outra forma de comunicação é aquela em que ocorre a *comunicação estritamente de caráter pessoal*. Neste contexto, os profissionais dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade. Conhecer o profissional equivale a conhecer como é realizado o seu trabalho e o saber que o fundamenta. Por fim, a última expressão refere-se a *comunicação concebida na dimensão intrínseca ao trabalho em equipe*. Neste tipo de comunicação, os profissionais apresentam características do trabalho em equipe por meio da elaboração de linguagens e objetivos comuns.

A partir desta conceituação e com base nos dados, acima expostos, pode-se afirmar que existe um padrão restrito de comunicação entre as equipes NASF e eSF, configurando-se como uma comunicação externa ao trabalho. Tal realidade dificulta a interação entre ambas às equipes, tornando-se um entrave para a qualificação do processo de trabalho do NASF. Somado a isto, infere-se que o motivo das equipes NASFs atribuírem à gestão o papel de fazer a comunicação sobre a implantação do NASF para as eSFs está relacionado ao fato de que os profissionais do Núcleo também estão se apropriando do conhecimento sobre o

trabalho do NASF. Ou seja, as equipes NASFs, acompanhadas neste estudo, ainda não se sentem capacitadas para falar com as eSFs sobre a temática do NASF.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos pensamentos do sociólogo Boaventura de Sousa Santos (1988; 2002; 2005), partiu-se da compreensão de que o campo da saúde vivencia na atualidade um momento de transição paradigmática, caracterizado por um descontentamento com os métodos e princípios do paradigma dominante. Nesse período de transição, busca-se a instauração de formas alternativas do cuidado e, conseqüentemente, a emancipação do paradigma emergente, que se apresenta em uma posição epistemológica antagônica ao modelo biomédico. Isto é, seus preceitos são ancorados no conhecimento produzido no campo da saúde coletiva e nos princípios instituídos no SUS (Brasil, 1990; 2006; 2012).

Durante o período de transição, os paradigmas coexistentes entram em competição. Cada um deles busca a consolidação do seu conjunto de pressupostos. Esse cenário proporciona uma mistura de concepções e métodos, que convoca o profissional de saúde a habitar a fronteira, um espaço de contradições, ambigüidades e regido por um hibridismo (Sousa Santos, 2002; 2005). Desta forma, o cuidado em saúde é marcado por uma fluidez, em que ora o profissional norteia suas práticas pelos preceitos do paradigma dominante, ora ele consegue produzir um cuidado sustentado pelos princípios almejados no paradigma emergente. Frente a esse hibridismo existente no período de transição paradigmática, defende-se que o NASF pode ser caracterizado como um dos dispositivos, presentes no SUS, que poderá contribuir para a afirmação do paradigma emergente, já que seus pressupostos vão ao encontro dos ideais almejados para o novo paradigma em saúde.

Os resultados encontrados nesta pesquisa demonstraram que, por vezes, há uma hesitação dos profissionais com a implantação do NASF e, conseqüentemente, com a organização do trabalho coerente com a sua metodologia, fazendo-se imperar as práticas norteadas pelo modelo biomédico. Em outras palavras, o processo de fundação do NASF revelou a dificuldade dos profissionais em produzirem rupturas com os conceitos que

norteiam o paradigma dominante da saúde. Frente a essa realidade, e guiando-se pelos pensamentos de Sousa Santos (2002; 2005), acredita-se que para a efetivação da proposta do NASF, torna-se necessária a criação de novas relações entre as práticas tradicionais do campo da saúde com os princípios e as diretrizes que norteiam o trabalho do Núcleo, a fim de conseguir ressignificar as experiências vivenciadas por seus profissionais, promovendo, assim, tanto o enriquecimento mútuo como o fortalecimento do trabalho do NASF.

No que diz respeito às concepções conferidas pelos profissionais sobre as suas atribuições do trabalho no NASF, observou-se que os resultados giraram em torno de algumas compreensões teóricas já trazidas pelas políticas (Brasil, 2010; 2014) e apresentadas por alguns estudos (Silva et al., 2012; Santana et al., 2015; Patrocínio et al., 2015), tais como: apoiar as eSFs, com vista a aumentar a resolutividade do cuidado na AB; promover a intersetorialidade; fomentar a interdisciplinaridade e fortalecer o trabalho na AB. Diante destes dados, verificou-se que a hesitação dos profissionais para a implantação do NASF não está atrelada a ausência de conhecimento teórico, mas a dificuldade de operacionalizar no cotidiano de trabalho os princípios que norteiam o NASF. Esse cenário revela tanto a existência de um processo de formação inadequado ou insuficiente para o trabalho na AB, quanto reafirma as controvérsias existentes no período de transição paradigmática, apontadas por Sousa Santos (2002). Ou seja, ao mesmo tempo em que os princípios e as diretrizes do NASF se mostram mais consolidados no campo teórico, ainda é preciso que sejam realizados ajustes e negociações na fronteira com os preceitos do paradigma dominante, que muitas vezes podem ser compreendidos como uma “batalha”, que busca promover pouco a pouco, “pedaço a pedaço”, a efetivação na dimensão prática do trabalho do NASF (Sousa Santos, 2002, p.354).

Ainda sobre a compreensão dos profissionais do NASF sobre as atribuições de seu trabalho, verificou-se também, o surgimento de uma concepção que confere aos profissionais,

o papel de especialistas na AB, conforme preconizado no paradigma dominante da saúde. Dessa forma, ressalta-se a importância de tanto as eSFs com o NASF terem clareza sobre a função de especialista, conferida aos profissionais do NASF por meio do apoio matricial, para que essa atribuição não seja confundida como uma atenção secundária realizada na AB, ou como uma prática condizente com os especialismos e a fragmentação dos saberes. Além disso, também foram identificadas como fatores que favorecem o desenvolvimento do cuidado especializado por parte do NASF, a escassez de serviços especializados e de uma RAS articulada.

Outro aspecto que merece ser destacado é o trabalho interdisciplinar, pois, apesar dos participantes da pesquisa compreenderem a importância da troca de conhecimento, novamente comparece a dificuldade em operacionalizar esse tipo de trabalho no cotidiano dos serviços. Diante dessa realidade, acredita-se que o apoio matricial, realizado pelas equipes NASFs, pode ser um recurso utilizado para contribuir com o trabalho interdisciplinar e colaborativo. Aposta-se na sua capacidade de negociar a construção de uma relação interprofissional dialógica e democrática, substituindo, assim, as tradicionais relações burocráticas e hierarquizadas, presentes no paradigma dominante da saúde.

