

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DA ATENÇÃO À
SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

RECIFE

2014

CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DA ATENÇÃO À
SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadoras:

Prof^a. Dr^a. Idê Gomes Dantas Gurgel

Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

N244o Nascimento, Cynthia Maria Barboza do.

A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família/ Cynthia Maria Barboza do Nascimento. – Recife: A autora, 2014.

182 p.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

Orientadoras: Idê Gomes Dantas Gurgel, Paulette Albuquerque Cavalcanti.

1. Programa Saúde da Família. 2. Atenção à Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Organização e Administração. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Cavalcanti, Paulette Albuquerque. III. Título

CDU 614.42

CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DA ATENÇÃO À
SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ide Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Lopes Timóteo de lima
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^a. Dr^a. Vanessa de Lima Silva
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^a. Dr^a. Kátia Rejane de Medeiros
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

Prof^o. Dr^o. André Monteiro Costa
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

À Sônia Cebalho (*in memoriam*) pelos ensinamentos e exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM, por oportunizar-me uma formação em Saúde Coletiva;

As minhas queridas orientadoras Paulette e Idê, pela paciência, apoio e pelas valiosas contribuições para a elaboração deste trabalho;

Aos profissionais dos serviços de saúde e gestores dos municípios, que colaboraram de forma muito cordial no momento da coleta de dados, viabilizando a construção deste trabalho;

Ao município de Camaragibe, que contribui consideravelmente com a minha formação;

À equipe da Secretária Acadêmica, pela atenção e disponibilidade durante o curso de Doutorado;

Aos meus pais, as pessoas mais importantes da minha vida, pelo amor e cuidado - vocês são a minha inspiração para seguir na caminhada;

A Ricardinho, meu amor, pela dedicação, companheirismo e por vivenciar intensamente junto a mim esse momento tão importante;

A todos os meus familiares, em particular aos meus irmãos e queridos sobrinhos, pelo carinho e por compartilharem comigo mais essa conquista;

À amiga Kátia Medeiros, pelos valiosos ensinamentos e pelo carinho que sempre me acolhe;

Aos meus amigos, pela torcida incondicional, em especial a Fabiana Oliveira e Luciana Camelo, que sempre me ouviram e cederam-me a mão amiga nos momentos mais críticos;

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

E, acima de tudo, a Deus, por manter viva minha fé e esperança.

São os passos que fazem os caminhos
(Mário Quintana)

NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza do. A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) tem como objetivo aumentar a abrangência e o escopo das ações da Estratégia de Saúde da Família. Este núcleo reúne profissionais de diferentes categorias que devem atuar em parceria com a saúde da família. A produção do cuidado pelo Nasf é um objeto bastante complexo e compreender como se organiza e desenvolve-se seu processo de trabalho é relevante para o planejamento de sistemas de saúde mais integrais e resolutivos. O estudo tem como objetivo analisar a organização e o desenvolvimento da atenção à saúde pelo Nasf. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que realizou uma análise a partir de múltiplos casos nos municípios de Camaragibe, Olinda e Recife - participaram da pesquisa gestores e equipes Nasfs. Documentos, entrevistas e grupos focais foram utilizados como fontes de dados e a condensação de significados, conforme Kvale, e o fluxograma descritor foram definidos como técnica de análise. Os resultados apontam que a variabilidade de contexto permitiu que cada gestão municipal direcionasse a forma de organização da atenção à saúde pelo Nasf. A indefinição do objeto de trabalho e a precariedade das condições de trabalho dificultam a organização do processo de trabalho do Nasf baseado nas diretrizes de: integralidade, interdisciplinaridade, territorialidade e vínculo. A articulação em rede de saúde e a forma como os Nasfs organizam e desenvolvem o seu processo de trabalho apontam para três tipos de configurações: Nasf matricial, Nasf Semi-Matricial e Nasf Assistencial-curativista. Conclui-se que existe, nos três municípios, uma proposta recente, frágil e que, apesar de ter potencialidades, é permeada por conflitos, contestações e incertezas. As informações obtidas podem subsidiar o planejamento e a execução de ações que busquem romper com vários conceitos hegemônicos norteadores da atuação dos profissionais de saúde e construir a possibilidade de atuar na atenção básica de forma interdisciplinar.

Palavras-Chave: Programa Saúde da Família. Atenção à Saúde. Política de Saúde. Organização e Administração.

NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza do. The structure and development of the health care by the Centre of Family Health Support. 2014. Thesis (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

ABSTRACT

The Centre of Family Health Support (Nasf) has the goal of increasing the extension and scope of the Family Health Strategy actions. This centre gathers professionals from different categories that ought to act alongside the Family Health. The production of Nasf's care is a rather complex object; therefore, understanding how its working process is developed and organized is relevant to the planning of more complete and resolute health systems. The study has, as its goal, the analysis of the structure and development of the health care made by Nasf. It concerns a qualitative research that analysed data originated from multiple cases in the cities of Camaragibe, Olinda and Recife, having Nasf's managers and teams as subjects. Documents, interviews and focal groups were used as data sources, and the condensing of meanings, following Kyale's method, and a descriptive flowchart were defined as analysis techniques. The results obtained indicate that the context variability allowed that each city's management direct its structure formation of Nasf's health care. The object's indefiniteness and the precariousness of Nasf's labour conditions make it difficult to organize Nasf's working procedure based on directives of: integrality, interdisciplinarity, territoriality and linkage. The articulation of the health system and the way Nasf organizes and develops its working procedure point to three types of settings: Matrixial Nasf, Semi-matrixial Nasf and Curativist-Assistive. It is concluded that there is, in the three cities, a recent and fragile scheme that, despite its potential, is surrounded by conflicts, divergences and uncertainty. The gathered information can subsidize the planning and execution of actions with the goal of breaking the many hegemonic concepts that direct the health professionals' activity, as well as building the possibility of an interdisciplinary procedure in the basic health care field.

Keywords: Family Health Program. Health Care (Public Health). Health Policy. Organization and Administration.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Modalidades de Nasf por número de equipes vinculadas, carga horária e financiamento	34
Quadro 2 -	Distribuição de participantes da pesquisa em grupos focais e entrevistas	49
Quadro 3 -	Distribuição dos documentos analisados por município	51
Quadro 4 -	Condensação de significados com unidades naturais de análise, seus temas centrais e a descrição essencial	52
Quadro 5 -	Categorias e subcategorias de análises	58
Quadro 6 -	Matriz geral das fontes, instrumentos e técnicas de análises da pesquisa	59
Quadro 7 -	Serviços de saúde da rede complementar e média complexidade do município de Camaragibe 2008	64
Quadro 8 -	Quadro 8 – Serviços de saúde da rede complementar e de média complexidade do município de Olinda	70
Quadro 9 -	Rede de serviços de saúde própria e conveniada do município de Recife	76
Quadro 10 -	Rede de serviços de saúde de Recife	76
Quadro 11 -	Aspectos favoráveis e desfavoráveis e as consequências para o processo de trabalho do Nasf percebidas pelos grupos focais	125
Quadro 12 -	Configuração dos tipos de Nasf.	138

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa referente aos municípios da Região Metropolitana do Recife	48
Figura 2 -	Fluxograma descritor e analisador	57
Figura 3 -	Desenho do modelo de atenção à saúde proposto pelo município de Camaragibe	63
Figura 4 -	Desenho do modelo de atenção à saúde proposto pelo município de Olinda	71
Figura 5 -	Desenho do modelo de atenção à saúde proposto pelo município de Recife	77
Figura 6 -	Fluxograma descritor do processo de trabalho da equipe Nasf - Município A	130
Figura 7 -	Fluxograma descritor do processo de trabalho da equipe Nasf - Município B	133
Figura 8 -	Fluxograma descritor do processo de trabalho da equipe Nasf - Município C	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Apae	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Capsi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EqNasf	Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Projeto de saúde no território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAG	Relatório Anual de Gestão
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 APROXIMANDO ALGUNS CONCEITOS TEÓRICOS	21
3.1 Atenção primária à saúde	21
3.2 Trabalho em saúde	24
3.3 O desafio da integralidade	30
3.4 Conhecendo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família	32
3.5 Ferramentas tecnológicas: novos dispositivos de atenção e gestão	40
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	47
4.1 Delineando o tipo de estudo	47
4.2 Período do estudo	48
4.3 Área do estudo	48
4.4 Sujeitos do estudo	48
4.5 Instrumento de coleta e análise dos dados	49
4.5.1 Em relação ao 1º objetivo específico	50
4.5.2 Em relação aos 2º e 3º objetivos específicos	53
4.5.3 Fases da formação e realização do grupo focal	56
4.6 Considerações éticas	59
5 RESULTADOS	61
5.1 Microcontexto da implementação do Nasf	61
5.1.1 Camaragibe	61
5.1.1.1 <i>Aspectos demográficos, socioeconômicos e de infraestrutura do período de implantação do Nasf</i>	61
5.1.1.2 <i>Situação de saúde – Perfil epidemiológico</i>	62
5.1.1.3 <i>Modelo de atenção e organização da rede de serviços de saúde</i>	63
5.1.2 Olinda	66
5.1.2.1 <i>Aspectos demográficos, socioeconômicos e de infraestrutura do ano de implantação do Nasf</i>	66
5.1.2.2 <i>Situação de saúde – Perfil epidemiológico</i>	67

5.1.2.3 Modelo de atenção e organização da rede de serviços de saúde	69
5.1.3 Recife	71
5.1.3.1 Aspectos demográficos, socioeconômicos e de infraestrutura da época da implantação do Nasf	71
5.1.3.2 Situação de saúde – Perfil epidemiológico	72
5.1.3.3 Modelo de atenção e organização da rede de serviços de saúde	72
5.1.4 Diretrizes, linha de ação e concepção que norteia a proposta Nasf- Camaragibe	78
5.1.5 Diretrizes, linha de ação e concepção que norteia a proposta Nasf - Olinda	83
5.1.6 Diretrizes, linha de ação e concepção que norteia a proposta Nasf- Recife	87
5.2 O processo de trabalho do Nasf	92
5.2.1 Proposta Nasf	92
5.2.1.1 Objetivo do Nasf	92
5.2.1.2 Forma de atuação	94
5.2.1.3 Diretrizes do Nasf	95
5.2.1.4 Coerência com marco normativo e conceitual da proposta Nasf	96
5.2.2 Organização e desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf	97
5.2.2.1 Ingresso dos profissionais	98
5.2.2.2 Conhecimento e diagnóstico do território	99
5.2.2.3 Criação de protocolos	100
5.2.2.4 Definição das atividades do Nasf	100
5.2.2.5 Número de equipes apoiadas	105
5.2.2.6 Estrutura	106
5.2.2.7 Relação Nasf x ESF	107
5.2.2.8 Articulação Nasf x outros serviços	109
5.2.2.9 Relação Nasf x Gestão	111
5.2.2.10 Avaliação do processo de trabalho do Nasf	114
5.2.3 Ferramentas tecnológicas	115
5.2.4 Mudanças identificadas pelos grupos após implantação do Nasf.	118
5.2.5 Aspectos favoráveis para organização do processo de trabalho	120
5.2.5.1 Integração da equipe	120
5.2.5.2 Troca de conhecimento	121
5.2.5.3 Comunicação entre os serviços	121
5.2.5.4 Criação da coordenação Nasf	121

5.2.5.5 <i>Relação com a EqSF</i>	121
5.2.5.6 <i>Aspectos desfavoráveis para organização do processo de trabalho</i>	122
5.2.5.6.1 <u>Desconhecimento da proposta Nasf</u>	122
5.2.5.6.2 <u>Atenção à saúde voltada para assistência</u>	122
5.2.5.6.3 <u>Falta de integração entre equipe Nasf e saúde da família</u>	123
5.2.5.6.4 <u>Perfil profissional</u>	123
5.2.5.6.5 <u>Ausência de comunicação com a gestão</u>	123
5.2.5.6.6 <u>Falta de estrutura</u>	124
5.2.5.6.7 <u>Cobertura das equipes de saúde da família</u>	124
5.2.6 Sugestões para aprimorar o processo de trabalho do Nasf	125
5.3 Sistematizações das configurações dos Núcleos de apoio à saúde da família.	127
5.3.1 Os fluxogramas descritores	127
5.3.1.1 <i>Breve descrição do fluxograma - município A</i>	127
5.3.1.2 <i>Breve descrição do fluxograma - município B</i>	131
5.3.1.3 <i>Breve descrição do fluxograma - município C</i>	134
5.3.2 Sistematizando o Nasf a partir dos fluxogramas	139
6 DISCUSSÃO	139
6.1 A influência do contexto municipal nas configurações do Nasf	137
6.2 A estruturação do Nasf e o desenvolvimento das suas atividades	143
6.3 O trabalho no Nasf: aspectos favoráveis e desfavoráveis	148
6.4 Configurações de Nasf e suas diferenças	155
7 CONCLUSÕES	160
REFERÊNCIAS	162
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	173
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	176
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	177
APÊNDICE D - Roteiro para grupo focal	178
ANEXO A – Parecer do CEP	179
ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe	180
ANEXO C – Carta de anuência da Secretaria Municipal de Olinda	181
ANEXO D - Carta de anuência da Secretaria Municipal de Recife	182

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, vem apresentando importantes avanços desde sua criação pela Constituição Federal de 1988. Dentre eles, encontram-se a expansão e a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS), organizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que compõe parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde (MS).

A Atenção Básica/APS¹ caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

A APS é considerada o primeiro contato na rede assistencial do SUS e busca desenvolver um conjunto de ações complexas, que demandam dos profissionais da saúde da família uma intervenção ampliada sobre a saúde da população. Assim, fica evidente a necessidade de uma atuação interdisciplinar, onde trocas de saberes através das diversas disciplinas sejam permitidas, levando em consideração não apenas os saberes específicos e clínicos, mas também o conhecimento social e cultural da população assistida.

No Brasil, o desafio da APS é ampliar suas fronteiras de atuação, visando uma maior resolubilidade e integralidade da atenção. Dessa forma, a Saúde da Família é compreendida como estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde. O principal propósito da ESF é reorganizar e consolidar sua prática de atenção, buscando substituir o modelo tradicional por uma atenção centrada na família e pautada na prevenção e promoção da saúde (STARFIELD, 2004).

No Brasil, a saúde da família obteve, ao longo dos anos, avanços importantes. No entanto, vem apresentando uma estagnação em diversos aspectos e isso influencia de forma considerável a ampliação das ações na APS. Tendo em vista a complexidade do viver e adoecer, das necessidades e dos problemas de saúde da população, sabe-se que a ESF nem sempre consegue responder e intervir de forma resolutiva.

¹ Apesar dos termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” terem origens diferentes, o Ministério da Saúde, em seus documentos oficiais, vem utilizando esses termos como sinônimos, sem que isto se configure um problema conceitual (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Sendo assim, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e de ampliar a abrangência, a resolubilidade, a territorialização e a regionalização das ações da APS no Brasil, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008). Estes núcleos devem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com a equipe de saúde da família.

O Nasf propõe repensar, transformar e apoiar a mudança da prática em saúde durante muitos anos vivida pela saúde da família. Com isso, observa-se a necessidade de introduzir novos dispositivos de organização de gestão e atenção, que consolidem e apoiem as práticas em saúde na atenção primária.

Portanto, em seus documentos normativos, o MS busca embasar a proposta Nasf, apresentando um arcabouço teórico, com diretrizes e dispositivos para construção e operacionalização do processo de trabalho a partir de ferramentas tecnológicas, que são tanto de apoio à gestão - como a pactuação de apoio - quanto de apoio à atenção - clínica ampliada, apoio matricial, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST) (BRASIL, 2009a).

A perspectiva com a implantação do Nasf é de que, desenvolvendo-se um processo de trabalho claro, fixado nas diretrizes que vem sendo propostas e estimulando ações interdisciplinares, associadas às ferramentas tecnológicas, a APS consiga superar os seus desafios e ampliar suas fronteiras de atuação, visando a uma maior resolubilidade e integralidade da atenção.

O Nasf pode ser considerado como um espaço de articulação, apoio e produção de novas ofertas, onde a utilização de ferramentas tecnológicas é permitida, a fim de organizar e desenvolver seu processo de trabalho. Estas ferramentas, por sua vez, podem ser consideradas, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e metodologia para a organização da gestão do cuidado e têm o objetivo inovador de desenvolver uma prática com o olhar ampliado a partir do diálogo entre as diferentes profissões.

Sendo assim, entende-se que é extremamente difícil a compreensão - por parte dos gestores, profissionais e dos próprios serviços de saúde - de como desenvolver uma prática de cuidado à saúde diferente da que já foi apresentada e desenvolvida por longos anos, durante sua formação e constituição.

Campos (2003, 2007, 2012), em seus estudos de descrição e justificativa teórica para as propostas de atuação de uma equipe de referência e equipe de apoio, sugeriu um novo arranjo que estimulasse, cotidianamente, a produção de novos padrões para a interação entre

equipe e usuários e ampliasse o compromisso dos profissionais com a produção de saúde, quebrando obstáculos organizacionais desta comunicação. O reconhecimento da necessidade da comunicação entre as distintas profissões que operam nos serviços de saúde representa um avanço, um início de enfrentamento do problema, visto que apenas na teoria não se consegue alterar essa estrutura que reforça a separação e especificidade das profissões, dificultando a resolubilidade dos problemas.

Assim, o desenvolvimento de uma proposta de atuação como a do Nasf só é possível se a gestão for participativa, baseada em princípios de interação entre as equipes. Segundo Franco et al. (1999), quando há uma gestão de serviços democrática e participativa, existe também a oportunidade de apreciar um processo pedagógico bastante rico para todos os atores. Ele ainda reflete que o trabalho fracionado, desenvolvido apenas no núcleo específico, faz com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho.

Percebe-se que, apesar da expansão, qualificação e investimentos na saúde da família e mais recentemente no Nasf, é comum que o processo de gestão das equipes junto à população ainda seja baseado em um modelo assistencial centrado no desenvolvimento de uma prática clínica e ações fragmentadas.

No que se refere aos cuidados à saúde, a busca pela mudança compreende o entendimento e o estímulo do trabalho com base em novas concepções, habilidades e criações de dispositivos terapêuticos. É preciso estar comprometido com um processo de educação permanente, buscando responder às necessidades de forma compartilhada, para assim ampliar a capacidade de intervenção clínica da equipe.

Passados cinco anos da criação e expansão do Nasf no Brasil (390 Nasfs no ano de 2008 e 1.954 em 2013), são poucos os estudos realizados com relação a esta temática. Todavia, existe uma inquietação e uma necessidade de se criar e consolidar espaços de discussões sobre sua organização e atuação junto à saúde da família, visto que a proposta aponta para uma diversidade de configuração e traz, ainda, questionamentos, incompreensões e, até mesmo, distorções.

A inovação da metodologia evidencia diferentes possibilidades de inserção e intervenção. Esse fato provoca reflexão com relação ao que é instituído e o que é possível de ser construído e operacionalizado na rede de serviços loco regionais.

A complexidade da implementação dessa proposta exige que se concretize uma sistematização do conhecimento e uma aproximação dos diversos cenários com o intuito de conhecer as realidades e enxergar as possibilidades encontradas para superar o desafio de ampliar a resolubilidade da ESF.

Esse trabalho pesquisou e analisou a organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Nasf em municípios da Região Metropolitana do Recife. Entende-se que é necessário compreender o modo como os atores que fazem parte desse processo produzem o cuidado à saúde no cotidiano do serviço, para que as propostas prioritárias que vêm sendo criadas pelo MS desenvolvam-se com o objetivo de construir um sistema de saúde universal, integrado e equânime.

Nesse contexto, este estudo se pautou pela seguinte pergunta condutora: Como têm se dado a organização e o desenvolvimento da atenção à saúde pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana do Recife?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a organização e o desenvolvimento da atenção à saúde pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana do Recife.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o microcontexto de implementação do Nasf em municípios da Região Metropolitana do Recife;
- b) Analisar o processo de trabalho do Nasf em municípios da Região Metropolitana do Recife;
- c) Sistematizar as configurações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

3 APROXIMANDO ALGUNS CONCEITOS TEÓRICOS

3.1 Atenção primária à saúde

Para fortalecer o processo de consolidação do SUS, há o empreendimento de esforços técnicos, ideológicos e políticos permanentes do governo e de grande parte da sociedade, no intuito de construir-se um sistema de saúde integral, universal e equânime. A criação do SUS foi um marco histórico da luta do povo brasileiro por uma sociedade democrática e mais justa.

Sabe-se que, por um longo período da história de construção desta política, a sociedade esteve distante das discussões e técnicas ideológicas e conceituais. Os atores que participavam desse processo mais de perto eram os que, de fato, faziam parte do campo de produção de saúde, como os profissionais e os gestores. Segundo Campos (2008), o SUS não se transformou em prioridade do Estado brasileiro, e a participação da comunidade não encontrou significado na prática cotidiana e institucional para tornar a população construtora, efetivamente, do sistema de saúde.

Atualmente, é possível observar uma inquietação, uma necessidade e um movimento da população para retomar o espaço político e reconstruir seus ideais, que em algum período conduziram um movimento de luta por uma saúde de qualidade.

A atenção à saúde pautada no princípio da integralidade tem sido um caminho possível nessa busca da sociedade. Esse princípio revela aspectos importantes quanto à organização dos serviços e desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais; por isso, traz movimentos e transformações necessárias ao modelo assistencial.

A APS apresenta-se como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder às necessidades da população. Entende-se, ainda, que é essencial compreender a saúde como direito social para promovê-la. É evidente que a boa organização dos serviços da APS influencia bastante na melhora da atenção do cuidado, promovendo impactos positivos na saúde da população e a eficiência do sistema (STARFIELD, 2002).

Nos anos oitenta, em países da América Latina, houve uma implementação de um pacote mínimo de serviços que não, necessariamente, eram de boa qualidade, mas faziam parte da APS. Em tempos recentes, algumas regiões, ao perceberem suas necessidades por um serviço amplo e de qualidade para favorecer a população, encararam a busca incessante pelo desenvolvimento de políticas com objetivo de fortalecer e consolidar a APS - uma estratégia para organizar e/ou reorganizar a atenção do cuidado.

De acordo com Giovanella (2009), nos anos noventa, no Brasil, a concepção que norteava a APS foi revigorada com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, esta baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, e com as diretrizes organizacionais de descentralização e participação social.

Ainda nesta década, aconteceram importantes mudanças no setor saúde no Brasil, com experiências inovadoras e decisivas na implementação de um novo desenho na atenção à saúde da população. Surgiram, portanto, propostas cujo ponto de partida foi a criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que objetivou a redução da mortalidade infantil em alguns estados, por meio do seguimento às famílias em risco social. Mas, efetivamente, foi com o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no ano de 1994, que o MS propôs a reorganização da Atenção Primária à Saúde. A proposta traz consigo uma série de inovações e desejos dos defensores de uma reforma sanitária, no sentido de reverter o modelo curativo centrado no indivíduo, transformando-o em um conjunto de ações em que se articulem indivíduo, família e comunidade e em que a promoção de saúde, a prevenção de doenças, a cura e a reabilitação façam parte de um todo indivisível (PALHA, 2004).

Portanto, a Atenção Básica é definida como:

Um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Sendo considerada como a porta de entrada ao sistema de saúde, local onde são identificadas as necessidades em saúde (das pessoas, suas famílias e comunidade), e onde são coordenadas as respostas a estas necessidades (BRASIL, 2001).

Segundo Starfield (2002), os serviços considerados como de primeiro contato, também denominados de porta de entrada, configuram o nível assistencial da atenção básica e devem ser de fácil acesso. Esse aspecto deve ser primordial nos modelos organizados por nível de atenção hierarquizados, como é o caso do Brasil.

A Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema de saúde e está vinculada a uma rede de serviços que, hierarquizada, deve garantir assistência integral aos indivíduos e seus familiares. Quando as situações ou problemas mais complexos são identificados e requerem resolução fora do âmbito da atenção básica, recorre-se aos níveis especializados (BRASIL, 2001).

A chamada equipe básica ou nuclear concebida no PSF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, dependendo do município, contam também com a

retaguarda de profissionais da equipe de saúde bucal, saúde mental e reabilitação (BRASIL, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde, os profissionais que compõem a equipe de saúde da família devem ser capazes de resolver os problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que promovam a saúde e previnam doenças em geral (BRASIL, 2000).

Entende-se que o fortalecimento da atenção básica se dá com a ampliação do acesso e a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da Saúde. Por isso, estabeleceu-se que apenas 15% dos casos devem ser encaminhados para serviços mais especializados e que, nesses casos, a ESF é responsável pela coordenação do cuidado, ou seja, ela é responsável pelo referenciamento do usuário quando necessário, articulando outros serviços, discutindo os casos e recebendo as contrarreferências para continuar os cuidados básicos (BRASIL, 2001).

Após grande expansão da saúde da família e com intuito de obter uma maior flexibilidade ao modelo, foi proposto que o PSF deixasse de operar em bases programáticas para se constituir em uma estratégia, considerando as diferenças inter-regionais e intrarregionais existentes no país. Com isto, é constituída a Estratégia de Saúde da Família, atualmente em vigor.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, buscou ampliar o escopo da atenção básica neste nível e reafirmar a saúde da família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica. Há a afirmação, ainda, de que ela deve ser considerada a porta de entrada e deve coordenar os cuidados na rede de serviços, desenvolvendo ações efetivas baseadas na integralidade (BRASIL, 2006).

É um nível de atenção que envolve complexidade e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos. Sendo assim, para que se possa ter um efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, é necessária uma mudança na organização e na produção do trabalho em saúde, ou seja, é preciso uma articulação de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutivo (STARFIELD, 2005).

Sabe-se que os profissionais da saúde da família são responsáveis pela condução dos casos e entende-se, também, que em alguns momentos necessitam de outras disciplinas para promoverem um cuidado integral, mais ampliado e resolutivo. Por isso, identifica-se a necessidade de estender o campo de ação da equipe de saúde da família, oferecendo-se alternativas de atenção à saúde não restritas à atenção médica ou de enfermagem.

Frente a estas questões, em 2008, o MS criou o Nasf, com o intuito de apoiar as equipes da saúde da família, ampliando a oferta de ações de saúde.

O Nasf representa, portanto, uma tentativa de incorporação de ações de prevenção e promoção de saúde ao modelo de atenção básica desenvolvido no Brasil, visando responder com qualidade os problemas de saúde da população.

Neste sentido, ao considerar as diversas estratégias e propostas que o MS cria e implementa para que os usuários tenham acesso a um serviço universal, equânime e integral, é importante discutir sobre o papel da atenção básica na composição de redes integrais de atenção à saúde e fazer reflexões sobre os processos de trabalho na prestação do cuidado à saúde, pois acredita-se que o trabalho em saúde é uma área estratégica importante para a mudança do modelo médico-privatista hegemônico ainda hoje no Sistema Único de Saúde.

3.2 Trabalho em saúde

Sabemos que, nos últimos anos, o desenvolvimento de processos de cuidado à saúde vem passando por uma série de reflexões e transformações que influenciam fortemente no modo de fazer dos profissionais. Estes, cada vez mais, têm que buscar a realização de suas competências baseadas na incorporação de diversos saberes, ou seja, devem desenvolver práticas de cuidado a partir da articulação entre equipes, tendo um foco de condução a partir de novos dispositivos que possam apoiar a gestão de serviços e a gestão de cuidados.

As mudanças nas relações de trabalho de diversos setores, inclusive da saúde, foram bastante influenciadas pelo modo de produção capitalista. Visto que o capital tem induzido e provocado um modo de cuidar em saúde a partir da compreensão de seu valor de troca, isto é, do seu potencial lucrativo de mercadoria, transformaram o sistema em um “realizador de procedimentos”, valorizando e estimulando o saber médico específico fragmentado e o uso de tecnologias e insumos (FRANCO, 2003a).

Sendo assim, considera-se que a organização e o desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde, nos dias de hoje, ainda se apoiam no modelo biomédico que se baseia no exercício de uma prática clínica centrada em especialidades com foco em ações curativas e de reabilitação, onde aspectos preventivos e de promoção à saúde não assumem relevância estratégica (ABRAHÃO, 2007).

Como o trabalho em saúde envolve fatores bastante complexos, por lidar com a vida humana, é evidente que nos deparamos com certo grau de imprevisibilidade, que permite e estimula a busca por diversificadas formas de produzir cuidado. Portanto, são necessárias as criações e utilizações das práticas de forma singular, pois as particularidades dos sujeitos envolvidos precisam ser levadas em consideração. Diante disto, fica evidente que o trabalho

em saúde necessita de interações, momentos dialógicos entre os sujeitos, pois estes realmente podem potencializar as ações desenvolvidas (FARIA; ARAÚJO, 2010).

As análises dos processos de trabalho têm sido objeto de muitos estudos sobre a mudança na lógica de produção da assistência à saúde. Vários autores vêm discutindo e refletindo sobre a produção de cuidado e sua relação com a mudança dos modelos tecnoassistenciais (CAMPOS, 2007; FRANCO, 2003a; MERHY, 2002). Vários estudos contribuem para o entendimento do processo de trabalho em saúde como parte do setor de serviços com o qual há identidade, mas também existem especificidades que estimulam estudos minuciosos (BRAVERMAN, 1991; PIRES, 1994).

De acordo com Franco (2003a), com a análise do processo de trabalho dos serviços de saúde, é possível encontrar respostas para alguns questionamentos a respeito das produções em saúde, principalmente no que diz respeito à efetividade das políticas, programas, estratégias e propostas públicas, atualmente institucionalizadas no SUS.

Segundo Merhy (1998), os trabalhadores da saúde, no decorrer do seu processo de trabalho, desenvolvem uma autonomia que é chamada de “exercício do autogoverno”. Essa é uma característica inerente ao trabalho de saúde e confere ao profissional um papel relevante na organização da produção do cuidado à saúde. Isso contribui com a complexidade da organização dos serviços, opera projetos políticos e corporativos diversos e, muitas vezes, antagônicos e exerce influência na gestão e organização do trabalho.

Frente à teoria de sistemas de saúde, verifica-se a existência do princípio da hierarquização, em que é visível a presença de diferenças de autoridade entre os diversos níveis de atenção presentes no sistema (NOVAES, 1990).

Este fato caracteriza um sistema de saúde que desenvolve suas ações a partir de relação vertical de comunicação. Essa forma de se comunicar dos trabalhadores foi instituída pela administração clássica, que induz sistemas bastante burocratizados e estáticos (CAMPOS, 2007). Esse modelo de gestão foi criticado e vários teóricos e estudiosos sugeriram outra forma de organizar esse trabalho. A partir daí, pensaram em organizações como uma matriz, afirmando que, se forem desenvolvidas ações baseadas em relações horizontais, seria possível reduzir os efeitos da departamentalização, da fragmentação do processo de trabalho e, conseqüentemente, da gestão verticalizada (MOTTA, 1987).

Campos (1997) destaca que o trabalho em saúde, geralmente, é um trabalho coletivo desenvolvido por vários profissionais de saúde. No entanto, ele sofre consideráveis influências das formulações tayloristas - apresentadas no excesso de normatização administrativa e padronização técnica e criadas com objetivo de controlar, monitorar e

regulamentar o trabalho. Ele reflete, ainda, sobre a existência de dificuldades entre “a proposta de cuidado/assistência generalista e a baseada na especialização”.

Nos dias atuais, o trabalho em saúde é, majoritariamente, um trabalho coletivo institucional que se organiza e desenvolve-se com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou compartimentalizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO et al., 2004)

Entende-se que o trabalho em saúde, historicamente, organiza-se e desenvolve-se de modo altamente especializado e isso, na maioria das vezes, gera uma redução da capacidade de resolução dos problemas por parte dos profissionais, resultando, assim, na redução de possibilidades de condutas terapêuticas mais ampliadas, em tratamentos mais longos e em elevados custos. Sabe-se, ainda, que desenvolver práticas muito fragmentadas dificulta a compreensão integral do sujeito que precisa de cuidados em saúde (CAMPOS, 1997).

Ainda de acordo com Campos (1999), a reorganização do processo de trabalho em saúde, a partir da diretriz do vínculo terapêutico entre profissionais e usuários, estimula um novo modo de cuidado, ou seja, baseado na coprodução da saúde. Essa inter-relação das diversas disciplinas, profissões e sujeitos contribui bastante para a superação do modelo hegemônico centrado em um único profissional.

Um aspecto importante no estudo da micropolítica do trabalho em saúde é refletido por Merhy (2000) quando ele analisa a composição do trabalho em saúde a partir de uma analogia das “valises” e “ferramentas” utilizadas no encontro de produção de cuidado entre profissional de saúde e usuário.

Ele faz uma categorização das ferramentas do modo de fazer saúde em três dimensões tecnológicas, são elas: as tecnologias duras - são aquelas que apresentam equipamentos - e as ferramentas para a produção de cuidado - por exemplo, as utilizadas para diagnósticos e avaliação. As tecnologias leve-duras são aquelas caracterizadas por terem saberes técnicos estruturados cientificamente - a clínica e a epidemiologia - e as tecnologias leves são aquelas que podem desenvolver processos produtivos em que exista um “território relacional entre trabalhador-usuário que só tem materialidade em ato”. A partir dessa reflexão, é possível observar que os modelos tecnoassistenciais podem variar de acordo com o arranjo dessas tecnologias na produção do cuidado (MERHY, 2000).

Diante das reflexões, acredita-se que as políticas, as propostas e as estratégias criadas no setor saúde sofrem efeitos diretos, sejam eles positivos ou negativos, dos movimentos do cotidiano de trabalho dos profissionais, sendo importante que ocorra a superação da lógica da produção até então dominante no espaço do cuidado à saúde.

Na saúde, em geral, houve uma crescente divisão do trabalho e isso dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades médicas e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral de processos de saúde e doença (CAMARGO, 2003).

Em decorrência dessa realidade, constituíram-se organizações de saúde com elevado grau de departamentalização (ARTMANN; RIVERA, 2003). Observa-se, na área da saúde, que a construção de unidades de gestão obedece, antes de tudo, à lógica corporativa e das profissões. Nesses serviços, há uma composição multiprofissional de pessoal, com baixo grau de coordenação, comunicação e integração entre as distintas especialidades e profissões.

Existem obstáculos na própria maneira como as organizações vêm se estruturando que vão de encontro ao modo interprofissional e dialógico de operar-se. Esses obstáculos precisam ser conhecidos, analisados e, quando possível, removidos ou enfraquecidos para que seja possível trabalhar-se com base em equipe interdisciplinar e sistemas de gestão compartilhada (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A importância e o aumento da colaboração entre disciplinas e profissões são, frequentemente, enfatizados em diferentes textos e apontados como possível solução para diversos impasses e questões vividas pelas equipes que atuam em programas e serviços dos setores saúde e educação. Há relativo consenso em torno da necessidade de maior integração entre disciplinas, saberes e práticas, sendo que o desafio do desenvolvimento interdisciplinar há muito alcançou o terreno operacional, tornando-se tema recorrente no discurso dos profissionais e suas equipes (FURTADO, 2007).

Diversos estudos vêm demonstrando que, dentre as diferentes categorias, prevalece a tendência em atender aspirações profissionais e manter sua autonomia, em detrimento da colaboração profissional (D'AMOUR, 1997).

Tal costume espelha a própria constituição das profissões que possuem em comum, os interesses pragmáticos de garantia de mercado de trabalho. Conforme lembram estudos realizados pela sociologia das profissões, o profissionalismo constitui-se, na história, uma estratégia de retenção da informação dos saberes, buscando-se torná-lo o mais específico e misterioso possível, permanecendo acessível a poucos e, assim, garantindo reserva de mercado (MACHADO, 1995).

Por isso, colaboração profissional e profissionalismo são dois lados em oposição, ainda que a existência de um dependa da existência do outro. De um lado, temos a colaboração profissional, que requer relações e interações nas quais os profissionais poderão

colocar à disposição seus conhecimentos, saberes, práticas, experiência e habilidades, compartilhando-os entre si, com vistas a proporcionar melhor atenção e maior resolubilidade para a atenção à saúde do usuário (FURTADO, 2007).

Por outro lado, temos o profissionalismo (ou a lógica profissional) marcado pela delimitação de territórios de cada grupo profissional. Por meio da assimilação de saberes específicos em suas respectivas faculdades, aplicando conhecimentos abstratos aprendidos por meio de sua formação, há casos sempre particulares com os quais irá se defrontar em sua vida cotidiana (MACHADO, 1995).

De acordo com Almeida Filho (1997), a real troca e a colaboração entre disciplinas e profissões somente serão possíveis pela ação de atores concretos que irão ou não consubstanciar práticas mais ou menos integradas e, conseqüentemente, resolutivas. É importante observar que, à medida que se eleva o grau de colaboração profissional, diminui-se a autonomia individual. Por outro lado, esse aumento de colaboração profissional amplia a troca na tomada de decisões, podendo influenciar na resolubilidade da atenção e no cuidado à saúde.

Para Furtado (2007), a colaboração interprofissional é fundamental, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples. Para que haja um real funcionamento em equipe e este seja baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e a orientação de seus integrantes são necessárias, mas não suficientes. É essencial o estabelecimento de um contexto democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, o desenvolvimento e a manutenção de espaços intraequipes que permitam o aparecimento de práticas instituídas na cooperação entre saberes e ações.

Diversos estudos constataram que há diferentes momentos na formação e no processo de trabalho das equipes, sendo possível observar que o trabalho em equipe oscila entre o trabalho articulado de alguns profissionais na equipe e o trabalho de uma equipe articulada, onde existe um planejamento para definir e realizar as ações. Constatou-se, ainda, que o conjunto de atos produzidos pelo trabalho em equipe tem gerado atos de cuidado. Pode-se, também, afirmar que a tensão na produção do trabalho em equipe decorre da ênfase na lógica da produção de procedimentos instituídos pelo sistema de saúde, relegando, assim, a lógica da produção centrada nos atos de cuidado em saúde (MERHY, 2005).

O que se constata, em alguns casos, é a organização do trabalho em equipe centrada no modelo de agregação vertical de profissões (CAMPOS, 2002). Neste caso, predomina o trabalho especializado caracterizado pelo desentrosamento entre as categorias profissionais,

onde cada um tem sua autonomia e sente-se responsável por fazer apenas aquilo que está ligado a sua própria área técnica, o que pode minimizar o desenvolvimento de um cuidado integral e dificultar o alcance da resolutividade da atenção.

No entanto, percebe-se que, em outros casos, há uma tentativa de superação deste modelo com a adoção de práticas profissionais voltadas à aplicação dos conceitos de *Núcleo* e *Campo de Competência* e de *Responsabilidade* que, se instituídas, podem favorecer o desenvolvimento do cuidado mais ampliado.

É importante compreender os conceitos entre núcleo e campo de competência e responsabilidade, pois estes são bastante eficazes para a análise e o entendimento de ações e trânsitos entre particularidades que diferenciam e caracterizam os profissionais (núcleos) e iniciativas importantes, mas que não pertencem a nenhuma área em particular, requerendo, sobretudo, colaboração entre elas (campo). Trata-se de um importante conceito/ferramenta elaborado por Campos (1997) para instituir a compreensão de que existem atribuições específicas de determinada categoria profissional – intitulada pelo autor *de núcleo de competência e responsabilidade* - e demandas que extrapolam essas atribuições estabelecidas – que o autor denominou de *campo de competência e responsabilidade*. Assim, *núcleo* é considerado o elemento de singularidade que determina a identidade de cada profissional ou especialista e *campo* é constituído por responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades, onde os profissionais buscariam, uns nos outros, apoio, trocas de saberes e experiências para cumprir suas atividades com maior resolutividade.

Sabendo-se que o contexto do SUS tem como uma de suas diretrizes a integralidade caracterizada pela oferta de atenção às necessidades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de um dado indivíduo ou comunidade e considerando-se o seu contexto social, torna-se necessária a busca desse atendimento integral e o alcance da resolutividade dos problemas identificados, com a superação de desafios como a reestruturação dos estabelecimentos e das organizações do setor saúde, o que deverá ocorrer tanto por meio da organização e articulação desses serviços entre si quanto pela reformulação das práticas dos profissionais de saúde em suas respectivas equipes (AGUILERA CAMPOS, 2003).

A partir desses desafios e da necessidade de tentar reorganizar o trabalho em saúde, a busca de uma atenção à saúde ampliada, na atenção básica, traz o surgimento de diversas propostas de atuação de uma equipe multiprofissional que possa contribuir com o serviço já existente.

Por sua vez, o SUS carece de dispositivos que implementem a colaboração profissional de modo a honrar seus princípios e diretrizes. É nesse ponto que se coloca o

desafio: como estruturar equipes de saúde na atenção básica que utilizem a gestão compartilhada e consigam aumentar a resolubilidade dos problemas da comunidade? Como estruturar equipes de saúde de modo a garantir condições para o fluxo de trocas e inter-relações profissionais, de saberes e de gestão compartilhada?

3.3 O desafio da integralidade

A integralidade é considerada um dos princípios do SUS, anterior a sua consagração no texto constitucional, este princípio era considerado uma das bandeiras de luta do movimento sanitário. Apesar dos avanços e reflexões desde a criação do SUS, a integralidade ainda é um princípio que não se concretizou plenamente no cotidiano da sociedade (MATTOS, 2003).

