



Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul



Campo Grande - MS
2013



**Capacitação de Profissionais
dos Núcleos de Apoio à Saúde da
Família (NASF) do Mato Grosso do Sul**

Campo Grande - MS
2013

SUMÁRIO



Módulo 2: O Cuidado como Prática Reflexiva

AUTORES:

Michele Peixoto Quevedo
Fernanda Rocco Oliveira
Débora Dupas G. do Nascimento
Rosani Pagani

APRESENTAÇÃO

Este texto traz como foco as discussões e reflexões a respeito do cuidado em saúde. Vamos refletir o cuidado a partir de cenas fictícias do cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde. Quatro eixos reflexivos foram eleitos como disparadores do presente módulo: INTEGRALIDADE DO CUIDADO; TRABALHO EM EQUIPE; TECNOLOGIAS DO CUIDADO EM SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH). Iniciamos sempre cada um desses eixos reflexivos com um recorte teórico entremeado por fragmentos das cenas já explicitadas, envolvendo personagens e situações que permeiam o imaginário/cotidiano das relações nos serviços da Atenção Primária à Saúde, das Equipes de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Cabe ressaltar que tanto os aspectos teóricos como os olhares a respeito das cenas são apenas recortes. Além disso, entendemos que existe uma pluralidade de possibilidades de compreensão e atuação em cada um dos temas aqui apresentados. Não desejamos esgotar a discussão/reflexão. Aliás, nem conseguiríamos!

Nossa maior expectativa é provocar inquietações, no intuito de transformar olhares e posturas no trabalho das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Olhares que podem se tornar mais críticos, mais reflexivos, mais apaixonados, mais técnicos, mais humanizados, mais politizados, mais voltados para o trabalho em equipe e mais integrais a tecnologias leves e a posturas e atitudes que permitam indivíduos, famílias e comunidades viverem a vida de forma mais plena.

1. Cenas do cotidiano das Equipes NASF : A vida como ela é ou como deveria ser?

CENA 1- Apresentação de caso na reunião de equipe da UBS Santa Filomena

Manhã de segunda-feira. Iniciava-se mais uma reunião de equipe na UBS Santa Filomena. Participavam da reunião os integrantes da equipe 2: Dr. Maurício- médico de família, recém contratado pela unidade; Fabíola- enfermeira com oito anos de experiência na ESF; as agentes comunitárias: Maria Gersilane; Maria Aparecida; Rosalvina; Clara; Irismar e a mais antiga das agentes do posto- Lucineide. Há três anos, a unidade recebeu uma equipe NASF e, naquela segunda-feira, também participavam da reunião três dos cinco profissionais que compunham a equipe: a psicóloga Madeleine; a fisioterapeuta da manhã, Clarice e a assistente social Maria Lúcia. Na sala pequena, todos se acomodavam da melhor forma possível. A agente comunitária, Maria Aparecida, mostrava-se agitada naquela manhã, pedindo para falar de um caso novo: tratava-se de uma família que mudou há pouco mais de dois meses para a micro-área de sua responsabilidade. Ela então inicia o relato:

“- Pessoal, ontem de manhã fui visitar a família 02/97. É a família que se mudou para aquela casinha que moraram o Sr. Raimundo e a esposa. Vocês lembram? Pertinho da pracinha da escola. É daquelas viu?”

A assistente social pergunta:

“-Daquelas como, Maria?” - E ela responde:

“-Daquelas famílias que vocês dizem que é de complexidade. Deixa-me falar que vocês vão entender. Fiquei com dó! Ainda bem que tem gente do NASF por aqui, aí eu aproveito e compartilho o caso para ver o que a gente pode fazer, porque é muita coisa junta e coisa pesada! Tristeza, meu Pai do céu!”

Os profissionais do NASF se olhavam naquele momento. Depois de três anos trabalhando junto às equipes da ESF, era muito bom escutar: “compartilhar” ao invés de “passar” o caso. Após muitas lutas, o NASF estava conseguindo mudar a ótica da produção do cuidado em algumas unidades que apoiava. E a UBS Santa Filomena era uma delas.

Maria Aparecida apresentava o caso: tratava-se de uma família constituída por D. Augusta, 55 anos, alcoolista, tem diagnóstico de *Diabetes Mellitus* tipo II, tentou o suicídio há dois dias, em decorrência da perda do filho caçula de 19 anos (a quem ela tinha clara predileção) – assassinado por traficantes, a quem devia dinheiro. Antônio, esposo de D. Augusta, tem 58 anos, também é alcoolista, tabagista, está hipertenso (não apresenta adesão ao tratamento) e encontra-se desempregado há 2 anos. A filha mais velha, Liane de 33 anos, voltou a morar na casa dos pais, desde a morte do marido (em consequência do uso de crack). Esta filha, juntamente com os dois filhos, de cinco e oito anos, descobriu-se portadora do vírus HIV e mostra-se extremamente revoltada com a descoberta. Teme que descubram em seu emprego que ela é portadora e, que em razão disso, possa perder o emprego, uma vez que é a única que trabalha na casa. O filho do meio de D. Augusta de 27 anos, chamado Francisco, é portador de paralisia cerebral com grande espasticidade, encontrando-se desnutrido e com forte resfriado. Desde a tentativa de suicídio da mãe, encontra-se sem cuidados adequados.

CENA 2- Discussão do caso da Família Ferreira durante reunião de equipe

Após a exposição do caso, silêncio total no local de reunião. Maria Aparecida inicia falando:

“- Não falei que era de complexidade, que nem vocês dizem? Esse a gente vai fazer PTS?”

Madeleine, a psicóloga da equipe NASF, pede a palavra e pergunta:

“-E então, pessoal? O que podemos fazer para ajudar essa família?”

Dr. Maurício toma a palavra e diz:

“- Acho que o melhor é a psicóloga marcar horário de terapia para a mãe. Depois disso, a Clarice faz visita domiciliar para atender o rapaz com paralisia cerebral. Aliás, eu acho que é melhor eu ir antes para ver esse resfriado dele, porque esse é meu papel, né?”

Após a proposta do Dr. Maurício, a assistente social retoma a discussão e diz:

“- Creio que seja interessante, posto que o Dr. Maurício está há pouco tempo conosco, que possamos discutir novamente o processo de trabalho do NASF junto às equipes da ESF. Não somos um grupo de especialistas que atende de forma individualizada. Trabalhamos utilizando tecnologias e ferramentas como a Clínica Ampliada, o PTS, o Apoio Matricial e sempre compartilhando os casos com todos os profissionais de saúde, utilizando a lógica da corresponsabilização. A proposta do NASF é evitar a fragmentação do cuidado, ou seja, não dividir pessoa em pedaços, por conta dos problemas apresentados, e entregar cada problema a um determinado profissional. Nossa proposta é trabalhar conjuntamente com vocês.”

Nesse momento, Lucineide, a agente mais antiga do posto, cochicha com a colega do lado:

“- Eu acho que esse pessoal enrola. Tanta coisa para fazer, pessoas para atender e eles ficam aqui só conversando. Tem é que atender! Se não é para atender, não sei o que eles tão fazendo aqui.”

Fabíola, a enfermeira da equipe e grande apoiadora da equipe NASF, fala:

“- Bem, vamos ver se eu estou boa de discussão de caso. Eu creio que temos que investigar onde a filha fez o exame para detectar a soropositividade e também é importante saber das crianças, né?”