Pondera-se ainda que as dificuldades do trabalho compartilhado entre o NASF e as eSFs também estão relacionadas com as diferenças existentes entre as normativas ministeriais dessas equipes, corroborando com alguns estudos sobre a temática do NASF (Ribeiro et al., 2015; Silva et al., 2012; Lancman et al., 2013). As ações da eSF estão fortemente centradas em metas de produção vinculadas a lógica do paradigma dominante, enquanto as normativas do NASF possibilitam uma maior flexibilidade na composição das ações realizadas. Portanto, partindo do princípio que o trabalho compartilhado requer, principalmente, tempo e a disponibilidade para estar com o outro, trocando informações do seu núcleo de competência, verificou-se a necessidade de serem realizados reajustes na organização do trabalho das eSFs,

a fim de promover uma instabilidade na realidade hegemônica instaurada. Em outras palavras, fomentando uma nova configuração potente com a construção de um trabalho compartilhado e coerente com a instauração dos pressupostos almejados no paradigma emergente da saúde.

Especificamente, sobre a atribuição do NASF frente ao fomento da intersectorialidade, este estudo indica a pertinência da construção de um arcabouço teórico de sustentação do conceito de intersectorialidade, visto que, foi possível identificar diferentes concepções sobre essa prática. Assim, dependendo da concepção a qual se vincula, a intersectorialidade pode se configurar ora como uma estratégia pontual, ora como uma ação multissetorial. Aponta-se também, para a necessidade da criação de mecanismos que potencializem a articulação dos pontos de atenção das RAS, no sentido de favorecer a corresponsabilidade de todos os níveis de atenção pelo cuidado da população, instaurando-se assim, uma nova lógica de organização dos serviços de saúde.

No que se refere às concepções sobre as mudanças ocorridas no trabalho na AB com a implantação dos NASFs, os resultados demonstraram que para alguns profissionais, a fundação do Núcleo se configurou apenas como uma questão de nomenclatura, haja vista que, as denominadas “equipes ampliadas” já desenvolviam as ações coerentes com a proposta dos NASFs. Contudo, verificou-se que tais ações eram fortemente marcadas pelos conceitos do paradigma dominante, exercendo o papel do que Sousa Santos denomina de “Norte”, de “metrópole”, desconsiderando os demais saberes. Em outras palavras, mesmo quando a intenção era promover espaços para discussão de casos ou desenvolver ações coletivas, que *a priori*, deveriam favorecer o trabalho compartilhado e interdisciplinar, de modo geral, tais práticas ainda se mostravam norteadas pelos preceitos do modelo biomédico, tornando praticamente invisíveis os conhecimentos alternativos produzidos no “Sul”, que se mostram menos engessados pelo “poder central” (Sousa Santos, 1995; 2002).

Já em relação às metodologias e ferramentas, que deveriam ser incorporadas para produzir mudanças no cotidiano de trabalho das equipes NASFs, junto as eSFs, os dados revelaram que os profissionais tinham conhecimento de que o apoio matricial se configura como a metodologia de trabalho do NASF. Todavia, verificou-se que não havia uma aposta na resolutividade da metodologia do apoio por parte dos profissionais do Núcleo, sendo que essa realidade se caracterizou como um entrave para a implantação do apoio matricial.

No que diz respeito ao PTS, os resultados são contraditórios e revelaram as incongruências existentes no período de transição paradigmática, apontadas por Sousa Santos (2002). Assim, em determinadas situações foi possível notar o uso do PTS como sinônimo de uma agenda que congrega os atendimentos do usuário, como algo protocolar, mecanicista, negligenciando a singularidade das situações/casos, restringindo-se, assim, a contemplar as práticas coerentes com o paradigma dominante da saúde. Todavia, também foi possível observar, o uso do PTS como uma ferramenta que favoreceu as discussões em roda, a troca de conhecimento e a corresponsabilidade de todos os profissionais envolvidos com o cuidado. Nessa situação, observa-se que o PTS se mostrou como uma ferramenta de trabalho do NASF, condizente com os preceitos do paradigma emergente da saúde, sendo capaz de explorar as potencialidades emancipatórias que existem na transição paradigmática e de tensionar a fronteira, sem perder as referências do paradigma que se anuncia (Sousa Santos, 2002; 2005).

Já em relação ao trabalho com grupos, verificou-se que a implantação do NASF favoreceu a ampliação das modalidades de grupo, sendo criados espaços grupais com enfoque terapêutico, conduzido por meio do trabalho interdisciplinar, priorizando o diálogo e a escuta, ou seja, emitindo sinais de uma aproximação com o paradigma emergente. Dessa forma, para além das práticas grupais vinculadas aos denominados programas especiais do Ministério da Saúde, houve a criação de grupos terapêuticos que buscaram proporcionar formas alternativas

para o enfrentamento dos problemas de saúde que, de modo geral, eram norteados pelo paradigma dominante da saúde.

Outra mudança produzida no trabalho por meio da fundação do NASF, diz respeito ao acesso da população as ações realizadas pelas equipes NASFs e a organização da agenda dos profissionais do Núcleo. Os resultados apontaram que os profissionais tinham ciência que o NASF não deveria se configurar como porta de entrada para o sistema de saúde. Contudo, notou-se a presença de alguns movimentos de resistência ao modelo de acesso proposto pela metodologia do NASF. Além disso, evidenciou-se que, de modo geral, não existia uma clareza sobre como seria o acesso da população as equipes NASFs. Tal realidade favoreceu a criação de diferentes modelos de organização do trabalho para o acesso do usuário as equipes NASFs, sendo a maioria, guiada pelo paradigma dominante, ou seja, centralizado na figura do médico e reforçando a lógica dos encaminhamentos. Todavia, guiando-se pelos pensamentos de Sousa Santos (2002), os resultados também demonstraram os paradoxos e a fluidez da fronteira existente durante os períodos de transição paradigmática, visto que para determinadas equipes acompanhadas neste estudo, o novo modelo de organização da agenda, possibilitou a reversão da lógica ambulatorial, com a inclusão de outros elementos/ações no processo do cuidado em saúde, coerentes com o trabalho do NASF.