Mattos (2003) faz a análise da dimensão da integralidade desenhando dois planos de significação: um plano macro que inclui o conjunto de serviços que são ofertados pelos Sistemas públicos de saúde aos cidadãos e um plano micro, englobando a articulação entre ações preventivas e assistenciais ou como um modo ampliado de apreensão das necessidades das pessoas. Já Pinheiro (2001) analisa-a como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde, o plano individual – em que se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o sistêmico – que a garante nas ações da rede de serviços, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva (ALVES, 2005).

Ainda de acordo com a autora acima, a integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser ampliado, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que vai além da doença, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a

assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial (ALVES, 2005).

Com base no princípio da integralidade e do agir em saúde, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e estas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (CAMPOS, 2003). É nesse contexto que se evidencia a proposta de um modo de organização voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde coletiva. (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

No debate atual sobre o princípio da integralidade, tem-se reafirmado que a construção das redes pode proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado a sua saúde, configurando assim as linhas de cuidado, ou seja, um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário (FRANCO, 2003a).

A construção de linha do cuidado parte do princípio da produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos dinâmicos, às quais está associada a imagem de uma “linha de produção” voltada ao fluxo de assistência ao usuário e focada em seu campo de necessidades. Essa linha inicia-se na entrada do usuário, seja em serviços de urgência, atenção básica ou especializada e, partir daí, abre-se um caminho que se estende conforme as necessidades do usuário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (MERHY, CECÍLIO, 2003).

A partir do termo "linha de cuidado", pode-se inferir que a compreensão de integralidade relacionada à organização dos serviços de saúde é aquela em que o caminho a ser percorrido por um usuário, desde a unidade básica e passando por diferentes serviços, ocorre de tal sorte que, ao seu final, completa-se o leque de cuidados necessários ao seu problema de saúde (MAGALHÃES JUNIOR; OLIVEIRA, 2006).

A noção de integralidade está presente em vários discursos e práticas na área da saúde. Ela passa pelo comportamento dos profissionais isoladamente e em equipe, pelas relações dessas equipes com a rede de serviços como um todo, pela formação dos profissionais, pelas políticas públicas e por um desenho coletivo de um sistema preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas (LABORATÓRIO DE PESQUISA SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE, 2009).

Olhar o indivíduo como um todo, substituir o foco na doença pela atenção à pessoa, considerando sua complexidade de viver e adoecer são aspectos importantes para desenvolver a integralidade. Reconhecer e refletir a partir de diferentes saberes, abrir mão de modelos pré-

estabelecidos e se dispôr a discutir e a experimentar os alcances e limites do que pode ser a integralidade tornam-se também caminhos.

Assim como em todos os serviços da rede, a criação do Nasf se constitui como um passo importante para estimular o desenvolvimento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional, onde a diretriz da integralidade deve ser concretizadas em ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde, capazes de produzir saúde para além do marco individualista e curativista (MÂNGIA; LANCMAM, 2008).

3.4 Conhecendo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O Nasf vem se estruturando gradualmente a partir de um arcabouço legal. Inicialmente, esse marco foi composto por dois documentos importantes: a Portaria GM/MS nº 154/2008, que cria o Nasf, e o Caderno de Atenção Básica nº 27, que apresenta as diretrizes, a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho (BRASIL, 2008, 2009a). Passados três anos da sua criação, outras portarias surgem com o objetivo de revisar parâmetros de vinculação e definir financiamento. Este movimento sinaliza uma preocupação e um interesse de consolidar a proposta Nasf.

Formalizado por meio da Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) buscou ofertar novas categorias profissionais na perspectiva de ampliar a abrangência das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família.

O Nasf deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009a).

Conforme a realidade epidemiológica, as prioridades de saúde da população e as possibilidades institucionais, o gestor pode incorporar às equipes de saúde da família outras categorias profissionais. É recomendado que as equipes participem deste momento, para que as necessidades de apoio e fortalecimento das ações já desenvolvidas sejam consideradas.

A criação do Nasf é, sem dúvida, um passo importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, especialmente, para o desenvolvimento e aprimoramento de um modelo de cuidado à saúde, que estimule práticas centradas nas trocas de saberes entre diversas categorias profissionais. Nele, busca-se que as diretrizes do SUS se

concretizem em ações menos fragmentadas, sendo tais ações capazes de trabalhar mais no foco da promoção da saúde do que apenas em ações curativas e assistencialistas.

O Nasf integra o plano estratégico “Mais Saúde”, lançado em 2007 e anunciado como um grande salto para que os brasileiros possam melhorar, significativamente, suas condições de saúde e sua qualidade de vida, tendo mais acesso a ações e serviços de qualidade. O plano contempla 86 metas e 208 ações, distribuídas em sete eixos de intervenção, e teve a previsão de financiar o custeio de 1.500 Nasfs, até 2011, ao custo estimado de R\$ 240 mil por Nasf/ano (BRASIL, 2007). Essa meta foi ultrapassada ainda em 2011, pois em dezembro deste ano já existiam 1.609 Nasfs implantados no Brasil (BRASIL, 2011).

No eixo 2, está descrita a implantação dos Nasfs:

Implantar em Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias) unidades de apoio e referência para a Atenção Básica, ampliando a abrangência e a resolubilidade das ações das Equipes de Saúde da Família e conformando a Rede de Atenção com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Unidades de Pronto Atendimento e Apoio ao Diagnóstico (BRASIL, 2011).

O Nasf deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem compartilhar as práticas em saúde, no território em que o Nasf está vinculado, sob a responsabilidade das equipes de saúde. Ele é composto por nove áreas estratégicas, dentre elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2008).

A Portaria nº 2.488 aprovou a PNAB e, com isso, possibilitou a inclusão de novas categorias profissionais, que podem chegar a um número máximo de 19 ocupações não coincidentes. São as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional 3, Médico Geriatra, Intensivista, Médico do Trabalho, Veterinário, profissional com formação em Arte e Educação e Sanitarista (BRASIL, 2011).

Atualmente, podem ser implantados três tipos de Nasf - o tipo a ser implantado dependerá das características do município. É vedada a implantação de duas modalidades de forma concomitante, nos municípios e no Distrito Federal.

A Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, redefiniu os parâmetros de vinculação do Nasf modalidades 1 e 2 para EqSF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas e criou a modalidade Nasf 3. Em 2013, a Portaria nº 548 definiu o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Nasfs modalidade 1, 2 e 3, assim como mostra o quadro 1:

Quadro 1 - Modalidades de Nasf por número de equipes vinculadas, carga horária e financiamento.

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias dos Profissionais*	Incentivo financeiro para custeio
Nasf 1	5 a 9 EqSF e/ou eAB para populações específicas.	Mínimo de 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal*	Transferidos, mensalmente, R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)
Nasf 2	3 a 4 EqSF e/ou eAB para populações específicas.	Mínimo de 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal*	Transferidos, mensalmente, R\$ 12.000,00 (doze mil reais)
Nasf 3	1 a 2 ESF e/ou AB para populações específicas.	Mínimo de 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal*	Transferidos, mensalmente, R\$ 8.000,00 (oito mil reais)

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Não receberão incentivos financeiros os municípios que:

- a) Implantarem mais de uma modalidade de Nasf de forma concomitante;
- b) Não tiverem uma unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes;
- c) Descumprirem a carga horária mínima prevista por modalidade;
- d) Não alimentarem os dados do Sistema de Informação definido pelo MS;
- e) Tiverem a ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes, com exceções devidamente apontadas na portaria;
- f) Dentre outras orientações dispostas em portaria específica (BRASIL, 2013).

É recomendado que os profissionais do Nasf sejam cadastrados em uma única unidade de saúde localizada, preferencialmente, dentro do território de atuação das equipes de saúde da família, não sendo recomendada a existência de uma Unidade de Saúde ou serviço de saúde específico para a equipe de Nasf (BRASIL, 2013).

A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de Nasf é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

Diante das apresentações dos marcos normativo e legal, pode-se observar o movimento que o MS vem fazendo na consolidação e expansão dessa proposta no Brasil, pois acredita ser um dispositivo que pode fortalecer as práticas da atenção primária à saúde.

A proposta do Nasf apresenta uma necessidade de organização e desenvolvimento do processo de trabalho bastante peculiar e bem diferente daquelas em que os profissionais de saúde estão habituados a desenvolver. Entende-se que, para todos os profissionais que atuam no Nasf, o desafio principal consiste em criar a possibilidade da atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação dos usuários, a discussão de vários núcleos específicos e de um campo comum a todos e, principalmente, que traduza a nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS.

Sendo assim, é necessário que os profissionais busquem superar a lógica de atuar de maneira fragmentada, com o objetivo de construir e fortalecer a rede de atenção à saúde. É a situação que se espera, mas que não acontecerá de forma espontânea, rápida e natural. O primordial, inicialmente, é que os profissionais se sensibilizem que é necessário assumir suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de saúde da família e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção.

Para organizar o processo de trabalho do Nasf junto às equipes de saúde, é importante conhecer alguns pressupostos, tais como: conhecimento, gestão de equipes e coordenação do cuidado (BRASIL, 2009a).

O conhecimento trata-se da necessidade dos profissionais da equipe Nasf em conjunto com a de saúde da família compreenderem temas e/ou situações prevalentes demandadas no território. A partir daí, são organizadas suas ofertas de acordo com a necessidade, levando sempre em consideração a singularidade da clientela adscrita e o contexto do território. Sabe-se que, quanto maior o reconhecimento dos problemas dos usuários pelos profissionais, maior a probabilidade de resolução dos mesmos.

Quanto à gestão de equipes, observa-se que a proposta do Nasf se insere em um processo onde os profissionais necessitam fazer uma gestão compartilhada do cuidado, ou seja, não basta apenas ser mais um profissional junto à equipe de saúde da família, isto não é suficiente, é necessário que suas práticas sejam desenvolvidas de forma articulada e integrada. Se assim for, a tendência é a produção de ações com maior corresponsabilidade e/ou

coprodução entre os diferentes profissionais. O intuito é possibilitar a troca de saberes e de experiências, gerando conhecimento para ambos os atores envolvidos.

A coordenação do cuidado significa que a equipe deve assumir o usuário, até mesmo quando este não necessita apenas de procedimentos que não sejam da competência da APS. Vale salientar que a APS tem um papel diferenciado nesses casos, porque a equipe de saúde da família tem informações da vida dos usuários que são de grande importância para a eficácia do seu tratamento. Sendo assim, esse acompanhamento e monitoramento, ao longo do tempo, possibilitam a construção de estratégias para planejar um cuidado com um olhar mais ampliado (BRASIL, 2009a).

Diante desses pressupostos, observa-se que o Nasf é uma estratégia inovadora e que seus requisitos vão além do conhecimento técnico, da responsabilidade por determinado número de equipes de saúde da família e do desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da saúde da família. Ele deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da saúde da família e de sua própria equipe Nasf, incluindo, na atuação, ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde.

Um aspecto-chave para a organização e desenvolvimento do processo de trabalho² dos profissionais é a definição das tarefas, que devem ser discutidas, refletidas e estabelecidas conjuntamente, ou seja, é importante que façam parte desse processo gestores, equipe do Nasf e equipe de saúde da família, sendo necessário que essa definição seja cautelosa e bem detalhada, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio.

É evidente a riqueza da construção e definição de um processo de trabalho onde se tem a participação dos diversos atores interessados e implicados. No entanto, é necessário que a flexibilidade na hora de se definir critérios impere. Os gestores, por exemplo, devem estar atentos a diversos aspectos no momento de definir o trabalho do profissional do Nasf junto às equipes de saúde da família, são eles: identificar e negociar atividades e objetivos prioritários; definir claramente quem são os seus usuários; avaliar a capacidade de articulação com as equipes de saúde da família e o trabalho em conjunto com elas; verificar as possíveis

²Nesse trabalho assumiu-se o conceito de processo de trabalho de (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006). O conceito de processo de trabalho diz respeito à dimensão do cotidiano do trabalho em saúde. Para as autoras o conceito pode ser utilizado no estudo dos processos de trabalhos específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe, cuidado em saúde e outros temas.

corresponsabilidades e parcerias; construir e acompanhar as atividades mediante indicadores de impacto (BRASIL, 2009a).

Vale salientar que a definição das ações do Nasf está voltada para duas responsabilidades - práticas sobre a população e sobre a equipe de saúde da família, o que fica evidente que seu processo de trabalho deve ser avaliado por indicadores de resultados, com vistas a esses dois focos.

A equipe Nasf deve organizar seu processo de trabalho em conjunto com as equipes de saúde da família, nos territórios de sua responsabilidade, e priorizar ações de caráter pedagógico, tais como:

- a) Atendimento compartilhado, onde se pode observar um cuidado à saúde do usuário, através de uma intervenção mais ampliada, a partir da troca de saberes e experiências com intuito de gerar conhecimento mútuo, com ênfase em estudo e discussão de casos e situações;
- b) Intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias. Vale salientar que essa prática deve ser efetivada a partir do momento em que o caso é discutido e negociado de forma compartilhada com a equipe de saúde da família que é responsável pelo caso; esses atendimentos individuais não devem ser caracterizados como ambulatoriais;
- c) Ações comuns, nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de saúde da família (BRASIL, 2009a).

De acordo com o MS, as atividades dos profissionais do Nasf devem ser sempre desenvolvidas em conjunto com a saúde da família. Ele faz referência, ainda, à importância de serem construídas agendas de trabalho compartilhadas, nas quais partes dessas ações devem ser reservadas com foco em atividades pedagógicas; por exemplo: a garantia de espaços de diálogos entre as equipes, através das discussões de casos; o trabalho de temas teóricos como forma de educação permanente para as equipes; a realização de atendimentos e visitas domiciliares compartilhadas.

Existem, também, ações que têm foco no suporte assistencial direto ao usuário, porém ressalta-se que estas só devem ser realizadas a partir do momento em que as equipes observam a necessidade. É necessário, ainda, que a construção das agendas seja dinâmica, pois o território não é estático, havendo a necessidade de uma revisão sistemática da agenda por todos os profissionais (BRASIL, 2009a).

Existem poucos estudos que registram o processo de trabalho da equipe Nasf no Brasil. No entanto, no município de Camaragibe, pode-se observar um desenvolvimento de

uma prática que, em alguns aspectos, corrobora o que o MS apresenta. De acordo com Bezerra et al. (2010), por sentir necessidade de fortalecer a atenção básica e para aumentar a resolubilidade, o município implantou o Nasf com base na utilização da ferramenta de apoio matricial, definindo como prioridade para desenvolver seu processo de trabalho atuar frente à educação permanente, por meio da garantia de espaços de diálogos entre equipe Nasf e equipe de saúde da família. Além desse estudo (FRAGELLI, 2013; SILVA, 2010; SOUZA, 2013), realizaram estudos que verificam os desafios da atuação do Nasf, o processo de implantação e as competências dos profissionais.

Bezerra et al. (2010) afirmam ainda que, como eixo transversal das atividades, foram priorizadas as ações interdisciplinares, sejam nas visitas domiciliares, nas discussões de casos e construção de projetos terapêuticos ou nas atividades coletivas. Nelas, são almejadas as interações de saberes que se ampliam e transformam-se em uma oportunidade para construção da integralidade.

Nesse arranjo, as equipes do Nasf trabalham junto às equipes de referência (equipe de saúde da família), dando suporte técnico-pedagógico e assistencial, visando ampliar os escopos das ações e aumentar a resolubilidade na APS. Dessa forma, busca-se garantir o compromisso cotidiano da gestão e dos trabalhadores com a reordenação do trabalho em saúde, segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipes Nasf e de saúde da família e usuários e da interdisciplinaridade das práticas e dos saberes.

A partir do que foi apresentado, é possível observar que a proposta do Nasf traz, em sua essência, a busca pela superação de um modelo hegemônico centrado em práticas curativas e assistenciais. Ela visa direcionar o cuidado à saúde dentro da rede de atenção com base em uma atuação corresponsabilizada e integrada através da organização e desenvolvimento de ações como: discussão de casos, construção de projetos terapêuticos, atendimentos e visitas domiciliares compartilhados, considerando a singularidade dos sujeitos e famílias assistidas.

No dia-a-dia do trabalho das equipes de saúde da família, observa-se que, muitas vezes, o processo de trabalho limita-se a cobranças com relação à produtividade e ao alcance de parâmetros e procedimentos pré-determinados, deixando de lado a reflexão com relação à qualidade do cuidado. O Nasf, nas organizações dos seus processos de trabalho, através de novas ferramentas tecnológicas, busca quebrar esta lógica, visando apoiar, estimular e colaborar com a implementação e consolidação de ações ampliadas e qualificadas, aumentando a capacidade resolutiva das equipes (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Ainda segundo as autoras, as atividades desenvolvidas pelo Nasf buscam refletir muito mais qualidade do que apenas responder às necessidades assistenciais e pontuais a partir de números. Seu principal desafio é transformar e realizar mudanças na cultura organizacional do SUS, que, historicamente, vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciar em detrimento da resolução na atenção básica, além de avaliar indicadores de impacto na saúde por meio de ações quantitativas em detrimento das qualitativas.

À medida que vai organizando e desenvolvendo seu processo de trabalho baseado no modelo apresentado pelo Ministério da Saúde, são vários os desafios que a equipe Nasf tende a superar: a participação do Nasf na rotina já estruturada das equipes de saúde da família; a compreensão do Nasf na composição da rede assistencial local; a superação da lógica curativista e individual – “ambulatório especializado na Estratégia de Saúde da Família”; a construção do cuidado à saúde a partir dos diversos saberes e a reorientação da formação dos profissionais de saúde em coerência com as necessidades da população, o que implica em transformar o processo tanto de graduação quanto de pós-graduação (BEZERRA et al., 2010).

Almeida (2003) afirma que é necessária a efetivação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde, que postulam a formação dos profissionais da saúde voltada para o sistema de saúde vigente no país, ou seja, para o SUS, tendo como eixos a atenção integral à saúde e o trabalho interdisciplinar.

É crescente o número de profissionais com diferentes formações que, iniciam atuação nos vários cenários de trabalho do SUS. Somam-se a estes, outros trabalhadores que já vêm, continuamente, enfrentando desafios tanto na área de gestão como na de assistência. Esses profissionais necessitam da articulação das instituições formadoras e dos diferentes níveis de gestão, de modo a possibilitar a construção de processos de educação permanente, oferecendo espaços de qualificação e reflexão crítica, diante dos problemas e desafios da Saúde Pública nos municípios e regiões (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Formar profissionais para atuar no sistema de saúde sempre foi um desafio. Trazer o campo do real, da prática do cotidiano de profissionais, usuários e gestores mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Na tentativa de superar esses desafios, um dos pontos cruciais e necessários é a realização de uma reflexão sobre a formação e o perfil dos profissionais que irão atuar frente a proposta do Nasf. Visto que é necessário enfatizar que, para desenvolver um cuidado a partir da interdisciplinaridade, não basta apenas focar no seu saber específico, é necessário habilidade e criatividade para construção de um campo comum através das trocas.

3.5 Ferramentas tecnológicas: novos dispositivos de atenção e gestão

O Nasf propõe repensar, transformar e apoiar a mudança da prática em saúde vivida pela equipe de saúde da família por longos anos. Sendo assim, para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho, o Ministério da Saúde dispõe de algumas ferramentas tecnológicas, que são tanto de apoio à gestão - como a pactuação de apoio - quanto de apoio à atenção - que são: clínica ampliada, apoio matricial, projeto terapêutico singular (PTS) e projeto de saúde no território (PST).

O MS delimitou a pactuação de apoio em duas atividades, são elas: avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, a equipes de saúde da família e os conselhos de saúde e a pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre os gestores, a equipe Nasf, a equipe de saúde da família e a participação social (BRASIL, 2009a).

O processo de avaliação da situação inicial do território acontece anteriormente à implantação do Nasf no município. Antes de definir como será composto o Nasf, quais os profissionais que serão contratados, é importante que o gestor coordene um processo de discussão, reflexão, análise e negociação com as equipes de saúde da família e com a população. Para conhecer o perfil epidemiológico, demográfico, doenças de maiores prevalências e identificar as temáticas e situações em que os profissionais da saúde da família mais precisam de apoio, é fundamental a participação da equipe e da população, pois estes são os atores que mais conhecem as necessidades locais.

A pactuação da organização e do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre os diversos atores é uma atividade de grande importância que deve ser sistemática e dinâmica, respeitando a singularidade de cada território. É importante que seja uma construção compartilhada e que os gestores coordenem esse processo. No intuito de pactuar a organização e de desenvolver o processo de trabalho, os gestores, profissionais das ENasf e equipe de saúde da família devem ter a definição de quais os/as:

- a) Objetivos a serem alcançados;
- b) Problemas prioritários a serem abordados;
- c) Critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos;
- d) Critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores.

Formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos (BRASIL, 2009a).

O Nasf dispõe ainda de ferramentas de apoio à atenção que buscam organizar e consolidar uma prática diferente da que foi desenvolvida e vivida pelos profissionais da APS

por longos anos. Dentre elas, temos o apoio matricial, que é a expressão prioritária na proposta do Nasc, visto que ele vem realmente para ser o apoio e complemento do processo de trabalho das equipes de referência, que são as equipes de saúde da família.

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram refletidos e propostos por Campos (1999), dentro de uma linha de pesquisa que tinha o intuito de reformar as organizações e o trabalho em saúde. Ele traz essa reflexão como uma metodologia de gestão do cuidado - dispositivos e novos arranjos organizacionais - que foi adotada em diversos serviços anteriores a sua incorporação na APS, justificando teoricamente sua construção e utilização.

Esses dispositivos são artifícios que são inseridos com o intuito de colocar em prática algum tipo de processo novo, ou seja, na implantação de programas assistenciais, eles vêm com o objetivo de provocar mudanças em traços da cultura institucional, ou até mesmo fortalecer ou modificar valores e crenças (CAMPOS, 1999). Este fato pode justificar a utilização da equipe de referência e do apoio matricial como dispositivos para desenvolver o trabalho em saúde no Nasc, pois esta proposta deseja mudanças na forma de fazer e promover a saúde no cotidiano junto às equipes de saúde da família.

São muitos os serviços de saúde que observam a necessidade de introduzir essa metodologia. Entretanto, de acordo com Campos (1999), em geral, a utilização é passageira, pontual em alguns aspectos e, na maioria das vezes, não altera a lógica hegemônica de funcionamento das organizações, quer seja na dimensão gerencial, quer seja na assistencial.

O desenvolvimento de uma prática de cuidado fortemente verticalizado, centralizador e sem trocas de saberes, onde o processo de trabalho é focado apenas em atingir parâmetros pré-estabelecidos e não na produção de saúde com qualidade, caracteriza um processo de trabalho individualizado e fragmentado, que pode, muitas vezes, transformar os trabalhadores em alienados e descomprometidos.

Sendo assim, alguns dos dispositivos que foram apresentados e utilizados em alguns serviços têm sido convocados para minimizar os efeitos desagregadores e alienantes da lógica organizacional. Na verdade, o que se busca é modificar o modo de fazer na dimensão gerencial e na gestão da atenção, estimulando a utilização no dia-a-dia de arranjos que incentivem novos padrões de inter-relação entre equipes e usuários (assumindo uma prática de cogestão) e ampliem o compromisso com a produção de saúde (CAMPOS, 1992).

Para Campos e Domitti (2007), a equipe ou o profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução do caso, seja ele individual, familiar ou

comunitário. No caso das equipes de saúde da família, elas encarregam-se da atenção ao longo do tempo.

Já o apoio matricial em saúde é considerado uma retaguarda especializada a equipes e profissionais que são responsáveis pela atenção a problemas de saúde. Este apresenta duas dimensões: oferece suporte técnico pedagógico e assistencial às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Uma equipe de apoio matricial é constituída por um ou mais profissionais que têm um núcleo específico e que irão apoiar equipes de referência em diversos processos (CAMPOS, 1999). Com relação à proposta do Naf na APS, observa-se que o apoio matricial deve ser constituído por um conjunto de profissionais de diferentes categorias, que tem o objetivo de apoiar as equipes de referência (equipes de saúde da família), no seu cotidiano.

O apoio matricial e a equipe de referência são metodologias que visam organizar o processo de trabalho no intuito de apresentar possibilidades de realizar um cuidado à saúde mais ampliado, através da garantia de espaços de diálogos e trocas entre vários profissionais. Segundo Oliveira (2008), o apoio matricial traz para o desenvolvimento do processo de trabalho novas possibilidades de trocas de diferentes saberes, proporcionando, assim, uma maior interação e, conseqüentemente, qualificação da rede de saúde.

Ainda de acordo com o autor, o objetivo da equipe ou profissional de apoio matricial é apoiar a equipe de referência na construção, reformulação e execução de um projeto terapêutico singular para o indivíduo ou coletivo que necessitem de algum cuidado à saúde – cuidado este difícil de ser realizado pela equipe de referência. Ele reflete, ainda, que esse arranjo evidencia e assegura a importância na troca de saberes e a ampliação das ofertas de ações e serviços na medida em que potencializa a ordem dos recursos disponíveis.

Segundo Campos (1999), existem duas formas para ocorrer contato entre equipe de referência e apoiadores. Uma delas seria através da garantia por parte dos atores de espaços de diálogos sistemáticos, sejam eles mensais, semanais ou quinzenais. A partir desses encontros, busca-se estabelecer uma rotina em que sejam discutidos os casos considerados de difícil resolução para a equipe de referência, procurando sempre de forma compartilhada construir as possíveis intervenções e resoluções. Ele refere-se, ainda, à importância de serem discutidos alguns temas teóricos e clínicos que favoreçam a prática de ambos os profissionais. A segunda forma seria, além desses encontros acordados e em casos de urgência, o profissional de referência poder acionar o apoio matricial, pactuando entre eles as diferentes maneiras - por mensagens eletrônicas, contatos telefônicos, dentre outros.

Trazendo essa proposta metodológica para a prática do Nasf junto às equipes de saúde da família, observa-se que os profissionais que compõem o núcleo são especialistas, detentores de um saber específico (núcleo) e de um perfil diferenciado dos profissionais da equipe de saúde da família, que tem o objetivo de apoiá-los na resolução dos casos considerados complexos, construindo com agregação de conhecimentos e recursos um cuidado à saúde mais qualificado. O Nasf aposta e acredita na utilização do apoio matricial como uma estratégia que implementa um novo arranjo com a intenção de se produzir cuidado à saúde de uma forma diferenciada, com outro olhar, minimizando a prática centralizadora das profissões, estimulando uma organização de processo de trabalho, corresponsabilizando equipes e permitindo que a produção da saúde seja baseada em trocas de saberes.

A ferramenta do apoio matricial estimula o projeto terapêutico para que este seja sempre construído de forma compartilhada e integrada. Campos (1999) ressalta que a articulação entre equipe de referência e apoiadores matriciais pode desenvolver-se em três planos, são eles:

- a) Atendimentos e intervenções compartilhadas entre os apoiadores e profissionais da equipe de referência;
- b) Intervenção específica do apoiador matricial, desde que este, junto com a equipe de referência, identifique a necessidade da intervenção do seu núcleo de saber;
- c) Troca de experiências e conhecimentos entre apoiadores e equipe de referência, favorecendo avaliações em conjunto, diálogos e mudanças de práticas.

Com relação ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) apresentado como uma das ferramentas tecnológicas que podem ser utilizadas no processo de trabalho do Nasf, a garantia de espaços de diálogos entre a equipe Nasf e as equipes de saúde da família para desenvolver um cuidado mais ampliado foi priorizada por ele, tornando-se um dispositivo rico, visto que a intenção de se discutir casos em equipe pode ser um recurso clínico e gerencial importantíssimo, pois as construções, intervenções e avaliações são sempre feitas em conjunto (BRASIL, 2009a).

Oliveira (2008) afirma que o PTS pode ser considerado como um arranjo operador e gestor de cuidado, em que há cooperação, trocas e compartilhamento de saberes centrados no usuário. É o momento onde os sujeitos que fazem parte do processo trazem para discussão desejos, crenças, valores, projetos, ideologias, interesse, visão de mundo e subjetividade.

O PTS é um conjunto de comportamentos, procedimentos e condutas terapêuticas articuladas e integradas, desenvolvido para um indivíduo e/ou coletivo, proveniente de uma discussão compartilhada de uma equipe interdisciplinar, que pode ser realizado com apoio

matricial se necessário. Este projeto, frequentemente, é desenvolvido quando existe um caso complexo (BRASIL, 2009a). O interessante é que a sua construção não é feita baseada apenas em saberes clínicos e diagnósticos, há a busca, além disso, do subjetivo, do contexto de vida das pessoas e da coletividade.

Merhy (1998) afirma que o projeto terapêutico deve ser um instrumento que responda às demandas objetivas e subjetivas, ou seja, vai além da clínica e tem como foco principal a busca pela produção de autonomia do sujeito ou coletividade e apropriação de seu processo de cuidado.

Com o intuito de garantir a elaboração e operacionalização de um PTS, a proposta é que o projeto seja direcionado com base em alguns eixos norteadores: a centralidade na pessoa, a articulação e parceria entre equipe e usuário, a articulação dos recursos do território nas ações executadas, a priorização do contexto da pessoa, a construção compartilhada e integrada, além da definição de metas com duração previamente acordada (MÂNGIA et al., 2006).

O PTS apresenta-se como um momento no qual os atores que fazem parte do processo trazem suas opiniões, sugestões e experiências. Assim, eles podem favorecer a compreensão do sujeito ou coletividade que apresentam alguma demanda de saúde e, a partir daí, iniciar a construção de atividades e ações. O PTS desenvolve-se em quatro momentos, apresentados nos parágrafos a seguir:

No diagnóstico, realiza-se uma avaliação e busca-se uma fotografia dos aspectos que há no caso, seja ele individual ou coletivo. É importante conhecer desde os aspectos objetivos até os mais subjetivos, visando favorecer a construção singular e a resolução do problema apresentado. A equipe, em conjunto, precisa compreender como o sujeito singular vive diante da vida e da situação de adoecimento, como e quais são os seus desejos, interesses, limites, potencialidades, crenças e valores culturais. Desta forma, aumentam as possibilidades dos profissionais desenvolverem o PTS que responda às reais necessidades dos sujeitos, estes precisam sempre fazer parte do processo de construção.

Na definição de metas, é o momento em que, a equipe inicia um trabalho claro de definição das propostas a partir dos problemas encontrados. Vale salientar que essas metas podem ser a curto, médio e longo prazo e devem ser acordadas entre as pessoas envolvidas no processo.

Na divisão de responsabilidades, é o espaço onde serão definidos os responsáveis por determinadas ações é tão importante quanto definir tarefas. É interessante escolher os profissionais que serão responsáveis pelas ações e reavaliações.

Por fim a avaliação é a etapa em que se avalia se o PTS evoluiu ou se houve problemas e o que não foi possível ser feito, para, a partir daí, fortalecer as ações que deram certo e modificar ou corrigir os rumos tomados (OLIVEIRA, 2007).

Construir e utilizar protocolos - parâmetros rigorosos na operacionalização do PTS - pode favorecer normatizações que se distanciam da particularidade que a proposta tanto prioriza. No entanto, é necessária a criação de um roteiro para apoiar a equipe quanto à direcionalidade na construção e efetivação do projeto. Aponta-se, assim, a necessidade de fazer-se um diagnóstico inicial, que levante todos os aspectos envolvidos no caso. Posteriormente, é importante a negociação de metas a serem cumpridas, além da clareza na divisão de responsabilidades quanto às tarefas a serem desenvolvidas. Por fim, é necessário que se faça avaliação (OLIVEIRA, 2007).

Frente à mudança quanto à organização e o desenvolvimento de práticas voltadas para a produção de saúde mais integral, em que se busca atingir o conceito ampliado de saúde, propõem-se o desafio de definir estratégias que integrem e inter-relacionem os diversos planos de cuidados que surgem em um território. Dentre os dispositivos que têm o objetivo de superar esses desafios, está o Projeto de Saúde no Território (PST), que é mais uma das ferramentas tecnológicas apresentadas pelo MS para organizar e desenvolver o processo de trabalho do Nasf no território.

O PST é uma estratégia que deve ser desenvolvida de forma compartilhada pela ENASF e ESF, baseada em ações de produção da saúde em um território, com foco na articulação intersetorial, de forma a estimular a autonomia dos indivíduos e das comunidades (BRASIL, 2009a).

O PST, assim como o projeto terapêutico singular, apresenta fases que são importantes para o seu desenvolvimento, ou seja, é necessária a identificação de uma área e/ou situação de risco - é importante deixar claro que é necessária a compreensão de todo contexto e subjetividades e não apenas de características clínicas. A partir daí, são definidos os objetivos das equipes em relação à situação encontrada, estabelecidas as ações para alcançar os objetivos e identificados quais os atores e instituições que podem contribuir e responsabilizar-se pelo projeto. É evidente que o PST estimula o fortalecimento do cuidado integral, visto que propõe trabalhar as ações articuladas entre a clínica, a vigilância em saúde e a promoção da saúde (BRASIL, 2009a).

A outra ferramenta tecnológica apresentada que deve ser utilizada no cotidiano do trabalho da ENasf é a Clínica Ampliada – ela é caracterizada por estimular o desenvolvimento de ações baseadas em articulações de diversos enfoques e disciplinas. Ela estimula práticas

baseadas no compartilhamento de saberes, experiências, condutas e procedimentos. Evidencia também, em alguns momentos e situações singulares, a necessidade de uma escolha, de um enfoque em um núcleo e em uma determinada disciplina, deixando claro que isso não nega a necessidade de construir-se um campo comum frente ao cuidado (BRASIL, 2009b).

A Clínica Ampliada, se utilizada da maneira como apresenta sua teoria, mostra-se um potente e resolutivo dispositivo no âmbito da gestão de serviços e nas redes de saúde. Ampliar clínica pode significar construir processos de trabalho em saúde, através de relações compartilhadas, corresponsabilizadas e conjuntas entre serviços, profissionais e usuários (BRASIL, 2009b).

A clínica ampliada não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar, mas visa integrar e articular as diversas disciplinas existentes, no intuito de potencializar uma prática em saúde mais complexa que minimize a fragmentação do processo de trabalho. Ela engloba em sua proposta eixos fundamentais, tais como: compreensão do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho, transformação dos meios ou instrumentos de trabalho e suporte para profissionais de saúde.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O pesquisador das questões da saúde não está fora da realidade que investiga. O real que ele conhece é aquele que ele realiza, e sua objetividade é uma construção. [...] Não somente o objeto é por ele construído, mas ele próprio se constrói no labor da pesquisa. [...] A realidade aí encontrada como todo o social é infinitamente mais rica, mais dinâmica, mais complexa do que qualquer discurso científico sobre ela. [...] A ciência que a aborda não a captura, ela apenas indica a direção e a organização intelectual segundo a qual se pode ter maior certeza da aproximação do real (MINAYO, 2000, p. 250).

Com o desejo de alcançar os objetivos propostos pelo estudo, optou-se, na construção da pesquisa, por formas de coleta e análise de dados que permitissem compreender como se deu a organização e o desenvolvimento do cuidado à saúde pelo Nasf nos diferentes contextos.

4.1 Delineando o tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, com a realização de uma análise a partir de múltiplos casos que, segundo Yin (2005), “permite generalizar com mais confiança os resultados de uma pesquisa, comparando com caso único”.

Neste estudo, os casos foram definidos considerando o desenvolvimento e a organização do Nasf em três municípios da Região Metropolitana de Recife. A realização do estudo utilizando uma abordagem qualitativa remete ao envolvimento com diversas fontes de dados, tais como: observação do cotidiano, historiar as experiências através de relatos e/ou entrevistas e grupos focais.

É o estímulo do trabalho com o dia a dia, a valorização dos significados em detrimento da frequência dos fatos, a busca pela singularidade e especificidade com o objetivo de encontrar padrões, sem se fixar ao modelo teórico. Isso cria a possibilidade de chegar às hipóteses através dos dados coletados e a partir da sensibilidade e capacidade do pesquisador de interpretá-los (TOBAR; YALOUR, 2001).

Empregar a abordagem qualitativa permitiu ir além da leitura aparente do fenômeno, uma vez que esse tipo de estudo permite identificar, segundo Minayo (2004), “os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes resultantes da ação humana objetiva, apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação das pessoas que vivem em determinada situação”.

4.2 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de fevereiro de 2010 a dezembro de 2013.

4.3 Área do estudo

O estudo foi realizado em três municípios do Estado de Pernambuco - Camaragibe, Recife e Olinda, considerando que:

- a) O Município de Recife é a capital do estado e os outros dois analisados que foram pioneiros na implantação do Nasf em Pernambuco (Camaragibe e Olinda);
- b) São municípios que estão localizados na Região Metropolitana do Recife (RMR), existindo, assim, uma rede de saúde que possa estruturar e integrar as ações de atenção à saúde do usuário.

Figura 1 - Mapa referente aos municípios da Região Metropolitana do Recife.



Fonte: Geografia do Recife (REGIÃO..., 2013).

4.4 Sujeitos do estudo

Constituem-se os sujeitos do estudo os profissionais das equipes do Nasf e os gestores (coordenadores e/ou ex-coordenadores da atenção básica do município).

Foi selecionada junto aos coordenadores da atenção básica uma equipe de Nasf de cada município, a partir de alguns critérios pré-estabelecidos, tais como:

- a) A equipe Nasf ter pelo menos dois anos de atuação;
- b) Baixa rotatividade de profissionais;
- c) As equipes terem um processo de trabalho mais sistematizado;

A seleção da amostra buscou atender aos critérios de uma abordagem qualitativa, que deve preocupar-se com o aprofundamento e abrangência da compreensão da política, definir claramente o grupo social mais relevante para a pesquisa e privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, de modo que a escolha do grupo de informação contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (MINAYO, 1998).

O quadro 2 apresenta o quantitativo de sujeitos que participaram da pesquisa nos grupos focais e entrevistas:

Quadro 2 - Distribuição de participantes da pesquisa em grupos focais e entrevistas.

Municípios	Grupos Focais (GF)	Número de sujeitos no GF	Categorias profissionais	Entrevistas
Camagibe	1 EqNasf	4	Fisioterapeuta Nutricionista Assistente social Psicólogo	1
Recife	1 EqNasf	4	Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Assistente social Psicólogo	1
Olinda	1 EqNasf	5	Fisioterapeuta Nutricionista Assistente social Psicólogo Farmacêutica	1
Total	3 GF	13		3

Fonte: Elaborado pela autora

4.5 Instrumento de coleta e análise dos dados

Diante da necessidade de se obter diversas informações para embasar o estudo e potencializar as reflexões, utilizou-se a triangulação de métodos para coleta de dados que, conforme Minayo et al. (2005, p. 71) afirma:

[...] não é um método em si, mas uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares e que deve ser escolhida quando contribuir para aumentar o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar.

Portanto, foram utilizadas, simultaneamente, diversas técnicas de coletas, fontes de dados e modalidades de análise, sendo elas: análise documental, entrevistas e grupos focais.

Para uma melhor apresentação das etapas da realização da pesquisa, as técnicas de coleta e estratégias de análises utilizadas serão apresentadas de acordo com os objetivos propostos nesse estudo, assim:

4.5.1 Em relação ao 1º objetivo específico

Para obter informações relevantes que pudessem subsidiar a compreensão e descrição do microcontexto de implementação do Nasf nos municípios de Camaragibe, Olinda e Recife, utilizaram-se duas fontes de dados: primária, através de entrevistas com os gestores, e secundária, através de documentos.

A pesquisa documental é considerada por Tobar e Yalour (2001) um tipo de pesquisa que é feita a partir de documentos pertencentes a órgãos públicos e/ou privados de qualquer natureza, ou com pessoas.

Para Godoy (1995), a pesquisa documental é aquela realizada com base em documentos e/ou com pessoas, mediante registros, atas, circulares, jornais, revistas, ofícios, relatórios, entre outros tipos de documentos. Nessa modalidade de pesquisa, é feito o exame e o tratamento analítico desses documentos escritos. Considerando-se os aspectos destacados, realizou-se um trabalho minucioso no acervo documental, disponibilizados em meio eletrônico e impresso pelas secretarias municipais de saúde dos municípios.

Na análise documental, buscou-se verificar as seguintes questões: O retrocesso de alguns anos para identificar se o município, anteriormente à criação do Nasf, apresentava alguma proposta que incluísse outras categorias profissionais junto à ESF. Além de identificar aspectos que podem ter influenciado o contexto de implementação do Nasf.

Os documentos oficiais e os documentos públicos foram coletados no período de fevereiro a julho de 2013. Foram programadas a coleta e a análise de uma lista de documentos referentes ao período de 2001 a 2013. Assim chegou-se a um total de 39 documentos. Os documentos que fizeram parte da análise deste estudo estão listados no quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição dos documentos analisados por município.

Municípios	Documentos analisados	Total
Camaragibe	Planos Municipais de Saúde (PMS): 2001-2005/ 2006-2009/ 2010-2013.	03
	Relatórios Anuais de Gestão (RAG): 2003-2004-2005 e 2007-2012.	09
	Projeto de implantação do Nasf, Protocolo de práticas e ações.	02
Recife	Planos Municipais de Saúde (PMS): 2002-2005/ 2006-2009/ 2010-2013.	03
	Relatórios Anuais de Gestão (RAG): 2001-2012.	11
	Projeto de implantação do Nasf, desenho de processo de trabalho.	02
Olinda	Planos Municipais de Saúde (PMS): 2001-2005/ 2006-2009/ 2010-2013.	03
	Relatórios Anuais de Gestão (RAG): 2008-2012.	05
	Projeto de implantação do Nasf.	01
Total		39

Fonte: Elaborado pela autora.