Maria Aparecida relata que a mãe se queixou da “bebedeira” (sic) do marido. A psicóloga Madeleine, por sua vez, lembra à equipe sobre a reunião da Rede de Saúde Mental, que será realizada em quatro dias, quando o caso do Sr. Antônio será discutido. A assistente social, Maria Lúcia, trouxe a possibilidade de convidar o Sr. Antonio para participar do grupo de homens, grupo considerado de promoção à saúde masculina. Madeleine também ressalta a importância do cuidado à família como um todo e não apenas o cuidado aos componentes da família de forma individualizada.

Nesse sentido, a enfermeira Fabíola propõe uma visita domiciliar a fim de se aproximar do contexto singular do qual a família faz parte, estabelecer um vínculo de confiança e principalmente escutá-la em suas necessidades.

Lucineide se manifesta e diz:

“- Esse povo todo precisa de remédio e agora eu quero ver como vocês do NASF vão fazer, porque me disseram que essa D. Augusta não acredita em remédios. Ela é filha de índios e acredita que as “garrafadas” é que curam as pessoas.”

Nesse momento a fisioterapeuta Clarice, responde:

“- Lu, nós fazemos parte da equipe e não é só o que o NASF vai fazer, mas o que todos nós, que nos dispusemos a cuidar dessa família, vamos poder fazer. Nós não temos respostas prontas. Mas vamos utilizar a conversa e a escuta para compreender o que se passa com essa família e então poderemos avaliar conjuntamente o que vamos fazer. Mas respeitar a cultura das pessoas e suas formas de cuidado é um bom começo.”

A assistente social, Maria Lúcia, se dirige à agente comunitária, Maria Aparecida, e pergunta:

“- Cida, você sabe informar se os netos da Augusta estão na escola? Pensar em saúde é algo que vai além do corpo, né?”

Maria Aparecida diz que sim, mas afirmou que Liane, a mãe dos garotos, tem receio que a escola descubra que ela é soropositiva.

Maria Lúcia e Madeleine discutem no grupo a necessidade de um acolhimento para Liane, a fim

de compreender melhor esses medos e angústias. Nesse momento, a enfermeira Fabíola solicita que a agente comunitária leve à Liane o agendamento de uma consulta, uma vez que Maria Aparecida trouxe a informação que Liane não gosta de médicos, além da crença da mãe em ervas e benzeduras para cuidar da saúde.

Ao final da reunião, as seguintes pactuações para o caso foram realizadas: organização de visita domiciliar com a presença do médico, da enfermeira e da psicóloga Madeleine; discussão do caso de Antonio com o CAPS Ad em reunião de Rede de Saúde Mental; agendamento de consulta de enfermagem para Liane e rediscussão do caso em quinze dias para elaboração de projetos terapêuticos singulares para a família.

CENA 3- A equipe NASF e o projeto de intervenção às usuárias poliqueixosas

É final de tarde. Dr. Érico entra na sala da gerente da UBS Raio de Sol para conversar a respeito das demandas que está atendendo nos últimos meses. Ele está percebendo que tem chegado à unidade uma quantidade muito grande de mulheres denominadas na clínica médica de poliqueixosas e na gíria popular como “piripaquentas”. Dr. Érico vem percebendo os resultados terapêuticos precários em relação ao tratamento que vem dispensando a essas mulheres e não sabe o que fazer. Apesar da presença da equipe NASF na UBS, Dr. Érico, assim como os demais médicos da UBS, apresentam muita resistência em aceitar o processo e o trabalho do NASF.

Nessa UBS, a equipe NASF é formada por: Madeleine (psicóloga); Maria Lúcia (assistente social); Paloma (nutricionista); Ludmila (fonoaudióloga); Clarice (fisioterapeuta manhã) e Rogério (fisioterapeuta tarde). Ao contrário da UBS Santa Filomena, nesta realidade a equipe tem bastante dificuldade em desenvolver seu trabalho.

A gerente Maria Cecília acredita e investe nas potencialidades do trabalho realizado pelo NASF e percebe, nessa demanda, uma oportunidade de realizar um trabalho conjunto envolvendo ESF e NASF, por isso propõe uma reunião com a equipe NASF e os médicos do serviço. O objetivo é mapear em outras equipes o andamento do panorama de atendimentos às poliqueixosas.

Na data proposta, a reunião acontece. Os profissionais começam a falar e em pouco tempo de reunião, percebe-se que o número de usuárias poliqueixosas é bastante significativo nesse território. Inicia-se, então, uma discussão de como fazer para atender esse grande número de usuários. Maria Cecília pede a palavra e fala de uma experiência vivenciada por ela na época em que foi enfermeira de uma Unidade com ESF. Há cinco anos, ela viveu experiência semelhante e a forma como a equipe se organizou foi a seguinte: todos os dias da semana as agendas de médicos e enfermeiros da unidade em que ela trabalhava eram organizadas para disponibilizar duas consultas diárias para as usuárias poliqueixosas. O atendimento era realizado em conjunto (médico e enfermeiro) e tinha como principal finalidade a escuta.

Maria Cecília também apontou o quanto essa experiência pôde proporcionar à equipe de saúde envolvida no acolhimento dessa população: o significado do termo vínculo, na prática. Para ela, foi importante que os profissionais pudessem entrar em contato com as dores, as angústias e a forma de vida dessas mulheres e, sem dúvida, o acolhimento com escuta qualificada apresentou-se como ferramenta potencializadora para isso.

Segundo o relato de Maria Cecília, no início, essa população poliqueixosa estranhou um pouco o fato de estarem sendo ouvidas, mas, após essa fase de estranhamento, tanto os profissionais de saúde envolvidos na experiência, quanto as usuárias encontraram uma nova forma de trabalhar e receber cuidados. Apesar das dificuldades iniciais, com o passar dos meses, tanto equipe como usuárias poliqueixosas passaram

a aderir à nova ideia e cada vez mais os resultados foram aparecendo: o número de consultas eventuais para esses casos diminuiu; os profissionais se aproximaram das questões psicossociais do processo de adoecimento dessa população; o número de encaminhamentos para outras especialidades foi qualificado e as equipes de saúde tornaram-se mais próximas em decorrência do trabalho e dos atendimentos conjuntos. Outro aspecto recorrente foi o aumento da participação dessa população em grupos de promoção de saúde ofertados pela Unidade de Saúde.

Dois anos se passaram e a experiência trouxe excelentes resultados, por isso os profissionais envolvidos foram chamados a apresentar os resultados em um encontro da prefeitura e governo do Estado, que tinha como principal objetivo mostrar experiências exitosas na área de saúde coletiva envolvendo ações criativas e resolutivas a determinados grupos populacionais. A ideia dos órgãos governamentais era acompanhar essas ações de forma mais sistemática e avaliá-las a fim de reproduzir essas experiências/intervenções em termos de possíveis programas de saúde em outros serviços de saúde.

Após o relato, a gerente aproveita essa experiência e diz:

“- Se naquela época nós não tínhamos equipes NASF, imagina agora que vocês podem contar com o apoio desses profissionais.”

Após a discussão teórica a respeito do quadro clínico das poliqueixosas, a equipe de médicos e equipe NASF organiza as agendas para que tenham início os atendimentos a essa população.

2. A Integralidade do Cuidado

O que realmente vem a ser integralidade? No nosso país, como esse termo é compreendido? Quais são os seus sentidos?