Já em relação às mudanças ocorridas nos espaços destinados para as reuniões de equipes, foi possível observar que para alguns participantes da pesquisa, a criação das duplas de profissionais responsáveis pelo acompanhamento das eSFs e a implantação dos espaços de reunião entre os profissionais do Núcleo, não produziram impactos significativos no cotidiano de trabalho. Soma-se a essa realidade, o fato de a metodologia usada para a condução das reuniões entre equipe NASF e eSF, não se mostrou resolutiva frente as demandas apresentadas pelas eSFs. Criou-se uma burocratização nesses espaços, que além de requerer tempo para atender as situações e os casos discutidos, inviabilizou a elaboração conjunta das

estratégias de cuidado entre ambas as equipes. Ao mesmo tempo, identificou-se que para algumas equipes, as mudanças produzidas nos espaços destinados às reuniões, favoreceram a construção do cuidado ampliado, por meio da inclusão das diferentes categorias profissionais nesses espaços, fomentando, assim, a integração e articulação dos saberes, que se configuram como preceitos caros para a instauração do paradigma emergente almejado.

Ainda sobre as mudanças produzidas no trabalho, a corresponsabilidade foi destacada como uma prática fomentada por intermédio da implantação das equipes NASFs. Por meio desse princípio foi possível construir uma nova relação entre os profissionais, estabelecendo um trabalho em equipe, com responsabilização mútua e com sujeitos implicados com o enfrentamento dos problemas de saúde existentes no território. Assim, a corresponsabilidade demonstrou-se como um conceito capaz de ressignificar a organização do trabalho e alterar as experiências, auxiliando, assim, na consolidação da mudança paradigmática que se anuncia.

No que se refere às potencialidades vivenciadas a partir do NASF, os resultados retrataram que a implantação dos espaços de planejamento e avaliação das ações em saúde como uma importante conquista. Antes da fundação do NASF, o trabalho era caracterizado por suprir as demandas de caráter de urgência. A criação dos espaços de planejamento em saúde promoveu uma qualificação do trabalho, tornando-o mais coerente com a proposta da AB. Dessa forma, por meio do NASF, tornou-se possível o planejamento, a execução e a avaliação das ações com foco na promoção à saúde e prevenção de agravos.

A mudança na lógica dos encaminhamentos, também foi destacada como uma das potencialidades do NASF, por meio da reversão do tradicional sistema de referência e contrarreferência, para a instauração da prática de discussão de caso. Ou seja, observou-se que a fluidez da fronteira e o seu hibridismo, anunciados por Sousa Santos (2002) proporcionou o trânsito do profissional entre os seus diferentes lados, ressignificando sua experiência, promovendo, assim, uma mudança na forma de acessar os profissionais. No lugar de transferir

a responsabilidade do cuidado para o outro, efetivou-se o trabalho compartilhado, com decisões conjuntas, conforme preconizado no trabalho do NASF e almejado no novo paradigma.

Em relação às dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho, a partir da implantação das equipes NASFs, verificou-se a existência de uma sobrecarga de trabalho, em função de uma somatória de duas lógicas de trabalho – “equipes ampliadas” e equipes NASFs, uma vez que, os profissionais ainda estão em processo de mudança na organização do trabalho. Além disso, a escassez de recursos humanos e as falhas na comunicação também foram apontadas como entraves para a efetivação do trabalho do NASF. Especificamente, sobre esse último item, foi destacado que tanto as eSFs como os demais pontos de atenção da RAS, não tinham ciência sobre a implantação do NASF. Ficou claro, por meio dos resultados, que os profissionais do Núcleo possuíam um padrão restrito de articulação e interação com as eSFs e com os demais equipamentos da rede.

A análise feita permite afirmar que o NASF se apresentou como um dispositivo capaz de tensionar a fronteira. De “ir para o Sul e voltar para o Norte”, com os conhecimentos adquiridos no Sul, estabelecendo, assim, pouco a pouco, uma nova relação com os conceitos do paradigma dominante da saúde. Ou seja, abrindo pontes de intercomunicação, a fim de lutar pela emancipação do novo paradigma da saúde. Contudo, neste transitar de um lado ao outro, nem sempre as referências e os preceitos trazidos se mostraram coerentes com o que se almeja no paradigma emergente. Isso se deve ao fato de os paradigmas coexistentes competirem entre si, cada um buscando reafirmar seus pressupostos. Nesse contexto de “batalha”, os resultados desse estudo demonstraram que ora as equipes NASFs caminham no sentido de conservar o tradicional, as práticas do modelo biomédico; ora consegue-se negociar a elaboração do cuidado integral, interdisciplinar e corresponsável, ora são estabelecidas convivências conflituosas ou complementares entre os diferentes modos do

cuidar em saúde. Contudo, esse cenário híbrido, marcado por contradições e ambiguidades, é que torna possível a emergência do novo paradigma da saúde. Ou seja, ziguezagueando entre os paradigmas coexistentes, o NASF pode se caracterizar como um dispositivo capaz de fomentar e estabelecer novas relações com os conceitos do paradigma dominante, apresentando a novidade, a inovação, e, conseqüentemente, fortalecendo a dimensão emancipatória do paradigma emergente que se anuncia.

Por fim, acredita-se que esta pesquisa poderá favorecer o fomento das discussões relacionadas aos desafios epistemológicos existentes no período de transição paradigmática no campo da saúde, a fim de deflagrar novas formas de produzir o cuidado, bem como, promover o aperfeiçoamento das políticas públicas e dos processos de cuidados direcionados, principalmente, para a AB.

É importante frisar que uma das limitações deste estudo, deve-se ao fato de pesquisar uma política que ainda está em movimento, em fase de consolidação. Vale destacar que mesmo estando em processo de implantação, o NASF também é afetado pelo atual cenário político, que conforme destacado anteriormente, representa um risco para construção de um SUS democrático e para todos, com vistas ao cuidado integral. Sem mais, o momento exige de todos e todas militância, para que nenhum direito conquistado a duras penas pela sociedade seja perdido. Por nenhum retrocesso na história do SUS!