Além dos documentos, foram realizadas, ainda, entrevistas com os gestores municipais, com o objetivo de aprofundar a discussão da implementação do Nasf.

Com relação à entrevista, Kvale (1996) afirma que: “entrevistar é uma atividade que está mais próxima da arte do que dos métodos sociais padronizados”.

A entrevista, dependendo da forma como se escuta e pergunta-se, permite que o entrevistador obtenha descrições das experiências vividas pelo entrevistado, a partir da interpretação dos significados dos fatos apresentados.

Em pesquisa qualitativa, a entrevista representa um dos principais instrumentos de que dispõe o investigador para a coleta de dados (TRIVIÑOS, 1992). Por isso, foi importante utilizar o método da entrevista nesta etapa, pois, além de complementar a análise documental, foi um momento de inter-relações e de conversa, cujo objetivo foi refletir sobre uma temática de interesse mútuo, possibilitando o surgimento do conhecimento a partir do diálogo.

A entrevista teve um foco particular, foi semiestruturada e guiada por um roteiro (Apêndice A) que incluía temáticas relacionadas ao Nasf. Previamente, foram agendadas as datas e as horas com os gestores e o tempo de duração das entrevistas variou entre 60 e 90 minutos. Durante as entrevistas, foram feitas anotações em um diário de campo – o tipo de comunicação do momento, expressões e gestos que possibilitaram complementar a análise. Tudo ocorreu com conhecimento e consentimento dos entrevistados, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Todas as entrevistas realizadas durante a fase de campo da pesquisa foram gravadas em meio digital, transcritas textualmente e qualificadas. Para facilitar a leitura do material, a organização dos dados e a construção das ideias centrais abordadas, utilizou-se como auxílio o Software Atlas-ti 5.0., que permitiu a criação e identificação das categorias e subcategorias de análise.

Para interpretação e sistematização dos elementos contidos nos documentos e entrevistas, utilizou-se como técnica de análise a Condensação de Significados, conforme Kvale (1996).

A técnica consiste na sistematização de significados encontrados no conteúdo, em especial, de entrevistas e documentos analisados. Tais significados são descritos de forma condensada, sem prejuízo de sua essência (quadro 4). Esta técnica prevê os seguintes momentos:

- a) Serão definidos os temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível;
- b) Será feito o questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo;
- c) Será realizada uma descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa.

Quadro 4 - Condensação de significados com unidades naturais de análise, seus temas centrais e a descrição essencial.

Questão de Pesquisa	
Unidades Naturais de Análise	Temas Centrais
<p>1. Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa.</p> <p>Unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos.</p>	<p>1. Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, da forma mais simples possível.</p> <p>São categorias conceituais</p>
<p>Descrição Essencial da questão de pesquisa - Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.</p>	

Fonte: Adaptado de Kvale (1996).

É importante considerar que, a partir do microcontexto, pode-se caracterizar o ambiente social e político em que a proposta do Nasf foi elaborada e operacionalizada –

possivelmente, em uma realidade multifacetada, na qual diversos aspectos interagem em uma conjuntura particular, influenciando todo o processo e dando, assim, um significado histórico e explicativo para a proposta.

Para aprimorar a análise e compreensão do contexto de implementação do Nasf, buscou-se verificar de forma ampliada as características e os aspectos sociais, demográficos, tecnológicos, sanitários e epidemiológicos nos municípios estudados. Sendo assim, utilizaram-se como referência algumas das categorias de análise do microcontexto de Araújo (2000), em que buscam abarcar os aspectos setoriais da política em questão

Para complementar a análise do contexto municipal em que se implementou o Nasf, buscou-se identificar os aspectos setoriais da proposta em questão a partir:

- a) **Do panorama epidemiológico e de organização dos serviços de saúde:** dados de morbimortalidade; a rede de serviços de saúde disponível no município com ênfase na APS; existência de normas, protocolos, parâmetros e fluxos para a organização dos serviços de saúde.
- b) **Do âmbito político do Nasf:** aspectos históricos, modelo de atenção do município, motivação para criação da proposta do Nasf no município; diretrizes, linha de ação e concepção que norteia a proposta Nasf; processo de formulação e relação entre as esferas de governo.

4.5.2 Em relação aos 2º e 3º objetivos específicos

Com o intuito de analisar e refletir sobre como se dá a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes e de sistematizar as configurações de Nasf dos municípios estudados, foi desenvolvida a técnica do grupo focal. De modo complementar, alguns aspectos foram obtidos a partir das entrevistas com os gestores e análise dos documentos, tais como: projeto Nasf e protocolos de práticas e ações quando existentes.

O grupo focal é uma técnica que permite a coleta de dados a partir de rodas de conversas coletivas entre diversos atores, que apresentam características comuns de trabalho, de desejos e afetos. Diante desses grupos, é possível verificar experiências, linhas, crenças, atitudes, opiniões e reflexões, além de valores dos participantes que favoreçam uma análise detalhada de informações abstraídas de uma discussão e/ou interação do grupo (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Ainda de acordo com os mesmos autores, na interação grupal, as expressões dos participantes são facilmente identificadas, pois os comentários de alguns sujeitos podem fazer surgir reflexões e opiniões de outros, sendo possível, ainda durante o grupo focal, perceber não somente “o quê” pensa os atores, mas também “o porquê” de eles pensarem assim.

Segundo Dawson et al. (1993), na técnica de grupo focal, acontece a discussão, que coloca em conjunto pessoas com características ou experiências em comum para discutirem um tema específico de interesse para o pesquisador. Os participantes são guiados por um moderador ou facilitador que introduz o tópico para discussão e ajuda o grupo a participar. É interessante que o pesquisador defina o real objetivo do grupo para não gerar confusão, frustração, perda de tempo e resultados não desejados ou incorretos.

Os moderadores das discussões têm como objetivo estimular e viabilizar a participação dos sujeitos no grupo, servindo de apoio para que todos possam expressar suas opiniões, entendimentos, angústias, desejos e prazeres a respeito do tema proposto, sempre com foco nas questões mais pertinentes.

Visto que há a intenção de compreender o desenrolar da organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf e considerando essas características, a técnica do grupo focal foi ideal e adequada para responder aos objetivos propostos por esta pesquisa. O interesse encontra-se, ainda, em a estratégia do grupo focal gerar momentos onde a discussão de um determinado aspecto provoca a capacidade de autoanálise do trabalho desenvolvido pelos sujeitos em questão.

De acordo com Trad (2009), vários aspectos devem ser considerados no momento do planejamento e realização do grupo focal, dentre eles: recursos, número de participantes e de grupos a serem realizados, perfil e seleção dos participantes, tempo de duração.

Com relação aos **recursos**, a autora menciona que: as sessões devem ser feitas em espaços adequados, que comportem o número de participantes, com a escolha, preferencialmente, de um local de fácil acesso e neutro, que minimize qualquer tipo de interferência.

Número de participantes e tempo: o número pode variar entre seis e quinze participantes, a técnica pode ser desenvolvida entre 90 e 110 minutos no máximo. Já Krueger (1996) afirma que o número de participantes de um grupo focal é condicionado por dois fatores: deverá ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor suas ideias e grande o bastante para que os participantes possam vir a fornecer consistente diversidade de opiniões. Sendo assim, ele conclui que uma sessão deve ser composta por, no mínimo, quatro e, no máximo, doze pessoas.

Perfil dos participantes: de acordo com a autora, os participantes devem possuir características comuns no que refere ao conhecimento do tema do estudo, não significando homogeneidade quanto à opinião e/ou percepção sobre a temática.

Seleção dos participantes: após a definição do perfil do grupo e dos critérios de inclusão, selecionam-se os participantes. A seleção pode ser intencional, de acordo com o objetivo da pesquisa, e pode ser precedida por consulta com informantes-chaves, estes podem ser indicados por coordenadores, pelos pesquisadores e chefes locais. No entanto, é necessário cautela, para que a seleção não seja tendenciosa.

A partir da leitura desses elementos, foram definidas quais seriam as equipes de Nasf que participariam dos grupos focais. Portanto, a escolha foi feita de forma intencional, ou seja, a pesquisadora, em consenso com a coordenação do Nasf de cada município, selecionou a equipe.

Definiram-se as equipes a partir de critérios pré-estabelecidos e apresentados no tópico “sujeitos da pesquisa”. Dessa forma, buscou-se manter em sigilo as equipes que participaram do estudo, com o objetivo de resguardar a privacidade das declarações que cada profissional fez durante a realização dos grupos.

O número de participantes das equipes nos grupos focais variou entre 4 e 5 pessoas e o tempo de duração das sessões variou entre 100 e 140 minutos. Buscou-se adequar as realizações dos grupos a partir dos parâmetros apresentados por Trad (2009), pois se acredita que o elevado número de sujeitos e um tempo muito acima de 110 minutos podem comprometer a dinâmica do grupo e o alcance dos resultados.

Foram formados três grupos focais, um de cada município. O objetivo foi analisar a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho dos três municípios estudados. Para apresentação dos resultados nos recortes dos discursos que se referiam aos participantes dos grupos, foram utilizados codinomes. Os trechos de falas dos grupos focais estão identificados da seguinte forma:

- a) (GFA) - Grupo Focal município A;
- b) GFB - Grupo Focal município B;
- c) GFC - Grupo Focal município C.

Buscando preservar o anonimato dos municípios, o registro e a identificação dos grupos focais não seguem a mesma ordem em que foram apresentados os contextos municipais.

No intuito de garantir fidedignidade na coleta dos dados, a discussão realizada no grupo foi gravada, filmada e, ainda, realizou-se registro no diário de campo, tudo ocorreu com

conhecimento e consentimento dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

4.5.3 Fases da formação e realização do grupo focal

Primeiro momento: Foram realizadas visitas às Secretarias Municipais de Saúde de cada município, a fim de apresentar o objetivo da pesquisa e definir, em conjunto com os coordenadores do Nasf e/ou atenção básica, as equipes que participariam da pesquisa. Após definição das equipes e com a data e a hora agendadas, os pesquisadores³ foram até as unidades de saúde onde os profissionais atuam. Sendo assim, apresentou-se o estudo e a técnica utilizada para a coleta de dados e os profissionais foram convidados para participarem da pesquisa.

Foi agendado o encontro para realização do grupo focal e a equipe de pesquisa sugeriu que os profissionais indicassem os locais, desde que tivessem as condições adequadas para a realização da sessão de um modo que fosse conveniente para todos.

Segundo momento: Este momento refere-se à realização do grupo focal. Inicialmente, foi feita a checagem dos equipamentos de gravação e filmagem. Iniciada a sessão, a mesma foi identificada com local, data, hora, número do grupo e quantidade de participantes. Posteriormente, foi explicado para o grupo como seria a metodologia da discussão e foram apresentadas as questões relacionadas ao objeto desta investigação, com base no marco teórico conceitual utilizado no estudo.

Para realizar o grupo focal, seguiu-se um roteiro de temas (Apêndice D) e utilizou-se uma metodologia com o objetivo de apresentar “o que fazem” e “como fazem”, elencando as ações e práticas desenvolvidas pelos profissionais do Nasf, além da construção de um fluxograma que refletisse o processo de trabalho a partir das discussões no coletivo.

Westphal (1992) afirma que o roteiro da discussão pode ser composto por um rol de questões abertas com foco nas temáticas de interesse e em coerência com os objetivos da pesquisa, considera, ainda, que tal roteiro serve como guia para o moderador coordenar a discussão.

Com a necessidade de detalhar as informações, as equipes que participaram dos grupos focais foram convocadas a construírem um fluxograma do seu processo de trabalho a

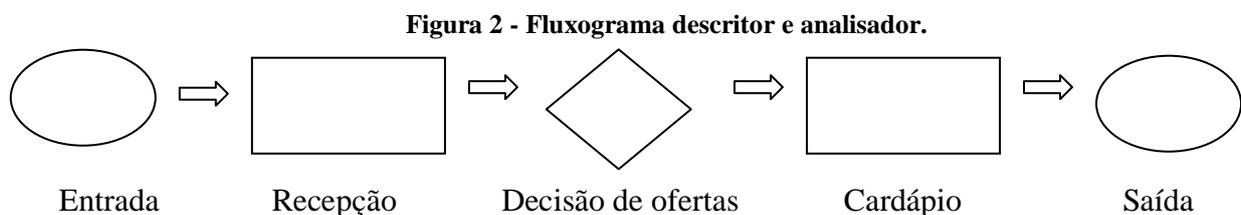
³ Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora principal (moderadora) e dois assistentes de pesquisa, que fazem parte do Grupo de Estudos em Redes Integradas de Saúde (GERIS) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- FIOCRUZ. Os assistentes de pesquisa têm aproximação com a temática e discutiram o roteiro utilizado com o objetivo de facilitar o desenvolvimento do grupo.

partir de um caso clínico fictício. Sendo assim, a construção do fluxograma descritor nesta pesquisa objetivou possibilitar uma melhor visualização das informações colhidas através dos grupos focais, pois havia a intenção de entender como se dava o processo de trabalho das equipes Nasf e das equipes de saúde da família, tanto no discurso quanto na prática.

O fluxograma descritor foi definido como a “representação gráfica do processo de trabalho que ajuda a analisar o caminho percorrido pelo paciente na busca pela assistência à saúde” e tem sido utilizado em vários estudos como uma ferramenta importante para análise dos fluxos assistenciais (caminho percorrido pelo usuário) e dos processos de trabalho (modo de organização e implementação das diversas práticas profissionais e modo como se inter-relacionam) no âmbito dos serviços de saúde (BARBOZA; FRACOLLI, 2005; CHAKKOUR, 2001; FRANCO, 1999).

O fluxograma é representado por três símbolos convencionados universalmente: a elipse representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços; o losango indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho; e o retângulo diz respeito ao momento de intervenção, ação sobre o processo (FRANCO, 2003b).

Nesse sentido, Merhy (2002) considera que quaisquer serviços e ações assistenciais de saúde - no caso desse estudo, o Nasf - podem ser enquadrados na sequência mostrada pelo diagrama resumido, apresentado na Figura 2.



Fonte: Franco (2003b).

Logo após a realização de cada grupo, buscou-se rever e preparar os dados para análise, avaliando a sessão através de uma avaliação do grupo focal (DEBUS; NOVELLI, 1997). Nessa etapa, foi checado se os principais aspectos foram discutidos e se os resultados refletem os objetivos.

As falas produzidas nas sessões dos grupos focais de cada município foram transcritas, qualificadas e preparadas para análise do produto do texto, utilizou-se também o Software Atlas-ti 5.0 como auxílio.

Para a análise do conteúdo dos grupos focais, foram tomados como referência os modelos de análise de entrevistas apresentados por Kvale (1996). O mesmo apresenta cinco

principais tipos de análise, optou-se pela condensação de significados, por ser este considerado o mais adequado aos propósitos do estudo.

As principais categorias de análise identificadas previamente foram: a proposta Nasf; a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf; as ferramentas tecnológicas do Nasf; os aspectos favoráveis e desfavoráveis para a organização da proposta; as mudanças identificadas a partir da implementação do Nasf; e as sugestões para aprimoramento da proposta.

As categorias de análise refletem os temas da discussão durante todo período do estudo. No entanto, algumas categorias emergiram no momento da análise dos grupos focais e dessas categorias principais surgiram várias subcategorias, que foram apresentadas no quadro 5.

Quadro 5 - Categorias e subcategorias de análises.

(continua)

CATEGORIAS CHAVE	SUBCATEGORIAS
Proposta NASF	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo do Nasf • Formas de atuação do Nasf • Diretrizes do Nasf • Coerência com marco legal
Organização e desenvolvimento do processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresso de profissionais/sensibilização • Conhecimento e diagnóstico de território • Criação de protocolo • Definição de atividades • Número de equipes apoiadas • Estrutura • Relação Nasf x ESF • Relação Nasf x outros serviços • Relação Nasf x gestão • Avaliação da proposta
Ferramentas tecnológicas (FT)	<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão sobre FT • Uso das FT • Apoio matricial • Clínica ampliada • PTS • PST
Mudanças/resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Transformação da prática da equipe • Compreensão da proposta • Melhoria dos indicadores de saúde
Aspectos favoráveis/potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> • Integração da equipe • Interdisciplinaridade • Comunicação entre os serviços • Criação da coordenação Nasf • Relação com a ESF

Quadro 5 - Categorias e subcategorias de análises.

(conclusão)

CATEGORIAS CHAVE	SUBCATEGORIAS
Aspectos desfavoráveis/obstáculos	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento da proposta • Atenção à saúde voltada para o assistencial • Falta de integração entre Nasf x ESF • Perfil profissional • Ausência de comunicação com a gestão • Inexistência de qualificação • Falta de estrutura e cobertura das equipes de saúde da família
Sugestões	<ul style="list-style-type: none"> • Relação com gestão • Melhorar infraestrutura • Salário • Prática assistencial • Redução do número de equipes • Fortalecimento da equipe • Avaliação

Fonte: Elaborado pela autora

O quadro 6 apresenta uma síntese das fontes e técnicas de análises utilizadas para responder aos objetivos desta pesquisa.

Quadro 6 - Matriz geral das fontes, instrumentos e técnicas de análises da pesquisa.

OBJETIVOS DA PESQUISA	FONTE DE DADOS	TÉCNICA DE ANÁLISE
Descrever o microcontexto de implementação do Nasf nos municípios do estudo.	<ul style="list-style-type: none"> • Dados primários: entrevista gestor • Dados secundários: documentos em meio magnético e impresso 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de análise apresentados por Kvale – condensação dos significados.
Analisar a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf;	<ul style="list-style-type: none"> • Dados primários: grupo focal 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de análise apresentados por Kvale – condensação dos significados.
Sistematizar as configurações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.	<ul style="list-style-type: none"> • Dados primários: grupo focal 	<ul style="list-style-type: none"> • Fluxograma descritor • Condensação dos significados.

Fonte: Elaborado pela autora

4.6 Considerações éticas

Para cumprir os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa intitulado “A organização e o desenvolvimento da atenção à saúde pelo núcleo de apoio à saúde da família” foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro

de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz/PE e obteve a aprovação sob o Parecer nº 029/2012 (Anexo A).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B e C), no qual deram o consentimento para sua inclusão na pesquisa.

As Secretarias Municipais de Saúde de Camaragibe, Recife e Olinda foram informadas e autorizaram, formalmente, o projeto através de uma Carta de Anuência Institucional (Anexo B, C e D).

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em três blocos, em conformidade com os objetivos do estudo.

5.1 Microcontexto da implementação do Nasf

Para o melhor entendimento do microcontexto da implementação do Nasf nos municípios estudados, foi necessário recuperar, historicamente, os períodos anteriores à criação da proposta pelo Ministério da Saúde, para elucidar o motivo, os fatos e/ou as experiências que possam ter influenciado na organização e no desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf. Sendo assim, serão descritos abaixo aspectos demográficos, socioeconômicos, situação de saúde (perfil epidemiológico), organização da rede de atenção, diretrizes, concepções e linha de ação da proposta Nasf por município estudado.

5.1.1 Camaragibe

5.1.1.1 Aspectos demográficos, socioeconômicos e de infraestrutura do período de implantação do Nasf

O município é totalmente urbano, segundo estimativas do IBGE (2013). Ele apresenta uma população de 141.373 mil habitantes para o ano de 2008 - 48,6% compostos por homens e 51,4% por mulheres - com uma esperança de vida ao nascer de 70,66 anos. A densidade demográfica do município é de 2.522 hab/Km².

De acordo com informações contidas nos documentos analisados, observou-se que a população deste município encontra-se distribuída em duas áreas: uma considerada o centro, em que se encontra a maior parte dos munícipes, e outra área, apesar das características rurais, urbana - esta área é habitada por uma população de maior renda, em contraste com a maioria dos que residem no município, predominantemente uma população de baixa renda, assentada em áreas de risco (CAMARAGIBE, 2008a).

Com relação aos aspectos econômicos, verificou-se que estes são voltados para o comércio, informal em grande parte. Tais aspectos compreendem, ainda, um conjunto de atividades que pode ser denominado complexo agroecoturístico - representado pelas

atividades agropecuárias e turísticas de ramos diversos, tais como o ecoturismo e o artesanato, que também contabiliza para economia do município (CAMARAGIBE, 2008a).

No que refere à infraestrutura, o município apresenta algumas deficiências na oferta de serviços públicos, sendo os principais problemas identificados: o esgotamento sanitário, a drenagem, o abastecimento de água e a coleta de lixo (CAMARAGIBE, 2008a).

No que diz respeito ao destino do lixo, verificou-se que 94,8% dos domicílios particulares permanentes contam com sistema de coleta. Os 5,2% dos domicílios restantes realizam a queima, enterram ou dão outros destinos (IBGE, 2010).

Em relação ao tipo de abastecimento de água, observou-se que a maior parte dos domicílios está ligada à rede geral de abastecimento de água – 81,8%. O restante, 18,2%, tem como forma de abastecimento a utilização de poço, nascente ou outras formas não especificadas (PERNAMBUCO, 2013).

Na proporção de moradores por tipo de instalação sanitária, os dados demonstram que 47,2% utilizam fossa rudimentar, 20,8% fazem uso de rede geral de esgoto ou pluvial e 20,3% utilizam fossa séptica (PERNAMBUCO, 2013).

5.1.1.2 Situação de saúde – Perfil epidemiológico

A descrição do perfil epidemiológico do município foi realizada a partir dos dados do ano de 2008, ano em que a proposta Nasf foi implantada. Neste perfil, foram descritos os principais indicadores que, possivelmente, foram considerados como informações importantes para formulação, implantação e implementação de políticas, programas e estratégias para responder à necessidade da população.

Em relação à natalidade, verificou-se que o número de nascidos vivos para o ano de 2008 foi 2.285, 6,0% destes nasceram prematuros, 7,5% apresentaram baixo peso ao nascer e 52,4% nasceram de partos cesáreos. Vale salientar que o percentual de gestantes adolescentes foi de 20,3% do total de gestantes do município (IBGE, 2013).

A assistência no pré-natal é um fator de extrema importância e determinante para redução da morbimortalidade infantil. Verificou-se que o município vem centrando esforços para efetivar essa prática, visto que apresentou um percentual de 9,5% de cobertura de pré-natal para o ano de 2008. Vale salientar ainda que 67,9 % das crianças nesse período fizeram aleitamento materno exclusivo (PERNAMBUCO, 2013).

Com relação à mortalidade, verificou-se que a taxa bruta de mortalidade geral foi de 1.000 habitantes, 5,8 por 1000 habitantes para o ano de 2008 (PERNAMBUCO, 2013). Os

dados do relatório anual de gestão de 2008 mostram que a faixa etária de 70 a 79 anos teve a maior frequência em óbitos.

Considerando os grandes grupos de causas, destacaram-se para o ano de 2008 as doenças do aparelho circulatório como principal causa de óbito, representando 34,2% do total de mortes. A segunda principal causa de morte foram as causas externas, com 12,5%, e as neoplasias ocuparam a terceira causa de morte, com 13,9% (PERNAMBUCO, 2013). Foi possível verificar que, ao longo dos anos, houve uma redução do número de óbitos pelas doenças do aparelho circulatório, no entanto, elas ainda ocupam a primeira posição.

O município apresentou para o ano de 2008 um coeficiente de mortalidade infantil de 14,9 por 1000 nascidos vivos (PERNAMBUCO, 2013).

A partir da análise dos documentos, observou-se que o município apresenta, em seu perfil, doenças de caráter endêmico, sendo o seu conhecimento de grande importância para o reconhecimento da sua problemática, para o planejamento de ações e para a organização dos serviços necessários à população.

A tuberculose e a hanseníase são endemias de grande relevância entre as doenças de notificação, elas vêm se apresentando com alta incidência. A tuberculose apresentou um coeficiente de incidência de 46,6 para cada 100 mil habitantes, uma proporção de abandono de 5,7 % destes casos para o ano de 2008. No caso da hanseníase, observou-se um coeficiente de incidência igual a 35,9 para cada 100 mil habitantes e um percentual de abandono de 7% para o mesmo período (CAMARAGIBE, 2008a).

Ainda no ano de 2008, os dados evidenciaram um importante aumento na detecção de casos de dengue. Quando comparados aos anos anteriores, o coeficiente de incidência de dengue foi de 282,44 para cada 100 mil habitantes. Ainda para este mesmo período, através das atividades do programa de controle da esquistossomose em parceria com as unidades de saúde da família, foram examinados 3495 casos de esquistossomose, 221 destes foram positivos (CAMARAGIBE, 2008a).

As informações do relatório anual de gestão do ano 2012 revelaram que, entre os anos de 2007 e 2009, os coeficientes de detecção da AIDS apresentaram aumento, chegando a 17,4 casos para cada 100.000 mil habitantes em 2009 (CAMARAGIBE, 2008a).

5.1.1.3 Modelo de atenção e organização da rede de serviços de saúde

Em 2008, este município estava habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. De acordo com as informações contidas nos documentos, o modelo de

atenção à saúde vem sendo construído no paradigma da produção social da saúde, buscando o resgate da qualidade de vida na consolidação do município saudável.

Nos documentos analisados, a gestão menciona que a estrutura da sua rede de atenção à saúde está organizada de maneira que possa dar suporte às ações de prevenção, promoção e assistência à saúde. Nos textos documentais, está claro, ainda, que o modelo gerencial adotado foi baseado no princípio de autonomia, propondo a descentralização de sua gestão e objetivando agilizar a tomada de decisão (CAMARAGIBE, 2009).

Suas ações estão hierarquizadas nos três níveis de complexidade da atenção à saúde (básica, média e alta). Para o primeiro nível (atenção básica), a estratégia de saúde da família é a principal porta de entrada do sistema para atender às demandas da população com necessidades neste nível de atenção.

As informações dos planos municipais de saúde e dos relatórios anuais de gestão mencionaram que o sistema de saúde está organizado considerando-se os princípios e diretrizes do SUS. Ficou evidente o considerável investimento na atenção básica como estratégia para consolidação do modelo assistencial, com o intuito de contribuir para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde de qualidade.

Analisando o Relatório Anual de Gestão de 2008, ano em que foi implantado o Nasf, observou-se que a rede de atenção básica era composta da seguinte forma.

A rede básica de saúde do município é composta por 40 Unidades de Saúde da Família (USF), comportando 42 Equipes de Saúde da Família (ESF), um Programa de Agente Comunitário de saúde (PACS) e 09 Equipes de Saúde Bucal (ESB), alcançando uma cobertura de mais de 95% da população. Além disso, conta com a implantação de dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (CAMARAGIBE, 2009a).

Foi possível observar, no relatório anual de gestão do ano de 2008, que o núcleo de apoio à saúde da família apareceu como uma proposta que faz parte da atenção básica e como parte da média complexidade. Vale salientar que, no relatório anual de 2012, esse núcleo de apoio já surgiu como parte da atenção básica. “A média complexidade do município oferece, em sua rede própria, um núcleo de reabilitação, um centro de apoio psicossocial e 02 núcleos de apoio à saúde da família” (CAMARAGIBE, 2009a).

Para responder de forma efetiva aos problemas de saúde da população, é necessário desenvolver ações articuladas e integradas entre os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Sendo assim, o município, no seu modelo de organização da atenção, destaca a média complexidade e a rede complementar como parte importante do sistema. Neste

sentido, o quadro 7 apresenta a composição da rede de média complexidade e a rede complementar do município estudado.

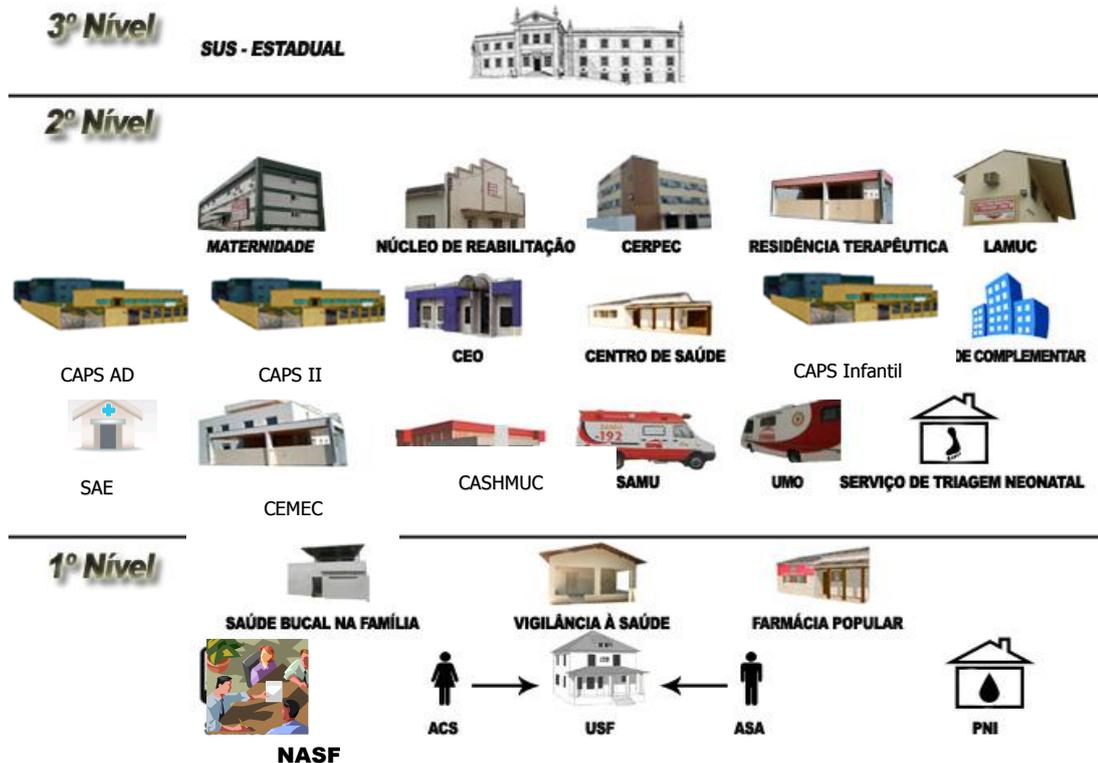
Quadro 7 – Serviços de saúde da rede complementar e média complexidade do município de Camaragibe 2008.

Serviços de saúde da média complexidade	Serviços de saúde da rede complementar
01 Centro de saúde	03 Laboratórios de patologia clínica
03 Centro de Especialidades Médicas Urgência/Emergência (CEMECs).	01 Hospital geral
01 Centro de Atenção à Saúde do Homem e da Mulher (CASHMUC)	02 Hospitais psiquiátricos
04 Residências terapêuticas	01 serviço especializado e conveniado de odontologia
01 Núcleo de Reabilitação Física	01 Clínica de Radiologia
01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	
01 Laboratório Municipal 24 horas (LAMUC)	
01 Laboratório de prevenção do câncer cérvico-uterino (LAMPREV).	
01 Maternidade	
01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	
01 Unidade móvel oftalmológica	
02 Unidades de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU	
01 Ambulatório multiprofissional infanto-juvenil – AMI	
01 Farmácia popular	

Fonte: Relatório anual de gestão (CAMARAGIBE, 2009a).

As informações apresentadas no relatório anual de gestão 2008 e nos planos municipais 2006-2009 / 2010-2013 apontaram que o município coloca a assistência integral à saúde da população como prioridade. Essa priorização articula-se numa política de atenção ao cidadão alicerçada em três eixos: participação, cidadania e melhoria da qualidade de vida. Sendo assim, para garantir o cuidado à saúde, o município buscou organizar os serviços e ações da rede da seguinte forma (CAMARAGIBE, 2005, 2009a, 2009b).

Figura 3- Desenho do modelo de atenção à saúde proposto pelo município de Camaragibe.



Fonte: Relatório Anual de Gestão (CAMARAGIBE, 2009a).

5.1.2 Olinda

5.1.2.1 Aspectos demográficos, socioeconômicos e de infraestrutura do ano de implantação do Nasf

Olinda é o terceiro município mais populoso do estado, com 40,83 quilômetros quadrados de extensão territorial e uma população de 394.850 habitantes, sendo 183.779 do sexo masculino e 211.071 do sexo feminino, segundo estimativa do IBGE para o ano de 2008 (OLINDA, 2008).

Apresenta uma densidade demográfica de 9,029 habitantes por quilômetro quadrado. A taxa de urbanização é de 98%, o que faz de Olinda um município eminentemente urbano – a área urbana apresenta 34,54 km², sendo os outros 6,29 km² distribuídos para a zona rural (IBGE 2013).

A ocupação do município aconteceu de forma desordenada, à margem de um marco regulatório e sem infraestrutura, principalmente em áreas baixas, terrenos de encostas, trazendo problemas para sua população, em especial, doenças de veiculação hídrica,

inundações e deslizamentos de encostas. A condição de esgotamento sanitário apresenta-se precária, pois o esgotamento sanitário é de fossa rudimentar, rio, mar e vala em, aproximadamente, 40% dos domicílios (OLINDA, 2009).

Com relação aos aspectos socioeconômicos e de infraestrutura, observa-se que alguns polos econômicos, nesse período, desenvolveram-se no município, dentre eles: polo médico; polo gastronômico e de turismo cultural. Além dessas, outras atividades fazem parte da economia municipal, a partir dos setores da indústria, lazer, turismo, comércio e prestação de serviços (OLINDA, 2009).

A renda familiar indica um quadro generalizado e de desequilíbrio na distribuição de rendimentos, os dados do censo de 2000 apontaram que 15,2% dos domicílios possuem renda mensal entre meio e um salário mínimo ou não possuem renda. O percentual de analfabetismo do município estudado é de 6,46% nas faixas etárias entre 11 e 14 anos e 9,93% possuem 15 anos ou mais (IBGE, 2000).

No que diz respeito ao destino do lixo, 96,4% dos domicílios particulares permanentes contam com sistema de coleta. Os 3,6% dos domicílios restantes realizam a queima, enterram ou jogam em terrenos baldios. Com relação ao esgotamento sanitário, observa-se que 40,5 % da proporção de moradores estão ligados à rede geral de esgoto ou pluvial, 30% ligados à fossa rudimentar e o restante faz uso de fossas sépticas, valas, rio, mar ou outros (PERNAMBUCO, 2013).

Em relação à proporção de moradores por tipo de abastecimento de água, observa-se que a maior parte dos domicílios está ligada à rede geral de abastecimento de água – 93,2%. O restante, 6,8%, tem como forma de abastecimento a utilização de poço, nascente ou outras formas não especificadas (PERNAMBUCO, 2013).

5.1.2.2 Situação de saúde – Perfil epidemiológico

A descrição do perfil epidemiológico do município foi realizada a partir dos dados do ano de 2008, ano em que a proposta Nasf foi implantada. Neste perfil, serão descritos os principais indicadores, aqueles que são importantes para formulação, implantação e implementação de políticas, programas e estratégias para responder à necessidade da população.

Em relação à natalidade, o número de nascidos vivos apresentou uma tendência declinante de 2000 a 2008, passando de 7.884 nascidos vivos em 2000 para 4.547 em 2008, uma redução de 42% (OLINDA, 2008).

Com relação aos nascidos vivos residentes no município, verificou-se que apenas 31,7% nasceram no próprio município, o outro percentual nasceu em municípios próximos. A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer foi de 9,4% para o ano de 2008 (OLINDA, 2008).

A taxa de prematuridade (menos de 37 semanas de gestação) permaneceu constante entre os anos de 2000 a 2008, ou seja, a proporção de nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas foi de 7,9%. Em relação ao tipo de parto, em 2008, observou-se um número maior de partos cesáreos (53%) em relação aos partos vaginais (47%) (OLINDA, 2008).

Ainda com relação às gestantes, observou-se que, no ano de 2008, a proporção de mães com 15 a 19 anos foi 19,9%. Destacou-se, ainda este ano, um aumento na proporção de mães com 35 anos ou mais, correspondendo a 9,2% do total de gestantes (OLINDA, 2008).

A assistência no pré-natal é um fator de extrema importância e determinante para redução da morbimortalidade infantil. Verificou-se um decréscimo no percentual de mães com nenhuma consulta pré-natal, sendo de 3,48% em 2000 e de 1,78% em 2008. Vale salientar que houve um aumento de 7,3 % na proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal no ano de 2008 (OLINDA, 2008).

Com relação à mortalidade geral, verificou-se que o coeficiente de mortalidade geral foi de 6,9 por 1.000 habitantes para o ano de 2008. Neste mesmo período, houve predomínio de óbitos em indivíduos do sexo masculino, representando um total de 54,9% do total de óbitos de residentes do município. Identificou-se, ainda, uma considerável proporção de óbitos em adultos jovens (20 a 39 anos) e adultos (40 a 50 anos), que pode influenciar nos anos potenciais de vida perdidos (OLINDA, 2009).

No que se refere aos grandes grupos de causas, destacaram-se para o ano de 2008 as doenças do aparelho circulatório como principal causa de óbito, representando 32,3% do total de mortes. A segunda principal causa de morte foram as causas externas, com 14,5%, destacando-se os homicídios, principalmente na população masculina, onde as faixas etárias mais acometidas são representadas pelos adultos jovens (20 a 39 anos). As neoplasias ocuparam a terceira causa de morte, com destaque para o câncer de brônquios e pulmões, mama e próstata (OLINDA, 2009).

Com relação à mortalidade infantil, observou-se um declínio, pois houve uma queda de 22,6 por 1000 nascidos vivos, no ano de 1999, para 15,5 por 1000 nascidos vivos em 2008. No ano de 2008, a maior proporção desses óbitos foi em crianças do sexo masculino (OLINDA, 2009).

A mortalidade materna, que é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos, por tratar-se de um evento evitável e por ocorrer, principalmente, nos países em desenvolvimento, ainda apresentou-se elevada no município em estudo, visto que, no biênio 2007-2008, a mortalidade foi de 50,2 para 100.000 nascidos vivos e 33,3% do total das mortes maternas foram em mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos (OLINDA, 2009).

Assim como em Camaragibe, observou-se que também consta no perfil de Olinda de Olinda doenças que apresentam caráter endêmico.

A tuberculose e hanseníase são endemias de grande importância entre as doenças de notificação. Apesar da tendência declinante de 2000 a 2008, a detecção de casos novos de hanseníase em residentes do município estudado manteve-se com média de endemicidade. No ano 2000, foram detectados 8,0 casos de hanseníase para cada 10.000 habitantes; em 2008, esse valor passou para 5,9/10.000 habitantes, o que torna o município hiperendêmico para a doença, segundo parâmetros do Ministério da Saúde (OLINDA, 2009).

A tuberculose vem se mantendo endêmica na cidade e com alta incidência, porém com leve tendência declinante. O ano com maior detecção foi 2004, com 63,1 casos por 100.000 habitantes. Em seguida, encontra-se o ano 2000, com 56 casos para cada 100.000 habitantes. Verificou-se, como já mencionado, uma discreta diminuição no coeficiente de mortalidade para a tuberculose, principalmente a partir de 2006. Em 2008, o acompanhamento dos resultados de tratamento dos casos novos de tuberculose revelou que a proporção de cura foi de 49,2% e o percentual de abandono chegou a 4,0% do total de casos (OLINDA, 2009).

Ainda no ano de 2008, houve um importante aumento na detecção de casos de dengue, como reflexo dos elevados índices da doença no Estado de Pernambuco. Foram confirmados 705 casos, correspondendo a 178/100.000 habitantes no município estudado (OLINDA, 2009).

Os casos de Rubéola diminuíram de forma significativa nos últimos anos, com um total de 75 casos em 2000 e nenhum caso em 2008. Esta diminuição deveu-se a satisfatória cobertura vacinal do município. Entre o período de 2000 a 2008, o município apresentou 488 casos de AIDS (OLINDA, 2008).

5.1.2.3 Modelo de atenção e organização da rede de serviços de saúde

Em 2008, este município estava habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A gestão da saúde evidenciou que tem investido na atenção básica como estratégia para consolidação do modelo assistencial. A estratégia de saúde da família tornou-

se a principal porta de entrada do sistema municipal, com o intuito de contribuir para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde de qualidade.

Neste sentido, a rede básica de atenção à saúde era composta, em 2008, por 55 equipes de saúde da família, representando uma cobertura de 66% da saúde da família - 26 equipes de saúde bucal e 02 programas de agente comunitário de saúde.

Para responder de forma efetiva aos problemas de saúde da população, é necessário desenvolver ações articuladas e integradas entre os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Sendo assim, o município, no seu modelo de organização da atenção, destaca a média complexidade e a rede complementar como parte importante do sistema, ou seja, componente fundamental para a efetiva implementação e consolidação das diretrizes do SUS. Neste sentido, o quadro 8 apresenta a composição da rede de média complexidade e a rede complementar do município estudado.

Quadro 8 – Serviços de saúde da rede complementar e de média complexidade do município de Olinda.

Serviços de saúde da média complexidade	Serviços de saúde da rede complementar
Núcleo de Prevenção a Acidentes e Violência (NUPAV)	01 Hospital filantrópico
07 Policlínicas	01 Hospital psiquiátrico
SPA Infantil	04 Clínicas de rádio imagem
SPA Adulto	02 Clínicas de oftalmologia
02 Unidades de pronto-atendimento	03 Laboratórios de análises clínicas
01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	01 Clínica de neurologia
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)	01 Clínica cardiológica
01 Centro de Reabilitação	
01 Laboratório Municipal	
01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	
02 Farmácias populares	
01 Laboratório de fitoterapia	
01 Serviço de Atendimento Especializado (SAE)-DST/AIDS	
01 Maternidade	

Fonte: Plano municipal 2010-2013 (OLINDA, 2009b).