Um pouco do passado para se compreender o presente - brevíssimo histórico

Foi a partir da década de setenta que o campo da saúde no Brasil obteve um significativo avanço, pois ocorreu, nesse período, o movimento da Reforma Sanitária, responsável por introduzir uma nova consciência social no tocante ao saber e ao fazer na área da saúde. Por meio da participação das áreas cíveis, políticas e jurídicas, o movimento da Reforma Sanitária buscou problematizar a necessidade de reestruturação da atenção à saúde, enfatizando a descentralização das ações, principalmente para as populações com maiores níveis de vulnerabilidade social, para que estas pudessem ser assistidas em seu território, nos diversos níveis de complexidade (SILVA JÚNIOR, 1988).

Foi por meio da Constituição de 1988, considerada um marco teórico para a consolidação de uma nova consciência social de promoção da saúde, que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, tornando-se uma das maiores conquistas do Movimento Sanitário Brasileiro. Essa constituição traz a cidadania como bandeira de luta, ao reconhecer a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que, sem detrimento das atividades assistenciais, priorizam atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme exposto no art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

E é exatamente nesse texto constitucional que temos um dos primeiros contatos com a concepção de integralidade, segunda diretriz do SUS, expressa no art. 198 como **atendimento integral**. Vejamos:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (BRASIL, 1988):

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Para a construção do SUS, tornou-se fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país, no qual havia clara dicotomia entre assistência e prevenção. Então, na década de 1990, teve início a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), que, tendo em suas bases os pressupostos do SUS, traz como proposta central a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (BRASIL, 1997).

A integralidade no presente - sentidos utilizados para se estruturar o cuidado

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 192), a integralidade é entendida como:

[...] um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis e complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.

Com isso, chegamos ao sentido utilizado correntemente quando se fala do termo integralidade: o de ser uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988. Mas a integralidade não pode ser definida apenas como uma diretriz básica do SUS e, nesse aspecto, a revisão de literatura traz reflexões sobre a integralidade pautadas em três grandes conjuntos de sentidos: o primeiro refere-se aos atributos das práticas dos profissionais de saúde; o segundo refere-se a atributos da organização dos serviços e finalmente o terceiro relaciona-se às respostas governamentais aos problemas de saúde (CAMPOS, 2003).

No tocante aos **atributos das práticas dos profissionais de saúde**, verifica-se que a integralidade propõe (CECIM e FEUERWERKER, 2004; MATTOS, 2001; BRASIL, 2005; MATTOS, 2004; ARAÚJO e col. 2007):

a) o foco da atenção passa a ser o indivíduo, a família e a comunidade e não simplesmente as doenças;

Como se sabe, o ser humano adoecer em sua totalidade, uma vez que os determinantes que levam o homem a adoecer e morrer encontram-se relacionados a dimensões que vão além do eixo biológico, envolvendo também dimensões psicológicas, sociais, espirituais, culturais, econômicas etc.

Nesse sentido, a visão sistêmica compreende o indivíduo inserido num contexto, seja ele estabelecido pela configuração de uma família e as dinâmicas, laços e relações que elas estabelecem, seja numa comunidade e num território, que contem uma carga social histórica de criação, de organização, de valores e condutas coletivas.

A implantação da proposta NASF traduz, por meio de seu processo de trabalho, a perspectiva interdisciplinar e sua organização em equipes multiprofissionais e, portanto, a importância da complementaridade do saber para um olhar ampliado às questões do indivíduo.

b) necessidade de se olhar o indivíduo de forma integral, não o enfocando como um conjunto de partes (pulmão, coração, fígado, rim) que adoecem;

O cuidado em saúde deve contrapor-se à abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos. Para isso, os profissionais de saúde têm a necessidade de apreender esse usuário em sua dimensão biopsicossocial.

No trabalho do NASF, existe a necessidade de se atentar para o risco da fragmentação da atenção. Ao se incorporar outras abordagens disciplinares com o intuito de adicionar maior qualidade aos atendimentos, corre-se o risco de cada categoria profissional assumir aquilo que corresponde ao seu núcleo específico de saber, deixando de atender de forma integral o usuário. Essa postura também pode gerar a não responsabilização, tanto em termos individuais como coletivos, além da focalização de aspectos individuais dos usuários.

Ao lembrar nossas cenas do cotidiano dos serviços, podemos verificar esse sentido da integralidade quando a assistente social pontua:

“- Cida, você sabe informar se os netos da Augusta estão na escola? Pensar em saúde é algo que vai além do corpo, né?”

Veja, nesse caso da família Ferreira, a importância de se lançar um olhar para além das questões orgânicas, para além dos processos de adoecimento, sejam eles individuais ou grupais, considerando o contexto também como um determinante do processo saúde-doença.

c) importância da valorização dos aspectos cotidianos da vida dos sujeitos, minimizando as práticas centradas apenas nas doenças;

O cuidado integral se faz presente desde o olhar para aquilo que faz o sujeito adoecer, até os componentes de saúde (saudáveis) que permanecem mesmo na condição de estar doente. Em todo processo de adoecimento dos sujeitos, faz-se necessário avaliar tanto os aspectos de risco, como os aspectos de proteção. Os aspectos de proteção estão relacionados aos mecanismos de enfrentamento que o sujeito se utiliza para adaptar-se a uma situação de limitação, quer sejam agudas ou crônicas.

Veamos uma questão que as equipes de saúde devem estar atentas em relação ao cuidado. A fala abaixo diz respeito à visão do médico da equipe sobre o cuidado à família:

“-Acho que o melhor é a psicóloga marcar horário de terapia para a mãe; depois a Clarice faz visita domiciliar para atender o rapaz com paralisia cerebral. Aliás, eu acho que é melhor eu ir antes para ver esse resfriado dele, porque esse é meu papel, né?”

Você conseguiria visualizar outra estratégia de intervenção que caberia nessa situação?

Na atitude do profissional do NASF com seus usuários, a abordagem não deve se restringir à assistência curativa, mas sim, por meio das avaliações iniciais, conhecer os fatores de proteção existentes e, então, buscar incorporar ações de promoção, prevenção, e também ações curativas e reabilitadoras.

Voltando à CENA 2, vamos perceber a necessidade de se investir em ações de prevenção e promoção, por meio desta percepção da profissional de saúde:

A assistente social, Maria Lúcia trouxe a possibilidade de convidar o Sr. Antonio para participar do grupo de homens, grupo considerado de promoção à saúde masculina.

O que poderia ser abordado nesse grupo? Quais temáticas seriam discutidas?

d) valorização dos contextos familiares, sociais e culturais em que cada indivíduo se encontra inserido;

Torna-se relevante que o profissional possa constituir uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que serão acompanhados por eles, desenvolvendo uma visão mais ampla dos contextos onde esses sujeitos estão inseridos e constroem suas histórias de vida (família e comunidade).

É importante que o profissional do NASF explore os territórios onde os sujeitos vivem, considerando a variedade de significados e valores existentes em cada contexto. Observar as possíveis relações que se estabelecem entre os

diferentes grupos de uma comunidade, observando também as parcerias que se formam, bem como os sentidos que são atribuídos às diferentes situações.

e) valorização e reconhecimento do diálogo como potencial instrumento para dar voz aos diversos atores envolvidos, possibilitando-os serem ouvidos em suas necessidades;

Para os profissionais de saúde, torna-se imprescindível a estruturação de uma prática de cuidado que possa ir além das dimensões técnico-científicas, com a necessidade de estabelecimento de uma relação dialógica entre os atores envolvidos nesse processo de cuidar e ser cuidado, contornada pelo acolhimento, a humanização, o respeito e o vínculo.