REFERÊNCIAS

- Akerman, M., Sá, F.R., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D. (2014). Intersetorialidade? Intersetorialidade! *Ciência & Saúde coletiva*, 19(11), 4291-4300. doi: 10.1590/1413-812320141911.10692014.
- Almeida, E.R. (2016). *A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Tese de doutorado*. (Tese de Doutorado). Programa de pós-graduação em saúde coletiva. Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21633/1/Tese%20ERIKA%20ALMEIDA.%202016.pdf>
- Almeida, P.F., Giovanella, L., Mendonça, M.H.M., & Escorel, S. (2010). Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2), 286-298. doi: 10.1590/S0102-311X2010000200008
- Amaral, L.M. (2015). *A intersectorialidade na gestão de políticas sociais: o contexto da produção científica brasileira*. (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em terapia ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6907?show=full>
- Andrade, A.F., Lima, M.M., Monteiro, N.P., & Silva, V.L. (2014). Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife. *Audiol Commun Res.*, 19(1), 52-60. doi: 10.1590/S2317-6431201400010001.
- Andrade, C.F., Amorim, S.C., & Natal, T.B. (2016). Clínica comum com ênfase nos grupos. In: Uchôa-Figueiredo, L.R., Rodrigues, T.F., & Dias, I. M.A.V. (Org.). *Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde* (pp.275-296). Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Andrade, L.M.B., Quandt, F.L., Campos, D.A., Delziovo, C.R., Coelho, E.B.S., & Moretti-Pires, R.O. (2012). Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde & Transformação Social*, 3(1), 18-31. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Anjos, K.F., Meira, S.S., Ferraz, C.E.O., Vilela, A.B.A., Boery, R.N.S.O., & Sena, E. L.S. (2013). Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*, 37(99), 672-680. doi: 10.1590/S0103-11042013000400015
- Arantes, L. J., Shimizu, H.E, & Merchán-Hamann, E. (2016). Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde coletiva*, 21(5), 1499-1510. doi: 10.1590/1413-81232015215.19602015
- Araújo, J.S., & Xavier, M.P. (2014). O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. *Revista Saúde em Foco*, 1(1), 137-149. Recuperado de <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/viewFile/326/382&gwsrd=cr&ei=ycB-WJeGNMebwASnrrrwAg>

- Araújo, M.B.S., & Rocha, P.M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, 12(2), 455-464. doi: 10.1590/S1413-81232007000200022
- Arce, V.A.R., & Teixeira, C.F. (2017). Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). *Saúde Debate*, 41(3), 228-240. doi: 10.1590/0103-11042017S317
- Arouca, A.S.S. (2007). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Unesp/Ed. Fiocruz.
- Aveiro, M. C., Aciole, G. G., Driusso, P., & Oishi, J. (2011). Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Suppl. 1), 1467-1478. doi: 10.1590/S1413-81232011000700082
- Azevedo, N.S., & Kind, L. (2013). Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. *Psicologia: ciência e profissão*, 33(3), 520-535. doi: 10.1590/S1414-98932013000300002.
- Backes, D.S., Colomé, J.S., Erdmann, R.H., & Lunardi, V.L. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*, 35(4), 438-442. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barra, S.A.R. (2013). *Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais.
- Barros, C.M.L., & Farias Júnior, G. (2012). Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 1(1), 140-54. Recuperado de https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/166/pdf_102
- Barros, J.O. (2009). *A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5163/tde-21092010-093913/pt-br.php>
- Barros, J.O., Gonçalves, R.M.A., Kaltner, R.P., & Lancman, S. (2015). Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde coletiva*, 20(9), 2847-2856. doi: 10.1590/1413-81232015209.12232014
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 561-571. doi: 10.1590/S1413-81232005000300014

- Borges, C.D., Costa, M.M, & Faria, J.G. (2015). Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(2), 133-141. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Brasil.(1988) Senado Federal. *Constituição Federal*. Brasília, Senado Federal.
- Brasil. (1990). Congresso Nacional. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). *Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. *A Política Nacional de Educação Permanente em saúde para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010a). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010b). *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil.(2012b) Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 176 p.: il. (Cadernos de atenção básica, nº 34).
- Brasil. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete -do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
- Burd, M., & Baptista, C. (2004). Anamnese da família: genograma e linha do tempo. In: J. Mello, J., & Burd, M. (Orgs.). *Família e doença* (pp. 93-110). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Buss, P.M. (2003). Uma Introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D., & Freitas, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência* (pp.15-38). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Calente, D.S. (2017). A experiência do grupo condutor na implantação do NASF em Vitória – ES. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil. Recuperado de http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/9019/1/tese_11452_DANIELE%20STANGE.pdf
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência &Saúde coletiva*, 5(2), 219-230. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>
- Campos, G.W.S. (2012). Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicologia em Revista*, 18 (1), 148-168. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/3851/4155>.
- Campos, G. W. S., Bedrikow, R., Santos, J.A., Terra, L.S.V., Fernandes, J.A., & Borges, F.T. (2016). Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? *Comunicação Saúde Educação*. 20(56), p.261-266. doi: 10.1590/1807-57622015.0409.
- Campos, G.W.S., Cunha, G.T., & Figueiredo, M.D. (2013). *Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S., & Domitti, A.C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23(2), 399-407. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016.
- Campos, G.W.S., Figueiredo, M.D., Pereira Junior, N., & Castro, C.P. (2014). A aplicação da metodologia paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (botucatu)*. 18(1), 983-995. doi: 10.1590/1807-57622013.0324.
- Carmo, M.E., & Guizardi, F. (2017). Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis: Revista de Saúde coletiva*, 27(4), 1265-1286. doi: 10.1590/s0103-73312017000400021
- Carvalho, L.G.P., Moreira, M.D.S., Rézio, L.A., & Teixeira, N.Z.F. (2012). A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *O Mundo da Saúde*, 36(3), 521-525. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf.
- Castro, A.L.B., & Machado, C.V. (2012). A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*, Rio de Janeiro, 22(2), 477-506. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200005>
- Ceccim, R.B. (2004). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, 9(16), 161-177. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>

- Ceccim RB.(2005). Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cien Saude Colet*, 10(4), 975-986. doi: 10.1590/S1413-81232005000400020.
- Costa, L.S., Alcântara, L.M., Alves, R.S., Lopes, A.M.C., Silva, A. O., & Sá, L.D. (2013). A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. *CoDAS*, 25 (4), 381-387. doi: 10.1590/S2317-17822013000400014.
- Costa, M.V. (2016). A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]*, 20(56), 197-198. doi: 10.1590/1807-57622015.0311.
- Crepaldi, M. A., Moré, C. L. O., & Schultz, N. C. W. (2014). Genograma na pesquisa qualitativa. In: Cerveny, G.M.O. (Org.). *O livro do genograma* (pp. 197-210). São Paulo: Roca.
- Cunha, G.T., & Campos, G.W.S. (2011). Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc*, 20(4), 961-70. doi: 10.1590/S0104-12902011000400013.
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa*. Campinas: Papirus.
- Faria, H.X., & Araujo, M.D. (2010). Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Soc. São Paulo*, 19(2), p.429-439. doi: 10.1590/S0104-12902010000200018
- Fernandes, T.L., Nascimento, C.M. B., & Sousa, F. O. S.(2013). Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. *Rev. CEFAC*, 15 (1), 153-159. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n1/15-11.pdf>
- Feuerwerker, L.C (2010). Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev ABENO*, 3(1), 24-27. Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3225385/mod_resource/content/1/Feuerwerker_LCM_%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20profissionais%20de%20saude_2003.pdf
- Figueiredo, E.N. (2012). *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. UNIFESP. UMA-SUS. Recuperado de http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf
- Figueiredo, M. D., & Onocko-Campos, R. (2008). Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o Apoio Matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate*, 32(80), 143-149. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773014>
- Fragelli, T.B.O., & Shimizu, H.E. (2014). Competências profissionais para o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de APS*, 17(3), 334-344. doi: 10.1590/1981-52712015v40n2e02702014.
- Franco, T.B. (2006). As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro, R. & Matos, R.A. (orgs). *Gestão em Redes* (pp.459-473). Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO.