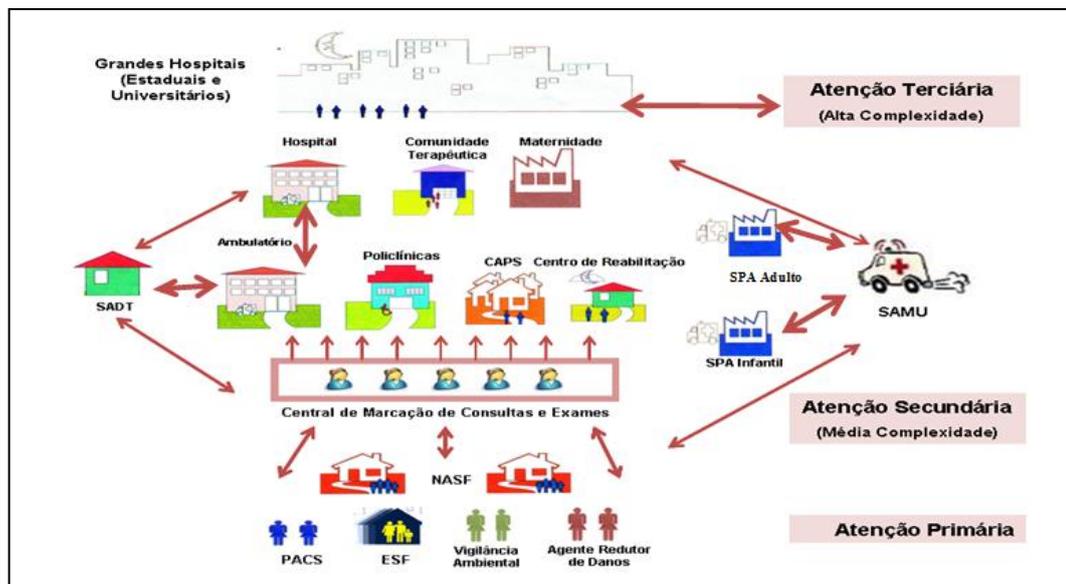
Sendo assim, o modelo de atenção à saúde buscou aprimorar a rede de atenção, bem como os instrumentos de vigilância e promoção. Este modelo articulou-se em cinco eixos, são eles: promoção; vigilância à saúde; atenção básica; atenção de média e alta complexidade; e aprimoramento da gestão (OLINDA, 2008).

A atenção básica é considerada a ordenadora do sistema e a proposta é que ela seja a porta de entrada da rede assistencial. A prioridade foi direcionar as equipes de saúde da família para áreas com piores indicadores de saúde. Em 2008, o município decidiu implantar o Nasf com o objetivo de:

Atuar na retaguarda das equipes de saúde da família com ações de promoção à saúde - com foco na atividade física, nutrição, reabilitação, psicologia, assistência farmacêutica e assistência social (OLINDA, 2009a).

As informações apresentadas no plano municipal 2010-2013 e no relatório anual de gestão 2008 apontaram que, com o objetivo de garantir o cuidado de qualidade à população, o município tem desenvolvido o fortalecimento do papel dos distritos sanitários, tornando-os instâncias gestoras da saúde com responsabilidade social e sanitária com a população da sua área adstrita, sendo necessária, para isso, a ampliação da resolubilidade dos serviços e a articulação da rede. A figura 2 apresenta o desenho do modelo de atenção proposto pelo município estudado.

Figura 4- Desenho do modelo de atenção à saúde proposto pelo município de Olinda.



Fonte: Relatório Anual de Gestão (OLINDA, 2009a)

5.1.3 Recife

5.1.3.1 Aspectos demográficos, socioeconômicos e de infraestrutura da época da implantação do Nasf

O município apresenta uma superfície territorial de 220 km² e uma densidade demográfica de 6,4 mil hab/Km². A cidade é considerada totalmente urbana, com uma população residente estimada pelo IBGE em 1.634.808 habitantes para o ano de 2010, período em que o Nasf foi implantado - nota-se uma predominância das faixas etárias mais jovens (IBGE, 2013). A faixa etária entre 30 e 59 anos corresponde ao maior percentual, 35,58%,

com 581.727 habitantes, seguido do grupo da faixa etária de 15 a 29 anos, que apresenta 28,87%, correspondendo a 471.988 hab. A população com idade acima de 60 anos representa 9,38% dos habitantes e compreende 153.418 habitantes para o ano de 2010 (IBGE, 2013).

Com relação aos aspectos socioeconômicos, verificou-se que o município apresenta-se como uma cidade heterogênea, em que, ao lado de áreas bastante valorizadas e com um considerável poder aquisitivo, encontram-se áreas com grandes problemas estruturais. As desigualdades intraurbanas nas condições pessoais podem ser evidenciadas por indicadores de renda familiar e de escolaridade (RECIFE, 2010).

A renda familiar indica um quadro generalizado de desequilíbrio na distribuição de rendimentos, revelando grandes contrastes que refletem na maneira de formular políticas públicas aos diferentes espaços. Os dados do censo de 2000 apresentaram um maior número de domicílios com rendimento nominal mensal de até um salário mínimo, seguidos pelos de um a dois salários e de dois a cinco, e um número menor de domicílios com rendimento mensal acima de 30 salários mínimos. Esse é um ponto importante a considerar se forem levados em conta a influência determinante da renda na saúde dos munícipes e o conceito ampliado de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) (IBGE, 2000).

No que diz respeito ao destino do lixo, 97,9% dos domicílios particulares permanentes contam com sistema de coleta e 2,1% dos domicílios restantes realizam a queima, enterram o lixo ou jogam-no em terrenos baldios, logradouros, rios, canais, lagos ou mar (PERNAMBUCO, 2013).

Em relação ao abastecimento de água, observou-se que a maior parte dos domicílios particulares permanentes do município está ligada à rede geral de abastecimento de água (86,7%). O restante dos domicílios tem como forma de abastecimento a utilização de poço, nascente ou outras formas não especificadas (PERNAMBUCO, 2013).

Com relação ao esgotamento sanitário dos domicílios particulares permanentes, 55% estão ligados à rede geral de esgotamento sanitário. A outra parte utiliza fossa séptica, rudimentar ou vala, ou despeja seus dejetos em rios, canais, lagos, mar ou outras formas de escoadouros (PERNAMBUCO, 2013).

5.1.3.2 Situação de saúde – Perfil epidemiológico

A descrição do perfil epidemiológico do município foi realizada a partir dos dados contidos no plano municipal de saúde do ano 2010-2013, período em que a proposta Nasf foi

implantada. Neste perfil será descrito uma breve situação de saúde, adoecimento e morte do município.

A partir da análise dos documentos, observou-se que, no período de 2001 a 2009, houve, em média, 39.583 nascidos vivos/ano. Do total, 62,9% foram de residentes do município e 37,1% de outros municípios. Em relação à vigilância das crianças de risco, observou-se que, do total de nascidos vivos residentes no município, 14,2% foram identificados como crianças em risco, entre 2001 e 2008, segundo os critérios pré-definidos para as ações de vigilância (RECIFE, 2010).

A vigilância da criança de risco é um aspecto importante, pois tem como objetivo contribuir com a redução da taxa de mortalidade infantil. Verifica-se, ainda, que essas crianças precisam ser acompanhadas e monitoradas pela equipe de saúde da família.

Com relação à mortalidade infantil, o documento apresentou, no período de 1980 a 2008, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) com uma redução de 84,4%. O componente pós-neonatal merece destaque com um decréscimo de 90,8%, enquanto os óbitos neonatais apresentaram uma redução de 78,2% (RECIFE, 2010).

Nos anos de 2001 a 2008, as afecções perinatais foram responsáveis por mais de 50% dos óbitos de menores de 1 ano. Neste mesmo período, as malformações congênitas foram identificadas com percentuais acima de 16% do total dos óbitos (RECIFE, 2010).

A mortalidade materna, que é considerada um indicador de grande importância, por tratar-se de um evento evitável, ainda se apresentou elevada em alguns dos períodos estudados, visto que a Razão de Mortalidade Materna (RMM) oscilou entre 85,5 por 100.000 nascidos vivos (NV) em 2003 e 36,3/100.000 NV em 2007. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a RMM é considerada alta quando atinge patamares a partir de 50 óbitos por 100.000 nascidos vivos (RECIFE, 2010).

Considerando a mortalidade nos grandes grupos de causas, no período de 2001 a 2008, as doenças do aparelho circulatório representaram o maior risco de morte. Nos anos de 2001, 2007 e 2008, os óbitos por causas externas (violências) ocuparam a segunda posição, superando os coeficientes de mortalidade por neoplasias (RECIFE, 2010).

Com relação às causas externas, os homicídios destacam-se, embora apresentem redução. Os acidentes de transporte também apresentaram uma redução e o maior decréscimo ocorreu em relação aos suicídios (RECIFE, 2010).

As neoplasias ocuparam a terceira causa de morte no ano de 2001. No período de 2001 a 2008, os óbitos por neoplasias de brônquios e pulmões apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade na população geral. No sexo feminino, ressaltou-se a mortalidade por

neoplasias de mama, sendo a primeira causa entre as mulheres. Em relação à população masculina, as neoplasias de próstata mostraram elevados coeficientes de mortalidade anual no período analisado (RECIFE, 2010).

A partir da análise dos documentos, observou-se que o município apresenta, em seu perfil, doenças com caráter endêmico e que o conhecimento sobre estas doenças é de grande importância para o reconhecimento da sua problemática e para o planejamento de ações.

A hanseníase e a tuberculose são endemias de grande importância entre as doenças de notificação. A situação epidemiológica da hanseníase neste município é bastante heterogênea, apresentando importantes diferenciais intraurbanos de incidência da doença. Mais de 50% dos bairros da cidade apresentam padrão compatível com situação hiperendêmica e elevada endemicidade, segundo parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde (RECIFE, 2010).

Com relação à tuberculose, o município é considerado prioritário para as ações de controle da doença. A incidência da tuberculose entre os bairros, assim como a hanseníase, também é bastante heterogênea, apresentando importantes diferenciais intraurbanos. A maioria dos bairros apresenta padrão compatível com situação de alto e médio risco.

De acordo com os documentos analisados com a introdução do DEN3 em 2002, houve uma grande epidemia e, no ano de 2008, ocorreu uma nova epidemia (RECIFE, 2010).

Verificou-se que a AIDS apresentou uma discreta redução no número de casos em 2007: foram registrados, no município estudado, entre os anos de 2000 e 2007, 2.554 casos da doença – 323 para o ano de 2000 e 302 para o de 2007 (RECIFE, 2010).

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são problemas de saúde pública. As informações obtidas revelaram que é uma problemática de grande relevância para todo o município. Essas doenças se constituem como os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório e, desde há algumas décadas, representam a primeira causa de morte neste município, em Pernambuco e no Brasil (RECIFE, 2010).

Com relação aos transtornos mentais, observa-se que estes também representam um importante problema de saúde pública para o município estudado.

5.1.3.3 Modelo de atenção e organização da rede de serviços de saúde

Em 2010, Recife era habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A partir de diversos diagnósticos, a secretaria de saúde direcionou seus esforços para a implantação de um modelo de atenção à saúde com foco na estratégia de municípios saudáveis.

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde de qualidade, o município repensou a forma de organizar a atenção no SUS, desde os processos mais macros até a micropolítica do trabalho em saúde.

Nesse sentido, as prioridades de gestão foram delineadas a partir de experiências acumuladas e, assim, definiram um modelo de atenção denominado Em Defesa da Vida. Essas experiências, mudanças de conceitos e práticas oferecem alguns elementos para que se reconstrua uma teoria sobre o processo saúde-doença centralmente preocupada com a produção de saúde e com os sujeitos (RECIFE, 2010).

De acordo com os documentos analisados, a gestão da saúde centrou investimentos na atenção básica, ampliando radicalmente a estratégia de saúde da família, com o objetivo de consolidar o modelo assistencial. A saúde da família tornou-se a principal porta de entrada do sistema municipal, com o intuito de contribuir para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde de qualidade.

As informações do plano municipal de saúde 2010-2013 mencionaram que, no período de 2001-2008 e 2009, o município apresentou um crescimento extremamente rápido na disponibilidade de serviços de saúde.

Entre 2001 e 2008, dentre os vários serviços implantados ou ampliados, destacam-se: 213 novas Equipes de Saúde da Família – ESF; 113 Equipes de Saúde Bucal – ESB; 04 Urgências Odontológicas 24h; 04 Centros de Especialidades Odontológicas; 10 Centros de Apoio Psicossocial - CAPS; 06 CAPS Álcool/Drogas; e 11 Residências Terapêuticas. Este foi, também, um período fértil na inovação e incorporação de novas propostas (RECIFE, 2009).

Entre 2001 e 2009, a gestão ampliou em nove vezes o número de ESF, resultando na ampliação da cobertura do PSF (54%), o que significa o atendimento de cerca de 800 mil pessoas (RECIFE, 2009).

Analisando o Relatório Anual de Gestão de 2010, ano em que foi implantado o Nasf, observou-se que a rede de atenção básica era composta da seguinte forma.

A rede básica de saúde do município é composta por 119 Unidades de Saúde da Família (USF), comportando 251 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 132 Equipes de Saúde Bucal (ESB), e por 22 Unidades Básicas Tradicionais (Centros de Saúde), alcançando uma cobertura de 60% da população. Além disso, conta com 14 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (RECIFE, 2011).

Para responder de forma efetiva aos problemas de saúde da população e para reforçar a rede municipal de saúde, o município investiu, também, na requalificação de unidades de saúde e fez negociações com o gestor estadual para a municipalização de oito serviços ambulatoriais, de forma que, hoje, dispõe dos seguintes serviços de rede própria e conveniada.

Quadro 9 - Rede de serviços de saúde própria e conveniada do município de Recife.

Serviços rede própria	Total
Unidades de Saúde da Família	119
Equipes de Saúde da Família	251
Equipes de Saúde Bucal	132
Equipe Nasf	14
Equipe de Núcleo de apoio às práticas integrativas (Napi)	02
Equipes de Serviço de Assistência Domiciliar - SAD	12
Equipes de PACS	28
Unidades Básicas Tradicionais	22
Polo da Academia da Cidade	21
Farmácia da família	09
Centro de Atenção Psicossocial	18
Albergues terapêuticos	04
Residência terapêutica	15
Policlínica com SPA	04
Policlínica sem SPA	07
Unidades especializadas	08
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	06
Hospital pediátrico com SPA	02
Maternidades/policlínica com SPA	02
Maternidades sem SPA	01

Fonte: Relatório Anual de Gestão 2010 (RECIFE, 2011).

Quadro 10 - Rede de serviços de saúde de Recife.

Serviços da rede conveniada	Total
Unidades de Diagnóstico e Exames	22
Clínica Oftalmológica	05
Clínica de Reabilitação e Fisioterapia	09
Hospital Psiquiátrico	05
Hospital Geral	05

Fonte: Relatório Anual de Gestão 2010 do município de Recife (RECIFE, 2011).

Vale salientar que a rede de saúde do município conta, ainda, com os seguintes serviços e equipamentos que atuam nos diversos níveis de atenção: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Centro Especializado em Saúde do Trabalhador (CEST); e Ouvidoria Municipal de Saúde.

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde de forma integral e de qualidade, o modelo de atenção à saúde precisou ser repensado e buscou aprimorar sua rede. Nesse sentido, as prioridades de gestão para o modelo em defesa da vida foram delineadas a partir de diretrizes como:

A valorização da atenção básica; a ampliação das ações de promoção e prevenção; a rearticulação dos serviços de alta complexidade e especializados, segundo padrões de humanização; o estabelecimento de atenção segundo linha de cuidado com

equipes de referência e cogestão e a necessidade da desinstitucionalização na saúde mental e do trabalho transdisciplinar (RECIFE, 2009).

As informações contidas no texto do plano municipal expressaram que o modelo adotado pelo município de atenção à saúde busca valorizar o cuidado com as pessoas, centrando esforços na revisão do modo de funcionamento da rede de atenção. Nele, apontou-se a necessidade de fortalecer e qualificar a atenção básica, bem como consolidá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado e criar um sistema de redes que não seja fragmentado. O plano apontou, também, a importância em qualificar o sistema de cogestão e considerar a dinamicidade do território, trabalhando a partir das características epidemiológicas (Plano municipal de saúde 2010-2013). A figura 5 apresenta o desenho do modelo de atenção proposto pelo município estudado.

Figura 5- Desenho do modelo de atenção à saúde proposto pelo município de Recife.



Fonte: Relatório Anual de Gestão (RECIFE, 2012).

Para descrever como se deu o processo de implementação da proposta do Nasf e a construção de suas diretrizes e das linhas de ações que norteiam sua organização e funcionamento, foram analisados os documentos disponibilizados pelos municípios, dentre

eles: planos municipais de saúde, relatórios anuais de gestão, projeto da proposta Nasf e entrevistas realizadas com o gestor municipal.

5.1.4 Diretrizes, linha de ação e concepção que norteia a proposta Nasf- Camaragibe

De acordo com as informações contidas no projeto de implantação do Nasf, observou-se que a gestão elaborou o projeto em atendimento à Portaria/GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, para a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

A secretaria do município reconhece a importância de iniciativas que propiciam melhorias em relação à integralidade da atenção à saúde como diretriz do SUS, acreditando que tais ações são importantes para que o município possa se organizar e assumir, de forma eficiente e ágil, as funções indelegáveis que lhe cabem (CAMARAGIBE, 2008a).

A gestão municipal de saúde deixou claro, em seus documentos, que entende que os investimentos com o Nasf irão influenciar decisivamente na qualidade da assistência à saúde prestada à população, considerando o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no fortalecimento da estratégia de saúde da família. “O Nasf é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema de saúde” (CAMARAGIBE, 2008a).

O projeto colocou como meta implantar, inicialmente, duas equipes de Nasf até julho de 2008 e, posteriormente, implantar mais duas equipes modalidade 1. Estas foram implantadas em 2010, totalizando uma cobertura de 100% a todas as equipes de saúde da família. Na análise do documento, verificou-se que os núcleos são implantados com objetivo de oferecer suporte de forma territorializada às equipes de saúde da família. Nos trechos dos documentos, relatou-se o porquê da decisão de implantá-los, inicialmente, em duas regiões.

Optou-se, primeiramente, pela implantação nesses dois territórios, devido ao grande número de famílias cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB e pelo fato desses territórios apresentarem o maior número de ações em atenção básica e de média complexidade, gerando, conseqüentemente, maior demanda para especialistas (CAMARAGIBE, 2008a).

Ainda no texto do projeto Nasf deste município, foi possível observar que o município apresentou diretrizes e concepções que eles entendem como necessárias para nortear o processo de trabalho do Nasf.

Embora não se constitua como porta de entrada do sistema de saúde, o Nasf tem responsabilização compartilhada com as ações do PSF, atuando de forma integrada à rede de serviços de saúde com base na prática de referência e contrarreferência, por instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental dos munícipes (CAMARAGIBE, 2008a).

A implantação dos Nasfs está vinculada, portanto, à estratégia de saúde da Família, respeitando os processos de territorialização e regionalização, devendo ser considerado como elemento fortalecedor das diretrizes do pacto pela saúde (CAMARAGIBE, 2008a).

Foi possível identificar, no texto, que a proposta Nasf foi criada com o objetivo de aprimorar e/ou transformar a prática que vem sendo desenvolvida na atenção básica do cuidado à saúde, demarcando diferentes diretrizes e linhas de ações e apontando para a atuação multidisciplinar. “Este projeto aponta para o pioneirismo na necessidade de refletir sobre as práticas tradicionais utilizadas até então e para a importância de serem criadas novas práticas sintonizadas com a missão da instituição de melhorar a eficácia dos serviços de saúde” (CAMARAGIBE, 2008a). “No processo de implantação do Nasf, é importante a formação de equipe multidisciplinar qualificada e com experiência na área, de forma a viabilizar a necessária resolubilidade da rede básica” (CAMARAGIBE, 2008a).

Na tentativa de fortalecer essa mudança na prática, o município criou um protocolo para apoiar a organização e a operacionalização do processo de trabalho – nele, há a referência do apoio matricial como diretriz para nortear e organizar o funcionamento do Nasf. “O Nasf foi implantado com base na estratégia de apoio matricial. Dessa forma, os profissionais trabalham junto às equipes de referência, as equipes Nasfs, dando suporte assistencial e técnico-pedagógico para ampliar a resolubilidade das ações na atenção básica” (CAMARAGIBE, 2008a).

Os documentos do projeto Nasf e a entrevista do gestor trouxeram informações importantes para a compreensão do processo de implementação no que refere aos critérios de composição da equipe Nasf e à cobertura das equipes de saúde da família. “A composição dos Nasfs foi definida de acordo com as prioridades do município e com base na portaria nº.154/2008 GM/MS” (CAMARAGIBE, 2008a).

Quando começou a implantação no município, fizemos um estudo de perfil epidemiológico e vimos qual era, por território, a categoria de profissionais que precisávamos - nosso primeiro momento foi esse. Vimos, também, que havia muita gente com problemas mentais, então decidimos colocar em todos os Nasfs o psiquiatra e o psicólogo. Fizemos, também, um estudo de demanda para identificar quem mais demandava para os nossos núcleos, para os nossos centros de reabilitação (Gestor).

Colocamos em cada Nasf cinco profissionais. Os dois primeiros implantados davam cobertura a dez equipes de saúde da família e os outros dois, em 2010, davam cobertura a dez e doze equipes. Hoje, há 100% de cobertura (Gestor).

A gestora relatou, ainda, ser importante para compor a equipe Nasf a mobilização dos profissionais das equipes de saúde da família.

Também escutamos os próprios profissionais das equipes de saúde da família na hora de compor a equipe (Gestor).

Outras características importantes que o gestor menciona e que pode ter alguma influência no processo de trabalho estão relacionadas ao tipo de seleção, de contratação e ao valor do piso salarial do município. “Seleção pública simplificada, análise curricular e entrevista por banca técnica de análise - o contrato será por um período de um ano com previsão de renovação” (CAMARAGIBE, 2008a).

Houve análise de currículo e depois uma entrevista. Num primeiro momento, o contrato era renovável a cada ano, mas, num segundo momento, consentimos outra forma de contratualização, que era um contrato com a mesma duração do programa (Gestor).

Os profissionais de 40 horas recebem três mil e oitocentos reais líquidos e os profissionais de 20 horas recebem dois mil reais líquidos, eles têm os direitos trabalhistas resguardados - 13º férias e férias (Gestor).

Um fato que foi questionado na entrevista com o gestor, que pode ter influenciado na forma de organização do processo de trabalho, está relacionado à articulação do município com as esferas federal e estadual. Ficou evidente, no discurso, que não houve nenhum tipo de apoio destas esferas.

Foi uma situação desbravadora a de entender a proposta, fazer pactuação de atividades e refletir sobre a forma de atuação. Tudo foi feito apenas pelo município, não havia participação nem do Estado nem do Ministério da Saúde (Gestor).

Não tivemos nenhuma articulação, nenhum apoio inicialmente (Gestor).

No entanto, no discurso do gestor, identificou-se uma informação importante: após certo tempo de implantação do Nasf no município, o MS fez um movimento de aproximação.

Depois de dois anos implantado, mais ou menos em meados de 2010, o Ministério da Saúde começou a se inserir no processo de qualificação dos profissionais, com o objetivo de apoiar no desenvolvimento do processo de trabalho - neste momento, ele também apresentava o caderno de diretrizes do Nasf. Então, o município foi convocado para participar de uma oficina e discutiram sobre o processo de trabalho do Nasf (Gestor).

De acordo com o relato da gestora, foi possível verificar que o município tinha o processo diferenciado, visto que a articulação com a esfera federal e estadual surgiu a partir do momento em que estas identificaram o município como uma experiência exitosa.

Houve um momento em que o estado visualizou a proposta, pois viu que o nosso processo de trabalho estava sendo feito de um modo positivo. Em algum momento, ele pediu que nós pensássemos sobre esse processo em outros municípios, em como funcionava nosso processo de trabalho. Então, nós começamos a passar nossa experiência, a discutir todas as dificuldades, as potencialidades que tínhamos conseguido durante esses anos, mas apenas no âmbito das trocas de experiência, só para divulgar o que nós formamos e implantamos (Gestor).

Como o município tinha um processo já sedimentado, o Ministério da Saúde solicitou alguns dos nossos profissionais para serem facilitadores junto com o Ministério, para qualificar os profissionais do Nasf dos municípios do Brasil. Na verdade, apresentar e trocar experiências (Gestor).

Na análise da entrevista do gestor, verificou-se que o município estudado tinha um programa municipal anterior ao Nasf e nele existiam equipes de retaguarda para apoiar as equipes de saúde da família.

O município já tinha uma história de trabalho com equipes de apoio, equipes de retaguarda para saúde da família, o Saúde Mental na Comunidade - Sameco (Gestor).

Tanto no plano municipal de saúde de 2001-2005, quanto nas ações realizadas apresentadas no Relatório Anual de Gestão de 2003, as atividades e metas já eram voltadas para a implantação e consolidação dessas equipes de retaguarda com o objetivo de implementar e ampliar os serviços básicos de atenção à saúde (CAMARAGIBE, 2001, 2004). “Garantir equipe mínima de três profissionais de saúde mental para cada dez unidades de saúde da família”. “Ampliar o programa de reabilitação na família” (CAMARAGIBE, 2001, 2004).

Ainda no relatório anual de 2004, a gestão apresentou ações desenvolvidas que reforçaram a atuação dos profissionais de retaguarda no Programa Integrado de Saúde Mental na Comunidade. Eles colocaram como metas o desenvolvimento de ações que podem ter influenciado no desenvolvimento do trabalho do Nasf. “Reuniões de discussões de casos sobre saúde mental, terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia para qualificar a prática das equipes de saúde da família”. “Realização de grupos com a comunidade voltados para diversos temas em parceria com equipes de saúde da família e outros profissionais” (CAMARAGIBE, 2005).

Além disso, o documento apresentou outras ações que são bastante similares às práticas desenvolvidas pelos profissionais do Nasf deste município. “Acompanhamento da comunidade pela equipe de saúde mental”. “Realização de educação continuada de diversos profissionais com os ACSs, com o objetivo de melhorar a atividade profissional”. “Realização de visitas domiciliares da equipe de saúde da família com a equipe do programa de promoção e reabilitação à família” (CAMARAGIBE, 2005).

Em 2005 e 2007, destacaram-se, ainda, algumas ações que visam fortalecer a parceria entre as equipes de retaguarda e a saúde da família. Vale salientar que apenas a meta de 2007 não foi realizada. “Sistematização e viabilização dos serviços do Sameco”. “Aumento da cobertura do Sameco” (CAMARAGIBE, 2006). “Promover a reabilitação e integração social

das pessoas com deficiência, reimplantando o programa de reabilitação baseado na comunidade” (CAMARAGIBE, 2008b).

No plano municipal de saúde 2006-2009, verificou-se que foram formuladas proposições no eixo da atenção básica, com metas para implantar núcleos integrados de atenção à saúde (CAMARAGIBE, 2005). No entanto, é no ano de 2008 que surgiu, de forma mais clara e no eixo da atenção básica, a meta para implantação do Nasf. Esta meta foi realizada neste mesmo ano. “Promover discussões sobre o Nasf e implantar dois Nasfs em julho de 2008” (CAMARAGIBE, 2009a).

Foi possível identificar que as estratégias apresentadas e as situações alcançadas pelo município no ano de 2009, 2010 e 2012 ocorreram com o objetivo de fortalecer a implementação e consolidação das ações do Nasf junto à saúde da família. “Mais dois Nasfs habilitados e que aguardam liberação dos recursos do Ministério da Saúde para implantação” (CAMARAGIBE, 2010).

Neste mesmo relatório, eles colocaram como ação realizada uma avaliação do Nasf. É importante destacar esse fato, pois esse é um processo que pode qualificar e consolidar as ações do Nasf na atenção básica. “Reunião de avaliação do processo de trabalho dos Nasfs” (CAMARAGIBE, 2010).

Na análise dos relatórios, observou-se que, de fato, o município conseguiu 100% de cobertura do Nasf para todas as equipes de saúde da família no ano de 2010.

Foi possível identificar, nos documentos analisados, que o Nasf surge sempre como proposta importante para o fortalecimento da atenção básica e que sua atuação está diretamente relacionada à estratégia de saúde da família.

É importante destacar que os documentos analisados e o relato do gestor referiram-se à organização e ao desenvolvimento do processo de trabalho baseados no apoio matricial, na troca entre equipes, na participação popular e na intersetorialidade.

O nosso processo de trabalho é desenvolvido a partir das ferramentas tecnológicas que o Ministério da Saúde apresenta, a ferramenta que norteia é o apoio matricial. A nossa vantagem foi o fato de termos profissionais, no município, da saúde mental que já faziam parte do Sameco e nós tínhamos também alguns profissionais que não eram da saúde mental, mas que também já vinham com algumas experiências. O matriciamento não é fácil, é um “trabalho de formiguinha”, um trabalho em grupo que prioriza as discussões de caso em conjunto, um momento muito rico para as equipes. Então, aos poucos, eles começaram a valorizar esses momentos junto com o Nasf, essa parceria é o ponto positivo (Gestor).

Dentre as propostas advindas da adoção dos Nasfs, está o fortalecimento da intersetorialidade e da participação popular concretizado através da articulação com as diversas instâncias do poder público: educação, cultura, trabalho, lazer, entre

outras; e por meio da gestão integrada junto aos Conselhos Municipais e/ou Locais de Saúde (CAMARAGIBE, 2008a).

5.1.5 Diretrizes, linha de ação e concepção que norteia a proposta Nasf - Olinda

No projeto do Nasf, foi possível observar que a gestão municipal tem como prioridade fortalecer a atenção básica, portanto vem centrando esforços e investindo em estratégias como:

Qualificação do atendimento através da construção de instrumentos de avaliação e capacitação permanente e a melhoria do ambiente de trabalho, realizando esforços de requalificação de unidade de saúde para garantia de melhor infraestrutura de rede. Paralelo a estes esforços, a estruturação do modelo de atenção tem garantido melhor suporte às unidades de saúde - com a organização do fluxo, bem como através da implantação de novas tecnologias como o Nasf (OLINDA, 2008).

O projeto colocou como meta implantar quatro equipes de Nasf até 30 de abril de 2008 e implantar mais três equipes até o final deste mesmo ano, a fim de apoiar 55 equipes de saúde da família, permitindo atenção multiprofissional a uma população estimada de 246.805 habitantes.

Os documentos analisados evidenciaram, ainda, que o Nasf não funcionará como porta de entrada do sistema municipal, e sim irá compor a rede de serviços de saúde integrados à estratégia de saúde da família, atuando em atividades individuais e coletivas internamente nas unidades de saúde da família e desenvolvendo ações fora da unidade.

Para a implantação do Nasf, os profissionais devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde - localizada, preferencialmente, dentro do território de atuação das equipes de saúde da família às quais estão vinculados (BRASIL, 2008). No município analisado, verificou-se que os profissionais foram cadastrados nas policlínicas. “Esses espaços possuem condições adequadas de infraestrutura para acomodar os profissionais quando não estiverem em atividades de campo. A localização favorece o acesso da população quando necessário” (OLINDA, 2008).

Os documentos do projeto do Nasf e a entrevista do gestor trouxeram informações importantes para a compreensão do processo de implementação no que refere a: critérios de composição da equipe Nasf e cobertura das equipes de saúde da família.

A partir das necessidades dos casos e para compor o Nasf, seguimos, além da própria orientação do ministério, a questão da epidemiologia do território (Gestor).

A distribuição do quantitativo de Nasf para cobrir as equipes de saúde da família encontra-se da seguinte maneira: na regional I, há um Nasf para oito equipes; na regional II, existe um Nasf para 15 equipes de saúde da família; na regional III, há

12 equipes de saúde da família; a regional IV possui 12 equipes; e a regional V tem 10 equipes. Apesar do número grande de equipes para a terceira regional, a quantidade de habitantes é menor proporcionalmente às outras regionais (Gestor).

Outra característica importante que gestor trouxe em seu discurso foi com relação ao tipo de contratação realizada pelo município e ao valor do piso salarial.

Os profissionais do Nasf entraram no município por um processo seletivo simplificado (seleção pública). Estes profissionais são contratados por um decreto do município e não possuem direito a férias e décimo (Gestor).

“Os profissionais que atuam no Nasf participaram de um processo seletivo dividido em duas etapas: análise de currículos e entrevista técnica” (OLINDA, 2008).

Quanto ao salário, ele é o mesmo da equipe de saúde da família, dois mil e seiscentos o bruto para 40 horas, recebendo um valor menor (que pode chegar à metade do valor acima) o profissional de 30 e 20 horas (Gestor).

Na análise dos documentos e na entrevista com o gestor, foi possível observar que a linha de ação para organização do processo de trabalho do Nasf no município é voltada para práticas de promoção da saúde. Não foi possível identificar discursos ou informações nos documentos que indicassem uma atuação na perspectiva das ferramentas tecnológicas apresentadas pelo Ministério da Saúde para a operacionalização do trabalho do Nasf junto à saúde da família. “Realizar atividades de promoção da saúde através da construção e realização de grupos de educação em saúde específicos para cada profissional” (OLINDA, 2008). “Promover a intersetorialidade nas ações de saúde através de ações de promoção da saúde em articulação com os setores da educação, atividades físicas, lazer e cultura” (OLINDA, 2008).

O Nasf faz o papel de educador e promotor de saúde; é referência para os estudos na área e colabora com as intervenções e identificações dos problemas, além de articular ações do setor (Gestor).

Outras ações estratégicas que emergiram nos discursos e nos documentos foram atividades de integração. Nelas, houve a realização de reuniões e práticas voltadas para assistência, mais especificamente o atendimento individual. No entanto, foi possível perceber que o atendimento é uma atividade muito frequente no cotidiano do Nasf deste município. “Realizar atividades de assistência à saúde, através de atendimentos domiciliares para pacientes com necessidades especiais, atendimentos em grupo e atendimentos individuais em casos de necessidade” (OLINDA, 2008).

Integrar as ações do Nasf às ações da rede de assistência à saúde, através do atendimento ambulatorial dos profissionais do Nasf e de acordo com as

necessidades, e direcionar a referência e a contrarreferência a partir dos profissionais do Nasf por meio da central de regulação (OLINDA, 2008).

Além das questões dos grupos em que eles estão inseridos, as atividades de educação das unidades, algo imprescindível, a questão da visita domiciliar é um fator que nós buscamos muito fortalecer. São duas coisas importantes, cada uma dentro da sua formação (Gestor).

“Integrar as ações do Nasf com as USF’s e a gestão através da realização de reuniões mensais, com o objetivo de resolver questões gerenciais e proporcionar um espaço de educação permanente com discussão de casos clínicos” (OLINDA, 2008).

Com relação à articulação e integração entre as três esferas de governo, verificou-se, a partir da entrevista, que o município construiu sua proposta e não conseguiu fazer diálogos e ter apoio do Governo Federal e Estadual. O gestor apresenta o fato de que houve apenas um apoio inicial do MS para implantar o projeto. Quanto à SES, foi possível observar que, apesar de inicialmente não ter prestado suporte, recentemente, vem acontecendo uma tentativa de aproximação.

O Ministério apoiou o projeto. Quanto ao estado, no início, acredito que o município precisava ter esse apoio estadual para a implantação. O difícil é que cada município teve que fazer a sua interpretação na implantação. Mais recentemente, eu estou vendo o estado mais presente no planejamento estratégico e está “puxando” mais para o município a questão da troca de experiência, de como foi implantado. (Gestor).

O que faço com aquela equipe de multiprofissionais? Será que eu posso utilizar aquele profissional de alguma outra forma? Acredito que, nessa questão, quando o estado estiver mais próximo do município, com reais objetivos, colocando essa questão em pauta, voltando ao Nasf, dando ao Nasf o papel das equipes, aí sim irá melhorar (Gestor).

A relação no processo de implantação e implementação entre as três esferas foi fragilizada com relação ao Nasf (Gestor).

A entrevista com o gestor e a análise dos planos municipais e dos relatórios anuais de gestão dos anos anteriores à implantação do Nasf e atuais evidenciaram que não houve propostas precursoras que trabalhassem diretamente com as ferramentas tecnológicas junto à saúde da família e que pudessem ter influenciado na organização do processo de trabalho do Nasf.

Antes da implantação do Nasf, não havia nenhum programa ou proposta dentro dessa linha. Existiam, assim, programas relacionados à educação física que impactavam no município e que geravam resultado. Havia outros programas – relacionados às drogas – que surgiam e significavam para a população, mas muito pontuais (Gestor).

No plano municipal de 2006-2009, no eixo do desenvolvimento da atenção básica, voltando-se mais para a ampliação das ações da saúde mental, surgiram algumas estratégias

que eles relacionaram com apoio matricial. Vale salientar que isso já é referente ao período em que o Nasf foi implantado. “Implantar equipe matricial nas regionais e implantar o Nasf com profissionais de saúde mental em 2008” (OLINDA, 2005).

O documento ainda enfatiza a equipe matricial, ou seja, o Nasf como referência para a equipe de saúde da família - não houve uma relação de apoio horizontal e de atuação integrada entre as equipes. “Criação de fluxos de encaminhamentos do PSF para a equipe matricial dos casos que apresentem intercorrências” (OLINDA, 2005).

Nas informações obtidas no plano municipal 2010-2013, observou-se que existe uma referência sobre o papel do Nasf enquanto gestor. “Fortalecer o modelo de atenção à saúde, tendo como base de sua organização o território e consolidando o papel do Nasf na gestão local das ações e serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade em seu território” (OLINDA, 2009b.).

Na formulação das metas propostas pelos planos municipais de saúde, observou-se que as informações dos textos sempre se referiam à ampliação dos serviços e ações voltadas para o Nasf com relação à assistência, evidenciando o desenvolvimento de práticas especializadas e de reabilitação. Não foi possível identificar referências de trabalho junto às equipes de saúde da família, como o Ministério da Saúde propõe, de fato, para o funcionamento do Nasf.

Ampliar o serviço de atendimento às pessoas com necessidades especiais - fonoaudiologia, fisioterapia, hidroterapia, terapia ocupacional, assistência social e psicologia - em parceria com outras instituições, caso não haja vagas no município. Construção do centro de reabilitação até 2009, contratação de 08 fisioterapeutas para o Nasf e compra de 2000 procedimentos de fisioterapia por mês (OLINDA, 2005).

“Ampliar o quadro de profissionais para reabilitação dos pacientes de hanseníase através da contratação de 08 fisioterapeutas para o Nasf em 2008” (OLINDA, 2005).

Vale salientar que o plano 2010-2013 refere-se à atuação do Nasf no eixo da atenção especializada (OLINDA, 2009b). “Ampliar a atenção às pessoas com necessidades de reabilitação e contratar quatro fonoaudiólogos e oito terapeutas ocupacionais para ampliar procedimentos de reabilitação no Nasf” (OLINDA, 2005).

O texto do plano apresenta, ainda, uma meta que se refere à clínica ampliada, uma das ferramentas tecnológicas que o Ministério da Saúde apresenta como importante para a organização e o funcionamento do trabalho do Nasf junto à equipe de saúde da família. No entanto, não a coloca como essencial para o desenvolvimento da ação do Nasf, o plano traz tal meta como uma atividade pontual para a saúde da família e não como um processo que precisa ser discutido de forma permanente entre os diversos profissionais. “Incorporar conceitos de clínica ampliada nas práticas de atenção à saúde e realizar uma sensibilização

por ano para profissionais do PSF sobre clínica ampliada nas práticas de atenção à saúde” (OLINDA, 2005).

Foi possível identificar, no eixo do fortalecimento da atenção básica do relatório anual de gestão de 2012, o matriciamento e o projeto terapêutico singular - ferramentas tecnológicas para organizar o processo de trabalho do Nasf junto às equipes. “Implantar o matriciamento como uma estratégia de gestão para o fortalecimento da capacidade de resolução das unidades de saúde da família” (OLINDA, 2013). “Implantar o matriciamento junto à saúde da família com apoio da regulação e rede de serviço” (OLINDA, 2013). “Instituir espaço na agenda da equipe de saúde da família para construção do projeto terapêutico singular com apoio do Nasf” (OLINDA, 2013).

5.1.6 Diretrizes, linha de ação e concepção que norteia a proposta Nasf- Recife

De acordo com as informações contidas no projeto de implantação do Nasf, observou-se que a gestão municipal apresentou a atenção básica como eixo estruturante do sistema de atenção à saúde, na medida em que ampliou o acesso da população às ações e serviços de saúde e permitiu a organização do sistema por níveis de complexidade tecnológica.

Inicialmente, o município centrou esforços para expandir a estratégia de saúde da família, passando de 27 ESF em 2000 para 243 ESF em 2010 e cobrindo 54% da população (Projeto Nafs,). Paralelo a esse processo de expansão, emergiu a necessidade de fortalecer as ações básicas de saúde por meio da qualificação dos profissionais e do aumento de sua resolubilidade.

Várias ações vêm sendo realizadas no município com este intuito, uma delas foi a implantação do Nasf no ano de 2010. Isso foi possível com a publicação da Portaria/GM nº 154 do Ministério da Saúde, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), que trouxe a possibilidade da inserção de novas categorias profissionais para atuarem de forma integral e interdisciplinar junto às ESF.