Nesse sentido, essas tecnologias relacionais fazem parte das ferramentas do NASF para implementar cuidados junto às equipes de saúde da família. Falaremos mais sobre esse assunto em tópicos posteriores.

Para ilustrar esse aspecto da integralidade, vejamos a informação sobre a cultura de cuidados de D. Antonia:

“- Esse povo todo precisa de remédio e agora eu quero ver como vocês do NASF vão fazer, porque me disseram que essa D. Augusta não acredita em remédios. Ela é filha de índios e acredita que as “garrafadas” é que curam as pessoas.”

Aspectos das tecnologias relacionais (da escuta e do diálogo) que podem ser visualizado na CENA 2:

“- (...) Nós não temos respostas prontas. Mas vamos utilizar a conversa e a escuta para compreender o que se passa com essa família e então poderemos avaliar conjuntamente o que vamos fazer. Mas respeitar a cultura das pessoas e suas formas de cuidado é um bom começo.”

Qual lugar que as tecnologias relacionais ocupam em seu cotidiano de trabalho junto às equipes e usuários?

Muitos profissionais têm tornado mecanicista a assistência, afastando-se dos usuários e das famílias, descaracterizando o cuidado enquanto ação humana. Dessa forma, a melhor expressão que traduz a necessidade acima descrita vem de CAMARGO JR. (2005, p.42), demonstrando que o atendimento integral potencializado pelas equipes NASF deve compreender a “prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos [...]”

Veja a CENA 2 e procure compreender o foco do cuidado enquanto ação humana:

(...) a enfermeira Fabíola propõe uma visita domiciliar a fim de se aproximar do contexto singular do qual a família fazia parte, estabelecer um vínculo de confiança e principalmente escutá-la em suas necessidades.

Como administrar o seu tempo de consulta, considerando essa abordagem no cuidado do sujeito?

No tocante aos sentidos pertinentes à **organização dos serviços, bem como às respostas governamentais**, verifica-se que a integralidade propõe (BRASIL, 2005; ARAÚJO e col. 2007):

a) proporcionar maior satisfação das necessidades de saúde da população, por meio da organização do processo de trabalho em saúde;

A maneira como as práticas de saúde são articuladas no cotidiano de trabalho, impacta diretamente a integralidade da atenção ofertada aos usuários. O NASF deve trabalhar no sentido de discutir junto aos serviços a forma como estes devem ser organizados, para poderem apreender de forma ampliada as necessidades da população a ser cuidada, sejam estas explícitas ou não.

O NASF deve organizar o seu processo de trabalho para garantir acesso da população a cuidados de saúde de acordo com a rede de serviços disponíveis no território, considerando ações de caráter assistencial e curativo, bem como atividades de promoção e prevenção, de modo individual e coletivo, por meio de ações locais, intersetoriais e clínicas.

b) proporcionar acesso à técnicas de diagnóstico e tratamento quando necessários, a fim de promover maior resolutividade da atenção;

Esse aspecto pode ser visualizado no fragmento encontrado na CENA3:

(...) Maria Cecília pede a palavra e fala de uma experiência vivenciada por ela na época em que foi enfermeira de uma Unidade com ESF. Há cinco anos, ela viveu experiência semelhante e a forma como a equipe se organizou foi a seguinte: todos os dias da semana, as agendas de médicos e enfermeiros da unidade em que ela trabalhava eram organizadas para disponibilizar duas consultas diárias para as usuárias políquelixosas. O atendimento era realizado em conjunto (médico e enfermeiro) e tinha como principal finalidade a escuta (...).

Você já necessitou redimensionar seu processo de trabalho para atender as necessidades ou a demanda de saúde da população?

setores da sociedade. Sua organização em forma de acompanhamento de um número definido de equipes de saúde da família (conforme Portaria 3124, de 28 de dezembro de 2012 que redefini parâmetros de vinculação do NASF com a ESF) permite que sua relação de trabalho seja de outra ordem. Sua dinâmica de atuação permite ao profissional do NASF incluir em sua agenda ações intersetoriais, participação em conselhos gestores, formação de redes de atenção à saúde por meio da participação de reuniões clínicas e elaboração de protocolos assistenciais etc., com maior capilaridade do que as equipes de saúde da família conseguem desenvolver atualmente.

Nesse aspecto, a amplitude da prática da integralidade caracteriza-se pela necessidade de articulação de cada serviço com outros serviços, a fim de oferecer uma rede de cuidados em diferentes níveis de complexidade, na qual a integração entre ações de diferentes níveis satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo ou por um grupo populacional. Para isso, o NASF deve conhecer seu território e a oferta de serviços existentes, reconhecer os limites da prática num serviço de Atenção Primária à Saúde e entender os demais como complementares.

c) dar respostas a problemas de saúde, por meio da construção de políticas especificamente programadas;

Essas respostas governamentais aos problemas de saúde da população devem incorporar ao tratamento e reabilitação outras possibilidades de promoção e prevenção em todas as esferas da atenção, ou seja, nos âmbitos municipal, estadual ou federal.

Nesse sentido, o NASF é um elemento essencial na construção de articulações potentes entre os diferentes

A articulação dessa rede pode ser encontrada nesta parte da CENA2:

Maria Aparecida relata que a mãe se queixou da “bebedeira” (sic) do marido e a psicóloga Madeleine lembra à equipe sobre a reunião da Rede de Saúde Mental que será realizada em quatro dias, quando o caso do Sr. Antônio será discutido.

Você conhece a rede de serviços de seu território?

Na CENA 3, podemos encontrar um esboço da organização de respostas, a partir deste fragmento:

(...) Apesar das dificuldades iniciais, com o passar dos meses, tanto equipe como usuárias políqueixosas passaram a aderir à nova ideia e cada vez mais os resultados foram aparecendo: o número de consultas eventuais para esses casos diminuiu; os profissionais se aproximaram das questões psicossociais do processo de adoecimento dessa população; o número de encaminhamentos para outras especialidades foi qualificado e as equipes de saúde tornaram-se mais próximas em decorrência do trabalho e dos atendimentos conjuntos. Outro aspecto recorrente foi o aumento da participação dessa população em grupos de promoção de saúde ofertados pela Unidade de Saúde. Dois anos se passaram e a experiência trouxe excelentes resultados, por isso os profissionais envolvidos foram chamados a apresentar os resultados em um encontro da prefeitura e governo do estado que tinha como principal objetivo mostrar experiências exitosas na área de saúde coletiva envolvendo ações criativas e resolutivas em determinados grupos populacionais. A ideia dos órgãos governamentais era acompanhar essas ações de forma mais sistemática e avaliá-las a fim de reproduzir essas experiências/intervenções em termos de possíveis programas de saúde em outros serviços de saúde.

Você acha que as ações programáticas de seu território respondem aos problemas de saúde da população de sua área?

Ao final dessa breve reflexão a respeito dos sentidos da integralidade, podemos perceber que esta pode ser significada a partir de vários ângulos não excludentes entre si, mas que podem trazer uma diversidade de aspectos da mesma questão.

3. Trabalho em Equipe

Nesse novo tópico, vamos iniciar com alguns questionamentos: como se define o trabalho em saúde? Quais as particularidades do trabalho em equipe no campo da saúde? Qual a relação existente entre trabalho em equipe e integralidade? Como o trabalho proposto pelas equipes NASF promovem a integralidade em saúde?