- Franco, T.B. & Merhy, E.E. (2005). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro, R., & Matos, R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (p.181-93). Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco.
- Freire, P. (2002). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra.
- Gazignato, E.C.S., & Silva, C.R.C. (2014). Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Debate*, 38 (101), 296-304. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0296.pdf>.
- Giovanella, L. (2014). Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Divulgação em Saúde para Debate*, 51, 30-37. doi: 10.1590/1413-81232017224.28632016
- Giovanella L., Mendonça, M.H.M., Almeida, P.F., Escorel, S., Senna, M.C.M., Fausto M.C.R., Delgado, M.M., Andrade, C.L.T, Cunha, M.S., Martins, M.I.C., & Teixeira C.P. (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*, 14(3), 783-794. doi: 10.1590/S1413-81232009000300014
- Girondi, J.B.R., & Hames, M.L.C. (2007). O cuidar institucional da enfermagem na lógica da pós-modernidade. *Acta Paul Enferm*, 20(3), 368-372. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a21v20n3.pdf>.
- Gomes, L. B., & Merhy, E.E. (2011). Compreendendo a educação popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. *Caderno de Saúde Pública*, 27(1), 7-18. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/02.pdf>.
- Gonçalves, R.M.A., Lancman, S., Sznalwar, L.I., Cordone, N.G., & Barros, J.O. (2015). Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, 40(131), 59-74. doi: 10.1590/0303-7657000078013
- Houaiss, A.; Villar, M.S. (2009). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- IBGE. *Estimativa Populacional 2018*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/vitoria/panorama>
- Iervolino, S.A., & Pelicioni, M.C.F. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa. *Rev. Esc. Enf.*, 35(2), 115-21. doi: 10.1590/S0080-62342001000200004.
- Iglesias, A., & Araujo, M.D. (2011). As concepções de promoção da saúde e suas implicações. *Cad. Saúde Colet*. 19 (3), 291-298. Recuperado de http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_291-298.pdf
- Iglesias, A., & Avellar, L.Z. (2014). Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde coletiva*, 19(9), 3791-3798. doi: 10.1590/1413-81232014199.00322013.

- Jacobina, R.R. (2000). O paradigma da epistemologia histórica: a contribuição de Thomas Kuhn. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, 6(3), 609-630. doi: 10.1590/S0104-59702000000400006
- Junges, J. R., Selli, L., Soares, N. A., Fernandes, R.B.P., & Schreck, M. (2009). Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 937-944. doi: 10.1590/S0080-62342009000400028
- Kuhn, TS. (2007). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Lacerda, J.T., Botelho, L. J., & Colussi, C.F. (2012). Especialização Multiprofissional em Saúde. Eixo II: Trabalho na Atenção Básica. Planejamento na Atenção Básica. Universidade Federal da Santa Catarina, UFSC. Recuperado de [file:///C:/Users/Ricardo/Downloads/PDF%20%20Livro%20do%20Curso%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ricardo/Downloads/PDF%20%20Livro%20do%20Curso%20(1).pdf).
- Lancman, S., & Barros, J. O. (2011). Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, v.22, n.3, 263-269. Recuperado de [file:///C:/Users/Ricardo/Downloads/46444-Texto%20do%20artigo-55794-1-10-20121030%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ricardo/Downloads/46444-Texto%20do%20artigo-55794-1-10-20121030%20(1).pdf)
- Lancman, S., Gonçalves, R.M.A., Cordone, N.G., & Barros, J.O. (2013). Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública. São Paulo*, 7(5), 968-75. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004770.
- Lemos, C.L.S. (2016). Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência &Saúde coletiva [online]*, 21(3), 913-921. doi: 10.1590/1413-81232015213.08182015.
- Lima, M., & Dimenstein, M. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(58), 625-635. doi: 10.1590/1807-57622015.0389
- Linassi, J., Strassburger, D., Sartori, M., Zardin, M.V., & Righi, L.B. (2011) Projeto Terapêutico Singular: vivenciando uma experiência de implantação. *Revista Contexto & Saúde*, 10(20), 425-434. doi: 10.21527/2176-7114.2011.20.425-434
- Machado, D.K.S., & Camatta, M.W. (2013). Apoio Matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária á saúde. *Cad. Saúde Colet.*, 21(2), 224-32. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/18.pdf>
- Madeira, K. H. (2009). *Práticas do Trabalho Interdisciplinar na Saúde da Família: Um estudo de caso*. (Dissertação de mestrado). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, Santa Catarina, Brasil. Recuperado de <http://siaibib01.univali.br/pdf/Karin%20Hamerski%20Madeira.pdf>
- Mângia, E.F., Castilho, J.P.L.V., & Duarte, V.R.E.D. (2006). A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois Centros de Atenção Psicossocial. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(2), 87-98. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v17i2p87-98.

- Mângia, E.F., & Lancman, S. (2008). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(2), i-i. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14030/15848>.
- Mattos, R (2009). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R., & Mattos, R. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde* (8ª ed., pp. 43-68). Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco.
- McGoldrick, M., & Gerson, R. (2005). *Genogramas en la evaluación familiar*. 5ª ed. Barcelona: Edisa.
- Mendes, E.V. (1994). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes, E.V.(org.). *Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (pp.19-91). São Paulo: Hucitec.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Mendes, R., & Donato, A.F. (2003). Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. *Sanare: revista de políticas públicas*, 4(1), 39-42. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/114/106>
- Merhy, E.E. (2002). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E., & Onocko, R. (orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público* (2ª ed., pp- 71-112). São Paulo. Hucitec.
- Merhy E.E. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface*, 9(16), 172-174. doi: 10.1590/S1414-32832005000100015
- Miccas, F.L., & Batista, S.H.S.S. (2014). Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública*, 48(1), 170-185. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004498
- Minayo, M.C.S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, 11ª ed. – São Paulo: Hucitec.
- Moraes, C. M., & La Torre, S. (2006). Pesquisando a partir do pensamento complexo - elementos para uma metodologia de desenvolvimento eco-sistêmico. *Revista eletrônica PUCRS- Educação*, 1(58), 145-172. Recuperado de http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/440/336&sa=U&ei=nddPT_rCFKa50AHlrrnLDQ&ved=0CBoQFjADOKAB&usg=AFQjCNHhKXVQOIZTXQd5Lo8oQOLz-IVyJA.
- Morin, E. (1998). *Sociologia: A sociologia do microssocial ao macroplanetário*. Sintra, Portugal: Europa América.
- Morin, E. (2000). *Complexidade e Transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental*. Trad. Edgard de Assis Carvalho. Natal: EDUFRN.
- Morin, E. (2007). *Introdução ao pensamento complexo*. 3. ed. Porto Alegre: Sulina.