O projeto colocou como meta a implantação de um total de nove equipes de Nasf distribuídas, inicialmente, em três territórios. No primeiro território, a proposta foi de dois Nasf para apoiar 16 equipes de saúde da família. No segundo, ficaram dois Nasf para 39 equipes de saúde da família e, no último território, foram cinco Nasf para dar suporte a 73 equipes de saúde da família. A partir das informações obtidas no projeto, observa-se que a média de cobertura de uma equipe Nasf variou de sete a vinte equipes de saúde da família.

No que concerne aos locais de lotação para implantação dos Nasfs, o documento deste projeto apontou que os espaços foram selecionados considerando: “A área de abrangência das equipes de saúde da família e a existência de espaço físico adequado ao desenvolvimento das atribuições da equipe do Nasf” (RECIFE, 2010).

É importante destacar que os Nasfs implantados em 2010 foram lotados em policlínicas e centros de saúde e apenas um foi lotado em uma unidade de saúde da família.

Os documentos analisados evidenciaram, ainda, que o Nasf deste município não funcionará como porta de entrada do sistema municipal, e sim irá compor a rede de serviços de saúde integrados à estratégia de saúde da família. Foi possível observar, na análise documental, que a construção das diretrizes, concepções e linhas de ações do processo de trabalho do Nasf foi realizada a partir das discussões entre os profissionais do Nasf e a gestão e dos documentos normativos apresentados pelo Ministério da Saúde.

Assim, o município vem se baseando no que apresenta o caderno de diretrizes do Nasf e nas atividades propostas, sempre naquele contraponto entre o suporte assistencial e técnico-pedagógico (Gestor).

Foi possível verificar que o Nasf tem como proposta atuar a partir do apoio matricial, pois tem o objetivo de construir e garantir espaço para a comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência (saúde da família) e apoiadores (profissionais do Nasf), caracterizando, assim, o processo de trabalho das equipes do Nasf.

Com base nessa concepção, foram problematizados e consensuados os seguintes dispositivos/ferramentas de trabalho do Nasf no município estudado. “O Acolhimento é entendido como um modo de organizar o trabalho das equipes de forma a atender a todos os que procuram o serviço de saúde” (RECIFE, 2010a). “A Construção de PTS, que se refere à construção de um projeto a partir da discussão com a equipe de referência de casos clínicos mais complexos” (RECIFE, 2010a).

A pessoa de referência do Nasf é o profissional desta equipe que é referência para uma ESF, responsável pela ponte entre as equipes Nasf e ESF e fazendo as articulações e a comunicação necessárias - estratégia utilizada pelas equipes para facilitar a comunicação e fortalecer vínculos. Para cada ESF, existem dois profissionais de referência do Nasf (RECIFE, 2010a).

Nos documentos, ainda constaram as ações que podem ser desenvolvidas entre as equipes de saúde da família e a equipe Nasf no seu cotidiano.

Consulta individualizada/avaliação é uma consulta realizada na unidade e/ou domicílio pelo profissional do Nasf aos usuários/família, objetivando promoção,

proteção ou recuperação do estado de saúde. A priori, esta atividade deve ser negociada e discutida com a ESF responsável pelo caso (RECIFE, 2010a).

Consulta compartilhada é a consulta realizada na unidade e/ou domicílio pelo profissional aos usuários/família, objetivando promoção, proteção ou recuperação do estado de saúde. Considera-se “consulta compartilhada” toda consulta interdisciplinar realizada em conjunto com qualquer membro da ESF (RECIFE, 2010a).

“Participação em atividades de grupos refere-se à participação em atividades em grupo para ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que podem ser desenvolvidas na unidade de saúde ou na comunidade” (RECIFE, 2010a).

As informações do projeto do Nasf e a entrevista do gestor apresentaram dados importantes para a compreensão do processo de implementação no que refere aos critérios de composição da equipe Nasf.

Os Nasfs foram implantados de acordo com o perfil dos territórios, como foi colocado pelo Ministério através das portarias. Vimos como era o território, quais as necessidades e, então, foram montadas as equipes (Gestor).

“Cada Nasf será composto por, no mínimo, cinco profissionais de diferentes áreas de atuação, respeitando as especificidades e necessidades de cada Distrito Sanitário” (RECIFE, 2010a).

Outra característica importante que apareceu no texto do projeto e no discurso do gestor é o tipo de contratação realizada pelo município e o valor do piso salarial. “A forma de contratação dos profissionais será por meio de Seleção Temporária e/ ou remanejamento interno no âmbito da rede” (RECIFE, 2010a).

Os profissionais foram selecionados para o Nasf através de um processo seletivo com análise de currículo e entrevista e foram contratados como prestadores de serviços. Os profissionais de 40 horas recebem 3.000 mil reais líquidos e os de 20 horas recebem um valor de 1700 (Gestor).

Com relação à integração entre as três esferas de governo, no que refere ao apoio à implementação do Nasf, a gestora evidenciou em seu discurso que conseguiu articular e receber ajuda da esfera federal, através de uma apoiadora do Ministério da Saúde.

A relação é bem mais forte com a esfera federal (Gestor).

Tive ajuda da apoiadora do Ministério. Tive o apoio dela, nós vínhamos conversando várias coisas. Também tive o apoio de uma pessoa que foi daqui do Estado de Pernambuco e que está no Ministério da Saúde, diretamente ligada ao Nasf. Por isso, sempre vínhamos conversando, nós já fizemos videoconferência para discutir sobre o Nasf, fazer uma avaliação e fortalecer o Projeto. Estávamos precisando conversar, o nosso Nasf é assim e veio pra isso, porque, nesse período de dois anos, ele passou por muita coisa (Gestor).

As análises dos planos municipais e dos relatórios anuais de gestão dos anos atuais e anteriores à implantação do Nasf evidenciaram que o município estudado criou, anteriormente, propostas em que existiam equipes de retaguarda para apoiar as equipes de saúde da família. Vale salientar que as informações evidenciaram um trabalho mais voltado para reabilitação.

Na área da atenção básica, foram promovidas capacitações dos médicos e enfermeiros, elaborados manuais na área de saúde mental e iniciado um trabalho de retaguarda em alguns territórios - com psicólogo, assistente social e psiquiatra - voltado para pessoas portadoras de transtorno psíquico (RECIFE, 2003).

“Na implantação da política de atenção à pessoa com deficiência, busca-se garantir as ações de prevenção e tratamento, a partir da discussão da criação da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC)” (RECIFE, 2003).

No plano municipal de saúde 2002-2005 e no RAG 2003, verificou-se, também, que o município colocou como ação para reorientar a atenção básica à implantação de equipes de retaguarda para o PSF e PACS. No entanto, fica evidente que esta retaguarda atua na perspectiva assistencial, ao mencionarem que a policlínica oferece cobertura. “Estruturar trabalho de retaguarda especializada com incremento de recursos humanos e melhores condições de trabalho. As policlínicas oferecem cobertura para o PSF” (RECIFE, 2003). “Estruturação da atenção básica e organização do processo de trabalho na USF a partir da formação de 12 equipes especializadas de retaguarda para dar suporte às equipes de saúde da família” (RECIFE, 2001).

Nas informações obtidas no plano municipal 2006-2009, observou-se que ainda não existe uma referência direta à criação do Nasf como meta, no entanto, se colocou a necessidade de expandir e consolidar as ações da saúde da família de forma integral. Sendo assim, as metas colocadas serviram para a organização de um processo de trabalho multiprofissional. “Garantir e ampliar apoio multiprofissional ao desenvolvimento das ações na atenção básica, implementando a ação avançada em cada território” (RECIFE, 2005). “Garantir a atenção às pessoas com necessidades de reabilitação, agilizando a ampliação da cobertura da Reabilitação Baseada na Comunidade – RBC integrada às outras ações da atenção básica” (RECIFE, 2005).

Apenas no RAG 2009 foi possível identificar algumas ações desenvolvidas no município que buscaram trabalhar com algumas das ferramentas tecnológicas utilizadas no processo de trabalho do Nasf. No entanto, foi uma ação para uma política específica e parcialmente realizada (RECIFE, 2010b). “Elaboração de projeto terapêutico para o idoso

frágil, inicialmente nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, utilizando a clínica ampliada” (RECIFE, 2010b).

Foi no ano de 2010 que surgiram, de forma mais clara, as discussões sobre matriciamento para as equipes de saúde da família. Neste ano, as proposições do plano 2010-2013 e RAG 2010 já colocaram a criação do Nasf no município e trouxeram a utilização do apoio matricial, clínica ampliada e projeto terapêutico singular como necessária para a mudança do cuidado à saúde (RECIFE, 2009, 2011). “Foram realizadas oficinas de matriciamento - este apoio foi implantado em 88% das ESF” (RECIFE, 2011). “Elaboração do projeto e implantação de 14 equipes de Nasf” (RECIFE, 2011).

Para readequação da atenção básica, a meta é reverter o modelo, incorporando a prática da clínica ampliada e buscando a ampliação do escopo de atuação das equipes. Haverá a necessidade do aprofundamento de estratégias direcionadas a isso, como a instituição do Apoio Matricial como política permanente de gestão, implantando equipes de retaguarda para discussão de casos, garantindo o suporte na condução dos mesmos, a melhoria da referência e contrarreferência e o enfrentamento da questão do gerenciamento das USFs (RECIFE, 2009).

“Implantação do acolhimento da clínica ampliada e projeto terapêutico singular em 100% das unidades de saúde em 2013” (RECIFE, 2009).

Foi possível identificar que as estratégias apresentadas e as situações alcançadas, no ano de 2011, vieram com o objetivo de fortalecer a implementação e a consolidação das ações do Nasf junto à saúde da família. No entanto, verificou-se que algumas dessas atividades foram parcialmente implantadas.

Garantir a participação do Nasf nas reuniões de ESF; avaliar semestralmente as ações do Nasf; fortalecer a participação do NASF na construção de PTS, instituição/implementação de grupos terapêuticos/educativos, visitas domiciliares e consultas compartilhadas; ampliar o escopo de ações do Nasf (RECIFE, 2012).

“Fortalecer as ações de matriciamento do Nasf nas USF e elaborar cartilha sobre o matriciamento” (RECIFE, 2012). “Fortalecimento do Projeto Terapêutico Singular – PTS nas Unidades de Saúde da Família e definição de instrumento padrão para elaboração dos PTS nas USF” (RECIFE, 2012). “Realizar reuniões de integração com o Nasf e outros setores, como o CRAS - Consultório de rua” (RECIFE, 2012).

É importante destacar que os documentos analisados mencionaram que a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho são baseados no apoio, na troca entre equipes e na atuação intersetorial.

Foi possível identificar, no eixo do fortalecimento da atenção básica do relatório anual de gestão de 2012, atividades onde o Nasf trabalhou junto à saúde da família, tendo um papel de regulador de fluxo, de apoio e de assistência.

“Acompanhar os Nasfs na apropriação dos dispositivos da rede de saúde e seus respectivos papéis” (RECIFE, 2013). “A Avaliação global dos estudantes de escolas públicas municipais foi realizada pela Equipe de Saúde da Família e Nasf” (RECIFE, 2013). “Incentivar as ESF, Nasf e Caps a planejarem e executarem junto com as escolas ações temáticas de promoção, prevenção e atenção à saúde” (RECIFE, 2013). “Pactuar a introdução da temática da avaliação funcional dos idosos acamados nas reuniões de matriciamento realizadas pelo Nasf e estimular a criação do PT”S (RECIFE, 2013).

5.2 O processo de trabalho do Nasf

Para entender como se organiza e desenvolve-se o processo de trabalho do Nasf nos três municípios estudados, foram analisados os significados dos conteúdos dos discursos dos participantes dos grupos focais. Para facilitar a compreensão, a análise foi dividida a partir das categorias: Proposta Nasf, organização e desenvolvimento do processo de trabalho, ferramentas tecnológicas, aspectos favoráveis e desfavoráveis para o processo de trabalho do Nasf, mudanças ocorridas após a implantação Nasf e sugestões para aprimorar a proposta.

5.2.1 Proposta Nasf

Na descrição dos resultados da categoria proposta Nasf foram exploradas as seguintes subcategorias: objetivo do Nasf, Formas de atuação do Nasf, diretrizes do Nasf, coerência com marco legal.

5.2.1.1 Objetivo do Nasf

Para compreender o que os profissionais pensam com relação à proposta do Nasf criada pelo Ministério da Saúde, buscou-se, inicialmente, indagá-los sobre o objetivo principal desta proposta.

Foi possível observar, no discurso dos grupos focais, que o apoio à saúde da família surgiu como principal objetivo do Nasf. No entanto, esse apoio apareceu com vários significados, alguns dizem respeito ao suporte às práticas que a equipe desenvolve no

território e, em muitos momentos, ao apoio de especialistas - neste não se identificou vinculação com a equipe de saúde.

O GFC expressou que esse apoio está vinculado à equipe de saúde da família, ou seja, desenvolve-se uma atuação entre equipes de forma compartilhada.

O objetivo é dar suporte às unidades de saúde. O trabalho acontece junto às equipes (GFC).

Nós não somos porta de entrada, trabalhamos numa nomenclatura de apoio, fazemos esse suporte junto às equipes de saúde da família. O momento mais rico que existe dentro do processo de trabalho do Nasf é o momento da discussão entre as equipes, pois é nesse momento que vamos repassando os conhecimentos específicos de cada um e vamos, ao mesmo tempo, capacitando o Nasf a equipe (GFC).

Nas declarações de um dos grupos, o objetivo do Nasf foi colocado como um apoio de especialistas, reforçando, assim, a visão de que o papel do Nasf é ampliar o acesso à atenção especializada.

[...] Parece que o objetivo é muito mais para tentar suprir algumas lacunas que existem nas especialidades. Busca-se, com o Nasf, reduzir essa necessidade de um especialista, parece-me que isso é um dos objetivos do Nasf (GFB).

O GFA apresentou um ponto de vista diferente dos outros na medida em que ele colocou que:

O usuário vai utilizar o Nasf como porta de entrada, então nós atuamos na base, na atenção básica e, lá, vamos distinguir ou direcionar este paciente para cada apoio específico (GFA).

Um aspecto importante que surgiu no discurso do GFA foi, além de relatar que o objetivo do Nasf é ajudar a equipe de saúde da família, o Nasf ser colocado por eles com um papel gestor.

Eu entendo o Nasf como um instrumento que auxilia a equipe de saúde da família e intensifica mais o trabalho. Nós podemos, enquanto profissionais, trabalhar com o indivíduo, mas também devemos trabalhar com a equipe. Ficamos como uma ponte e direcionamos coisas que precisam sair do foco da unidade de saúde. Temos um objetivo maior: o gerenciamento (GFA).

Muitas vezes, nós não somos enxergados como núcleo de apoio. Muitas vezes, somos vistos como a equipe que vai vigiar a saúde da família (GFA).

Foi possível verificar, com relação ao objetivo do Nasf, que os grupos têm posicionamentos diferentes: um atrelou esse apoio à saúde da família, na tentativa de transformar seu trabalho e potencializar suas ações no território, e os outros fizeram mais referência a esse apoio ao usuário, ou seja, utilizaram seu núcleo mais específico para tentar resolver o problema.

5.2.1.2 Forma de atuação

Os grupos focais foram questionados com relação à forma de atuação e diversas maneiras de atuar foram reveladas pelos discursos. Foi possível observar que alguns grupos referiram-se à atuação a partir do trabalho em equipe e interdisciplinar e que o Nasf deveria atuar de forma integrada e articulada com a saúde da família.

Essa atuação é construída através da troca de conhecimento. Com ela, vários profissionais vão discutir as demandas vindas das unidades, esse é o diferencial, porque agora a unidade básica terá o suporte dos especialistas, isso vai facilitar e favorecer esse cuidado (GFC).

Os grupos fizeram referência ao matriciamento como uma ferramenta de atuação, consideraram que este dispositivo, se utilizado, pode ampliar o repertório de ações e potencializar a prática da equipe de saúde da família.

A forma de atuar no Nasf é recente. Você pode atuar a partir do matriciamento, matriciar as equipes em discussões de casos. É possível dar suporte, construir atividades com as equipes e formar grupos por exemplo. Assim, você está dando suporte (GFC).

Nós atuamos, também, potencializando a equipe, fazendo consulta compartilhada com o profissional, é uma forma que nós temos de dar resposta para o caso – damos, assim, um potencial maior para a equipe. Nas discussões de caso em que fazemos matriciamento, estamos potencializando a equipe (GFB).

Observou-se que foi comum para os grupos focais relacionar o Nasf à atuação baseada na promoção da saúde e prevenção de doenças, eles trouxeram essas práticas como sua principal forma de atuação, embora relatassem que trabalhar nesta perspectiva é um grande desafio. Evidenciaram, ainda, a atuação baseada no assistencial.

Assim, deveria existir o foco na promoção, na prevenção daquelas patologias. Mas, acredito que notamos que atuamos muito mais quando aquela demanda ou queixa chegam. Sobre a parte de promoção, acredito que ela seja pequena. Atuamos mais por encaminhamento e nessa parte curativa (GFB).

O Nasf é orientação. Nós trabalhamos com orientações. Entretanto, atuamos mais além, fazemos atendimentos, colocamos a mão na massa (GFA).

Nós realizamos as atividades em grupo, as discussões de casos aproximam e trabalham mais a prevenção, que ainda é uma dificuldade na visão da unidade de saúde, pois ela sempre espera a atuação no curativo. Logo, trabalhar a promoção ainda é um desafio (GFC).

O que se identificou a partir dos grupos é que os mesmos compreenderam que a atuação do Nasf deve ser integrada e em parceria com a saúde da família. No entanto, em suas

colocações, ficaram claras as dificuldades de desenvolver atividades em conjunto e, principalmente, de associar práticas assistenciais e técnico-pedagógicas.

5.2.1.3 Diretrizes do Nasf

No momento em que se falou sobre as diretrizes do Nasf, as respostas de alguns grupos, como o GFA e o GFB, foram vagas e muito inespecíficas. Foi possível inferir que, muitas vezes, não se teve um olhar para o real papel do Nasf e não se compreendeu o espaço em que ele está inserido, portanto foi difícil reconhecer suas diretrizes.

O GFA reconheceu apenas um dos atributos do Nasf - trabalhar a partir da territorialização. Este apareceu como um consenso para todos os grupos.

Um dos atributos é a territorialização, [...] nós temos um território de ação, que deve ser fixado para ser estabelecido como devemos agir (GFA).

Nós trabalhamos dentro de um território, é preciso conhecer o diagnóstico para poder trabalhar junto às equipes (GFC).

Outro grupo focal apresentou reflexões sobre o que ele considerara diretrizes do Nasf. Observou-se que ele reconhece-se como uma equipe que atua na atenção básica e, portanto, deve desenvolver um processo de trabalho baseado nas diretrizes que regem a prática da saúde da família. O grupo elencou, diretrizes como: atenção focada na família, longitudinalidade, vínculos e interdisciplinaridade.

A questão do acompanhamento da família - um atributo da equipe de saúde da família bem marcante para o Nasf. Nós não acompanhamos o indivíduo, acompanhamos a família. Então, saber em que lugar aquele indivíduo está inserido e como é a relação dele com a comunidade é uma das coisas marcantes que foi incorporada pelo Nasf (GFC).

Uma questão possível e importante no Nasf é a diretriz da longitudinalidade, trabalhamos na mesma lógica da saúde da família, ou seja, o acompanhamento não é só naquele momento, mas em todo processo da vida. Então, quando você fala com uma agente de saúde que, às vezes, traz um caso, ela diz assim: - Ah! Eu atendi fulano, eu “vi ele” nascer, eu que acompanhei o pré-natal! [...] Hoje, o Nasf já tem um pouco dessa história passados quatro anos [...], então não é só aquele momento, construímos vínculos! (GFC).

É atuar a partir da interdisciplinaridade; assim, a organização do trabalho torna-se diferenciada. Então, não somos mais os mesmos profissionais que se iniciaram no Nasf, seguramente não, nem os profissionais da ESF (GFC).

5.2.1.4 Coerência com marco normativo e conceitual da proposta Nasf

Quando os grupos foram questionados com relação à coerência entre o que o MS apresenta e o que eles estão desenvolvendo na prática, os três grupos trouxeram aspectos que eles consideraram estarem mais próximos e mais distantes do que o arcabouço conceitual e normativo rege. Na verdade, eles apontaram muito mais questões que se distanciam da proposta real do Nasf.

Os grupos tiveram a percepção das ações que eles desenvolveram no território e quais delas foram coerentes com o marco legal do Nasf. O ambulatório foi colocado como a principal atividade realizada e que se distanciou do que a proposta do Nasf apresenta. Foi possível observar, nos discursos de alguns grupos, que o atendimento específico, apesar de ser muito questionado, foi o mais demandado e parece ser hoje a principal ação dos profissionais.

Eu acho que o Nasf poderia desenvolver um trabalho muito melhor com a população. Eu acredito muito em grupos, há uma amplitude, um alcance muito maior. Mas, desde a implantação do Nasf aqui no município, existe essa situação de colocar o técnico no ambulatório para cobrir buracos. [...] e há a questão de você passar muito mais tempo no ambulatório do que em outros grupos, de tentar outras ações ou outras situações que seriam mais enriquecedoras. Então, toda esta situação desvirtua o que está na portaria nº154 (GFA).

Aqui, no município, eu acredito que fomos uns dos primeiros. Não existia um modelo de Nasf. Assim, fizemos como foi entendido, como o gestor entendeu... Cada um com o seu modelo, porque o MS nos instrui para fazer o atendimento individual apenas quando for necessário, mas isso não acontece, porque, quando chegamos à unidade de saúde, os agentes de saúde já fizeram toda marcação [...]. Então, de fato, fazemos o atendimento individual sempre (GFA).

[...] O gestor entendeu desta forma, já tentou várias outras estruturas, mas os atendimentos individualizados entram como as maiores cotas que nós temos que atingir. Então, como o Nasf não pode fazer um atendimento individualizado? Se existe lá uma cota de 150 atendimentos para o nutricionista, para o fisioterapeuta, para quem quer que seja. Existe um entendimento diferente comparado com o do Ministério da Saúde (GFA).

O GFC relatou sobre a atuação ambulatorial de alguns profissionais do Nasf identificando-a como não coerente com a proposta do Ministério da Saúde. No entanto, eles ressaltaram que esse fato aconteceu porque a rede de atenção do município não está organizada para absorver a demanda dos usuários que necessitam de algumas especialidades no ambulatório.

Eu acredito que o que mais distancia é a obrigação de um profissional ou outro do Nasf ter que fazer ambulatório, porque não há uma referência quando a nutricionista do Nasf junto com a equipe de saúde da família não pode encaminhar. Então, ela termina “fazendo” ambulatório [...], eu penso nisso como o que mais se distancia da proposta do MS (GFC).

O matriciamento que é colocado pelo MS como o dispositivo que deve perpassar por todas as atividades foi reconhecido pelos profissionais como importante. Todavia, eles afirmaram que é difícil utilizá-lo na prática e esse fato distanciou-se da atuação baseada nas práticas presentes nos textos legais da proposta Nasf.

[...] Faz tempo, há mais de dois anos que há esse caderno do Ministério, existem coisas que fogem assim, [...] era colocado para nós que o Nasf ficaria no matriciamento principalmente, era aquilo que se devia fazer. Eu acredito que a realidade colocou-se de outra forma. A questão da assistência era muito forte ainda quando nós chegamos ao território. Acredito que houve essa contradição, a realidade nos fez fugir um pouco. O matriciamento nós não fazemos! (GFB).

O foco é que se faça matriciamento tanto em questão de usuário como no território, mas é complicado. Nem sempre se consegue; na maioria das vezes, não se consegue. Além disso, existem outras questões como atividades que são colocadas para o Nasf e que nem sempre ele teria que fazer, pois chegam de última hora (GFA).

Apenas o GFC colocou o apoio matricial como um dispositivo de trabalho que é utilizado no cotidiano deles e que eles entendem como o aspecto que mais se aproxima e que tem coerência com o que MS propõe. Já o GFA afirmou que a atividade que mais se aproxima do marco legal normativo e das suas concepções é a visita domiciliar.

Acredito que o que se aproxima é a questão do matriciamento e que o Nasf desde o seu início incorporou e entendeu o matriciamento como um dos pontos mais fortes (GFC).

Sobre as visitas domiciliares que fazemos realmente, acredito que é a parte mais sensível do Nasf. Acredito que, hoje, elas são a parte correta de implementação do Nasf (GFA).

Os trechos dos discursos demonstraram que os Nasfs estudados vêm desenvolvendo atividades que se distanciam do marco normativo e conceitual. Na maioria das declarações, foi possível perceber uma ausência de uma articulação e/ou integração entre ações de suporte assistencial e pedagógico, o atendimento individual foi sempre mais evidente.

5.2.2 Organização e desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf

Na descrição dos resultados desta categoria serão exploradas as seguintes subcategorias: ingresso dos profissionais no município, conhecimento e diagnóstico de território, criação de protocolo, definição de atividades, número de equipes apoiadas, estrutura, relação Nasf x ESF, relação Nasf x outros serviços, relação Nasf x gestão, avaliação da proposta.

5.2.2.1 Ingresso dos profissionais

Quando foram colocadas para os grupos questões com relação ao início da organização do processo de trabalho do Nasf no município, eles lembraram como ingressaram nestes.

Embora todos os grupos tenham colocado que aconteceram capacitações por parte dos municípios, o GFA relatou que, neste momento, não ocorreram discussões sobre a proposta do Nasf propriamente dita, ele enfatizou ainda que, passado esse encontro, foi iniciado o trabalho. Os outros dois grupos mencionaram que, já nos primeiros encontros, tiveram aproximação com a temática do Nasf.

A presença das equipes de saúde da família junto à equipe Nasf, nesse primeiro momento, foi um fato importante que aconteceu e que foi relatado apenas pelo GFC.

Houve essa seleção e nela foram escolhidos os técnicos. Logo após, tivemos uma semana de capacitação com todas as coordenações e políticas daqui do município [...]. Mas, essa capacitação não deu um norte. Ela ocorreu com cada setor falando sobre sua política - por exemplo, política do idoso. Houve apresentação sobre os serviços que existiam, mas não houve, neste momento, um direcionamento: - O Nasf vai fazer isto, vai ser assim, vai ser assado... Não, não houve isto não! Só houve a apresentação das políticas dentro do município. Passamos por essa semana e depois começamos a trabalhar (GFA).

[...] Primeiro houve uma reunião com a secretária de saúde, [...], no primeiro momento existiu uma reunião onde nós todos fomos apresentados uns aos outros [...] nesta reunião a secretária de saúde junto com a coordenação da atenção básica apresentou o que era o Nasf, falou um pouco da proposta. Nessa reunião estavam presentes, também, representantes das equipes de saúde da família que aquelas duas equipes de Nasf convocadas iriam cobrir. Então, naquele momento, nos conhecemos, tanto nós que estávamos chegando, quanto eles que já estavam no município há certo tempo (GFC).

Passamos por uma oficina, como se fosse uma capacitação, uma oficina de uma semana. Nesta oficina, discutimos vários temas, vários textos, acolhimento, os mecanismos que o Nasf iria utilizar (GFB).

Tivemos um treinamento inicial. Primeiro, fomos nós apenas; depois, todos foram convocados, uma média de 30 profissionais. Então, todos que foram contratados passaram por essa capacitação (GFB).

Ficou claro, em alguns discursos, que esses momentos iniciais de sensibilização não garantiram um bom entendimento e certa organização para o desenvolvimento do processo de trabalho.

O processo foi construído, ninguém chegou para nos dizer assim: - Olhe! Você vai fazer isso, isso e isso... Ditar a regra realmente não houve. Houve um norte do que seria o Nasf, do que eles idealizavam. Até mesmo porque era uma equipe nova que estava chegando. Para eles, também era “o novo” e era importante que fosse construído conjuntamente (GFB).

Sobre a nossa chegada, nós falhamos muito no começo. Também, não tínhamos muita firmeza, nem com as equipes, nem com o que nós estávamos fazendo. Acabamos por assimilar muito essa coisa de “esse caso é nosso”, e conduzimos o caso. Acredito que isso piorou a situação ao invés de desmanchar, ficou mais difícil ainda. (GFB).

5.2.2.2 *Conhecimento e diagnóstico do território*

O conhecimento do território e o diagnóstico de área foram considerados pelo GFB e GFC como essenciais para a organização do trabalho. Os grupos enfatizaram que realizaram essa atividade logo após as capacitações. A partir dos discursos, percebeu-se que a presença da gestão nesse processo de reconhecimento do território foi fundamental. No entanto, observou-se que o apoio da gestão, nesse momento, não se deu da mesma forma para todos os grupos.

Depois desta reunião, cada Nasf foi com sua gerente de território conhecer o território, conhecer as unidades. Depois que conhecemos a unidade, fomos fazer o diagnóstico da área, que durou mais ou menos um mês e pouco, e depois começamos a atuar (GFC).

Então, na segunda semana, nós começamos a ir para as unidades de saúde [...] começamos a ser apresentados às unidades e fazer o reconhecimento do território (GFB).

As gerentes de território foram conosco nas reuniões da equipe e nos apresentaram: - Essa é a equipe Nasf que irá trabalhar junto com vocês. Então, houve algumas gerentes que tiveram esse cuidado com a equipe que estava chegando ao território (GFB).

O discurso de um dos grupos evidenciou que o diagnóstico do território não ocorreu. As declarações demonstraram que o início da organização do processo de trabalho foi complexo, que se organizaram a partir do ambulatório e que a portaria estava sendo desconsiderada. Não houve referência ao diagnóstico de área, embora tenha ocorrido o reconhecimento das equipes.

Fomos conhecer as equipes com o coordenador de área e fomos aprendendo no dia a dia, não houve um tipo de direcionamento em nenhum momento. O Nasf seria assim, conforme a portaria. Então, começamos a fazer parte do ambulatório; eu fazia parte da policlínica. Nós fazíamos os atendimentos e também íamos para as unidades. Então, o que confundia era que não há, na portaria, esta questão de você está no Nasf fazendo atendimento em policlínica (GFA).

Outros aspectos emergiram no discurso do GFC com relação ao momento em que chegaram ao município. Eles afirmam que houve a preocupação de conhecer os serviços de saúde disponíveis na rede, saber o que era atribuição de cada um, para, assim, tentar construir um fluxo de atenção e uma articulação entre os serviços.

[...] Também fomos aos equipamentos de saúde. Então, fomos conhecer os Caps, o núcleo de reabilitação e os serviços de saúde. Houve uma reunião para discutir a referência e a contrarreferência - difícil até hoje, mas que já se pensou desde o início como seria, quem encaminharia e para onde seria encaminhado. Também deveríamos conhecer os serviços, o processo e a relação (GFC).

5.2.2.3 Criação de protocolos

No momento em que a abordagem versou sobre a existência de algum protocolo criado pelo município para nortear o processo de trabalho do Nasf, verificou-se que apenas um dos grupos participantes disse ter construído conjuntamente com a gestão um documento que apoiasse a equipe na organização e funcionamento do seu trabalho.

Nós construímos o protocolo, gestão e equipe Nasf. Ele foi bem discutido, todos os integrantes do Nasf tiveram acesso, todos tiveram a possibilidade de contribuir e ele está pronto (GFC).

No município, não tenho conhecimento. Há o do Ministério da Saúde, que nós até recebemos impresso. Nós nos baseamos mesmo pelo caderno do Nasf, que, durante a semana no treinamento, foi bastante trabalhado por nós (GFB).

Nos relatos do GFA, ficou evidente que houve uma tentativa de construção de um documento para orientar a equipe Nasf. Um aspecto que chamou atenção foi a construção de um protocolo separado por categorias profissionais.

Não há nenhum documento. No começo, por exemplo, tentamos construir um para as assistentes sociais. Existiu uma reunião onde todas as assistentes sociais encontraram-se para tentar construí-lo (GFA).

Foi feito um levantamento das possibilidades das ações de cada profissional, com todas as categorias, naquela época. Mas, não foi construído nenhum documento. Recentemente, ventilou-se alguma coisa, pois existe uma necessidade de colocarmos as atribuições de cada profissional. Que atribuição, enquanto nutricionista, eu tenho dentro do Nasf? Então, existe uma tentativa, acredito. Mas, ela ventilou, ainda não existe não (GFA).

5.2.2.4 Definição das atividades do Nasf

A partir da análise dos grupos focais, verificaram-se quatro atividades principais desenvolvidas no cotidiano do Nasf: reuniões para discussões de casos, atividades em grupo, visitas domiciliares e atendimentos individuais – algumas dessas atividades foram destacadas como prioritárias. Vale salientar que, quando questionados sobre a definição de suas atividades, eles trouxeram outras ações, além dessas quatro que apareceram de forma mais frequente.

O GFC colocou que uma experiência que foi desenvolvida no município, anteriormente à implantação do Nasf, influenciou bastante na definição das atividades.

Com a criação do Nasf, algumas pessoas que eram do outro programa fizeram a seleção, passaram e foram atuar no Nasf. Então, nas primeiras reuniões, quem era do programa antigo discutiu com a equipe Nasf como acontecia o processo de atividades no Sameco. A partir daí, o Nasf começou a aprimorar e construir sua própria definição de atividades para atender às necessidades atuais (GFC).

Os discursos revelaram que a discussão de caso, que constitui um momento de encontro e trocas entre as equipes, é priorizada, realizada e considerada um espaço importante, mas apenas pelo GFC, pois este grupo enfatizou que todas as outras atividades foram definidas nesse espaço da discussão; portanto, ela é uma atividade fixa na agenda das equipes.

Nós temos 10 unidades de saúde, [...] então, construímos um cronograma mensal através das discussões de caso. É através da discussão que vão surgir as demandas de visita, os atendimentos e as demandas de grupo (GFC).

A discussão de caso é uma atividade prioritária assim como as atividades de grupos. As visitas domiciliares e os atendimentos individuais são outras atividades que realizamos (GFC).

Nós temos uma agenda e, em alguns pontos, ela é fixa. As discussões de casos são fixas (alguns atendimentos são fixos outros não) e alguns grupos são fixos outros não. No caso do atendimento, também alguns são fixos outros não, nesse caso vai depender se o médico ou a enfermeira vão precisar daquela sala, devido à estrutura física (GFC).

É com a discussão de caso que nós nos reunimos, periodicamente, com as equipes de PSFs para discutir os casos e a própria relação do Nasf também (GFB).

Foi consenso entre os grupos que o momento da discussão de casos é rico e potencializa as trocas de conhecimento. No entanto, eles enfatizam a dificuldade que se tem de garantir esses espaços e fazer com que eles aconteçam sistematicamente. No GFB e no GFA, as respostas foram muito vagas e as falas demonstraram que essa é uma atividade que não é priorizada e que não acontece sistematicamente.

A periodicidade da discussão de caso... É bimensal? (GFB).

É Bimestral, geralmente. Tinha tudo para ser bimensal, mas geralmente é bimestral (GFB).

[...] A discussão de caso é um momento rico dentro das equipes (GFC).

A coordenação definiu que a atividade de discussões de casos deveria ocorrer toda sexta-feira à tarde. Fizeram um cronograma e, até o ano passado, em toda sexta-feira, cada unidade era eleita para isso. Nós marcamos, agendamos com as equipes de saúde da família, mas isto não é muito certo. Então, chega-se lá e não existe ninguém na unidade. Há unidade em que é impossível encontrar “um pé de pessoa”. Então, estes espaços existem sim, mas eles estão sendo subutilizados, está lá garantido, mas não está acontecendo (GFA).

Logo no início do Nasf, esse espaço era organizado de forma rotativa a cada 15 dias, mas isso foi logo no início. Quando eu entrei, o cronograma era assim (GFA).

Já se tentou fazer discussão de caso de todo jeito, tentou-se numa quarta-feira, segunda-feira, mas não se conseguiu (GFA).

O GFA trouxe uma informação que não foi observada nos outros dois grupos, ele afirmou que, além de ter realizado as atividades elencadas acima, realizou ainda ações na policlínica.

Fazemos atendimentos individuais, visitas domiciliares, grupos, algumas reuniões, capacitações e ainda somos convocadas para ações nas policlínicas (GFA).

Os discursos revelaram, ainda, que o fato de acontecer a reunião não garante a presença de todos os profissionais da equipe.

Agora é assim, a discussão de caso não, necessariamente, acontece com a equipe toda, dependendo dos profissionais que estejam envolvidos. Se der para irem todos, ótimo! A demanda é grande, às vezes não dá (GFB).

Nem sempre são discutidos todos os casos, os mais “cabeludos”. Mas não são 100% não. Não daria para discutir o de todo mundo (GFB).

Os casos do território chegam via agente comunitário de saúde. Às vezes, telefonam direto para você – há, lógico, os de maior gravidade, esses vão para discussão de equipe (GFB).

O atendimento individual foi definido como uma atividade que faz parte do processo de trabalho do Nasf de todos os grupos focais, no entanto, o GFA e o GFB disseram que essa prática é a mais desenvolvida por eles quando comparada com outras. Eles destacaram que não são eles quem prioriza os atendimentos específicos, essa demanda emerge das equipes de saúde da família e da cobrança por produção da própria gestão.

O atendimento individual é muito demandado (GFB).

Eu não sinto que priorizo o atendimento individual, eu sinto uma grande demanda (GFB).

Eu tenho que completar 140 atendimentos ambulatoriais, 40 visitas e 12 grupos por mês (GFA).

O grupo evidenciou que a demanda para o atendimento individual vem da comunidade e das equipes.

[...] Há uma demanda grande e eu, de certa maneira, priorizo a questão do atendimento a pacientes com dependência química, uma coisa que é muito demandada, isso eu percebo, daí procuro sempre focar nisso. É uma coisa que ocupa muito a minha atenção (GFB).

As áreas em que nós atuamos são áreas que estão muito necessitadas do atendimento. Bem nítida essa questão da droga, é algo super complicado (GFB).

As declarações levantaram uma questão que pode estar dificultando a organização do Nasf na rede, elas dizem que a rede não está organizada para atender o usuário de acordo com sua necessidade.

Agora, acredito que a atividade de maior demanda para mim é a questão da escuta individual. O sofrimento psíquico é muito grande nas comunidades e a rede não suporta a demanda da escuta psíquica. Então, o psicólogo do Nasf acaba recebendo a demandada (GFB).

[...] A demanda no centro de reabilitação cresceu muito, não é só o Nasf da gente que manda, vem até de outros municípios. Então, como a demanda lá aumentou muito, nós do Nasf também atendemos lá durante um tempo, fazemos atendimento no ambulatório, em uma manhã podem existir de 15 a 20 pacientes, é um turno que não vou para as unidades. Tiram os fisioterapeutas do Nasf e descobrimos uma área para cobrir a outra. Mas, não vi tanta resolução disso não (GFA).

Outros aspectos favoreceram a priorização ao atendimento individual. O GFB relatou que, além das equipes e das comunidades criarem uma expectativa para existir especialidade na unidade de saúde da família, em algumas unidades existiram, anteriormente, experiências onde as equipes davam apoio e, provavelmente, possuíam uma abordagem mais voltada para o atendimento específico.

Quando chegamos aqui, a mente das pessoas funcionava assim: A fisioterapeuta iria ver. Está com dor? Manda para ela. Está com algum estresse? Manda para o psicólogo. É gago? Possui problema de fala? Manda para a fonoaudióloga. Está sem benefício? Manda para a assistente social. Então, de acordo com os acontecimentos da região, conseguimos desmistificar que a fonoaudióloga não só cuidava da fala, havia outras áreas; da mesma forma que o psicólogo não só cuidava do estresse, existia uma série de outras coisas. Aos pouquinhos, nós fomos desmistificando (GFB).

[...] Nessa unidade em particular, como houve acúmulo de residentes de saúde da família antes de nós, não é? Eles possuíam mais ou menos uma noção que ajudou e, também, atrapalhou, porque os residentes eram exclusivos daqui. Então, eu lembro bastante de quando chegamos [...]. O outro Nasf que estava aqui fazia atendimento tantas vezes. Existia um “caderninho” que encaminhávamos. Funcionava direito? Não era como nós que temos várias unidades. Então, eles sabiam mais ou menos algumas coisas, mas por causa dos residentes acredito que tomaram esse exemplo para si (GFB).

O atendimento compartilhado foi levantado como umas das atividades que podem ser desenvolvidas pelo Nasf.

Podemos atuar também potencializando a equipe, fazendo consulta compartilhada com o profissional. É uma forma que temos de dar resposta para o caso, damos um potencial maior para a equipe (GFB).

Todos os grupos focais assumiram a atividade de grupo como fazendo parte das ações do cotidiano do Nasf. Eles colocaram, ainda, essa prática como prioritária. O GFC expressou, em seu discurso, uma visão mais abrangente com relação à organização e operacionalização dos grupos, apontou um desenvolvimento a partir da construção compartilhada junto às equipes.

Acredito que são atividades prioritárias, que os grupos são prioridade (GFC).

O grupo não é do Nasf. Primeiro, o grupo é organizado a partir da demanda da ESF, não somos nós que chegamos com a proposta, até porque não temos condição de fazer isso, não conhecemos a área, quem conhece a área, quem conhece os problemas da área a fundo e no dia a dia é a equipe, são as enfermeiras, são os agentes de saúde, então são eles que trazem isso para nós (GFC).

O discurso mostrou que a construção e o desenvolvimento das ações não são feitos a partir da articulação entre equipe Nasf e equipe de saúde da família, visto que os relatos se referiram a práticas desenvolvidas apenas pelo Nasf.