Para MISHIMA (2003), o trabalho em si é sempre intencional e encontra-se pautado em um contexto social e histórico. O trabalho em saúde apresenta como principal objetivo, o atendimento das necessidades de saúde. Ou seja, a intenção é sempre buscar caminhos possíveis para a melhora das condições de saúde de uma determinada população. Para isso, esse trabalho é orientado tanto por uma concepção de homem, quanto por uma concepção de saúde-doença-cuidado, delimitando um processo ligado ao atendimento das necessidades individuais e/ou coletivas, em conformidade com os processos político e econômico.

Pensar no trabalho em saúde é pensar em trabalho coletivo, portanto não deveria, nem poderia ser realizado de forma compartimentalizada, no qual cada grupo profissional se organiza e presta parte dos cuidados à saúde separado dos demais.

A complexidade do trabalho de assistência à saúde requer uma refinada e bem organizada articulação entre os membros da equipe de saúde, a fim de garantir a integralidade do cuidado em saúde.

Percebemos no cotidiano dos serviços de saúde, posturas e processos de trabalho que reforçam a fragmentação do cuidado. Na CENA 2, essa visão fragmentada fica muito clara:

“- Acho que o melhor é a psicóloga marcar horário de terapia para mãe; depois a Clarice faz visita domiciliar para atender o rapaz com paralisia cerebral. Aliás, eu acho que é melhor eu ir antes para ver esse resfriado dele, porque esse é meu papel, né?”

Em relação à equipe NASF, apesar dos diferentes profissionais, fazem-se necessários a articulação e o compartilhamento de ações no âmbito dos serviços de saúde, sendo justificada pela complexidade do trabalho de assistência à saúde. Além disso, o aspecto da interdisciplinaridade no processo de trabalho deve ser contemplado, bem como a capacidade de cuidado de toda a equipe, a fim de garantir a integralidade do cuidado.

PEDUZZI (1998) mostra que o termo equipe deriva do francês esquif. Seu significado encontra-se relacionado às filas de barcos amarrados uns aos outros e rebocados por cavalos ou homens. Como os homens que se encarregavam de puxar esses barcos trabalhavam coletivamente em busca de um objetivo comum - rebocar filas de barcos amarrados- compartilhando sua tarefa, acabou-se por utilizar o termo equipe de trabalhadores para designar o trabalho coletivo, compartilhado com vários trabalhadores no desenvolvimento de uma tarefa, entendida como a meta comum do grupo.

Ainda segundo PEDUZZI (2001), o “[...] trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes desta equipe” (p. 103). Dessa forma, o trabalho em equipe na saúde traz em sua essência uma real possibilidade de alcançar a integração de diferentes áreas profissionais e também disciplinares.

Cada equipe é estruturada a partir de arranjos organizativos possíveis, considerando aspectos conceituais do modelo assistencial proposto, da necessidade assistencial que emergem do processo de cuidado dos sujeitos, das possibilidades financeiras e estruturais do próprio serviço

e da disposição das pessoas que compõem o trabalho. A partir disso surgem inúmeras composições possíveis de equipes profissionais e delas diferentes modos de produzir saúde. Como uma maneira de responder às necessidades de recomposição dos trabalhos especializados aparece a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade (PEDUZZI, 1998).

Considera-se a equipe como sendo multidisciplinar, quando existe um conjunto de profissionais com formação em diferentes disciplinas, envolvidos em um mesmo projeto, porém o desenvolvimento do trabalho ocorre de forma independente, isolada. Na multidisciplinaridade observam-se as diferentes disciplinas tratando da mesma questão, sem apresentar, no entanto, relação entre os profissionais envolvidos. Observa-se a justaposição das disciplinas, numa situação de trabalho onde a **cooperação é ausente** (ALMEIDA FILHO, 1997).

ROSENFELD apud PERINI et al(2001) defini a interdisciplinaridade como a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas. Uma das características da equipe interdisciplinar é o planejamento da assistência que é realizado com a participação de todos os profissionais da equipe de forma ativa.

Sabe-se que, historicamente, as especialidades conformaram-se em torno de um saber biomédico, produzindo profissionais parciais e especializados, que, por sua vez, organizam trabalhos especializados. Nessa lógica, o trabalho em saúde tem na especialização, a fragmentação da produção de ações de saúde.

A necessidade dessa integração tornou-se mais forte, a partir da década de 1990, com a busca pelo cuidado integral em saúde. No Brasil, é com a implantação do Sistema Único de Saúde, mais especificamente com a implantação do Programa de Saúde da Família, que o trabalho em equipe torna-se diretriz operacional para a reorganização do processo de trabalho em saúde. Os conceitos de trabalho em equipe assim como sua importância tornam-se elementos

Para que a proposta da interdisciplinaridade seja alcançada pelas equipes NASF, deve existir a disponibilidade de diálogo, pois essa troca dialógica torna-se fundamental para as práticas de saúde, uma vez que ninguém é detentor de todo o saber necessário para os cuidados em saúde.

E são essas trocas dialógicas, na CENA 2, que acaba por organizar o planejamento da assistência:

Ao final da reunião, as seguintes pactuações para o caso foram realizadas: organização de visita domiciliar com a presença do médico, da enfermeira e da psicóloga Madeleine; discussão do caso de Antonio com o CAPS Ad em reunião de rede de atenção à saúde mental; agendamento de consulta de enfermagem para Liane e rediscussão do caso em quinze dias para elaboração de projetos terapêuticos para a família.

A proposta do NASF tem como diretriz o trabalho conjunto com as equipes ESF e seus dispositivos operativos são os atendimentos compartilhados, as discussões de caso e a construção conjunta de projetos terapêuticos singulares.

Esse trabalho conjunto na busca de soluções pode ser visualizado por meio deste fragmento da CENA 2:

Madeleine, a psicóloga da equipe NASF, pede a palavra e pergunta:

“- E então, pessoal? O que podemos fazer para ajudar esta família?”

Esse arranjo organizativo apresenta maior facilidade para solução de problemas, uma vez que se pode contar com diversas disciplinas e pontos de vista específicos.

fundamentais para se atingir o sucesso na área da saúde (PEDUZZI, 2007).

Entre as proposições de trabalho da Estratégia Saúde da família estão: equipes de saúde trabalhando em tempo integral; delimitação territorial para atuação das equipes; formação de vínculo dos profissionais com comunidade, família e sujeito; incorporação da comunidade no trabalho em equipe e a grande e importante necessidade da inclusão de outros saberes e conhecimentos em saúde somados ao saber clínico (BRASIL, 1998).

Toda organização de trabalho na saúde da família está voltada para um trabalho integrado e em equipe. O desenvolvimento dos trabalhos, pelas equipes de Saúde da Família, deve ser realizado de forma dinâmica, com a constante reavaliação das ações realizadas, principalmente por meio do acompanhamento dos indicadores de saúde de sua área de atuação. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), as equipes de saúde da família deverão ser capazes de:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, enfatizando suas características sociais, epidemiológicas e demográficas;
- Identificar tanto os problemas de saúde mais prevalentes quanto situações de risco aos quais a população está exposta;

- Elaborar, juntamente com a comunidade, um planejamento local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- Resolver os principais problemas detectados, por meio da utilização do sistema de referência e contrarreferência;
- Desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos;
- Promover ações intersetoriais a fim de enfrentar os problemas identificados nos indivíduos, nas famílias e em seu entorno;
- A partir de critérios epidemiológicos e situações de risco, realizar visitas domiciliares programadas ou pontuais, com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias e dos indivíduos;
- Promover internação domiciliar, quando as condições clínicas e familiares permitirem, com o intuito de humanizar e garantir conforto ao paciente, mas sem substituir a hospitalização sempre que houver necessidade;
- Participar e estimular reuniões de grupo, com a discussão de temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

Com a mudança de paradigma do processo saúde-doença, como foco biologicista para um modelo de atenção integral, a equipe de saúde passa a ser o eixo central para se pensar a prestação de cuidados, uma vez que essa equipe busca pela integralidade da saúde com ações de ação, prevenção, recuperação e reabilitação. Esse trabalho vem propor uma nova articulação e organização entre os integrantes da equipe, bem como a introdução de uma concepção de cuidado que considere o sujeito em todas as suas esferas (BRASIL, 1998).