- Morosini, M.V.G.C., Fonseca, A.F., & Lima, L.D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, 42(116), 11-24. doi: 10.1590/0103-1104201811601
- Moura, H.R., & Luzio, C. (2014). O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18 (1), 957-970. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180135772013>
- Musquim, C.A., Araújo, L.F.S., Bellato, R., & Dolina, V.J. (2013). Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, 15(3), 656-66. doi:10.5216/ree.v15i3.17730.
- Nascimento, D.D.G. (2016). Planejamento e avaliação das ações de saúde. In: Santos, M. L.M., Kodjaoglanian, V.L., & Ferrari, F.P. (org.) *O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes* (pp. 145-174). Porto Alegre: Rede Unida.
- Nascimento, D.D.G., & Oliveira, M. A. C. (2010). Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da saúde*, São Paulo, 34(1), 92-96. Recuperado de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf
- Nascimento, L.C., Rocha, S.M.M., & Hayes, V.E. (2005). Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Rev. Texto Contexto Enferm*, 14(2), 280-6. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a17v14n2.pdf>.
- Nogueira, R.P. (2007) Da medicina preventiva à medicina promotora. In: Arouca, S. *O dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva* (2ªed., pp.175-182), São Paulo: Editora UNESP.
- Nunes, E.D. (1994). Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 5-21. doi: 10.1590/S0104-12901994000200002.
- Nunes, E.D. (1996). Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. *Ciência &Saúde coletiva*, 1(1), p.55-69. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v1n1/1413-8123-csc-01-01-0055.pdf>
- Ohara, E.C.C., & Saito, R.X.S. (2014). *Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade*. 3 ed. Editora Martinari: São Paulo.
- Oliveira, E., Lopes, L.J., Gomes, M.J., Coelho, S.O., Fiorin, B.H., & Morra, J.S. (2011). Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: Concepções dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 13(4), 28-34. doi: 10.21722/rbps.v0i0.2996.
- Oliveira, F.R., & Quevedo, M.P. (2016). Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e a construção das Redes de Atenção à Saúde. In: Santos, M. L.M., & Kodjaoglanian, V.L.; Ferrari, F.P. (org.) *O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes* (pp.113-144). Porto Alegre: Rede Unida.

- Oliveira, G.N. (2007). *O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde* (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Campinas, Brasil.
- Oliveira, I.C., Rocha, R.M., & Cutolo, L.R.A. (2012). Algumas Palavras sobre o NASF: Relatando uma Experiência Acadêmica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(4), 574-580. doi: 10.1590/S0100-55022012000600019.
- Oliveira, M.M. (2007). *Como fazer pesquisas qualitativas*. Petrópolis: Vozes.
- Oliveira, M.M., & Campos, W.G.S. (2015). Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde coletiva*. 20(1), 229-238. doi: 10.1590/1413-81232014201.21152013.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata: primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Genebra.
- Ornelas, A.L., & Teixeira, M.G. (2015). Intersetorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* [online], 39(106), 659-670. doi: 10.1590/0103-110420151060003008.
- Pagani, R., Nascimento, D.D.G., Quevedo, M.P., & Oliveira, F.R. (2013). As possibilidades e o fazer da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. In: *Capacitação de profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul*. Mato Grosso do Sul: Fiocruz/UFMS. Recuperado de file:///C:/Users/Ricardo/Downloads/livro_NASF-Mod3_FINAL.pdf
- Pagani, R., & Nascimento, D.D.G. (2016). Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: criar e recriar as possibilidades do seu fazer no cotidiano da saúde. In: Santos, M. L.M., Kodjaoglanian, V.L., & Ferrari, F.P. (orgs.) *O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes* (pp.51-84). Porto Alegre: Rede Unida.
- Pagliosa, F.L., & Da Ros, M.A. (2008). O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Rev Bras de Educ Méd*, 32(4), p.492-499. doi: 10.1590/S0100-55022008000400012.
- Paim, J.S. (1997). Bases conceituais da Reforma Sanitária. Em: Fleury, S. (org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (pp.11-24). São Paulo: Lemos Editorial.
- Paim, J.S. (2002). A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayol, M.Z. (org). *Epidemiologia & Saúde* (pp.245-257). Rio de Janeiro: MEDSI, p.245-257.
- Paim, J.S. (2003). Vigilância da Saúde: tendência de reorientação dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D., & Freitas, C.M. (orgs.) *Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências*(pp.161-174). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paim, J.S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paim, J.S. (2017). Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L. (org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (3º ed., pp. 547-573). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 299-316. doi: 10.1590/S0034-89101998000400001.
- Pasquim, A. M.; Arruda, M. S. B (2013). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. *Corpus et Scientia*, 9(2), 34-44. Recuperado de <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/289/251>
- Patrocínio, S.S.S.M., Machado, C.V., & Fausto, M.C.R. (2015). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde Debate*, 39(N. Especial), 105-119. doi: 10.5935/0103-1104.2015S005373
- Paula, K.A., Palha, P. F., & Protti, S. T. (2004). Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos Núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 8(15), 331-48. doi: 10.1590/S1414-32832004000200011.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-9. doi: 10.1590/S0034-89102001000100016.
- Peduzzi, M., Oliveira, M.A.C., Silva, J.A.M.M.S, Agreli, H.L.F, & Neto, M.V.M. (2016). Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional. In: Martins, M.A., Carrilho, F.J., Alves, V.A.F., Castilho, E.A., & Cerri, G.G (orgs.). *Clínica médica* (2ª ed., pp. 171-179). Barueri: Manole.
- Pinto, D.M., Jorge, M.S.B., Pinto, A.G.A., Vasconcelos, M.G.F., Cavalcante, C.M., & Flores A.Z.T. (2011). Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 20(3), 493-302. doi: 10.1590/S0104-07072011000300010.
- Quevedo, M.P, & Oliveira, F.R. (2016). O cuidado como uma prática reflexiva. In: Santos, M. L.M., & Kodjaoglanian, V.L.; Ferrari, F.P. (orgs.) *O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes* (pp. 13-50). Porto Alegre: Rede Unida.
- Reis, M.L., Medeiros, M., Pacheco, L.R., & Caixeta, C.C. (2016). Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), e2810014. doi: 10.1590/0104-070720160002810014
- Ribeiro, H.M.C.B., Lamy, Z.C., Coimbra, L.C., Rocha, L.J.L.F., Aquino, D.M.C.C, Nair P. S., & Costa, L.F.A. (2015). Representações sociais de profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família sobre interdisciplinaridade. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(Suppl. 2), 97-115. doi: 10.1590/1981-7746-sip00082
- Ribeiro, M.D.A., Bezerra, E.M.A., Costa, M.S., Branco, C.E.C., Neto, J.D.A., Moreira, A.K.F., & Filgueiras, M.C. (2014). Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Bras Promoç Saúde*. 27(2), 224-231. doi: 10.5020/18061230.2014.
- Roquete, F.F., Amorim, M.M.A., Barbosa, S.P., Souza, D.C.M., & Carvalho, D.V. (2012). Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2(2), 463-474. doi: 10.19175/recom.v0i0.245.