Nós priorizamos grupos. Até então nós, geralmente, somos demandados assim como diz nosso colega e acabamos por priorizar a participação em hiperdias, em grupos de idosos, de gestantes: há grupos de gestantes em que vamos uma vez ao mês, ou seja, é preciso haver alguém do Nasf. Há o pedido: - Oh, por favor! Uma vez ao mês uma pessoa do Nasf! Então, nós somos demandados e acabamos por priorizar também (GFB)

Criamos oficinas em determinadas categorias... São criadas pelo Nasf (GFB)

Alguns grupos foram formados. Acredito que há esse viés bem preventivo, o nutricionista ficou à frente, nós havíamos dito isso de orientar a população com relação à alimentação, a questão do aleitamento materno foi feito tanto pela fonoaudióloga quanto pelo nutricionista (GFB).

O GFB e o GFC definiram, ainda, outras atividades como parte do processo de trabalho do Nasf: a preceptoria de aluno no território e a participação de reuniões com outros serviços. O GFA não fez relato com relação a essas atividades.

[...] A participação de algumas atividades de acompanhamento de residente e estagiário (GFC).

Participação em reuniões e em outros serviços para trabalhar a questão da interlocução [...] reuniões nos Caps, reunião no núcleo de reabilitação (GFC).

Outra atividade nossa é fazer articulação com os pontos da rede, o PSF com os outros pontos da rede, os CAPs etc. (GFB).

O diagnóstico de área surgiu como uma atividade que é importante para o Nasf poder organizar e desenvolver suas ações; no entanto, essa atividade emergiu apenas nos discurso do GFC.

Trabalhamos, também, dentro do diagnóstico diário. Fazemos um levantamento de diagnóstico para poder trabalhar em cima de alguns indicadores - como os de desnutrição infantil - e poder, também, tentar trabalhar alguns grupos específicos (GFC).

Todo início de ano eu peço para fazer um levantamento das unidades, peço às unidades para fazer um levantamento, quem são as pessoas que têm transtorno, qual é o transtorno dentro da classificação do CID, que medicação ela toma, se já foi internada, com quem vive, enfim: precisamos ter uma ideia (GFC).

Nós, também, fazemos um levantamento das fichas de controle e avaliação do SIAB, a fim de vermos a demanda que existe em cada unidade, quem são as pessoas que vivem naquele território (GFC).

O GFB fez referência ao fato de o diagnóstico fazer parte de suas atividades. Entretanto, percebeu-se que essa prática não é regular, ou seja, as falas evidenciaram que foi uma ação pontual e que, provavelmente, não faz parte do dia a dia das equipes.

Veja! Fizemos uma vez um levantamento das pessoas dos psicofármacos, do consumo de psicofármacos na área. Isso aconteceu com uma equipe que cobrimos. A ideia era ver e começar a debater essa questão do consumo de “psico”. Então, nós fizemos esse levantamento, foi o mais próximo que trabalhamos, mas em outra situação não chegamos a fazer (GFB).

5.2.2.5 Número de equipes apoiadas

Com relação ao número de equipes de saúde da família que cada Nasf dá cobertura, observou-se que os profissionais dos grupos entrevistados apoiam um número elevado de equipes.

Nós temos 10 unidades de saúde e temos que desenvolver atividades em todas. Então, nós construímos um cronograma mensal através das discussões de caso, para fazermos visitas, grupos e atendimentos (GFC).

Cobrimos 10 equipes de saúde da família e desenvolvemos atividades em todas elas (GFB).

Hoje, nós somos um Nasf que cobre 14 equipes, mas esta cobertura de território não é fácil. Talvez, em uma nova avaliação, diga-se que é um número grande. (GFA).

O GFA revelou que existe, no município, uma espécie de rodízio, pois as equipes do Nasf não têm território nem unidades de saúde da família fixas.

[...] Existiu, depois de mais de um ano, uma espécie de rodízio [...]. A gestão disse que era porque alguns profissionais não estavam alcançando as metas, outros não estão fazendo. Então, eles fizeram um rodízio de profissionais e misturaram as equipes, isso foi aquele “auê”, porque nós saímos das unidades. Mais recentemente, eles fizeram um rodízio de território, foi uma situação bastante sofrida, porque há uma quebra de território com o grupo. Como agora foi rodízio de grupo, nós não nos desfalecemos enquanto Nasf, apenas saímos desse território, fomos para outras unidades. Nós não estamos vinculados às mesmas equipes desde quando chegamos ao Nasf (GFA).

Quando os grupos foram questionados sobre o tempo para apoiarem as equipes de saúde da família do seu território, foi comum nos discursos a menção à dificuldade que existe em oferecer apoio qualificado ao número elevado de equipes, já que são muitas as atribuições.

Fazemos o que podemos. Normalmente, é complicado (GFA).

[...] Fazemos o que podemos fazer, porque estamos a cada quinze dias em uma unidade; logo, é muito pouco (GFA).

É que o nosso tempo acaba ficando curto, o ideal é que houvesse menos equipes (GFC).

É apertado. Acredito que, com o número de equipe que nós temos, não temos um horário para discutir coletivamente o nosso processo de trabalho. Então, quando nós queremos planejar com as unidades, isso acontece muito rápido: construímos como vamos fazer, vemos a atividade e fazemos. É preciso ter tempo para sentar com as equipes e construir em conjunto realmente, apoiar de verdade (GFC).

O GFB evidenciou o desejo de estar mais presente, demonstrou que, em atividades importantes como as reuniões e os grupos, não há como o suporte ser feito.

Acredito que o ideal seria nós termos, talvez, menos equipes. Nós estaríamos mais presentes na unidade, para podermos participar de mais coisas, estarmos mais presentes nos grupos e reuniões, não sei ao certo. Agora, nós cobrimos 10 equipes, nós nunca estamos presentes em tudo. É impossível ser apoio assim! (GFB).

5.2.2.6 Estrutura

Quando o tema abordado foi sobre a estrutura, todos os grupos mencionaram dificuldade na infraestrutura das unidades e no transporte. Foi unanimidade nos grupos a dificuldade de locomoção que eles encontram no dia a dia e a não disponibilização de carros para percorrerem os territórios.

Quando começamos, existiam duas Kombis: uma para cada Nasf. Cada equipe ficava com uma – agora, é uma Kombi para quatro. Hoje, a nossa equipe se vira como pode: um dá carona ao outro, mas é muito difícil (GFB).

Sobre a questão do transporte, a prefeitura municipal não disponibiliza (GFC).

Para ser mais específica, em outro município em que a equipe do Nasf faz o estudo de caso e o matriciamento, todos vão com o carro da prefeitura. Aqui no nosso município, não há isso. O que é que nós temos? Quando precisamos, temos que requisitar à gestão. Se solicitarmos e estiver disponível, o carro vem (GFA).

Ficou claro que a questão da estrutura, no que se refere à unidade de saúde, pode dificultar o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe Nasf, pois os profissionais apresentaram que as estruturas são mínimas e não estavam preparadas para receber outra equipe.

Falta espaço. Há dias que nós não conseguimos atender nas unidades de saúde, mas existe unidade que é maior - como essa aqui, por exemplo. Já as outras unidades, meu Deus do céu, são bem “pequeninhas”; às vezes, não possuem espaço nem para conversar (GFB).

Para conseguir sala, é bem complicado, porque não existem salas nas unidades para o Nasf trabalhar, nós trabalhamos na sala que estiver vaga (GFB).

Nem todas as unidades têm estrutura. Transporte não há e, sobre a estrutura, o Nasf não deve ter uma própria, uma sede. O que devemos ter é uma sala na unidade que estamos cadastrados, mas eu acredito que a sala é que deveria ser mais bem estruturada (GFC).

Assim, a própria estrutura das unidades dificulta a atividade em grupo: umas têm, mas a maioria não tem (GFC).

5.2.2.7 *Relação Nasf x ESF*

Todos os grupos disseram ter relação com as equipes de saúde da família. Entre algumas equipes, os discursos demonstraram que existem, de fato, uma aproximação maior e um desejo de um trabalho integrado, entre outras. Essa relação ainda é muito frágil ou, até mesmo, inexistente.

O não reconhecimento da equipe Nasf como um apoio foi um aspecto levantado pelo GFA como um fato que pode dificultar a interação entre as equipes. Verificou-se que a pouca disponibilidade do Nasf para a saúde da família fragiliza a construção de vínculos e, conseqüentemente, não há a consolidação de uma relação entre as equipes.

Eu confesso que a Saúde da Família não tem a aceitação do Nasf como grupo de apoio. Então, são raras as equipes em que há esse entendimento de que o Nasf está ali como apoio, pois nós não temos o referencial, por exemplo: eu não vou duas vezes, na mesma semana, à mesma unidade. Como nós não temos esse referencial e como costumamos dizer que “pingamos” na unidade, a equipe de saúde da família diz: - O Nasf não vem aqui, então não faz parte da minha equipe. Teoricamente, não fazemos parte da equipe de saúde (GFA).

Observou-se que a relação entre as equipes não é vista como suporte. A equipe Nasf, além de não visualizar afinidade, vê-se como fiscalizadora. O grupo mencionou, ainda, que as ações são fragmentadas e distanciadas, tendo em vista que, em nenhuma das ações citadas, vislumbrou-se algum tipo de integração entre as equipes, o que se observou foram práticas individualizadas e sem nenhuma corresponsabilização.

[...] O Nasf vem para analisar quem trabalha ou não e para cobrar. Se você chamar uma agente de saúde para fazer uma visita domiciliar e ela não for, eu preciso colocar no relatório. Então, essa é uma maneira de você fiscalizar a equipe de saúde. Com a equipe de saúde, eu não consigo ter essa adesão. Depende muito do “chegar, fazer o seu e sair”. [...] As ações não são conjuntas, elas são separadas! O Secretário da Educação anda para cá, o de saúde para lá. Dentro da equipe de saúde, o médico anda para ali, o agente de saúde para cá, a enfermeira para cá, não concatena estas

ações, mas todo mundo está jogando no mesmo time. Então, não somos eficientes nisso. O sistema não é eficiente neste sentido e, como equipe de saúde, nós não damos conta não! (GFA).

Nós fazemos o nosso trabalho quando precisamos. Sempre há a necessidade de médico e enfermeiro. Assim, existem locais que são ótimos, são bons para nós, mas há locais que possuem dificuldades, isso depende muito (GFA).

É como Rosa já falou uma vez: a equipe de saúde não é muito respeitada, eles não conseguem nos observar como parte integrante desse processo (GFA).

O GFA apresentou a informação de que a relação pode acontecer a partir da empatia que se tem com determinadas equipes e não como um mecanismo fundamental para se produzir um trabalho mais integral.

[...] Algumas relações são boas, existem as exceções. Isso depende muito da equipe, mas também é algo muito próprio da relação que nós temos. Quando fazemos as visitas, mantém-se uma relação com aquela agente de saúde, isso vai contagiando as outras e ficamos mais tempo na unidade (GFA).

Segundo o GFB, a relação com a saúde da família difere de uma para outra. O grupo ressaltou, em suas falas, que existe integração apenas com algumas equipes e, com outras, não é possível realizar o apoio, pois não existe um interesse por parte da equipe de saúde da família em atuar e praticar conjuntamente.

Em geral, vai bem. Há equipe mediana e existe a equipe que não funciona (GFB).

É aquela coisa: você propõe algo e a equipe até topa, mas isso não quer dizer que ela vai fazer junto a você. Apesar disso, não atrapalha, faz ao modo dela (GFB).

A relação melhorou bastante. No início, nós não éramos sozinhos, mas começamos a ficar mais atentos e “cutucar” mais. Assim, há equipe com a qual compartilhamos mais e outras menos. Existe, também, aquela equipe que, desde o início, compartilhamos ações (GFB).

No grupo GFC, identificou-se uma relação entre equipes, apesar dele evidenciar que ainda trabalha nessa perspectiva. Ficou clara a vinculação e o reconhecimento da importância desta integração para o processo de trabalho.

O nosso Nasf está conseguindo encontrar os nossos lugares na relação com o pessoal da ESF, eu diria que ainda temos um bom caminho para andar (GFC).

Nós temos interlocução com a ESF. Às vezes, há um grupo forte do Nasf, mas, se a ESF não trabalhar, não acontece o trabalho definitivamente (GFC).

O GFC apresentou, na prática, essa relação e como ela pode ocorrer. O grupo salientou que desenvolver um processo de trabalho a partir da garantia de uma relação efetiva entre equipes transforma a maneira como o profissional faz o cuidado à saúde.

O principal foco da relação é o matriciamento das ações para o território das equipes de saúde da família. Acredito que seja uma coisa de mudança paradigmática. Mas,

nós viemos para dar esse suporte, fazer o matriciamento mesmo. Acompanhar, discutir e dar o suporte necessário para que a resolubilidade ocorra com a atenção primária. Acredito que essa palavra veio a minha mente não foi à toa, essa coisa de mudança paradigmática, que é uma mudança da maneira como você se relaciona, em como você se coloca. O problema não é mais da nutricionista, do psicólogo, o problema é das equipes, o sujeito é das equipes, por isso que a responsabilidade não é só dela, é nossa, isso é uma mudança de postura acredito (GFC).

5.2.2.8 Articulação Nasf x outros serviços

Para estruturar e organizar o processo de trabalho do Nasf na atenção básica, a efetiva integração entre os serviços fez-se necessária. Quando os grupos foram indagados sobre essa relação, observou-se que todos entenderam a importância deste diálogo, porém apenas alguns grupos conseguiram ter algum tipo de articulação e/ou comunicação com outros serviços.

O GFC mencionou que essa prática é uma atividade sistemática e garantida que faz parte do processo de trabalho da equipe. Já o GFB colocou que é importante estreitar o vínculo com os serviços para fortalecer e qualificar as ações da saúde da família. Verificou-se, diante dos discursos, que essa articulação existe, mas ainda é incipiente, embora eles tenham relatado que estão em busca dessa troca.

O GFC e o GFB relataram que, nos encontros com os serviços, trabalham em cima dos casos que são comuns às equipes.

As reuniões são frequentes, com o núcleo de reabilitação nos encontramos uma vez por mês. [...] Há, ainda, as reuniões com os Caps Transtorno, Caps Ad e Caps Infantil, isso está bastante estruturado, formalizamos isso numa reunião que tivemos com os Caps; enfim, está lá, existe um dia determinado e combinado com o serviço (GFC).

Para potencializar a equipe de saúde da família, podemos atuar intersetorialmente. Muitas vezes, nós temos um caso que vai além do Nasf, além da equipe de saúde. Então, precisamos, talvez, de uma intervenção do Caps, ou do Caps Ad, depende do caso, também fazemos essa ponte (GFB).

O Caps Dona Rosa propôs nos chamar, nós agendamos uma vez por mês para irmos ao Caps e discutirmos os casos que estão em andamento, porque estamos trabalhando juntos - o Nasf, o Caps e o PSF. Então, lá no Caps Dona Rosa, conseguimos fazer essa agenda e parece que ela vem falhando, não houve em fevereiro, mas em janeiro houve. Isso já está posto no Caps Dona Rosa. No Caps Vida, o outro Caps em que trabalhamos, isso não acontece ainda. Não foi discutido isso com as equipes, mas estamos construindo, na prática talvez, essa relação, esse espaço com os dois Caps (GFB).

A reunião entre os serviços é importante porque tenta quebrar a história de alguns profissionais que dizem “Esse paciente é meu, esse é teu, esse não é daqui”. Então, essa aproximação da discussão entre serviços facilita o cuidado, porque, neste momento, ele pode precisar da fisioterapeuta do núcleo de reabilitação, porém depois ele vai precisar da fisioterapeuta do Nasf. Mas, isso não quer dizer que os profissionais não estejam acompanhando, só precisam discutir em conjunto, para

poder fazer as intervenções no momento oportuno em que houver a necessidade (GFC).

O processo de referência e contrarreferência foi colocado como o mecanismo que pode ser discutido nesses espaços. O GFC disse que utilizar esse encontro para fazer essas discussões ajuda cada serviço a entender qual é o seu papel, sua atribuição e, conseqüentemente, organizar e potencializar a referência e contrarreferência.

Eu acredito que a questão da referência e contrarreferência ainda é uma coisa que precisa engrenar melhor, precisa que haja uma continuação. Agora, para que engrene, acredito que o profissional precisa, também, se reavaliar e ver como as coisas estão mudando. Essas reuniões entre os serviços facilitam, porque é colocado o que o Nasf faz e como ele pode atuar (GFC).

A partir dos resultados analisados, percebeu-se que apenas um dos grupos tem essa preocupação em garantir esses espaços de discussões para trabalhar este mecanismo. Em seus discursos, ele revelou a necessidade de consolidar essa relação, com o objetivo de favorecer e qualificar o cuidado.

Nós temos que ter cuidado com quem encaminhamos à terapia, pois é uma coisa bem complicada encaminhar o paciente. [...] Essas reuniões são importantes porque nós entramos em contato com os profissionais, precisamos nos encontrar mais institucionalmente para sermos um conjunto (GFC).

Ficou evidente que o GFB faz articulação com outros serviços, de acordo com a demanda dos usuários, mas não fez referência, no discurso, que essa é uma prática sistemática.

As ações acontecem a partir da necessidade do usuário. Por exemplo, vamos dizer que eu sou fonoaudiólogo, eu não faço ambulatório aqui no Nasf, mas a pessoa precisa de um serviço tipo APAE, então vamos até lá e tentamos conversar com o serviço social, para sabermos como é que essa criança, adolescente ou adulto pode ser inserido e o que ela ou ele precisam, como se fôssemos facilitadores mesmo. Nós vamos até lá, há a questão de documentação. Trazemos essa demanda, passamos para a equipe de saúde; em seguida, passamos para a família, que vai lá e faz a parte burocrática até inserir. Quando consegue inserir rápido, ótimo! Quando não, fica aguardando uma vaga (GFB).

A partir das falas do GFC, percebeu-se que o grupo utiliza esse espaço com os outros serviços para discutir sobre os casos necessários, buscando construir e fortalecer uma linha de cuidado integral para os usuários e/ou família, tentando, assim, alinhar as ações da rede e apoiar a equipe de saúde da família.

No caso do Caps, nós discutimos sobre os pacientes que estão em atendimento no serviço e que temos envolvimento com caso no território. Assim, discutimos o caso para tomar decisões em conjunto e formalizar essa situação (GFC).

Falta acrescentar o seguinte: como eu sou assistente social, há a interlocução com os Cras e com o Creas, que é o centro de referência de assistência social. As reuniões lá não são sistemáticas, mas, quando há necessidade, sempre existe a interlocução, como também existe a interlocução com o Napas, que é o núcleo de apoio à questão de assistência social, ele possui o programa Bolsa Família, a carteira de livre acesso, todos os programas sociais que são executados pelo município (GFC).

Além das discussões de casos clínicos, a educação permanente e a educação em saúde também surgem como uma ação que é desenvolvida nesses encontros entre a equipe Nasf, os serviços de saúde e outros setores. Vale ressaltar que o GFB mencionou a existência da dificuldade de manter essas reuniões como parte do processo de trabalho dos profissionais.

Há o Cras também, até o ano passado havia... Uma vez durante o mês, na última terça-feira, existia uma reunião em que nós fazíamos toda a articulação da rede, discutíamos um tema; por exemplo, nós queríamos trabalhar com a criança e o adolescente – então, no mês seguinte, trabalhávamos com a criança e o adolescente; para onde encaminhar? Mas, no ano passado, houve uma parada e, até agora, não houve retorno, porque o Cras está apenas com um psicólogo, sem profissional (GFB).

Além da interlocução, nós também temos a participação nos grupos com eles. Funciona assim: o Nasf foi convidado para falar sobre envelhecimento, processo de adoecimento na terceira idade, eles têm o grupo e uma de nós vai a esse grupo. Eu já fui falar sobre DST/AIDS no grupo do Creas, temos essa interlocução com eles (GFC).

O GFA apontou uma ausência de relação sistemática com outros serviços quando relacionados à discussão de processo de trabalho do território das equipes de saúde da família. Quando foram questionados, eles falaram sobre essa articulação a partir de capacitações e encontros realizados pela gestão. De maneira muito vaga, colocaram que, se precisam discutir alguns casos, fazem isso de forma pontual e fragmentada, visto que não existe a reunião entre equipes.

Mais ou menos, de acordo com as necessidades, mas buscamos uma articulação. [...] Às vezes, existem as capacitações que são feitas pelo município. Ano passado, foi realizada uma, foi muito bom porque se juntaram os Cras e os Creas e conseguimos ter um contato maior. Então, nós fazemos os contatos individualmente e, quando precisamos nos comunicar, ligamos ou mandamos e-mail (GFA).

Agora, quando temos um problema, entramos em contato. Quando os serviços precisam, também recorrem muito a nós, principalmente os Cras (GFA).

5.2.2.9 *Relação Nasf x Gestão*

A partir da análise dos discursos, observou-se que todos os grupos focais têm certa relação com a gestão e que, em cada grupo, essa relação se dá de forma diferente, pois alguns

reconhecem a instituição de uma coordenação que, de fato, está próxima do Nasf e outros apresentam uma relação fragilizada ou, até mesmo, uma ausência de relação.

O GFC demonstrou, com segurança, o estreitamento do vínculo com a gestão. O grupo apontou a existência de espaços protegidos e conquistados. Através dos relatos, verificou-se que esses momentos fazem parte da organização do trabalho do Nasf e são considerados fundamentais. Eles referiram-se, ainda, à otimização desses encontros para discutir em conjunto questões relacionadas ao processo de trabalho das equipes.

Temos uma relação com a gestão a partir de reuniões sistemáticas em que discutimos o processo de trabalho. Anteriormente, éramos ligados a uma gerente de território e ligados à coordenação da atenção primária, então nossa interlocução, no primeiro momento, era com a gerente de território. [...] Foi instituída uma reunião mensal com todos os Nasfs e a coordenação da atenção básica. Existe, ainda, uma reunião por equipe Nasf, cada um com sua gerente, funcionaram dessa forma até o final (GFC).

O grupo visualizou que, estando mais próximo da gestão e garantindo esta articulação, provavelmente, atuará a partir de um norte, respeitando a singularidade de cada equipe e de cada território.

Com a nova gestão, foi criada uma coordenação específica para o Nasf, foi uma questão trazida pela coordenadora da atenção básica, que estava desde o início da implantação do Nasf. Ela viu a necessidade, porque o Nasf é um programa e comporta 26 profissionais no município. Era pertinente ter uma coordenadora específica ligada à atenção básica, que pudesse acompanhar melhor o processo de trabalho e favorecer todos os entraves que aparecessem, além de favorecer um melhor desempenho. Ela sentiu, ainda, que não havia uma unificação do processo de trabalho nos quatro Nasfs existentes no município. Claro que existem os instrumentos e existe a metodologia, mas se percebia a diferença entre eles. Nós sabemos que cada Nasf tem sua especificidade, sabemos a especificidade de cada território, mas entendemos, também, que o processo de trabalho não poderia ser tão diferente entre eles. Não podemos ser quatro ilhas, precisamos ser um continente! (GFC).

Um continente não pode ser quatro ilhas nas quais cada um faça um processo de trabalho diferente (GFC).

O GFB, quando questionado sobre a relação com a gestão, pareceu não reconhecer, de fato, a continuidade da instituição de uma coordenadora para a proposta. Entretanto, fez referência, em diversos momentos, às pessoas a quem ele pode recorrer quando necessitar.

Assim, na antiga gestão, nós contávamos com o José, que era administrativo. Do ano passado até pouco tempo, havia uma coordenadora chamada Paula, ela está de licença. Mas, realmente, não sei dizer como estão as coisas agora. Acredito que restaram só os apoiadores, quando ela voltar da licença maternidade, iremos saber. Há um tempo, quando existia essa coordenação instituída, na realidade a coordenação do Nasf foi criada acredito que em outubro do ano passado, ela era coordenadora de todos os territórios. Agora, falando em José, ele era específico daqui deste território, era uma pessoa que apoiava a gerente de território e a quem

nós podíamos recorrer quando precisávamos de alguma coisa relacionada ao Nasf (GFB).

O GFB afirmou existir certa comunicação com a gestão e deixou claro que estes momentos não são sistemáticos.

Nós tínhamos canais de comunicação com essa gestão do território, tínhamos espaço para trazer as ideias, era um espaço democrático, no entanto não era frequente e só era marcado quando necessitávamos. Discutíamos tudo, como estava nossa relação com o território, ela levava temas assim: Vai chegar uma academia, uma nova equipe de academia da cidade, aproveitávamos esse espaço para apresentar (GFB).

O GFA foi o único grupo que afirmou não ter um espaço para discussão com a gestão sobre seu processo de trabalho. As falas apresentaram uma relação fragilizada, na qual se percebeu a ausência da cogestão. O grupo colocou que os momentos que existiram para se comunicarem com a gestão foram direcionados para pautas pontuais e bastante burocráticas, sempre retomaram em seus discursos que o profissional não tem autonomia e possibilidade de voz, as relações são sempre de imposições.

Não temos espaços de reuniões com a gestão, nas sextas-feiras existia uma espécie de reunião em que estava a coordenação, sempre havia alguém de gestão, mas esse espaço foi extinto, não porque se acabou, mas porque outras coordenações vieram, muda muito. Acredito que a gestão, aqui, é muito centralizadora, geralmente recebemos, não existe uma troca, ou um dizer do tipo: - Olha, o Nasf está reunido para vocês sugerirem algumas modificações. Não, geralmente as coisas já chegam decididas. A mudança é muito grande, sempre está mudando. Só falamos com eles quando eu vou lá pedir - peço um gerente, uma coordenação ao diretor, eu estou lá pedindo! (GFA).

Além da dificuldade com a existência de diálogos e de pactuações entre gestão e equipe Nasf, o grupo, em suas colocações, apontou uma ausência de autonomia da própria gestão, pois revelou a dificuldade de tomada de decisões de alguns gestores e a influência política que pode acontecer.

Quando sentávamos nestas sextas-feiras, discutíamos as ações geralmente, existia o espaço e era de muita lamentação. Quando se juntavam todos os Nasfs do município, era só lamentação e são muitas porque são comuns a todos. Meu Nasf e os outros têm a mesma falta de estrutura, mesma falta de apoio. Nós temos um grupo de profissionais que está desde o início e, quando começamos, tínhamos as férias, décimo terceiro; hoje, não há mais nada disso. Existe um grupo que fala com alguns deputados, mas não chegamos aos finalmente (GFA).

[...] Capacitação nós precisamos, quanto mais capacitado o profissional, melhor para o município. Quando é necessária uma abertura para fazer uma pós-graduação, um mestrado ou um doutorado, apenas alguns são liberados, a maioria não, eu tive muita dificuldade com isso. Fui falar com a gestão, só levei fora. Se for conversar, vai para fora, não tem como. [...] Se a gerente de território e o nosso coordenador resolverem, está resolvido. Se um quis resolver e o outro não quis, então direciona para a secretária, manda para o prefeito. [...] Uma conversa daqui do Nasf, no PSF, que poderia ser resolvido aqui chega à prefeitura (GFA).

5.2.2.10 Avaliação do processo de trabalho do Nasf

Em relação à realização de algum tipo de avaliação do processo de trabalho da equipe Nasf, apenas o GFA afirmou que, desde a implantação do Nasf no município, não houve nenhuma avaliação.

Não, nunca existiu nenhum tipo de avaliação (GFA).

Já o GFB e o GFC realizaram avaliações, porém identificou-se, a partir dos discursos, que elas, embora possuíssem o objetivo de avaliar o processo de trabalho, tiveram direcionamentos e atores diferentes.

O GFC enfatizou que existiu um momento de avaliação de maior amplitude, no qual fizeram parte diversos atores. O grupo tinha como principal objetivo identificar potencialidades e desafios, uma informação importante que o GFC trouxe foi a participação da equipe de saúde da família. Foi possível ainda visualizar que, após esse encontro, algumas estratégias foram realizadas para aprimorar a atuação do Nasf junto à saúde da família.

Foi feita uma avaliação após um ano do Nasf, participaram dela gestão, equipe Nasf e equipe de saúde da família. Cada Nasf reuniu-se com representantes dos profissionais da equipe de saúde da família (médico, enfermeiro e agente de saúde) do seu território e, nesse momento, as equipes de saúde da família avaliaram o que eles estavam achando do processo de trabalho do Nasf. Foram apresentados os pontos positivos, os de entrave e construídas as propostas. Posterior a isso, foram criados mais dois Nasfs, porém não foi mais realizado outro momento desse mais amplo (GFC).

Outro aspecto fundamental relatado pelo GFC foi que, apesar de não haver continuidade de um processo de avaliação mais amplo, ele vinha realizando esse mecanismo em diferentes momentos e dizia fazer essas discussões nas reuniões com a coordenação e nas próprias reuniões com as equipes de saúde da família. Nas falas, ele colocou a participação da comunidade como importante para avaliar o seu processo de trabalho.

Não foi realizado outro processo desse mais amplo, mas nós sempre nos autoavaliamos. Na última reunião com a coordenação, realizada todo mês, nós tivemos uma avaliação sobre o levantamento da nossa produção e isso aconteceu agora em dezembro. Em outros momentos, também fizemos avaliações, paramos para pensar sobre os acontecimentos, sobre o que está funcionando (GFC).

Nós também tivemos um momento de avaliação com a comunidade, com a unidade de saúde. Fizemos a reunião com a comunidade para a avaliação do nosso processo de trabalho (GFC).

Assim como o GFC, foi possível verificar que o GFB também realizou um processo de avaliação mais geral junto à gestão. Neste, não houve a participação das equipes de saúde da

família. É notório que existe a necessidade de realização de um processo avaliativo junto à saúde da família, no entanto este não foi priorizado.

Nós tivemos, no ano passado, uma avaliação (GFB).

Anualmente, fazemos uma avaliação dentro da própria equipe. Ano passado, eles fizeram uma geral, mas foi entre nós e a gestão, eles até comentaram que seria bom se houvesse mais tempo para fazer uma com o Nasf e a equipe de saúde da família também (GFB).

Quando o GFB foi questionado sobre o processo avaliativo, ele relatou que a avaliação foi mais voltada para o relacionamento com o grupo. Quanto à forma de atuação individual e em equipe, não mencionou as demandas que surgiram após a realização deste processo.

Eles levantaram uma série de questões para respondermos sobre a atuação, inclusive sobre o grupo, os colegas de equipe e sobre nossa atuação. Fizemos com a equipe e individualmente, dissemos o que cada um achava de cada colega e de si próprio (GFB).

5.2.3 Ferramentas tecnológicas

Na descrição dos resultados desta categoria foram exploradas as seguintes subcategorias: apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território.

Quando as perguntas aos grupos foram sobre se conheciam e utilizavam as ferramentas tecnológicas apresentadas pelo MS para organizar e desenvolver o processo de trabalho, observou-se que houve um desconhecimento com relação à nomenclatura utilizada.

Foi consenso nos grupos a dificuldade em compreender o termo utilizado, fez-se necessário substituí-lo e falar quais eram essas ferramentas: apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território e pactuação de apoio.

Nos discursos dos grupos focais, duas ferramentas emergiram de forma mais comum, foram elas: o matriciamento e o PTS; o projeto de saúde no território e a clínica ampliada foram citados rapidamente e a pactuação de apoio não foi lembrada por nenhum dos grupos focais.

Vale salientar que nenhum dos grupos fizeram referência com relação aos conceitos desses dispositivos, eles mencionaram mais questões relacionadas à utilização na prática. Ficou evidente, ainda, que algumas respostas foram vagas, pois não respondiam, necessariamente, à questão solicitada. Em alguns grupos, observou-se que existe um

desconhecimento real das ferramentas e, até mesmo, de como utilizá-las no seu processo de trabalho.

De todos os grupos, identificou-se que o apoio matricial apareceu frequentemente durante todo discurso do GFC como uma diretriz que norteia todo o processo de trabalho da equipe Nasf junto à saúde da família. A partir dos exemplos dados, o grupo demonstrou ter uma aproximação e uma visão mais abrangente no que se refere ao mecanismo do matriciamento.

Uma das ferramentas é o matriciamento das equipes (GFC).

Acredito que utilizamos o apoio matricial em todo momento. No momento de discussão de caso, que acredito ser um momento bem rico, nós estamos lá fazendo o matriciamento; quando discutimos casos, existe a troca de conhecimento. O apoio também é demandado para nós, porque, mesmo que nós não estejamos nas unidades sempre, todas as unidades possuem todos os nossos telefones e email. Se necessitarem de um suporte, podem entrar em contato, mas, independente da discussão de caso, nós estamos matriciando aquele território (GFC).

Acredito que esse seja o novo do Nasf: matriciar e fazer as discussões. Ao discutir, estamos dando suporte; quando estamos em grupo, estamos dando suporte (GFC).

A discussão de temas teóricos que podem ser utilizados, no território e na clínica, pelas equipes de saúde da família foi colocada como uma forma de apoio matricial. O grupo deixou claro que esse processo amplia e transforma a prática dos profissionais.

Então, percebo, por exemplo, que, quando apresento um tema como TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) à discussão de casos, a agente de saúde já muda a forma de se referir a essas crianças. Quando trazemos uma discussão sobre histeria, um lugar comum no atendimento da psicologia, eu estou falando especificamente da minha área, a histeria é um lugar comum no atendimento da equipe de saúde como um todo, isso pode ajudar a equipe a se posicionar de outra maneira. Como nossa amiga falou, o matriciamento é novo e muito importante (GFC).

A clínica ampliada e o projeto terapêutico singular também surgiram como ferramentas tecnológicas utilizadas no processo de trabalho - a clínica foi apresentada como um mecanismo que perpassou por todas as ações desenvolvidas. O grupo relatou, ainda, exemplos práticos da construção de PTS, ele enfatizou a importância dos projetos serem construídos em conjunto, levando-se em consideração o conhecimento de cada ator que faz parte desse momento.

A própria discussão já favorece a clínica ampliada e a troca de saberes. Eu, particularmente, não tive a sorte ainda de participar de um projeto de saúde no território, mas projeto terapêutico singular sim e nós fazemos isso no Nasf (GFC).

Construímos PTS o tempo todo (GFC).

Nós fazemos a construção do PTS nas discussões com o médico, o enfermeiro, o agente de saúde, até os serviços gerais contribui às vezes. Há um caso, principalmente na área do serviço social, que diz: - Não, aquele menino tem muito conflito familiar; então, a serviços gerais, que mora perto do menino, diz: - Não, mas esse conflito é porque os pais brigam muito. Então, ela traz o conhecimento dela naquele momento, que, às vezes, contribui muito mais do que o de toda equipe, porque é o conhecimento que ela tem do cotidiano. Toda a discussão, toda a contribuição de todos os participantes é importante, todos que estiverem envolvidos: às vezes, na construção, envolvemos outros atores como o Caps e o Cras. Em alguns casos, envolvemos a comunidade e, através da associação de moradores, fazemos contato com ela (GFC).

Quando o GFB foi indagado sobre o conhecimento e a utilização das ferramentas, observou-se que ele, ao mesmo tempo em que fazia referência à utilização do matriciamento nas suas atividades diárias, foi contraditório, pois enfatizou a questão de não conseguir incluir esse fator em sua rotina.

Nas discussões de caso em que fazemos um matriciamento, quando discutimos o caso com a equipe de saúde da família, também estamos potencializando a equipe (GFB).

Temos o matriciamento dos casos, que, às vezes, acontece. Durante a reunião, às vezes, até conseguimos e, em outras vezes, não. Nós marcamos outra reunião só para matricular determinado caso. Da mesma forma, acontece com o PTS (GFB).

Só matriciamento mesmo, como foi falado. Fazem menos do que foi colocado para nós (GFB).

A fala remeteu sempre à dificuldade de utilização e desconhecimento do apoio matricial. O GFB afirmou, ainda, que utilizou as demais ferramentas tecnológicas.

Fazemos o matriciamento, mas não é com a frequência que deveria ser feito. As ferramentas nós utilizamos (GFB).

Não se observou qualquer discurso sobre o projeto de saúde no território. Com relação à clínica ampliada e ao PTS, as respostas foram muito confusas, porque as falas refletiram a dificuldade de entender a teoria e como essas ferramentas inseriram-se, de fato, no cotidiano dos profissionais da saúde.

Acredito que nós conseguimos utilizar as ferramentas, conseguimos fazer o PTS. Na clínica ampliada, temos uns casos que são requisitados, fazemos as discussões com outros serviços (GFB).

Não conseguimos formalizar a construção do PTS, até discutimos com as equipes (GFB).

O GFA, quando solicitado para falar sobre as ferramentas e sobre como elas foram utilizadas em suas ações, elencou apenas duas delas: o apoio matricial e a clínica ampliada. Ele não fez nenhum tipo de relato relacionado aos outros dispositivos. Percebeu-se, na fala,

que o grupo relacionou a clínica ampliada a uma extensão de especialidades na atenção básica.

Primeiro, acredito que aquela clínica ampliada é uma ferramenta que fizemos, como havia falado, e que amplia o atendimento do médico, da enfermeira e dos outros colegas. Acredito que uma das premissas seria a clínica ampliada. Há outras, umas três ou quatro! (GFA).

O grupo afirmou, ainda, que não utilizou o matriciamento e o discurso deixou evidente a falta de entendimento com relação a esta ferramenta. Em todos os momentos da realização do grupo, percebeu-se que os profissionais desenvolveram um trabalho no território. No entanto, por diversas vezes, as características que permearam a organização e a operacionalização de suas atividades os distanciaram das premissas que regem a proposta.

É fato que eles mesmos reconheceram o distanciamento entre a proposta desenvolvida pelo Nasf do município e a preconizada pelo Ministério da Saúde.

Não, nós não utilizamos o matriciamento. Acredito que, se fomos ver o conceito desta ferramenta, não chegaríamos lá. Fazemos um modelo adequado ou parecido. Tentamos estabelecer a clínica ampliada [...]. Talvez, nós não chegaremos lá ou talvez o médico nem saiba que o que ele fez e encaminhou para mim é uma clínica ampliada. Mas, é como fazemos – apenas fazemos, não existe um registro. Poxa! Eu registrei isso que fiz para dizer. Veja que montante que temos. Quando é dito que não estamos fazendo nada disso, não é verdade. Saímos de segunda à sexta, andamos muito, trabalhamos muito para dizerem que não estamos trabalhando, não é verdade. Talvez, não estejamos lá naquele modelo Nasf, mas estamos fazendo (GFA).

Na prática, temos contato com algumas unidades, com o médico, com a enfermeira, escutamos aquele caso naquele momento em que ele chega, mas o fato não fica registrado, fica um registro individual. Porém, ele existe de alguma maneira quando a gente faz esse tipo de compartilhamento. Há unidade que eu vou, eu falo com o médico ou o médico já se relaciona bem comigo, então ele vem e traz o caso; vem a enfermeira ou chamamos o agente de saúde: - Olha, vamos fazer assim, vamos fazer desse jeito, vamos tentar assim! Em algumas situações, isso acontece; é como ela falou: fica solto porque não temos uma organização, um registro mesmo (GFA).

5.2.4 Mudanças identificadas pelos grupos após implantação do Nasf.

Todos os grupos focais identificaram mudanças ocorridas no trabalho do Nasf e da ESF desde a implantação da proposta.

As falas do GFB revelaram uma transformação nas atividades diárias da ESF, ele afirmou que, após a inserção do Nasf, a saúde da família passou a realizar atendimentos conjuntos e a tomar decisões compartilhadas. Enxergar o Nasf como parte da equipe, também foi uma das mudanças observadas pelo grupo.

[...] Uma das principais mudanças, acredito que a mais importante, é o atendimento compartilhado. Havia uns que tinham certo receio de fazer esse atendimento e, hoje

em dia, não. Muitas vezes, nós estamos sentados e eles chegam: - Oh! Tu podes vir aqui, estou com um paciente assim, assim e assim?! Então, na hora mesmo, discutimos, atendemos, resolvemos o que vamos fazer, se vamos encaminhar. É perceptível essa mudança ao longo desses dois anos e 7 meses (GFB).

É uma questão de postura nossa mesmo. Hoje, somos convidados para participarmos, pedem nossa opinião muitas vezes nas escutas. No início, havia muitas desconfianças com relação a nós. Muitas equipes nos deixaram de fora dos processos mesmo, atuamos um tempão apenas com os agentes de saúde (GFB).

Hoje, observamos que até em relação a uma ação feita dentro da própria unidade eles perguntam assim: - A equipe do Nasf vai ser inserida em que local? O que eles podem fazer para potencializar essa ação, de que forma eles podem atuar? (GFB).

A maior compreensão da saúde da família com relação à proposta do Nasf e à ampliação da prática, a partir do momento em que os profissionais começaram a se aproximar dos conhecimentos dos núcleos específicos de cada especialidade, devido às trocas de experiências, é considerada importante mudança.

[...] As agentes de saúde se apropriam mais dos conceitos que são específicos do campo de cada profissional. O que é desnutrição, quais são os critérios para o Bolsa Família, isso facilita o trabalho da agente de saúde e facilita a interlocução na equipe. Eu percebo que as coisas que chamam minha atenção são: essa maior troca de saberes, a apropriação do campo e a clínica ampliada (GFC).

Eu também vejo as agentes de saúde, as enfermeiras e até os próprios médicos com aquela compreensão sobre cada área (GFC).

Acredito que nós temos avançado na questão - como Ana disse - do entendimento das equipes, nós já estamos conseguindo traçar essa linha de cuidado (GFC).

O GFC apontou, ainda, a melhoria nos indicadores de atenção à saúde e a redução de encaminhamentos da saúde da família para os serviços especializados como uma mudança que aconteceu a partir da inclusão do Nasf na atenção básica do município.