Para PEDUZZI (2007), trabalho em equipe também exige o reconhecimento e o entendimento das práticas dos demais profissionais. A idéia de integralidade à saúde converge com o reconhecimento de que o conhecimento do outro é útil e indispensável à compreensão das demandas apresentadas pelas populações, uma vez que o processo saúde-doença é apreendido em suas diversas dimensões. A integralidade, então, torna-se fator motivador preponderante para o trabalho em equipe.

Na prática, para se atender os princípios da integralidade, deve-se trabalhar sob a ótica do conceito ampliado de saúde e, cada vez mais nos contextos da Atenção Primária à Saúde, necessita-se de equipes interdisciplinares capazes de interagir com as diversidades das necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos atendidos. O NASF surgiu com o desafio de organizar o processo de trabalho de forma ampliada, em equipe e entre equipes (NASF e ESF).

O NASF tem como fundamento ideológico a integralidade do cuidado aos usuários, com uma visão ampliada da clínica, ou seja, a saúde depende de fatores além dos biológicos. Nesse sentido, a atuação das equipes profissionais deve levar em conta essa pluralidade de fatores para intervir. CENA 1:

“Trata-se de uma família constituída por: D. Augusta, 55 anos, alcoolista, tem diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, tentou o suicídio há dois dias, em decorrência da perda do filho caçula de 19 anos (a quem ela tinha clara predileção) – assassinado por traficantes, a quem devia dinheiro. Antônio, esposo de D. Augusta, tem 58 anos, também é alcoolista, tabagista, está hipertenso (não apresenta adesão ao tratamento) e encontra-se desempregado há 2 anos. A filha mais velha, Liane de 33 anos, voltou a morar na casa dos pais, desde a morte do marido (em consequência do uso de crack). Essa filha, juntamente com os dois filhos, de cinco e oito anos, descobriu-se portadora do vírus HIV e mostra-se extremamente revoltada com a descoberta. Teme que descubram em seu emprego que ela é portadora e que, em essa razão disso, possa perder o emprego, uma vez que é a única que trabalha na casa. O filho do meio de D. Augusta de 27 anos, chamado Francisco, é portador de paralisia cerebral com grande espasticidade, encontrando-se desnutrido e com forte resfriado. Desde a tentativa de suicídio da mãe, encontra-se sem cuidados adequados.”

De acordo com MATTOS (2004), “o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro com a equipe de saúde” (p. 1414).

A partir desses encontros dinâmicos, espera-se que emergam respostas que possam superar a prática clínica tradicional, uma vez que a mesma demonstra claramente a falta de potencial para a condução de situações complexas que requeiram a pluralidade de saberes para lidar com a diversidade da atenção à saúde.

O trabalho em equipe no NASF propõe encontros para a articulação de saberes e práticas que acontecem mediante uma organização horizontal do processo de trabalho na tentativa de priorizar interdisciplinaridade, proporcionando a superação da alienação, da fragmentação e do tecnicismo biologicista. Conforme fragmento da CENA 2, abaixo:

“- Creio que seja interessante, já que o Dr. Maurício está há pouco tempo conosco, que possamos discutir novamente o processo de trabalho do NASF junto às equipes da ESF. Não somos um grupo de especialistas que atende de forma individualizada. Trabalhamos utilizando tecnologias ferramentas como a Clínica Ampliada, o PTS, o Apoio Matricial e sempre compartilhando os casos com todos os profissionais de saúde, utilizando a lógica da corresponsabilização. A proposta do NASF é evitar a fragmentação do cuidado, ou seja, não dividir pessoa em pedaços, por conta dos problemas apresentados e entregar cada problema a um determinado profissional. Nossa proposta é trabalhar conjuntamente com vocês.”

Essa maneira de compreender a atenção em saúde implica na construção, a partir da relação dialógica entre a equipe de saúde e os usuários, a de projetos terapêuticos singulares para cada usuário, bem como projetos comuns de trabalho para as equipes.

O NASF investe nessa dimensão dialógica como um modo de operar novos processos de trabalho em saúde. Essa dimensão dispara reflexões sobre a integralidade do cuidado que vai estar presente na atitude dos profissionais, nos encontros, nas conversas, buscando reconhecer as necessidades dos usuários em relação às necessidades de saúde.

Vejam a fala desta profissional do NASF:

“- Lu, nós fazemos parte da equipe e não é só o que o NASF vai fazer, mas o que todos nós que nos dispusemos a cuidar dessa família vamos poder fazer. Nós não temos respostas prontas. Mas vamos utilizar a conversa, a escuta para compreender o que se passa com essa família e então poderemos avaliar conjuntamente o que vamos fazer. Mas respeitar a cultura das pessoas e suas formas de cuidado é um bom começo.”

O ambiente propício para a socialização de saberes e experiências é aquele onde a comunicação é clara e frequente. A comunicação entre os membros de uma equipe de trabalho e mais especificamente em equipes de saúde constitui-se como dimensão essencial para a discussão dos valores, filosofia e objetivos da equipe, bem como planejamento de ações e recursos necessários à execução do trabalho em saúde.

Para PEDUZZI (2001, 2007), é a partir da comunicação que a interação entre os agentes torna-se possível, bem como a articulação dos trabalhos. Sem interação não se pode falar em trabalho em equipe. Dessa forma, a dimensão comunicativa pode ser considerada intrínseca ao trabalho em equipe, podendo ser considerada seu denominador-comum. A mediação da linguagem articula as atividades, a integração dos saberes técnicos, tornando possível a interação entre os membros da equipe (PEDUZZI, 1998; 2001).

Para finalizar, faz-se necessário pontuar que o trabalho em equipe também convida seus integrantes a avaliarem sua disponibilidade para o novo, para o inesperado, elementos constitutivos das relações humanas.

4. Tecnologias do cuidado em Saúde

Uma vez que o trabalho do NASF vem propor uma nova articulação e organização entre os integrantes das equipes, bem como a introdução de uma concepção mais ampliada de cuidado, considerando o sujeito em todas as suas esferas, as tecnologias do cuidado tornam-se um campo necessário de análise, uma vez que as maneiras de cuidar passam a ser um conceito organizador das formas de trabalho em saúde.

Qual a primeira imagem mental que vem à sua cabeça quando eu falo a palavra **tecnologia**? Não sei vocês, mas na primeira vez que me fizeram essa pergunta, imagens de equipamentos tecnológicos invadiram meu campo visual.

Somente quando me tornei profissional de saúde e mais precisamente, profissional atuando na Atenção Primária, foi que consegui vincular a ideia de tecnologia com o “saber”, o “fazer” e o “saber fazer”. E fiquei pensando o quanto a palavra tecnologia pode estar distante da palavra cuidado (pelo menos a princípio até descobrirmos que tecnologia está para além de equipamento tecnológico).