- Salete, B.J.M., Melo, D.A., Lira L.L., & Corrêa, P.J. (2015). Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24 (1), 112-120. doi: 10.1590/0104-07072015002430013.
- Sampaio, J., Sousa, C.S.M., Marcolino, E.C., Magalhães, F.C., Souza, F.F., Rocha, A.M.O., Neto, A.A.S., & Sobrinho, G.D.O. (2012). O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *R brasci Saúde*, 16(3), 317-324. doi:10.4034/RBCS.2012.16.03.06
- Santana, J.S., Azevedo, T.L., Reichert, A.P.S., Medeiros, A.L., & Soares, M.J.G.O. (2015). Núcleo de apoio à saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. *Rev. fundam. Care*, 7(2), 2362-2371. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2362-2371
- Santos Filho, S.B., Barros, M.E.B., & Gomes, R.S. (2009). A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*, 13 (Supl.1), 603-13. doi: 10.1590/S1414-32832009000500012.
- Savassi, L.C.M. (2012). Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 7(23): 69-74. doi: 10.5712/rbmfc7(23)392
- Scherer, M.D.A., Marino, S.R.A., & Ramos, F.R.S. (2005). Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 9(16), p.53-66. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>.
- Scherer, M.D.A., Pires, D.E.P., & Rémy, J. (2013). A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde coletiva*, 18(11), 3203-3212. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>.
- Shimizu, H.E., & Fragelli, T.B.O. (2016). Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica (Online)*, 40(2), 216-225. doi: 10.1590/1981-52712015v40n2e02702014
- Silva, A.H., & Fossá, M.I.T. (2015). Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica*, 17(1), 1-14. Recuperado de [file:///C:/Users/Ricardo/Downloads/document%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ricardo/Downloads/document%20(1).pdf).
- Silva, A.T.C., Aguiar, M.E.A., Winck, K., Rodrigues, K.G.W., Sato, M.E., Grisi, S.J.F.E., Brentani, A., & Rios, I.C. (2012). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28(11), 2076-2084. doi: 10.1590/S0102-311X2012001100007
- Silva, K. L., & Rodrigues, A. T. (2010). Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 63(5), 762-769. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100007.
- Silva, M.J.P. (2002). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Edições Loyola.
- Silveira, D.T., & Córdova, F.P. (2009). A pesquisa científica. In: Gerhardt, E.T., & Silveira, D.T. (org). *Métodos de pesquisa* (pp. 31-42). Porto Alegre: Editora da UFRGS.

- Sisson, M.C., Andrade, S.R., Giovanella, L., Almeida, P.F., Fausto, M.C.R., & Souza, C.R.P. (2011). Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 991-1004. doi: 10.1590/S0104-12902011000400016
- Sousa, F.O.F., Albuquerque, P.C., Nascimento, C.M.B., Albuquerque, L.C., & Lira, A.C. (2017). O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. *Saúde Debate*, 41(115), 1075-1089. doi:10.1590/0103-11042017111507
- Sousa Santos, B. (1995). *Toward a New Common Sense: Law, Science and Politics in the Paradigmatic Transition*. New York: Routledge.
- Sousa Santos, B. (1988). Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos avançados*, 2(2), 46-71. doi: 10.1590/S0103-40141988000200007
- Sousa Santos, B. (2002). *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez.
- Sousa Santos, B. (2005). *Um discurso sobre as ciências*. 3ª edição. São Paulo: Cortez.
- Souza, I.P., Bellato, R., Araújo, L.F.S., & Almeida, K.B.B. (2016). Genograma e ecomapa como ferramentas para compreensão do cuidado familiar no adoecimento crônico de jovem. *Texto Contexto Enferm*, 25(4), 1-10. doi: 10.1590/0104-07072016001530015
- Souza, L.E.P.F. (2014). Saúde Pública ou Saúde coletiva? *Revista espaço para a saúde*, 15(4), 01-21. Recuperado de http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf.
- Souza, T.T., & Calvo, M.C.M. (2016). Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. *Saúde Soc. São Paulo*, 25(4), 976-987. doi: 10.1590/S0104-12902016163089.
- Trad, L.B. (2009). Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis*. 19(3), 777-96. doi: 10.1590/S0103-73312009000300013.
- Turato, E.R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. doi: 10.1590/S0034-89102005000300025.
- Turato, E.R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Vasconcelos, E.M. (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. São Paulo: Vozes.
- Verdi, M.I.M., Freitas, T.G., & Souza, T.T. (2012). *Projeto de saúde no território* [Recurso eletrônico]. 1. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de [file:///C:/Users/Ricardo/Downloads/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Ricardo/Downloads/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso%20(2).pdf)

- Vieira da Silva, L.M., Paim, J.S., & Schraiber, L.B. (2014). O que é saúde coletiva? In: Paim, J. S., & Almeida-Filho, N. (Orgs.). *Saúde coletiva: teoria e prática* (pp.3-12). Rio de Janeiro: MedBook.
- Vitória. (2010). *Relatório de Gestão 2009*. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde: Vitória-ES. Recuperado de http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100826_saude_2009_relatorio_gest.pdf.
- Vitória. (2016). *Diretrizes para organização e funcionamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF em Vitória*. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde: Vitória-ES.
- Vitória. (2017). *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde: Vitória. Recuperado de http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20171229_plan_mun_saude_2018-2021.pdf
- Westphal, M.F. (2006). Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos, G.W.S., Minayo, M.C.S., Akerman, M., Drumond Jr., M., & Carvalho, Y.M. *Tratado de Saúde coletiva* (pp.635-667). Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz.
- Zimmerman, D. (2007). A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. *Vínculo*, 4(4), 1-16. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&tlng=pt

Apêndice A – Roteiro Grupo Focal

Disparadores:

1. Concepções sobre a proposta do NASF e suas atribuições de trabalho;
2. O processo de implantação e interação dos profissionais do Núcleo com as equipes da ESF;
3. Mudanças produzidas no processo de trabalho diante da implantação dos NASFs;
4. Avanços e dificuldades vivenciados a partir de fundação dos NASF.