Também houve uma melhora na questão da diminuição dos internamentos, nós já podemos observar que a questão do adoecer reduziu (GFC).

Há um levantamento anual do número de internamentos por cada município na emergência psiquiátrica do estado e nós tivemos uma diminuição muito significativa aqui no município após a implantação do Nasf. Há, também, outras ações desenvolvidas voltadas para saúde mental no município (GFC).

As demandas diminuíram bastante para os núcleos de reabilitação (GFC).

O GFA apresentou a mudança muito mais na perspectiva dos usuários do que da equipe de saúde da família, ele colocou como principal modificação a possibilidade do usuário ter próximo a sua casa o acesso a diversas especialidades.

[...] Escutamos mesmo as pessoas dizerem como é bom terem uma assistente social, terem um psicólogo e uma fisioterapia perto de casa. Falam até da visita dentro de

suas casas, isso é um ganho, é uma mudança esse reconhecimento, porque há essa necessidade (GFA).

5.2.5 Aspectos favoráveis para organização do processo de trabalho

Na descrição dos aspectos favoráveis serão exploradas as seguintes subcategorias: integração de equipe, troca de conhecimento, comunicação entre serviços da rede, criação da coordenação do Nasf, relação com a equipe de saúde da família.

Os grupos identificaram poucos elementos favoráveis para organização e desenvolvimento do processo de trabalho.

5.2.5.1 Integração da equipe

A integração entre os profissionais da equipe Nasf emergiu das falas de todos os grupos como principal aspecto que pode favorecer e qualificar um trabalho junto à saúde da família. Alguns grupos trouxeram indagações importantes como: a necessidade de integrar e estreitar os vínculos entre a equipe para que o trabalho aconteça de fato; relacionar a integração com o fazer e o atuar conjuntamente; e a importância de garantir espaços de reuniões para facilitar a integração entre os profissionais da equipe.

A primeira potencialidade que identificamos é a integração da nossa equipe. Se não existisse essa integração, ela não construiria esse processo de trabalho. Vamos dizer que estamos fluindo bem. A questão é a seguinte: se a equipe estiver integrada, ela estará fortalecida para integrar os demais atores (GFC).

Primeiro, a integração entre a equipe. O Nasf é uma equipe de apoio volante, então, se essa equipe não estiver integrada, o que é que acontece: cada um vai marcar a sua atividade. Eu vou marcar meus grupos, eu vou marcar minhas visitas, eu vou marcar as minhas questões como assistente social e Maria vai marcar as dela e assim por diante. Se não estiverem integrados, o processo de trabalho não flui como deve fluir, porque o Nasf é uma equipe. É contraditório, porque, se não há integração, fugimos de toda a lógica do Nasf. (GFC).

Tanto é que o nome do nosso Nasf é “Fazer Junto”: nós fazemos tudo junto (GFB).

Acredito que o ponto positivo nosso é a possibilidade de conseguirmos nos reunir. Com esse espaço de reunião, temos a possibilidade de integração, porque, por telefone ou e-mail, nós nos perdemos. Quando nos encontramos, conseguimos administrar essa questão do processo de trabalho, penso ser isso um ponto positivo (GFA).

5.2.5.2 Troca de conhecimento

Outro aspecto apontado como favorável pelo GFB foi a atuação a partir das trocas de disciplinas e de experiências. Ele evidenciou que atuar na perspectiva da interdisciplinaridade fortalece a forma de desenvolver o cuidado da equipe Nasf e da equipe de saúde da família.

Nos momentos de troca de saberes, de discussão e de conversas, aprendemos bastante. Esses momentos organizam mais o processo de trabalho, eles deixam a equipe Nasf e de Saúde da Família mais diferenciada (GFB).

5.2.5.3 Comunicação entre os serviços

A comunicação entre o Nasf e os serviços, através de reuniões, também emergiu como um ponto favorável para a organização e a operacionalização do processo de trabalho, visto que eles relataram que este é um espaço fundamental para que cada serviço conheça e discuta sobre seus papéis na rede de atenção à saúde.

Acredito que essas reuniões já facilitam porque vamos falando sobre o que o Nasf faz e como ele pode atuar, vamos construindo junto com eles. É um momento importante, porque entramos em contato com todos os profissionais (GFC).

5.2.5.4 Criação da coordenação Nasf

O GFC apresentou a criação da coordenação específica para o Nasf como um aspecto positivo. Na sua fala, ele deixou claro que este fato possibilitou um alinhamento conceitual com relação ao processo de trabalho em todas as equipes e, conseqüentemente, potencializou o trabalho no território.

A criação da coordenação favoreceu um melhor desempenho para todos os Nasfs, ela foi necessária para unificar um pensamento sobre o processo de trabalho entre todos os Nasfs (GFC).

5.2.5.5 Relação com a EqSF

A relação com a ESF também foi apontada como um aspecto que favorece e tem íntima relação com o desenvolvimento da proposta Nasf.

O nosso Nasf está conseguindo encontrar o seu lugar na relação com o pessoal da saúde da família (GFC).

5.2.5.6 Aspectos desfavoráveis para organização do processo de trabalho

Na descrição dos aspectos desfavoráveis foram exploradas as seguintes subcategorias: desconhecimento da proposta Nasf, atenção à saúde voltada para assistência, falta de integração entre equipe Nasf e saúde da família, perfil profissional, ausência de comunicação com a gestão, falta de estrutura e cobertura das equipes de saúde da família.

5.2.5.6.1 Desconhecimento da proposta Nasf

Os grupos identificaram diversos aspectos como desfavoráveis para uma efetiva organização e desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf. Foi consenso, nos grupos, a existência de um desconhecimento relacionado à proposta e, de acordo com os discursos, esse fato tem uma direta influência na maneira como o processo de trabalho do Nasf desenvolve-se nos municípios.

Eles relataram que o não entendimento surge de diferentes visões: porque a proposta é recente, os profissionais têm uma experiência focada no assistencial e não se disponibilizam a incorporar uma nova forma de fazer o cuidado, além da dificuldade de entendimento do gestor e dos profissionais das equipes com relação ao Nasf.

Não é muito fácil. Primeiro, porque é uma experiência nova, as pessoas não sabem direito o que é isso, eu acredito que até os próprios profissionais, no começo, tiveram uma dificuldade de se apropriar dos conceitos do Nasf, porque é novo mesmo e porque nós temos uma experiência ambulatorial (GFC).

Os gestores precisam também compreender a proposta, porque, se os gestores têm uma compreensão distorcida, eles também vão querer dos profissionais essa compreensão. Observamos que alguns municípios têm Nasf de uma forma totalmente inversa do que se preconiza. Na verdade, muitas vezes, não é porque os profissionais querem, mas porque a compreensão do gestor é diferente (GFC).

Com PSF, é o seguinte: acredito que o PSF não tinha esse conhecimento com relação ao apoio do Nasf. Mas, até hoje, acredito que boa parte dos PSFs não assimilou isso bem ainda (GFB).

5.2.5.6.2 Atenção à saúde voltada para assistência

O foco da atenção voltado para a dimensão assistencial emergiu no discurso de um dos grupos como um ponto desfavorável para uma boa organização e desenvolvimento do processo de trabalho. Ele evidenciou que a população e as equipes têm uma expectativa e

buscam a prática mais curativa, esse fato dificulta uma organização de trabalho baseada na promoção, prevenção e no apoio a essas equipes.

Uma questão que talvez venha de cada equipe ou de cada comunidade, mas que penso travar um pouco, é a prevenção. A cultura que existe em relação à saúde é curativa. Ninguém chega aqui para participar de um grupo ou palestra. A expectativa da saúde é curativa, acredito ser isso um grande dificultador. Encontramos isso nas equipes e nas comunidades (GFB).

5.2.5.6.3 Falta de integração entre equipe Nasf e saúde da família

No discurso do GFB, percebeu-se que a falta de integração entre as equipes desfavorece a organização do processo de trabalho do Nasf, visto que os profissionais afirmaram não existir um senso de responsabilidade compartilhada entre as equipes, a integração é falha à medida que não se consegue desenvolver ações integradas no território.

Muitas vezes, o caso é discutido em equipe. Quando a equipe vê que o Nasf fez a visita e tomou a frente, ela recua e deixa o Nasf totalmente à frente para tomar soluções. Durante a discussão do caso, tudo é acertado que vai ser uma visita em parceria do Nasf com a equipe, mas, muitas vezes, isso não ocorre, a equipe do Nasf acaba fazendo sozinha as visitas e encaminhamentos (GFB).

5.2.5.6.4 Perfil profissional

O perfil dos profissionais surgiu também como um aspecto desfavorável, pois a fala evidenciou que, pelo fato da formação não priorizar uma prática focada na família, no território, na ação integral, existe uma dificuldade de organizar e operacionalizar o trabalho do Nasf.

Eu diria que a maioria dos profissionais tem formação para consultório, essa é a formação que nós temos nas universidades. Então, depende do perfil pessoal do profissional assumir essa questão da prevenção e de ir mesmo para campo, de ir atrás e construir as coisas. Mas, o perfil profissional, de maneira geral, que prevalece é o curativo. Há profissionais que têm mais perfil de PSF e que vai a campo, que entra na comunidade, porque é mais fácil de lidar (GFB).

5.2.5.6.5 Ausência de comunicação com a gestão

Um ponto apresentado pelo GFA como desfavorável para que ele organizasse de forma positiva o processo de trabalho foi a ausência de espaços de diálogos com a gestão. O grupo acredita ser fundamental a garantia de encontros para discussão de processos de

trabalhos. As falas revelaram, ainda, que a dificuldade de comunicação e discussão com a gestão gera uma falta de autonomia para o trabalhador e isso interfere, constantemente, na organização e desenvolvimento do seu trabalho.

Ponto negativo, para mim, é não ter um espaço de discussão, isso é complicado [...] porque o espaço que, às vezes, conseguimos é só para lamentações. Faltam momentos para conversar e discutir mesmo (GFA).

Há dificuldade no fluxo de informação, não há um fluxo para a informação chegar a todos os profissionais. Não temos esse fluxo e as demandas são sempre para ontem. Isso sempre nos leva a sacrificar alguma agenda, um cronograma, claro que ele é flexível. Mas, o que fazer se chega uma demanda para amanhã e eu tenho dez pacientes agendados? (GFA).

5.2.5.6.6 Falta de estrutura

Foi comum a referência, em todos os grupos, à falta de estrutura como um dos pontos desfavoráveis para uma boa organização e desenvolvimento do processo de trabalho.

Manter o grupo educativo depende da estrutura física que nós não temos hoje. As unidades também são muito distantes do usuário; muitas vezes, as pessoas não vão à unidade devido a isso (GFA).

Falta espaço. Há dias que nós não conseguimos atender às unidades de saúde (GFB).

Nem todas as unidades têm estrutura. Transporte não há (GFC).

5.2.5.6.7 Cobertura das equipes de saúde da família

Outro aspecto unânime no grupo como desfavorável para a efetiva organização e desenvolvimento do processo de trabalho foi o elevado número de equipes que o Nasf vem cobrindo.

Cobrimos 14 equipes, é complicado, porque nós só conseguimos ir a cada 15 dias, é muito pouco (GFA).

Nós apoiamos 10 equipes, nosso tempo acaba ficando curto, o ideal é que existissem menos equipes (GFC).

São 10 equipes, acho difícil para nós, nunca estamos presentes em tudo (GFB).

O quadro 11 apresenta, resumidamente, os aspectos favoráveis e desfavoráveis que influenciam na organização e desenvolvimento do processo de trabalho e que foram relatados pelos grupos.

Quadro 11 – Aspectos favoráveis e desfavoráveis e as consequências para o processo de trabalho do Nasf percebidas pelos grupos focais.

Aspectos favoráveis	Consequência para o processo de trabalho
Integração da equipe	Responsabilidade compartilhada
Interdisciplinaridade	Cuidado ampliado
Comunicação entre serviços	Organização dos fluxos dentro da rede
Criação de coordenação	Maior organização e alinhamento de ações
Relação com a ESF	Trabalho articulado
Aspectos desfavoráveis	Consequência para o processo de trabalho
Desconhecimento da proposta	Implantação de proposta desvirtuada
Atenção à saúde voltada para o curativo	Fragmentação do cuidado
Falta de integração entre equipe Nasf e saúde da família	Trabalho desarticulado
Perfil profissional	Atenção assistencial
Ausência de comunicação com a gestão	Falta de autonomia profissional
Inexistência de qualificação	Qualificação do processo de trabalho
Falta de estrutura	Dificuldade de realizar atividades
Cobertura das equipes de saúde da família	Dificuldade de realizar atividades

Fonte: Elaborado pela autora

5.2.6 Sugestões para aprimorar o processo de trabalho do Nasf

As estratégias propostas pelos grupos para melhorar a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf foram coerentes com as dificuldades apontadas. Os grupos trouxeram diferentes sugestões: necessidade de comunicação com a gestão, melhoramento da estrutura, salário, redução do número de equipes para apoio, assumir a dimensão assistencial, fortalecimento dos profissionais da equipe e incorporação da avaliação no cotidiano.

É importante destacar que os grupos ficaram reticentes e fizeram poucas proposições de melhora diante de tantos pontos desfavoráveis relatados.

O GFA refere-se ao estreitamento da relação com a gestão e à necessidade de diálogo como a principal sugestão para melhoria da organização do processo de trabalho.

Talvez a escuta da equipe NASF, ouvir mais da equipe, manter a escuta. Eu tenho a esperança que melhore nesse sentido, que a gerência fique mais próxima de nós e nós possamos ter uma escuta que diga assim: - Olha, nós estamos pretendendo isso, o que é que vocês acham? Achamos legal por isso, mas achamos ruim por aquilo. Estamos na base com o PSF, então é importante sermos escutados (GFA).

Melhorar a infraestrutura com relação ao transporte e espaço físico também emergiu como sugestão para favorecer o trabalho do Nasf no território.

O município pode disponibilizar um carro (GFA).

Às vezes, eu vou atender e não há maca. Há paciente que vai precisar deitar e eu vou fazer o quê? Boto o papel no chão e deito o paciente no chão, como eu já fiz em

muitas unidades, a não ser que eu não queira melhorar o que ele está sentindo ali. Se eu não quero melhorar, então eu digo a ele que venha semana que vem para ver o que fazemos, ou, quando desocupar uma maca, vamos lá e trabalhamos. Eu queria que uma sala em cada unidade fosse para fisioterapia. Uma sala com uma estrutura. Isso é impossível. Eles dizem isso não é para atenção básica, é para unidade especializada, é complicado não ter maca (GFA).

O reconhecimento do profissional através do aumento do salário como ponto fundamental para aprimorar esse processo também foi uma sugestão que surgiu apenas do GFA.

Melhorar o salário! A questão financeira é importante sim, porque, quando falamos de salário, sempre há defasagem. Além de não recebermos décimo terceiro e férias, temos a questão de recebermos muito menos que as outras unidades. Tenho colegas que dizem para irmos a tal município, porque lá o salário é quase o dobro do que recebemos aqui (GFA).

A redução do número de equipes de saúde da família para o Nasf dar cobertura surgiu como uma das sugestões do GFB para potencializar o processo de trabalho.

[...] Quanto menos equipe apoiarmos, melhor e mais efetivamente trabalharemos (GFB).

Eu também acredito que deveria haver menos equipes para darmos um maior suporte (GFB).

Em relação à apropriação do conceito, à forma de atuação e ao objetivo do Nasf, o fortalecimento da equipe Nasf foi apresentado como sugestão para melhorar a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho.

Acredito numa coisa fundamental: nós nos apropriamos mais do conceito do Nasf, porque eu percebo que alguns profissionais têm isso ainda um pouco solto (GFC).

Precisamos nos fortalecer enquanto equipe, para que o outro compreenda o que estamos fazendo. Tem de estar muito claro o que é Nasf. Eu percebo falhas nas equipes e em mim, é mais fácil falarmos de nós, isso é absolutamente normal, mas precisamos também nos apropriar mais do conceito de Nasf, para podermos dizer para o outro e o outro entender o que foi dito (GFC).

Outro aspecto importante levantado como sugestão pelo GFC foi a questão do mecanismo de avaliação do processo de trabalho se dar de maneira contínua e partir de uma necessidade do profissional que está na ponta. Evidenciou-se que esta proposta de inclusão da avaliação pode favorecer o processo de trabalho.

[...] Avaliar um processo de trabalho só quando achamos que não está bem não é certo, precisamos de uma sistematização para avaliar o processo de trabalho durante e no final deste processo (GFC).

A avaliação tem que ser contínua, constante, não pode acontecer através apenas do Ministério da Saúde, não só pode haver avaliação porque o gestor está pedindo. É importante construirmos um processo de trabalho com avaliação sistemática (GFC).

Uma sugestão que chamou atenção foi a formalização da questão do Nasf assumir, na sua prática, um papel assistencial. O GFB deixou claro que desenvolver ações baseadas apenas no apoio matricial não traz resolubilidade para o sistema.

Uma coisa que eu faria é ampliar a atividade do Nasf. Começar a pensar que o Nasf também é assistencial. A realidade não faz isso conosco, não adianta ficarmos discutindo sobre o Nasf no matriciamento quando, na verdade, existe uma demanda. Quando o Nasf agir também, na parte assistencial, será interessante, senão a “coisa fica solta”. Acabamos fazendo a assistência do jeito que cada um acha que deve fazer, é isso que penso! (GFB).

5.3 Sistematizações das configurações dos Núcleos de apoio à saúde da família.

5.3.1 Os fluxogramas descritores

Buscou-se construir o fluxograma descritor do processo de trabalho do Nasf junto às suas equipes de saúde da família. Tal ação teve como objetivo complementar os resultados anteriores e, assim, sistematizar as configurações dos Nasfs dos municípios estudados.

Inicialmente, apresentou-se um caso fictício comum no cotidiano das EqNasfs e EqSFs - o cuidado a uma família formada por três integrantes com necessidades de saúde complexas, conforme descrição abaixo:

Maria do Socorro, 55 anos, viúva, hipertensa, diabética, portadora de reumatismo, tem dois filhos. Um chama-se Tiago, que possui 13 anos e é psicótico; o outro, Bruno, 12 anos, é autista. Maria do Socorro vive com uma renda de um salário mínimo e mora na capital há, aproximadamente, 4 anos; ela veio do interior e não tem familiares próximos, pois estes ficaram em sua terra natal. Ela mora em um local de difícil acesso. Vale salientar que, devido ao reumatismo, dona Socorro tem uma limitação com relação à locomoção e os meninos são grandes e pesados.

Assim, iniciamos os grupos focais com as equipes de Nasf descrevendo o caminho que a família deve fazer para ser atendida pelas EqSFs e EqNasfs em seus respectivos municípios.

5.3.1.1 Breve descrição do fluxograma - município A

Observou-se que o caso da família de D. Socorro chegou ao conhecimento da EqSF pela ACS, que fez a visita domiciliar e comunicou ao enfermeiro e ao médico da USF o contexto familiar.

Dada a complexidade das necessidades de D. Socorro e seus dois filhos, a equipe optou por iniciar o acompanhamento dessa família através de uma visita domiciliar e/ou atendimento individual do enfermeiro e do médico. Neste momento, o grupo procurou identificar as necessidades da família e fez as solicitações e encaminhamentos necessários.

Nesse atendimento ou visita domiciliar, o médico avaliaria toda a família. Independentemente de a paciente ter comprovado que é diabética e hipertensa, o médico faria a avaliação clínica e solicitaria exames. Ao receber o resultado destes, ele realizaria a prescrição e forneceria informações sobre a medicação. A equipe indicou, ainda, que a usuária deveria receber atendimento com relação à saúde da mulher e saúde bucal.

Ao retornar para uma consulta de reavaliação com o médico, no caso de D. Socorro ter compensado sua condição de hipertensão arterial e diabetes, a equipe propôs que ela fosse acompanhada e monitorada no HIPERDIA. Identificou-se, ainda, que a usuária deveria ser monitorada por este programa em todas as situações.

Caso ela não tenha compensado, dentre os encaminhamentos do médico, foi previsto: o atendimento específico ou visita domiciliar da nutricionista, para avaliação e orientações dietéticas; do fisioterapeuta, com o objetivo de avaliar as questões reumatológicas; e da assistente social, para melhor conhecer o contexto da família. Também se destacou a mudança da medicação da paciente como outra provisão tomada.

No caso da nutricionista, a equipe indicou que a mesma realizaria a avaliação e a orientação. Se a usuária não evoluísse com essas condutas, seria encaminhada pela profissional para o endocrinologista de referência, retornando, em seguida, à USF para a nova consulta. O monitoramento de sua condição seria realizado através das atividades do HIPERDIA.

Em relação às queixas reumatológicas (dores articulares e dificuldades de locomoção) foi proposto um atendimento específico ou uma visita domiciliar do fisioterapeuta do Nasf para avaliação e orientações. Percebendo que a usuária evoluiu no seu contexto familiar com as orientações do fisioterapeuta do Nasf, a mesma seria monitorada pelo ACS e acompanhada por este profissional duas vezes ao mês. Caso D. Socorro não apresentasse boa evolução em sua condição funcional, o fisioterapeuta poderia encaminhá-la para atendimento no serviço de referência do município, onde poderia receber atendimento fisioterápico ambulatorial. A equipe afirma, ainda, que após certo tempo a paciente deveria retornar à USF, onde seria monitorada pelo ACS e acompanhada pela fisioterapeuta do Nasf.

A EqNasf evidencia ainda a necessidade da visita domiciliar da assistente social, afirmando que, neste momento, seria realizado um conhecimento do perfil familiar, além de

orientações com relação aos benefícios. A equipe indicou que, se D. Socorro possuísse dificuldade em arcar com os custos de transporte para chegar até o serviço de referência, a assistente social deveria solicitar a passagem na ouvidoria. No entanto, deixou claro que a concessão da ajuda não é garantida.

Para Tiago e Bruno, filhos de D. Socorro, foi construído um único fluxograma, considerando que eles apresentavam algumas necessidades em comum. Foi proposta uma visita domiciliar do médico para avaliar os meninos; caso estivessem compensados, seriam apenas monitorados pela EqSF.

Caso o médico, em sua avaliação, identificasse algumas necessidades, ele deveria fazer o encaminhamento para a realização da visita domiciliar do nutricionista, do farmacêutico, do psicólogo e do assistente social do Nasf. A equipe indicou que, no caso do nutricionista, seria realizada, além das orientações, a pesagem das crianças; dependendo do estado nutricional, os filhos de D. Socorro seriam cadastrados e incluídos no programa de fórmulas especiais, para tentar reestabelecer esse peso durante certo tempo.

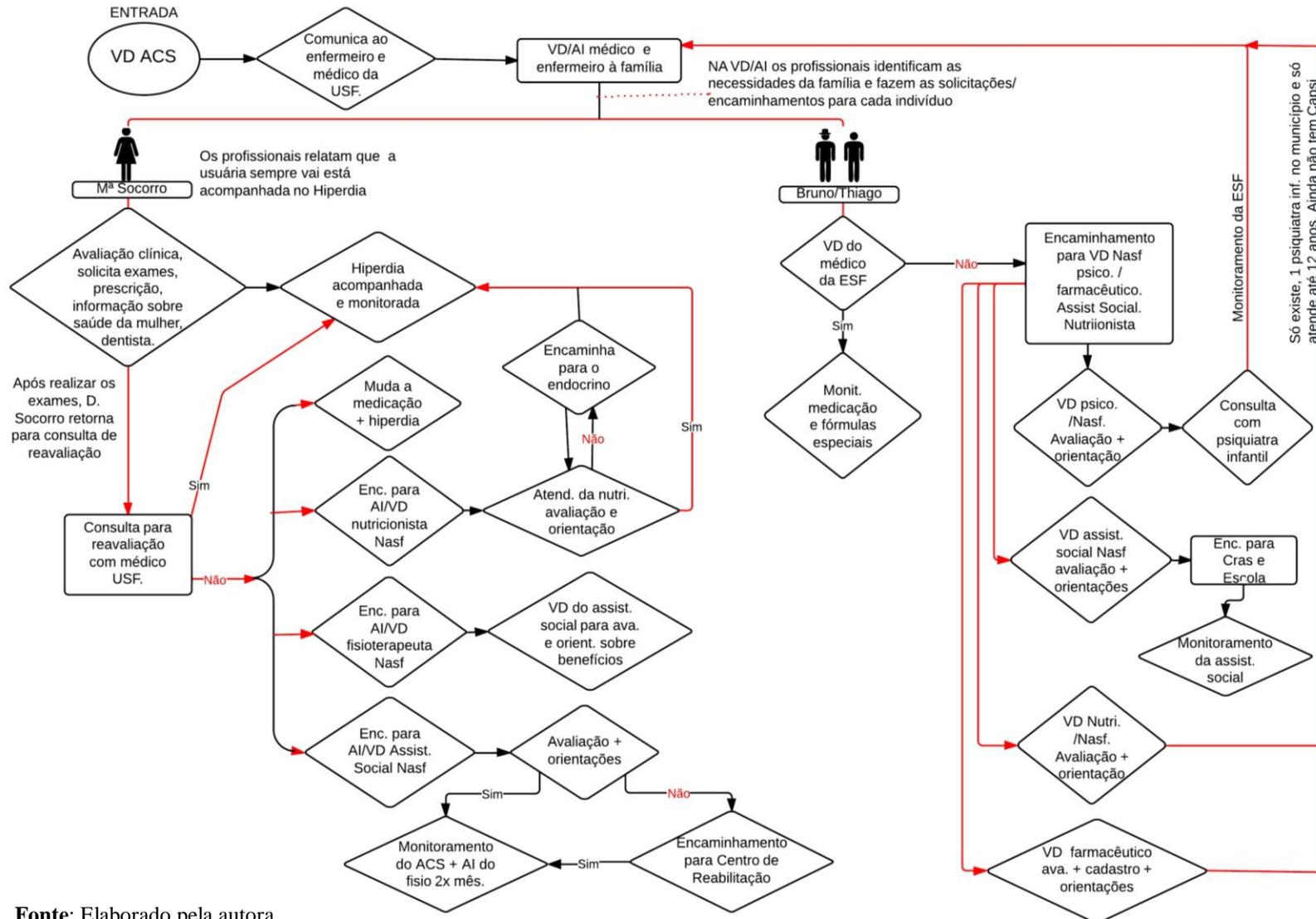
A equipe colocou que o farmacêutico poderia realizar uma visita domiciliar para avaliar o contexto com relação à medicação, orientar a mãe dos meninos e realizar o cadastramento das crianças para o recebimento da medicação controlada pelo município. Foi mencionado, ainda, que o monitoramento com relação à medicação ficaria sobre responsabilidade da EqSF.

Na visita domiciliar da psicóloga do Nasf, a equipe apontou que a mesma realizaria uma avaliação mais específica. Neste momento, D. Socorro poderia receber orientações sobre a condição de seus filhos. Verificou-se que, após essa visita, se as crianças estivessem há muito tempo sem uma avaliação psiquiátrica, elas seriam encaminhadas para uma consulta com o psiquiatra infantil. Entretanto, foi levantada a dificuldade do acesso a esta especialidade, visto que, no município, não existe Capsi e só há um psiquiatra, o qual atende apenas pacientes de até 12 anos.

A equipe indicou que o assistente social, durante a visita, avaliaria e realizaria orientações, buscando constatar se essas crianças realizam algum tipo de atividade e se frequentam a escola. A partir daí, se necessário for, seriam feitos encaminhamentos para o CRAS e para alguma escola, caso as crianças não estejam em atividade escolar. A família seria, então, monitorada através do ACS.

Por fim, destacou-se que foram relatados obstáculos na realização do monitoramento dos casos, devido à quantidade e à dificuldade de articulação com as equipes de saúde da família.

Figura 6 - Fluxograma descritor do processo de trabalho da equipe Nasf - Município A.



Fonte: Elaborado pela autora

5.3.1.2 Breve descrição do fluxograma - município B

O grupo relatou que o caso da família de D. Socorro foi identificado pela ACS e chegou ao conhecimento da EqNasf através da reunião desta com a equipe de saúde da família.

Dada a complexidade das necessidades de D. Socorro e seus dois filhos, a equipe optou por iniciar o acompanhamento dessa família através de uma visita domiciliar compartilhada entre médico, enfermeiro, ACS, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista e farmacêutico, de forma a realizar um diagnóstico ampliado das necessidades dessa família.

Durante a visita à D. Socorro, seria verificado se ela possui orientações terapêuticas e se está com a condição de hipertensão e diabetes compensada. Caso estivesse, a equipe iria propor que ela fosse acompanhada e monitorada no HIPERDIA. Se ela não estivesse realizando nenhum tratamento, seria proposta uma consulta com o médico de família para avaliação clínica (solicitação de exames e prescrição de medicação), além de um atendimento individual ou visita domiciliar com a nutricionista do Nasf para avaliação, orientação e acompanhamento, com o objetivo de tentar compensar sua condição. Se bons resultados fossem obtidos, a equipe entendeu que ela deveria permanecer no HIPERDIA.

Caso D. Socorro não tivesse uma boa evolução a partir do atendimento médico e do acompanhamento da nutricionista, dentre os encaminhamentos, foi previsto um atendimento específico ou visita domiciliar com o farmacêutico do Nasf para avaliação e orientações com relação à medicação. Se a usuária apresentasse evolução, a solicitação seria para que ela fosse monitorada e acompanhada no HIPERDIA; caso a hipertensão e a diabetes ainda não estivessem controladas, a equipe indicaria que a paciente fosse encaminhada para um serviço de referência.

A equipe afirmou ainda que, no momento da visita, seriam verificadas informações com relação ao reumatismo. Se a paciente estivesse em boas condições no que se refere às dores articulares e à locomoção, ficaria sendo monitorada pela ACS. Caso D. Socorro realizasse queixas reumatológicas, seriam propostas a avaliação e a orientação da fisioterapeuta do Nasf no ambiente familiar. Caso a paciente possuísse um resultado positivo a partir dessa conduta, ou seja, boa evolução funcional, seria acompanhada através da visita domiciliar do fisioterapeuta do Nasf para monitoramento.

Não apresentando a paciente boa evolução em sua condição funcional, o fisioterapeuta poderia encaminhá-la para atendimento no serviço de referência do município, onde receberia atendimento fisioterápico ambulatorial. Se D. Socorro tivesse dificuldade em arcar com os

custos de transporte para chegar até o serviço de referência, ela passaria por uma conversa com a assistente social para avaliar tal questão.

Para Tiago e Bruno, filhos de D. Socorro, a equipe construiu uma linha de cuidado separadamente, pois identificaram demandas diferentes. A partir da visita domiciliar inicial, o psicólogo do Nasf buscava compreender o contexto familiar das crianças e verificaria se Tiago está sendo acompanhado em algum serviço. Havendo a confirmação do acompanhamento, foi sugerido que a equipe mantivesse a conduta e orientasse a continuidade no serviço no qual a criança estava sendo acompanhada.

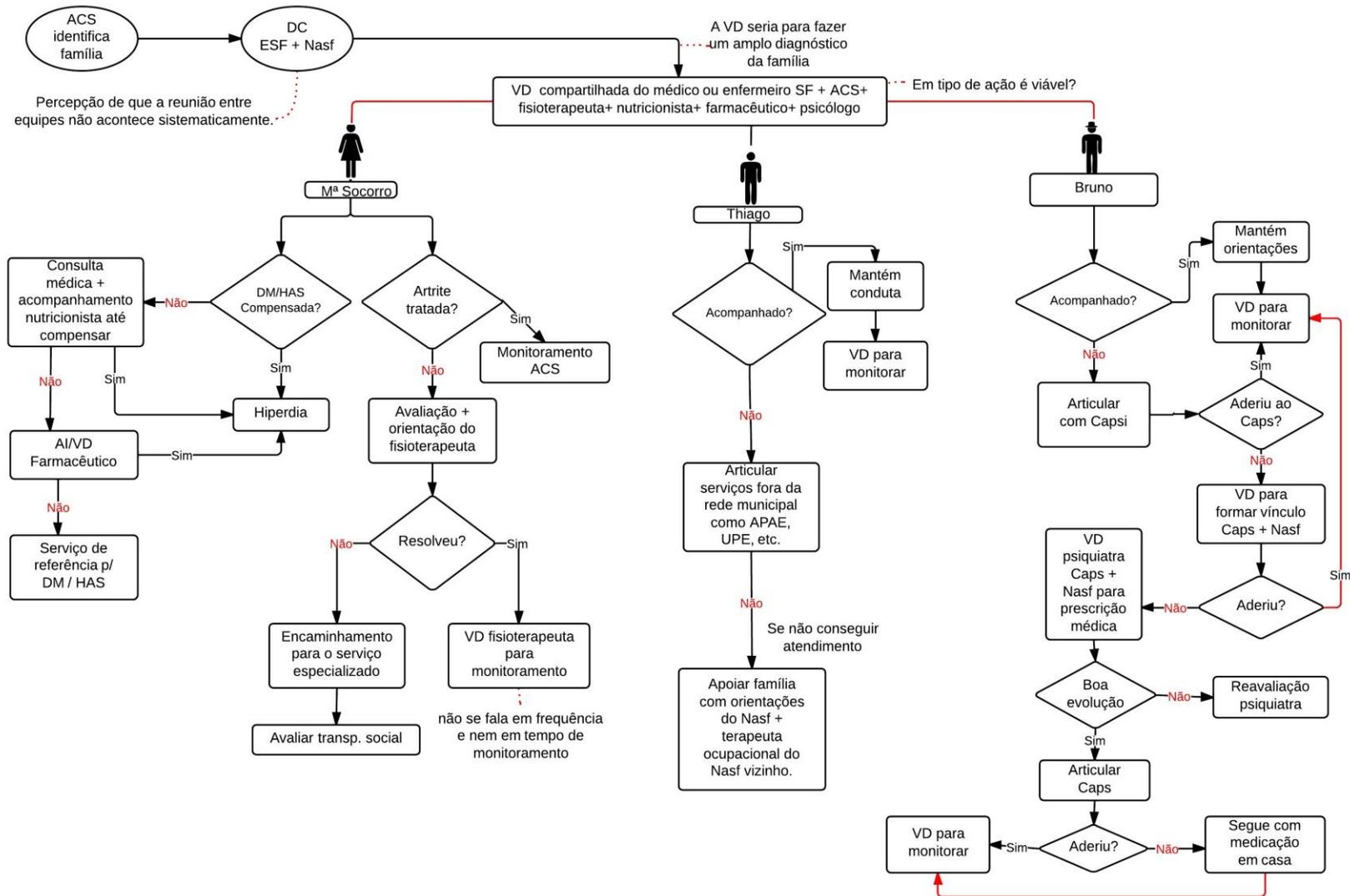
Caso Tiago não estivesse sendo acompanhado por nenhum serviço, a equipe disse que faria uma articulação com serviços que fazem parte da rede de atenção à saúde do município, a exemplo do Capsi, ou com outros serviços complementares (APAE e ONG), para que o usuário fosse assistido. Se esse usuário não fosse admitido de imediato, o grupo propôs que a família fosse apoiada com orientações dos profissionais do Nasf, enquanto a equipe articulava com o terapeuta ocupacional do Nasf de outro território o apoio na condução do caso.

Quanto a Bruno, a equipe afirmou que, na visita domiciliar, o psicólogo identificaria sua inserção em algum serviço. Se ele estivesse inserido, a EqNasf manteria as orientações e indicaria a realização de visitas domiciliares para monitorar o caso; do contrário, a EqNasf propôs que o psicólogo articulasse com o Capsi a inclusão da criança no serviço. Se houvesse adesão da criança ao Capsi, a EqNasf propôs que houvesse o monitoramento do caso através de visitas domiciliares.

A equipe entendeu ainda que, se a criança não aderisse ao serviço, deveriam ser realizadas visitas com profissionais do Capsi e Nasf, com o objetivo de construir vínculos e facilitar a inserção do usuário. Obtido um resultado positivo, foi indicado que a criança fosse acompanhada pelo Capsi e monitorada no território pela equipe.

A equipe levantou, ainda, a hipótese de não ter sucesso na adesão do paciente. Sendo assim, o encaminhamento previsto foi uma visita domiciliar do psiquiatra do Capsi para prescrição médica. Tendo boa evolução, a criança seria acompanhada pelo Capsi; caso não existisse êxito, a equipe solicitaria que o médico psiquiatra continuasse a realizar reavaliações.

Figura 7 - Fluxograma descritor do processo de trabalho da equipe Nasf - Município B.



Fonte: Elaborado pela autora

5.3.1.3 Breve descrição do fluxograma - município C

Observou-se que o caso da família de D. Socorro chegou ao conhecimento da EqNasf por meio da reunião desta com a equipe de saúde da família. O caso foi apresentado por uma ACS para, então, ser iniciada a discussão, na qual foram problematizados os aspectos peculiares da família por todos que estavam presentes na reunião.

Dada a complexidade das necessidades de D. Socorro e de seus dois filhos, a equipe optou por iniciar o acompanhamento desta família através de uma visita domiciliar compartilhada entre enfermeiro, agente de saúde e assistente social para realização de um diagnóstico mais aprofundado de suas necessidades. Após essa visita, o diagnóstico realizado foi apresentado, novamente, em uma reunião (EqSF e EqNasf) em que deveria ser construído o projeto terapêutico singular da família. O PTS proposto pelas equipes foi apresentado separadamente para facilitar a representação gráfica.

Para D. Socorro, caso ela já possuísse a orientação terapêutica no manejo de sua condição de hipertensão arterial e diabetes, a equipe propôs que ela fosse cadastrada no HIPERDIA para ser acompanhada no grupo. Caso ela não estivesse realizando nenhum tratamento, a proposta foi de uma consulta com o médico de família para avaliação clínica e prescrição terapêutica. Dentre os encaminhamentos, previu-se o atendimento específico da nutricionista do Nasf para avaliação e orientações dietéticas. O monitoramento da sua condição seria realizado por meio da visita mensal do ACS e das atividades do HIPERDIA.

Em relação às queixas reumatológicas (dores articulares e dificuldades de locomoção), foi proposta uma visita do fisioterapeuta do Nasf para avaliação e orientações domiciliares. Caso D. Socorro não apresentasse uma boa evolução em sua condição funcional, o fisioterapeuta poderia encaminhá-la para atendimento no serviço de referência do município, onde receberia atendimento fisioterápico ambulatorial. Se houvesse dificuldades em arcar com os custos do transporte para chegar até o serviço de referência, a paciente deveria conversar com a assistente social do núcleo de reabilitação para ser inserida no programa de transporte social do município.

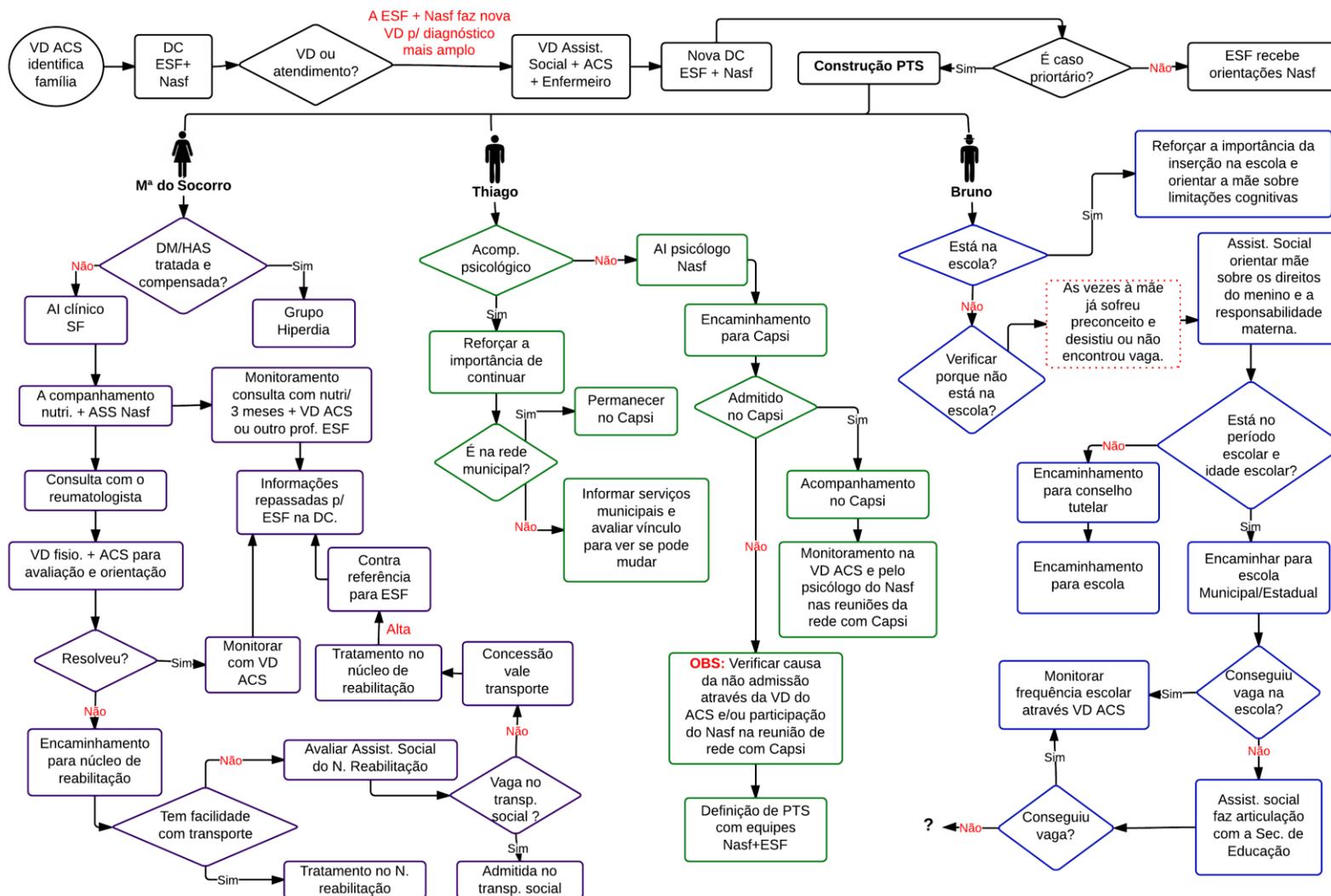
Para Tiago e Bruno, filhos de D. Socorro, houve a construção de um único fluxograma, considerando-se que eles apresentavam algumas necessidades em comum. Foi proposta uma visita ou um atendimento do psicólogo do Nasf para avaliação mais específica da família. Nesse atendimento, D. Socorro poderia receber orientações específicas sobre a condição de seus filhos e sobre o cuidado que eles necessitam. Tiago e Bruno seriam encaminhados para acompanhamento do Capsi. A inserção e o acompanhamento no serviço

de referência seriam monitorados por um dos profissionais da equipe, podendo ser, inclusive, o ACS.