É legítimo iniciarmos nossas discussões a respeito das tecnologias do cuidado, desmembrando os dois conceitos, para depois retomá-los conjuntamente. O termo tecnologia apresenta como definição etimológica “tecno”, vindo da palavra *techné*, que pode ser traduzida como o **saber fazer** e “logia”, que vem de logos (razão) e significa a razão do saber fazer (RODRIGUES apud ROCHA et al. 2008).

Por tecnologia, entende-se o conjunto de conhecimentos que são aplicados a uma determinada atividade, ou seja, conhecimento aplicado ou saber que se utiliza para executar algo (BRASIL, 2005). A referência das tecnologias é sempre o trabalho e este se revela enquanto ação intencional sobre a realidade, buscando a produção de bens/produtos que podem não ser necessariamente materiais, duros, palpáveis, e sim simbólicos. Portanto, discutir tecnologia não é discutir apenas equipamentos, e sim, discutir a construção de procedimentos de intervenção eficazes nos processos saúde-doença.

O cuidado, por sua vez, compõe-se de tentativas intersubjetivas e transpessoais para proteger, melhorar e preservar a vida humana, em todas as esferas que conformam o ser o indivíduo.

De forma simples e objetiva, então, podemos definir tecnologia do cuidado como todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelos profissionais de saúde para cuidar de um determinado indivíduo ou população.

Segundo CECÍLIO (2001), a perspectiva do cuidar em saúde traz implícitas necessidades que podem ser organizadas em quatro grandes grupos, ligadas aos eixos da prevenção, promoção, reabilitação e cura, conforme podemos observar por meio da seguinte citação:

O primeiro diz respeito a ter boas condições de vida [...]; o outro conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...]; o terceiro diz respeito à insubstituível criação e vínculo (a) efetivo entre cada usuário e uma equipe e /ou profissional [...]; um quarto diz respeito à necessidade crescente de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida (CECÍLIO, 2001, p. 114-115).

Dessa forma, as práticas de cuidado na ESF devem ser ampliadas para além do diagnóstico e da terapêutica, a fim de responder a toda complexidade na produção de cuidado e o profissional de saúde deve alçar mão de um leque de possibilidades de tecnologias de trabalho para a produção do cuidado (BRASIL, 2005).

MERHY et al. (1997) descreve três categorias de tecnologias de trabalho em saúde: as **tecnologias duras**, que se referem a máquinas e instrumentos, por serem programadas *a priori* para a produção de certos produtos; as **tecnologias leve-duras**, inscritas nos conhecimentos técnicos, referindo-se às técnicas/procedimentos incorporados aos saberes científicos, gerando entre outros conhecimentos, os protocolos clínicos; e as **tecnologias leves**, que representam o modo de o trabalhador aplicá-las, dependentes de como cada um trabalha e cuida de pessoas adoecidas. Estão implícitos aí, os valores, as relações humanas de vínculo e acolhimento.

A Política Nacional de Humanização (PNH) e as tecnologias leves no cotidiano do trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

No campo da saúde, todos os profissionais devem produzir saúde e, desse modo, interagir com sujeitos que podem ter ou não algum grau de adoecimento. E essa é uma das principais características do trabalho em saúde- a característica relacional. Dessa forma, na cadeia produtiva de saúde, além das tecnologias inscritas nos equipamentos e no conhecimento técnico, há a tecnologia das relações humanas (BRASIL, 2005).

A ação integral deve considerar as relações interpessoais, por meio das interações entre usuários, profissionais e serviços de saúde que são traduzidas em atitudes, como tratamento com qualidade, respeito, vínculo e acolhimento. O NASF investe nessas relações interpessoais ao produzir encontros entre profissionais e usuários.

Vejam na CENA 2 e 3:

“Não somos um grupo de especialistas que atende de forma individualizada. Trabalhamos utilizando tecnologias e ferramentas como a Clínica Ampliada, o PTS, o Apoio Matricial e sempre compartilhando os casos com todos os profissionais de saúde, utilizando a lógica da corresponsabilização”.

“Nossa proposta é trabalhar conjuntamente com vocês”.

“(…) as equipes de saúde tornaram-se mais próximas em decorrência do trabalho e dos atendimentos conjuntos”.

O ser humano necessita das tecnologias relacionais, de produção de comunicação, de vínculos, o que denominamos anteriormente de tecnologias leves. Tais tecnologias têm como premissa a produção de relações de reciprocidade e de interação, tornando-se indispensáveis ao cuidado.

Em 2000, após a identificação de inúmeras queixas de usuários relacionadas aos maus tratos no ambiente hospitalar, o Ministério da Saúde desenvolveu um projeto piloto de humanização em hospitais que foi denominado: Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)(BRASIL, HUMANIZA SUS, 2005). Na PNHAH, humanização era representada por meio da organização do serviço de saúde a partir de dois ângulos interdependentes: humanização do atendimento ao público (cuidado ao usuário) e humanização das condições de trabalho para os profissionais de saúde (cuidado para quem cuida) (BRASIL HUMANIZA SUS, 2005).

O programa apresentava os principais objetivos: desenvolvimento de uma nova cultura de atendimento, por meio da sensibilização dos profissionais de saúde; reconhecimento de uma série de vantagens advinda de um trabalho que valorizaria a interação profissional/ usuário; capacitação dos profissionais de saúde para novos conceitos de atenção à saúde, com a valorização não somente da integralidade dos processos, mas também de

outros aspectos, tais como: crenças, estilo de vida dos usuários, subjetividade e cidadania; implantação de outras iniciativas de humanização, com benefícios para administradores, profissionais de saúde e usuários (BRASIL HUMANIZA SUS , 2005).

Em 2003, é lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), denominada Humaniza-SUS, com a proposta de tornar-se mais do que um programa ministerial, e sim uma política que operaria transversalmente toda a rede SUS (BRASIL HUMANIZA SUS, 2007). O enfrentamento dos desafios enunciados pela sociedade brasileira no tocante à qualidade e dignidade no cuidado em saúde; a articulação de iniciativas de humanização no SUS e o enfrentamento de problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde são considerados os três objetivos centrais da PNH (BRASIL HUMANIZA SUS, 2007).

PUCCINI e CECÍLIO (2004) colocam que o movimento trazido pela PNH representa uma busca pela melhoria da qualidade da produção e da prestação dos serviços de saúde. Para esses autores, a intenção humanizadora, apesar de se traduzir em diferentes caminhos, apregoa uma crescente valorização das inter-relações e da dignidade humana. Ao se voltar para o campo das inter-relações, a PNH se constitui enquanto um investimento em aspectos do processo de trabalho que se dão nos espaços micropolíticos¹, no trabalho em equipe, nas rotinas, nos atendimentos, no convívio, revelando assim, a importância dos elementos sociais, subjetivos e afetivos desse contexto (CAMPOS, 2011).

Essa política tem como característica fomentar a conectividade entre os profissionais, gestores e cidadãos, favorecendo a construção de uma rede solidária em defesa da vida, em prol da produção de saúde e de sujeitos. Ou seja, busca-se a construção de uma rede de apoio, com um mesmo objetivo, que considere a diversidade de interesses e seja capaz de entender os conflitos e consensos como parte do processo de construção da cidadania e da conquista por um maior compromisso social na produção de saúde.

Trabalhar nessa perspectiva requer acima de tudo disponibilidade para o encontro com o outro, com suas histórias de vida e modos de agir sobre o mundo. Requer disponibilidade para assumir uma nova forma de produzir saúde, que seja centrado no sujeito, na construção coletiva, na corresponsabilização e na maior implicação dos profissionais com os processos de gestão e participação social.