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Município de Vitória-ES”, sob a responsabilidade de Luziane Zacché Avellar.

JUSTIFICATIVA

O NASF pode ser considerado uma proposta recente de busca pela integralidade do cuidado em saúde, o que significa dizer da necessidade de maior aprofundamento da temática para a garantia da efetivação de toda a potencialidade que traz para a consolidação de um sistema público de qualidade, interesse de todo o país pela saúde pública. Neste sentido acredita-se que as estratégias de cuidado desenvolvidas pelos NASFs devam ser difundidas a todos os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde para o aprimoramento contínuo deste trabalho da atenção básica em todas as suas possibilidades de potencialização do processo de construção de um sistema de saúde de qualidade.

OBJETIVO

Analisar o processo de implantação do NASF no município de Vitória-ES, bem como identificar como estão sendo construídas as estratégias de cuidado a partir da criação desses serviços.

METODOLOGIA

Será realizada uma pesquisa de natureza qualitativa. Para consecução dos objetivos propostos será realizado um levantamento dos documentos relacionados à implantação e funcionamento dos NASFs no município. Além da utilização da técnica de grupo focal. Para a análise dos dados, será utilizado o método de Análise de Conteúdo. Serão convidados a participar da pesquisa todos os profissionais de saúde, do município de Vitória-ES, que compõem as equipes dos NASFs.

DURAÇÃO E LOCAL

As entrevistas serão realizadas entre o período de 01/09/2015 a 01/09/2016. Cada entrevista terá a duração de aproximadamente uma hora e meia. As entrevistas serão realizadas nas dependências das Unidades de Saúde que possuem equipes NASFs.

RISCOS E DESCONFORTOS

Corre-se o risco de provocar constrangimento entre os participantes. Para evitar a ocorrência desses danos, o pesquisador irá assumir o papel de buscar amenizá-los, assumindo uma postura ética de não potencializar a ocorrência dos riscos.

BENEFÍCIOS

O estudo irá contribuir para o aperfeiçoamento técnico-político dos NASFs no país, bem como para as discussões no campo da produção científica, como o fornecimento de reflexões acerca do processo de implantação dos NASFs.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA RUBRICAS

Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da sua recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

A identidade do participante será resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, eu devo contatar a pesquisadora Luziane Zacché Avellar, no telefone (27) 4009-2501 ou no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia, Prédio Professor Lídio de Souza, Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), ao lado do Cemuni VI. Você também pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do telefone (27) 4009-7840 ou correio: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Fernando Ferrari, s/n, Vitória - ES, CEP 29060-970, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Campus Universitário de Goiabeiras. Você declara que foi verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo.

Você declara ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pela pesquisadora. Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Município de Vitória-ES”, eu, Luziane Zacché Avellar, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória-ES, _____ de _____ de 2016.

Participante da pesquisa

Meyrielle Belotti

Bruna Ceruti Quintanilha

Anexo A- Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise de Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família
Pesquisador: Luziane Zaccê Avelar
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 478812157.0000.5542
Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito
Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESPÍRITO SANTO - FAPES
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.204.372

Apresentação do Projeto:

A pesquisa visa analisar o processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como identificar como estão sendo construídas as estratégias de cuidado a partir da criação das equipes. Para tanto, será realizado um levantamento dos documentos relacionados à implantação e funcionamento dos NASF em um município da região sudeste do Brasil. Além da utilização de **caso de observação**, e de **entrevista semiestruturada**.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de implantação dos NASF no município de Vitória-ES, bem como identificar como estão sendo construídas as estratégias de cuidado a partir da criação desses serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador afirma que se corre o risco de provocar constrangimento entre os participantes. Para evitar a ocorrência desses danos, o pesquisador irá assumir o papel de buscar amenizá-los, assumindo uma postura ética de não potencializar a ocorrência dos riscos. Além disso, será acordado com os participantes da pesquisa que as questões abordadas durante a entrevista terão o caráter sigiloso. O estudo irá contribuir para o aperfeiçoamento técnico-político dos NASF no país, bem como para as discussões no campo da produção científica, como o fornecimento de reflexões acerca do processo de implantação dos NASF.



Contratado Ramon 1.20125

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido são apresentados e encontram-se de acordo com a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - NASF (1).docx	14/07/2015 14:06:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura / Investigador	Projeto -NASF -CEP E RIV.doc	14/07/2015 14:19:22		Aceito
Folha de Rosto	CEP 001.jpg	14/07/2015 14:46:15		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_554463.pdf	14/07/2015 14:48:46		Aceito
Outros	Declaração.ETSUS.pdf	04/08/2015 20:59:42		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_554463.pdf	04/08/2015 21:00:49		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:


Não.

VITÓRIA, 28 de Agosto de 2015

Assinado por:
KALLINE PEREIRA AROBERTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari/644-Campus Uckerwaldia, Sede Administrativa do CCHN
Bairro: Goiabeiras, CEP: 59.060-075
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (51)4009-7640 E-mail: anelirika@hotmail.com

Anexo B – Declaração de autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES

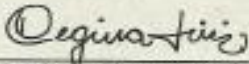


PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA" de autoria de ALEXANDRA IGLESIAS, MEIRIELLE BELOTTI, BRUNA CERUTI QUINTANILHA, KELLY GUIMARÃES TRISTÃO . O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 4 agosto de 2015.



Regina Célia Diniz Werner
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

Av. Maria de Lourdes Garcia, 474, Ilha de Santa Maria, CEP 29051-250
 E-mail: <escolasaude@correio1.vitoria.es.gov.br> Tel/Fax.: 3132-5194 ou 3132-5074