Uma das formas de edificar novos modos de fazer saúde seria a potencialização do **acolhimento**, articulado ao estabelecimento de vínculo entre os usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema de saúde, em busca da humanização do atendimento. O acolhimento permeia toda terapêutica e, desse modo, propicia um cuidado integral ao usuário de saúde (CAMPOS, 2003).

A CENA 3 nos traz a existência de trocas relacionais produzidas por meio de conflitos e resistências que também fazem parte do processo de produção do cuidado:

“Apesar da presença da equipe NASF na UBS, Dr. Érico, assim como alguns outros profissionais da UBS, apresentam muita resistência em aceitar o processo e trabalho do NASF”.

[...] Embora alguns profissionais possam realizar predominantemente as intervenções no corpo biológico e outros, aquelas de acolhimento afetual, necessariamente a equipe técnica precisa desenvolver de forma coletiva pensamentos e práticas que estejam voltados à inteireza do ser (FERRAZ, 2002, p. 121).

FERRAZ (2002), ao falar a respeito da atuação do profissional de saúde em ofertar atendimento com acolhimento, sugere mudanças na condução das ações de saúde, de forma que estas possam ser organizadas na lógica da coprodução, o que pressupõe profissionais afinados em sensibilidade humana.

A PNH apropria-se da Clínica Ampliada como uma de suas diretrizes, construindo processos dialógicos, onde usuários e profissionais de saúde se relacionam de forma a construir processos de corresponsabilização, para que aconteça a reconstrução das relações clínicas, exigindo, com isso, alterações na dinâmica de gestão do trabalho (BRASIL HUMANIZA SUS, 2007)

¹ A micropolítica é entendida como espaço do agir cotidiano, de produção dos processos de subjetivação através das relações estabelecidas com o *socius* e onde a realidade se apresenta em um movimento contínuo de construção, desconstrução e criação do real social. Nesse espaço-tempo se dão as disputas, os conflitos, as pactuações e consensos possíveis para produção de certo tipo de cuidado. (Ferreira, 2008)

Nesse trabalho, a tecnologia leve é referenciada como ferramenta relevante para produzir ações de saúde sob a perspectiva da integralidade do cuidado, pois evidencia relações de interação, de parceria, de vínculo, de escuta e intersubjetividade. Essa tecnologia encontra-se relacionada aos processos de

Vejamos a CENA 2 que ilustra a reconstrução dos processos de trabalho para se atingir a prática da Clínica Ampliada:

“Ainda bem que tem gente do NASF por aqui, aí eu aproveito e compartilho o caso para ver o que a gente pode fazer, porque é muita coisa junta e coisa pesada! Tristeza meu Pai do céu! Os profissionais do NASF se olham nesse momento. Depois de três anos trabalhando junto às equipes da ESF, era muito bom escutar: “compartilhar” ao invés de “passar” o caso. Após muitas lutas, o NASF estava conseguindo mudar a ótica da produção do cuidado em algumas unidades que apoiava”.

comunicação entre profissionais e usuários que buscam os cuidados de saúde e constitui o veículo pelos quais os profissionais articulam as ações e interagem. Para SANTOS et al. (2007), acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia, considerados dispositivos relacionais, representam possibilidades de se construir uma nova prática de saúde.

O **vínculo** pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos produzidos a partir das singularidades de cada coletivo e de cada indivíduo. Ele favorece outros sentidos da integralidade da atenção à saúde (SANTOS et al, 2008). Etimologicamente, vínculo é um vocábulo de origem latina, e significa algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição do vínculo depende do movimento tanto dos usuários quanto da equipe (CAMPOS, 2003).

A organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilita a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro (AYRES, 2004). A PNH oferece-nos possíveis dispositivos para alcançar esse trabalho (como o acolhimento, vínculo, autonomia e corresponsabilização já abordados), e o NASF reforça tais dispositivos por meio de suas ferramentas de trabalho: Projeto Terapêutico Singular (PTS), Apoio Matricial e Pactuação do Apoio.

Portanto, em qualquer que seja a organização do trabalho, ante a importância da utilização de tecnologias leves em saúde na procura da integralidade do cuidado, deve-se ter sempre em vista o sentido final do trabalho em saúde, qual seja, defender a vida dos usuários, por meio da produção do cuidado.

Bibliografia Referenciada e Consultada

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro,II(1/2):5-20, 1997.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G. de; BRASI, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.31, supl. 1, p. 20-31, jun. 2007.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface* 2004; 8(14): 73-92.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. HUMANIZA SUS- porque uma política nacional de humanização. 2005. Disponível em [WWW.saude.gov.br/humanização](http://www.saude.gov.br/humanizacao) Acesso em 06 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem- trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005. 104 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/curso%20facilitadores_unidades%20trabalho.pdf Acesso em 11 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z- garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.481p. Disponível em< http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em: 21 maio 2013.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciências e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.569- 584, 2003.

Campos GWS. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 68.

CAMPOS, L.V.O de. A estratégia saúde da família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a humanização nos processos de trabalho. Ribeirão preto, 2011. Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP para obtenção do título de mestre. 131p.

CAMARGO JR; K.R. de. Um Ensaio sobre a (In) definição de integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. de. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3 ed., Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, p. 35-44, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5), p.1400-10, 2004.

CECÍLIO, LCO. As necessidades de saúde com o conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2001. P.113-126.

FERRAZ, C.A. Ensaio sobre a reforma político-administrativa hospitalar: análise sociológica da transição de modelos de gestão. 2002. 157 p. Tese (Livre-Docencia)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FERREIRA, V.S.C. A Micropolítica do Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividades. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.

FORTUNA CM; MISHIMA, SM; MATUMOTO, S; PEREIRA MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev. Latino-am Enfermagem. 2005; 13(2)262-8.

MATTOS, R.A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. 2001. Disponível em: http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf Acesso em 25 maios 2013.

MATTOS, R.A. de A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5), p. 1411-16, 2004.

MERHY, EE; CHAKKOUR, M; STÉFANO, E; STÉFANO, ME; SANTOS, CM; RODRIGUES, RA; OLIVEIRA, PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, EE; ONOCKO, R. (Org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. P. 113-150. (Saúde em debate, 108).

MERHY, E.E. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

MISHIMA, S.M. A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa de Saúde da Família. 2003. 153 p. Tese (Livre-docência)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: as interfaces entre o trabalho e interação [Tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 35(1), p. 103-09, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro, R; Barros, MEB; Mattos, RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPES: ABRASCO; 2007.

PERINI, E.; PAIXÃO, H.H.; MODENA C. M.; RODRIGUES, R. N. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. Interface – Comunic., Saúde, Educ., São Paulo, v.5, n.8, p.101-18, 2001

PUCCHINI,P.T. CECÍLIO,L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1342-1353, set-out, 2004.

ROCHA, PK; PRADO, ML do; WAL, ML; CARRARO, TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. Rev. bras. enferm. Brasília, vol.61 no.1 Jan./Feb. 2008.

SANTOS, A.M., ASSIS, M.M.A, RODRIGUES, A.A.A.O., NASCIMENTO, M.A.A.; JORGE, M.SB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica 2007; 23(1):75-85.

SANTOS, A.M., ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.; , JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev Saude Publica 2008; 42(3): 464-470.

SILVA JÚNIOR, A.G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo (SP): Hucitec, 1998.

Direção de arte, Editoração Eletrônica e Projeto Gráfico:

Marcos Paulo de Souza