Caso esses usuários não fossem admitidos de imediato, a EqNasf levaria o caso dessa família para discussão de suas necessidades junto ao Capsi e para identificação das razões da não inserção desses usuários no serviço. Esse aspecto foi apresentado pela equipe porque, apesar de as equipes (Nasf e Capsi) terem fluxos e papéis pactuados na rede de atenção do município, poderiam acontecer ruídos no processo de referenciamento e/ou acolhimento dos usuários em um dos pontos dessa rede, ora por causa da demanda excessiva nos serviços de referência, ora por dificuldades de comunicação entre seus profissionais. As reuniões mensais para articulação de redes são espaços utilizados para discutir questões específicas no fluxo dos usuários e na construção compartilhada de projetos terapêuticos dos usuários com necessidades mais complexas.

A EqNasf apontou, ainda, a necessidade de verificar se Tiago e Bruno estavam estudando e, no caso de esses adolescentes não estarem inseridos na escola, traçaram ações para viabilizar o acesso à rede escolar do território. O grupo reforçou, por fim, que todas as ações desenvolvidas e as informações sobre o encaminhamento da família foram trazidas e discutidas na reunião de discussão de casos entre a EqNasf e a equipe de saúde da família.

Figura 8 - Fluxograma descritor do processo de trabalho da equipe Nasf - Município C.



Fonte: Elaborado pela autora

5.3.2 Sistematizando o Nasf a partir dos fluxogramas

Os fluxogramas construídos nos grupos focais permitiram, junto com os resultados anteriores, o início de uma sistematização da organização e do desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf. Observou-se que existem diferenças no trabalho das equipes, o município C enfatizou ações importantes para relação entre EqNasf e EqSF, que são as discussões de casos e a construção de projetos terapêuticos singulares.

O município A não mencionou a questão da discussão de casos em seu processo de trabalho, demonstrando, assim, uma reduzida integração entre equipes e uma potencialização de ações assistenciais e individuais. O município B colocou que realiza a discussão de casos, no entanto não é possível perceber que, a partir desta discussão, surgem planejamentos em conjunto, ou seja, evidenciam-se aspectos de ações mais específicas.

Os fluxogramas descritores evidenciaram que o processo de trabalho das equipes Nasf é focado em ações mais fragmentadas, sem muita articulação com a equipe de saúde da família e outros serviços.

A partir da análise da organização e do processo de trabalho dos Nasfs realizada através dos grupos focais e dos fluxogramas descritores, foram considerados aspectos que permitiram sistematizar tipos de Nasfs (Quadro 12).

Sendo assim, definiram-se os seguintes tipos de configurações:

- a) Nasf equipe matricial (atua como equipe multiprofissional integrada às suas equipes de referência);
- b) Nasf equipe semimatricial (atua como equipe multiprofissional parcialmente integrada às suas equipes de referência);
- c) Nasf assistencial-curativista (atua como equipe de especialistas que atendem na atenção básica).

Quadro 12 - Configuração dos tipos de Nasf.

Aspectos considerados	Nasf assistencial-curativista	Nasf equipe semimatricial	Nasf equipe matricial
Objetivos do Nasf	Apoio de especialistas	Apoio de especialistas	Suporte matricial às EqSFs
Forma de atuação	Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> Assistencial Matriciamento com EqSF 	<ul style="list-style-type: none"> Matriciamento com EqSF Integrada Interdisciplinar Promoção /prevenção Assistencial
Diretrizes do Nasf	Territorialização	Territorialização	<ul style="list-style-type: none"> Territorialização Foco na família Longitudinalidade Vínculos Interdisciplinaridade Intersetorialidade
Coerência com marco legal	Visita domiciliar	Apoio matricial	Apoio matricial
Não coerência	Foco assistencial	Foco assistencial	Foco assistencial
Criação de protocolo	Não construiu	Desenho de processo de trabalho	Constrói protocolo Gestão+EqNasf
Definição de atividades	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento individual na USF Atendimento individual na policlínica Visita domiciliar Grupos de educação em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Discussão de casos (Não priorizada) Atendimento individual Atendimento compartilhado Visitas domiciliares Grupos de educação em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Discussão de casos (priorizada) Atendimento individual Visitas domiciliares Grupos de educação em saúde Educação permanente Preceptoria de alunos Reuniões entre serviços
Relação Nasf x ESF	Muito reduzida	Irregular	Regular e mensal
Relação Nasf x serviço	Inexistente	Irregular	Regular e mensal
Relação Nasf x Gestão	Inexistente	Irregular	Regular e mensal
Ferramentas tecnológicas (Dispositivos)	Não utiliza	<ul style="list-style-type: none"> Utiliza ocasionalmente o apoio matricial 	<ul style="list-style-type: none"> Apoio matricial Clínica ampliada PTS PST Pactuação de apoio

Fonte: Elaborado pela autora

6 DISCUSSÃO

6.1 A influência do contexto municipal nas configurações do Nasf

Em relação ao contexto, considerando a inserção do Nasf nos municípios estudados, a partir do marco político-normativo, destacam-se as questões relativas ao perfil epidemiológico e ao modelo de atenção à saúde.

No que diz respeito ao perfil epidemiológico, os municípios estudados apontam que é fundamental sua análise para formular e implantar políticas, programas, propostas e estratégias, dentre elas o Nasf. Mattos e Baptista (2011) afirmam que um dos elementos essenciais para criação do Nasf é conhecer o perfil epidemiológico brasileiro, entender as necessidades e, assim, propor políticas setoriais de saúde para responder aos problemas da equipe de saúde da família.

Vale salientar que, neste estudo, apesar de todos os gestores municipais afirmarem que a construção e a composição do Nasf deram-se a partir dos critérios estabelecidos pelo MS, verificou-se, a partir da análise dos projetos dos Nasfs, que todos apresentaram a composição da rede municipal na proposta de implantação, mas apenas um município inclui em seu projeto uma análise do perfil epidemiológico. O gestor deste mesmo município afirmou que, além do perfil, trabalhou-se a partir da mobilização dos profissionais da saúde da família com o intuito de conhecer suas necessidades.

Na descrição do contexto, feita neste trabalho, observou-se que o perfil epidemiológico dos três municípios pertencentes a mesma região metropolitana é semelhante. Todavia não se pode afirmar que haja diferença na disponibilidade de profissionais que compõem os núcleos.

Documento ministerial menciona, ainda, que, além do perfil epidemiológico, é necessário compreender as necessidades das equipes de saúde da família, o que foi considerado por apenas um dos municípios (BRASIL, 2008).

Pires et al. (2010) afirmam que é necessário conhecer a oferta e a demanda dos serviços de saúde locais para subsidiar a formulação de políticas públicas. Em vez de criar demandas a partir da oferta indiscriminada e desigual de serviços, estes é que devem se estruturar a partir das exigências dos usuários.

O Nasf surge como um eixo claro de atuação a partir da promoção da saúde e tem a responsabilidade de ampliar as ações de promoção e prevenção das EqSFs. Dessa forma, ele é convocado para atuar a partir da redução das epidemias contemporâneas e diminuição dos

índices de doenças e agravos não transmissíveis (SOUZA, 2013). Logo, é de extrema importância conhecer o perfil epidemiológico dos municípios para poder compor a equipe Nasf de forma que ela possa agregar esforços junto à saúde da família e responder às necessidades.

Magalhães (2011), em um estudo realizado em um município da Paraíba, concluiu que não foi possível visualizar o critério epidemiológico para composição dos Nasfs, visto que, no projeto, não foi descrito o processo de análise entre gestores, equipes de saúde da família e conselhos de saúde para a definição da implantação e da composição das equipes dos Nasfs que atuariam no território. A autora ainda que, como o projeto não faz referência aos indicadores de saúde e de gestão, não foi possível justificar a escolha de alguns profissionais para compor o Nasf em detrimento de outros.

Com relação ao modelo de atenção dos municípios, os resultados evidenciaram uma proposta de investimento na atenção básica como estratégia para consolidação do modelo assistencial. A estratégia de saúde da família é proposta como principal porta de entrada do sistema municipal, objetivando contribuir para a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde de qualidade. O Nasf pode compor esta proposta de investimento, a fim de fortalecer e estruturar essa política nos municípios.

Da mesma forma, o MS, propõe a ESF como principal investimento para consolidar o novo modelo de atenção à saúde proposto para o SUS. Vários documentos ministeriais procuram descrever o montante do investimento na mudança do objeto de atenção e, também, na forma de atuação e organização geral dos serviços (BRASIL, 1997).

Foi observado, a partir dos planos municipais de saúde e dos relatórios anuais de gestão, que um dos municípios estudados apresenta seu modelo de atenção à saúde baseado no formato circular, diferindo dos demais, que apresentam uma forma piramidal, organizando, assim, o serviço em níveis hierárquicos.

A ideia de mudar a estrutura em pirâmide baseia-se no fato de que o sistema de saúde deveria ter múltiplas “portas de entrada” localizadas em vários pontos deste sistema, rompendo com a lógica de níveis diferenciados de complexidade tecnológica. Desta forma, o sistema de saúde como círculo estimularia a relação entre os serviços de forma mais horizontal (CECÍLIO, 1997).

Não obstante, o modelo do círculo adotado por um dos municípios, na prática, não diferiu dos modelos organizados a partir da pirâmide, ou seja, as ações continuam, por vezes, sendo fragmentadas e não garantem o espaço dialógico e compartilhado das ações e serviços de saúde.

Pensar na estruturação do sistema a partir do círculo estimula uma organização não hierarquizada, isto é, abre possibilidades, recoloca a relação entre os serviços de forma menos vertical. Na verdade, o que importa é a garantia de acesso ao serviço e à tecnologia adequada no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde. É preciso compreender que o Nasf faz parte de uma rede que deve estar organizada em um conjunto de serviços de saúde com o objetivo único de atenção integral aos indivíduos a partir de ações compartilhadas e de forma humanizada. À medida que ele é considerado porta de entrada de usuários, o que existe é um distanciamento da proposta do MS.

O que se observou neste estudo é que, apesar dos municípios terem uma rede complexa de serviços de saúde, não se consegue organizar, dialogar e responder às necessidades dos usuários, pois a atenção básica não coordena o sistema. O Nasf, por vezes, acaba sendo porta de entrada para especialista e sobrepõe papéis com os serviços do nível secundário, não garantindo atendimento integral e resolutivo.

Existem poucos documentos municipais que fazem referência ao Nasf, a grande maioria das informações sobre este núcleo esteve presente somente nos projetos de implantação. É importante destacar que um dos municípios, na construção da proposta do Nasf, enfatiza que este deve prestar atendimento ambulatorial como serviço de referência e deve, inclusive, ser regulado pela central de regulação. Já os demais municípios indicam, ainda que de forma incipiente, a necessidade de se estruturar o Nasf como apoio à saúde da família.

Por outro lado, no projeto, ao explicitarem as ferramentas tecnológicas como o apoio matricial, o PTS e a clínica ampliada, não há a garantia de uma atuação completamente de acordo com a proposta ministerial. Todavia, ao assumir documentalmente que o Nasf deve prestar atendimento individual em ambulatório, o município reafirma a lógica biomédica e demonstra não conhecer as normas que regem seu funcionamento.

Contudo, no cotidiano do trabalho do Nasf, o atendimento específico acontece e, muitas vezes, esse profissional assume a referência da atenção de alguns casos, mobilizando, inclusive, a EqSF para o cuidado, isso é chamado de encaminhamento reverso. Diante do exposto, deve-se assumir que tais práticas existem, mas não deverão ser prioritárias e, tão pouco, nortear a implantação da política em documentos.

É preciso destacar, também, que os poucos documentos existentes sobre a organização e funcionamento do Nasf parecem não ser suficientes para nortear a implantação e implementação nos diversos municípios brasileiros. Soma-se a este fato a carência de

direcionamentos políticos que auxiliam na organização e efetivação de um determinado modelo da organização da rede de serviços.

Ainda de acordo com os achados dos Planos Municipais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão, identificou-se que, em dois dos municípios estudados, existiram experiências anteriores de equipes de retaguarda apoiando a atenção básica. Vale salientar que, em um deles, a experiência foi baseada no matriciamento em saúde mental - a equipe trabalhava através de estudos de casos, interconsultas, visitas domiciliares, capacitações, orientação para formação e construção de grupos, entre outros (BEZERRA et al., 2010; CASÉ, 2002). Esse fato pode ter influenciado em uma configuração de Nasf mais próxima ao que propõe o apoio matricial.

Outro fator que pode ter influenciado nas configurações do Nasf foi a ausência de apoio institucionalizado entre as três esferas de governo. Para os entrevistados, o ente federal e o estadual não cumpriram com as suas atribuições.

Segundo a Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, a esfera federal e estadual deveria apoiar os municípios nos seguintes aspectos: assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos Nasfs de acordo com o planejamento, garantindo a interface e a liderança das equipes de saúde da família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias; realizar avaliação e/ou assessorar sua realização e acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos Nasfs segundo os preceitos regulamentados nesta portaria (BRASIL, 2008).

Vilasbôas e Paim (2008) destacam as complexas relações intergovernamentais na formulação e implementação das políticas de saúde, apontando para o forte papel indutor exercido pelo Governo Federal mediante mecanismos de transferências de recursos financeiros para os municípios, em função de sua adesão a determinadas políticas negociadas nas instâncias intergestores. Os autores afirmam que, apesar do aumento da capacidade gerencial dos municípios, especialmente daqueles em gestão plena do sistema, a complexidade institucional da conformação do SUS - composto por três esferas de governo autônomas e, ao mesmo tempo, interdependentes - traz restrições que podem explicar a limitada incorporação do planejamento à formulação de políticas de saúde nesse âmbito.

No caso do Nasf, está claro que o apoio Federal limitado ao financiamento é insuficiente. É preciso ter outros tipos de apoios por parte do Estado e Governo Federal para que os municípios implantem políticas conforme a sua lógica de origem.

6.2 A Estruturação do Nasf e o desenvolvimento das suas atividades

Para compreender e discutir como se deu o processo de trabalho do Nasf nos municípios estudados e como isso, possivelmente, pode ter influenciado na sua configuração, destacam-se os seguintes aspectos: as formas de ingresso dos profissionais nos municípios, as definições das atividades dos profissionais do Nasf e as ferramentas tecnológicas.

Como já foi dito anteriormente, a formação dos profissionais no Brasil não se voltou para a atenção primária. Soma-se a este fato o desconhecimento dos gestores, trabalhadores e usuários sobre a forma de atuação da EqNasf, o que dificultou sua implementação. Tentando sanar essa falha, nos primeiros anos de implantação, os municípios estudados ofertaram capacitações para as equipes que, segundo os entrevistados, constituíram-se como uma ação pontual e não esclareceram as atribuições, as formas de organização do Nasf e sua atuação junto à saúde da família.

Considerando que o Nasf é uma proposta inovadora e apresenta possibilidades de uma atuação a partir de novos dispositivos, é essencial buscar formas de qualificar os profissionais para atuarem a partir de novas perspectivas. Na área da saúde, os avanços da ciência e o desenvolvimento tecnológico acelerado, característicos do modo de produção atual, implicam a necessidade de uma constante atualização de seus profissionais e uma base de conhecimentos interdisciplinar sólida que lhes permitam enfrentar a diversidade e a adversidade do processo saúde no mundo atual (MENDONÇA et al., 2010).

Observou-se, neste estudo, que todos os profissionais ingressaram no Nasf a partir de seleção simplificada, através de análise de currículo e entrevista. Essa forma de ingresso parece não ser exclusiva dos municípios estudados. Pois, em três municípios do estado do Ceará, segundo dados do estudo de Souza (2013), os profissionais realizaram uma seleção que não apresentou convocação pública.

Neste estudo, os gestores e profissionais referiram-se ao contrato de trabalho como precário, pois não garante estabilidade e direitos trabalhistas (como férias e décimo terceiro salário).

Os problemas do processo de trabalho não se limitam à forma de ingresso e falta de capacitação, pois se identificou que os profissionais são contratados mediante seleção simplificada em regime de contratação especial, ou seja, baseada na Lei nº 8745/1993. Esse tipo de contrato é lícito na administração pública, todavia, na medida em que as gestões não garantem os direitos trabalhistas, o contrato passa a ter características de precariedade, além do fato de que esta modalidade não suprime a insegurança do profissional.

Como o Nasf foi implantando há cinco anos, esse tipo de contratação começa a ser um problema, porque ela é uma alternativa temporária. O esperado é que haja concurso, pois é impossível sustentar uma política cujo vínculo dos trabalhadores seja apenas por contratação especial.

Segundo Nogueira (2007), o termo “precariedade”, quando se trata de serviço público, é a irregularidade do vínculo do trabalhador que foi admitido na instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública. Para este autor, a precariedade do vínculo para uma ação finalística, como a prestação de serviços de saúde em estabelecimentos ou em atividades de saúde, caracteriza-se quando o Estado não consegue fazer cumprir os requisitos constitucionais de concurso público.

Apesar de não haver estudos que mencionam as formas precárias de contratação dos profissionais do Nasf e sua influência no processo de trabalho, algumas pesquisas retratam esta relação na saúde da família, estratégia em que os profissionais do Nasf devem desenvolver seu trabalho.

Marqui et al. (2010) afirmam que os tipos de contratos temporários existentes na saúde da família podem gerar uma certa instabilidade do profissional e, conseqüentemente, dificultar o estabelecimento de vínculos com o serviço e a população atendida. A pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (2002) também demonstrou que a maioria dos trabalhadores de saúde que atuam no SUS a partir de contratos temporários apresentam instabilidade na sua carreira profissional.

A forma de contrato de trabalho interfere diretamente nos serviços prestados, devendo esta garantir estabilidade e fortalecer o vínculo empregatício, além de possibilitar o vínculo profissional/usuário e a responsabilidade social (COTTA et al., 2006).

Diante destes aspectos, verifica-se a importância de refletir sobre a instabilidade dos profissionais do Nasf, uma vez que a proposta busca um modelo de trabalho que contemple a integralidade, a construção de vínculos e o apoio à saúde da família, ou seja, a existência da rotatividade decorrente dos vínculos precários pode prejudicar a efetividade de suas práticas.

Quanto às definições das atividades realizadas pelo Nasf, emergiram, nos relatos dos grupos focais e no fluxograma descritor, as seguintes ações: reuniões para discussões de casos, atividades em grupo, visitas domiciliares e atendimentos individuais e compartilhados. Algumas diferenças observadas a partir da análise dos grupos focais (GFA, GFB e GFC) evidenciaram que o GFA e GFB referiram-se a uma atuação mais voltada para a dimensão individual, demonstrando, assim, que não existe uma priorização de ações compartilhadas entre equipes.

Nos discursos do GFC, percebeu-se que existe uma priorização das ações integradas. O grupo afirmou que a atividade base dele é a discussão de casos entre as equipes Nasf e saúde da família e que, a partir dessa atividade, planeja todas as outras ações: atendimentos individuais, visitas domiciliares e grupo.

Esses aspectos podem influenciar na organização e desenvolvimento do processo de trabalho, pois, como não existe a noção da importância de espaços garantidos e sistemáticos para discussão entre as equipes, o Nasf acaba se tornando porta de entrada e não fazendo qualquer tipo de apoio à equipe de saúde da família. Fragelli (2013) também discutiu, em seu estudo, sobre a existência de uma dificuldade dos profissionais ao se disponibilizarem para construir momentos de discussão em conjunto.

Para Campos (2012), é fundamental a existência de um espaço coletivo de formação de cogestão, em que sejam trabalhados: temáticas de interesse comum, discussão de casos clínicos, interpretações, análises, pactuações conjuntas, definição e planejamento de ações. Assim, é necessário que haja disponibilidades pessoais e institucionais de todos os atores envolvidos, pois uma equipe que não está aberta para inserir em seu processo de trabalho momentos de encontro dificilmente conseguirá realizar o apoio matricial (OLIVEIRA, G., 2011).

É importante compreender como os grupos focais que participaram do estudo organizam suas atividades, pois a forma como definem suas ações pode demonstrar como o Nasf se configura no município, isto é, se há uma configuração matricial, assistencial-curativista ou semimatricial.

Alguns estudos apontam como tem sido o funcionamento do Nasf nos diversos municípios do Brasil. Silva et al. (2012), em um estudo realizado em São Paulo, debateram a necessidade de uma definição inicial do processo de trabalho a partir das carências do território, articulando-se às atividades das equipes de saúde da família. Os autores afirmam que foi consensual o fato de o formato não ser “engessado”, a fim de que, de acordo com a sua realidade e demanda, o Nasf possa ter autonomia de articular com as equipes de saúde da família e identificar as prioridades e a maneira de atuação.

O estudo aponta que a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo propõe que o Nasf atue realizando as seguintes atividades: atendimentos específicos (5% a 30% da carga horária mensal), ações compartilhadas (35% a 80%) e ações intersetoriais (5% a 10%). O grupo ressaltou a potencialidade das reuniões para discussão de casos e o planejamento das ações (SILVA et al., 2012).

Bezerra et al. (2010) colocam a interdisciplinaridade como eixo transversal de todas as atividades desenvolvidas no município de Camaragibe e agrupam as ações em quatro categorias, são elas: reuniões mensais com as EqSFs, quando acontecem discussões de casos e planejamento das ações; grupos educativos e terapêuticos; visitas domiciliares compartilhadas e atendimentos individuais e compartilhados.

Foi possível verificar nos dois estudos citados acima a inquietação com relação à consulta individual enquanto ação do Nasf. Os autores manifestam a preocupação com o risco de que essa atividade assuma o papel da atenção secundária, embora reconheçam que esse recurso possa ser indispensável para aumentar a compreensão do caso e potencializar a resolubilidade.

Um estudo realizado no Crato identificou que, apesar da proposta do Nasf estabelecer a orientação de trabalho em conjunto com a equipe de saúde da família, os profissionais não conseguiram se estruturar nesta lógica. Tendo em vista que, raramente, realizam atendimentos e visitas compartilhadas, as discussões de caso não são prioritárias, isto é, quando acontecem, ocupam os intervalos entre uma atividade e outra (SOUZA, 2013). Essa forma de estruturação se aproxima da configuração evidenciada no presente estudo e denominada assistencial-curativista.

Soares (2012) verificou, em seu estudo, que os processos de trabalho do Nasf fragmentam as ações e dificultam o estabelecimento de vínculo entre EqNasf e profissionais da saúde da família e os usuários. O estudo aponta, ainda, que as equipes de Nasf não são vistas como parte integrante da saúde da família. Sendo assim, apresentam restrições para realizar atividades compartilhadas.

Diante das atividades definidas pelo Nasf de alguns municípios e a partir dos resultados deste estudo, percebe-se, nos discursos, que existe um tensionamento com relação ao atendimento individual e ambulatorial e com a necessidade de trabalhar em conjunto.

Ressalta-se, ainda, que as diretrizes propostas pelo MS, mesmo de forma não suficiente, apresentam uma orientação normativa para que o Nasf não se configure como porta de entrada aos atendimentos individuais e ceda à pressão da imensa demanda reprimida. Mas, além disso, as diretrizes também precisam demarcar a necessidade de respostas a casos complexos que necessitem da intervenção direta de diferentes profissionais para a resolução do problema.

Nesse sentido, Cunha e Campos (2011) afirmam que a falta de serviços de saúde especializados pode conduzir a um funcionamento equivocado do Nasf, que assume um papel de substituição do serviço que falta na tentativa de responder à demanda da população.

Frente a estes aspectos, torna-se difícil para o Nasf, que ainda é um dispositivo frágil e recente, desenvolver práticas a partir de diferentes tecnologias. Ele se insere na complexa realidade da estratégia de saúde da família, que apresenta dificuldades históricas com relação a sua atuação no território: implantação de ações de promoção e organização de agendas para atendimentos clínicos individuais.

O Ministério da Saúde define que o desenvolvimento das atividades do Nasf deve ser baseado no uso dos seguintes dispositivos: apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico-singular (PTS), projeto saúde no território (PST) e pactuação de apoio. Neste estudo, ficou evidente o desconhecimento e a não utilização destes dispositivos por parte do GFA e GFB. Apenas um dos grupos afirmou que faz uso desses dispositivos em seu processo de trabalho.

Esses dispositivos norteiam um modelo inovador e trazem aspectos diferentes dos conhecidos por muitos profissionais. Por esse motivo, geram estranhamentos e, conseqüentemente, dificuldades para serem incorporados na prática.

As diretrizes dos Nasfs descrevem a pactuação de apoio e o arranjo organizacional do apoio matricial e da equipe de referência como condições para a promoção da clínica ampliada, que embasaria, por sua vez, o projeto de saúde no território e o projeto terapêutico singular. Sendo assim, é difícil visualizar a operacionalização de tais dispositivos no trabalho do Nasf, tendo em vista que existe a dificuldade de usar o apoio matricial.

Nascimento et al. (2013), em seu estudo, também apontam o desafio de utilizar os dispositivos tecnológicos. Os autores relatam que as discussões de casos, que seriam espaços para realizar o matriciamento e, assim, construir PTS e PST, na maioria das vezes, se limitam à passagem de guias de encaminhamento entre equipes. Eles ainda relatam que, muitas vezes, a reunião de apoio matricial acontece sem nenhum membro da equipe de saúde da família.

Diante disto, verifica-se que as reuniões nas quais o apoio matricial deveria acontecer apresentam-se como um espaço sem qualquer discussão baseada na dimensão técnico-pedagógica e interdisciplinar, apesar de serem compostas por uma equipe multiprofissional.

A presença de diversos profissionais de diferentes áreas foi insuficiente para qualificar as discussões. A reprodução de práticas de encaminhamentos e de uma atuação mais individualizada em detrimento da troca com o outro possibilita a redução da utilização desses dispositivos orientadores do Nasf como produção de um cuidado mais ampliado (NASCIMENTO et al., 2013).

6.3 O trabalho no Nasf: aspectos favoráveis e desfavoráveis

Foram pontuados diversos aspectos considerados pelos grupos focais como favoráveis e desfavoráveis para a organização e desenvolvimento da proposta.

A integração entre os profissionais da equipe Nasf emergiu nos discursos de todos os grupos como um ponto importante. Com relação ao desenvolvimento das ações de saúde, sabe-se que o trabalho de forma interdisciplinar e em equipe é um dos fundamentos do Nasf, isso implica que os processos de trabalho em equipe devem ter o foco na efetivação da integralidade.

Neste estudo, verifica-se que as equipes enfatizam a necessidade de aproximação entre os profissionais do Nasf, na tentativa de estreitar vínculos e fortalecer a atuação em conjunto. Fragelli (2013), em sua pesquisa, defende que trabalhar de modo colaborativo, mantendo interação e diálogo constante com os outros profissionais da equipe Nasf, foi um dos pontos levantados como competências e habilidades necessárias.

Araújo e Galimberti (2013), em seu estudo, afirmam que é extremamente importante a integração entre os profissionais da equipe Nasf, levando em consideração que sua proposta de atuação tem como pressuposto a gestão das equipes no contexto do apoio matricial, com atendimentos compartilhados, discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos, na intenção de possibilitar a troca de saberes e de práticas. Eles referem-se, ainda, à atuação de forma fragmentada como geradora de um clima organizacional desmotivador.

No presente estudo, verifica-se a dificuldade de integração entre as equipes e um processo de trabalho que prioriza ações individualizadas organizadas a partir de núcleos específicos.

São muitos os desafios para a efetivação de práticas de integração entre os profissionais do Nasf, contrastando com aquilo que é esperado pela teoria que está na base dessa política de saúde. De fato, o trabalho do Nasf só pode ser efetivado de forma integral se forem garantidas condições para o desenvolvimento da interprofissionalidade entre os profissionais do Nasf e entre estes e os profissionais da saúde da família.

Neste estudo, apenas os profissionais do GFC levantaram como um dos aspectos favoráveis para uma adequada organização e desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf a efetiva relação com a EqSF.

Considerando que a EqSF e o Nasf devem construir uma relação a partir dos conceitos de Equipe de Referência e Apoio Matricial, Cunha e Campos (2011) enfatizam que é fundamental a construção do diálogo para que se produza uma convergência e uma

democracia organizacional por meio da cogestão, esse fato pode constituir um exercício compartilhado de um programa ou do serviço.

A cogestão, então, é necessária porque existem dentro de ambas as equipes de referência e de apoio matricial sujeitos com distintos interesses e diferentes inserções sociais, que devem coparticipar em todas as etapas do processo de gestão dos projetos de intervenção como: a definição de objetivos e de diretrizes, o diagnóstico, a interpretação de informações, a tomada de decisão e a avaliação de resultados (CUNHA; CAMPOS, 2011).

A relação entre EqSF e EqNasf construída na cogestão potencializa a organização e o funcionamento do processo de trabalho das equipes a partir de: atendimentos compartilhados e interdisciplinares com trocas e responsabilidades mútuas; ações articuladas com as equipes de saúde da família nos territórios; desenvolvimento do projeto de saúde no território; planejamentos; apoio aos grupos; trabalhos educativos e de inclusão social; e ações intersetoriais.

No que refere à relação entre Nasf e EqSF, Souza (2013) aponta que os profissionais do Nasf não podem ser enxergados como consultores, como especialistas que detêm o saber e estão naquele espaço para ensinar as equipes a lidarem com as dificuldades encontradas. A equipe do Nasf tem importante responsabilidade de ampliar a resolubilidade e a integralidade da equipe de saúde da família, esse fato pressupõe uma efetiva aproximação afetiva e relacional com a saúde da família.

Para Oliveira (2010), o diálogo surge como uma forma de reorganizar a relação entre as equipes Nasf e saúde da família, isso facilita a pactuação e a corresponsabilidade. Se o diálogo não acontece, dificilmente haverá a possibilidade de ocorrer o apoio matricial. No presente estudo, é possível verificar que, na configuração do **Nasf Matricial**, uma das características presentes é a relação regular entre as equipes, o que pode facilitar, de fato, a utilização do apoio matricial em sua prática.

Sendo assim, essa reorganização da forma de contato entre as equipes do Nasf e saúde da família é necessária para que a lógica do encaminhamento sem responsabilização seja superada (FIGUEIREDO; FURLAN, 2010).

A comunicação entre os serviços também surge como um dos aspectos favoráveis para potencializar as ações do Nasf. As diretrizes do Nasf apontam que a constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho da proposta, por isso a criação de espaços internos e externos de discussão entre os serviços da rede é tão importante. Todavia, quando não houver comunicação fluida entre a atenção terciária,

secundária e primária, esta última não conseguirá exercitar seu papel na coordenação do cuidado (MENDES, 2010).

Prestes et al. (2011), em seu estudo realizado em Palmas-TO, corroboram com as declarações dos grupos focais quando afirmam que a comunicação entre os serviços favorece a troca de conhecimentos, o compartilhamento das dificuldades e a corresponsabilização, e esses aspectos são essenciais para a oferta de serviços de saúde de qualidade. Constatou-se, ainda, que a garantia da articulação entre os serviços possibilita o resgate da relação entre os componentes da rede de saúde, estimulando o diálogo cotidiano e contribuindo para um atendimento mais integral e resolutivo. Eles afirmam que a falta de comunicação entre os serviços compromete, significativamente, o funcionamento da rede de saúde.

Fragelli (2013) observou que apenas 26% dos participantes de seus estudos reconheceram que é uma habilidade da EqSF e do Nasf articular os diversos níveis de atenção à saúde com a finalidade de contemplar as ações de promoção, de prevenção, de reabilitação e de cura. A autora diz que os profissionais enfatizaram que nem sempre há uma rede disponível para ser articulada.

Bertussi (2009) afirma que é essencial garantir encontros para debate entre as EqSF, EqNasf e outros serviços para estabelecer uma rede entre os serviços de pactuações e construções de acordos entre trabalhadores, desenvolver a educação permanente e construir alternativas reais para elaboração de projetos terapêuticos.

Entende-se que a falta de integração das redes de saúde compromete o atendimento prestado aos usuários, o acolhimento e o atendimento integral às suas necessidades de saúde. Conforme expresso no Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011), a integralidade da assistência à saúde se inicia e completa-se na rede de atenção à saúde, envolvendo serviços municipais e estaduais. Assim, pode-se dizer que é real a necessidade de comunicação do Nasf com EqSf e outros serviços da rede (BRASIL, 2011).

Tendo isso em vista, uma das alternativas possíveis para garantir a materialização da integralidade da assistência à saúde pode ser o dispositivo do apoio matricial, que visa dar um suporte técnico especializado e multidisciplinar em nível assistencial e técnico-pedagógico, fomentando a construção compartilhada, somando conhecimentos e contribuindo com intervenções que aumentem a capacidade resolutiva de casos individuais, familiares e/ou comunitários.

Outro aspecto considerado favorável para a organização do processo de trabalho pelos grupos focais foi a criação de uma coordenação específica para o Nasf. Nos relatos dos profissionais do GFC, foi possível perceber que existem encontros garantidos com a gestão.

Verifica-se que criação da coordenação influenciou na forma como eles organizaram o trabalho, visto que se buscou, em conjunto, construir um alinhamento conceitual e de ações para serem desenvolvidas no território.

Este fato não foi observado nos outros grupos, pois eles não se referiram a uma pessoa específica como coordenadora e enfatizaram que essa questão fragiliza uma organização baseada na cogestão.

Um estudo realizado em Sobral no Estado do Ceará observou que existia a presença do coordenador do Nasf desde a implantação da proposta, este dedicava seu tempo ao acompanhamento da equipe. Posteriormente, os coordenadores foram substituídos por apoiadores que tinham a função de comparecer às unidades de saúde, participar de algumas atividades e realizar encontros periódicos para discutir os desafios encontrados pelo Nasf. Além dessas atribuições, eles intermediavam a comunicação do Nasf com EqSF que apresentava dificuldade de formar vínculos (SOUZA, 2013).

Araújo e Galimberti (2013), em seu estudo, observaram que os profissionais do Nasf de um município de grande porte do Nordeste têm o apoio de uma coordenação para um bom funcionamento, essa apoiadora discute, planeja e aprende junto com as equipes.

Além dos aspectos favoráveis, os grupos entrevistados elencaram alguns pontos que eles identificaram como desfavoráveis para um melhor funcionamento do Nasf.

O desconhecimento da proposta do Nasf apareceu como consenso em todos os grupos. Os discursos revelaram que o não entendimento sobre a forma como o Nasf deve atuar pode influenciar de forma negativa na organização e desenvolvimento do processo de trabalho.

A carência de definições teóricas por parte do Ministério da Saúde, Estados e Municípios para a orientação dos Nasfs tem favorecido variadas interpretações sobre o papel destes núcleos junto às equipes de saúde da família, permitindo que os municípios configurem diferentes tipos de Nasfs, de acordo com o modelo de saúde e as demandas locais, que orientam a condução política de cada gestão.

O desconhecimento do real papel do Nasf surge dos diversos atores, profissionais, gestores e usuários. Bertussi (2010) verificou, em seu estudo, que a chegada de novos profissionais para o apoio matricial era vista pelos que chegaram e pelas equipes como uma ampliação de ofertas de consultas especializadas aos usuários, mas mantendo a mesma lógica de organização da atenção, marcada pela baixa resolubilidade e pela geração circular de demanda.

Ainda segundo a autora citada, as equipes de saúde da família imaginavam que os apoiadores poderiam resolver os problemas complexos, como por exemplo: os casos de

cárceres privados, transtornos mentais, questões da bolsa família, alcoolismo, acamados, dentre outros. No entanto, esses problemas só poderiam ser abordados por meio de arranjos cooperativos para dentro e para fora da rede assistencial e não poderiam ser transferidos, ou seja, a saúde da família tinha que ser vista como parte da solução e não como clientes de “salvadores da pátria”.

Souza (2013) também verificou que a equipe de saúde da família e a população possuíam a expectativa de ter os profissionais do Nasf diariamente na unidade de saúde para compartilharem as demandas da população. Isso demonstra o desconhecimento e a dificuldade de aproximação com a proposta. A autora afirmou, ainda, que a frustração desta expectativa gerou uma resistência para se estabelecer um trabalho em conjunto.

Andrade et al. (2012) verificaram que os participantes do seu estudo apontam o desconhecimento do papel do Nasf como uma das fragilidades da proposta. Para os autores, uma possível explicação para os discursos encontrados é que as atividades da equipe de saúde da família e do Nasf ainda são desenvolvidas em conjunto com o modelo de Unidades Básicas de Saúde tradicionais e o Nasf é entendido como referência e não como suporte. Nesse panorama, há uma sobrecarga dos profissionais de saúde para o desempenho das atividades previstas no modelo da ESF (como as visitas domiciliares, por exemplo), além daquelas características do modelo curativo-assistencial hegemônico.

O perfil profissional emergiu, neste estudo, como um dos pontos desfavoráveis para a operacionalização do processo de trabalho do Nasf segundo as suas diretrizes. O grupo focal evidenciou que os profissionais são formados para atuar em uma perspectiva muito mais curativista do que a partir da interdisciplinaridade e clínica ampliada.

Ao longo das últimas décadas, as categorias profissionais que compõem o Nasf vêm sendo formadas em um modelo tecnicista super especializado, que desconsidera as subjetividades do indivíduo. Este modelo de formação, conseqüentemente, implica dificuldades que os profissionais da equipe Nasf enfrentam no confronto com a realidade social e com as dimensões relacionais do trabalho (SCHWINGEL, 2011).

Nascimento e Oliveira (2010) descrevem que, atualmente, dentre as dificuldades reconhecidas no processo de trabalho do Nasf, está a formação dos profissionais - que não é condizente com as necessidades do SUS. As propostas político-pedagógicas são construídas de forma divergente dos serviços e não abarcam pontos-chaves como o trabalho interdisciplinar, o vínculo e o acolhimento - imprescindíveis para o desenvolvimento do trabalho no Nasf.

Apesar de alguns avanços que vêm acontecendo recentemente para tentar adequar a formação do profissional à necessidade do sistema de saúde, verifica-se que ainda existe uma longa distância para o cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. A crescente necessidade de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re)significar seus perfis de atuação para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS, é um grande desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Por tudo que foi apresentado quanto ao processo de trabalho no Nasf e pelo rumo que o sistema de saúde brasileiro quer imputar a sua população, faz-se urgente um movimento de mudanças no processo de formação profissional, que considere as necessidades do sistema de saúde na perspectiva da integralidade da atenção no cuidado da saúde e da vida da população. Sendo assim, surgiram várias estratégias para superar esse obstáculo.

Como forma de atingir profissionais já formados, alguns movimentos nacionais aconteceram com o objetivo de colaborar com o desenvolvimento dos processos de educação permanente dos trabalhadores de saúde. Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do MS, que desenvolveu importantes projetos como o AprenderSUS e o REFORSUS, ambos objetivando mudanças no processo de formação dos profissionais do ensino superior.

Além disso, como o objetivo de incentivar as instituições de ensino superior para a transformação dos processos de geração de conhecimento, ensino e aprendizagem, o MS, em parceria com o Ministério da Educação, tem recorrido a algumas estratégias como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

O Pró-Saúde tem um papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil - inicialmente (2005) em Medicina, Enfermagem e Odontologia, depois (2007) em outros cursos da saúde.

O PET-Saúde constitui-se um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS.

Espera-se, com essas estratégias, alcançar uma formação mais abrangente e integral do processo saúde e doença, com profissionais habilitados para responder às necessidades reais da população e à operacionalização do SUS.

A dificuldade de garantir espaço de diálogo com o gestor surgiu nas falas do grupo focal como um obstáculo para o efetivo funcionamento do Nasf. A partir desse novo contexto de organização dos serviços de saúde e da articulação entre saúde da família e Nasf, é preciso repensar o papel de todos os envolvidos na problemática: a comunidade, os profissionais da saúde e os gestores, objetivando uma pactuação política entre as partes e a efetiva produção de saúde (SCHERER, 2009).

Araújo e Galimberti (2013) identificaram, em seu estudo, uma relação da gestão com o Nasf, no entanto acreditou-se que haveria um espaço que possibilitaria o exercício dessa participação politizada dos profissionais, mas isso nem sempre ocorre com facilidade. Ficou evidente que esses espaços, quando existem, são para discutir questões administrativas de produção.

Dada a complexidade da prestação de serviços de saúde, é fundamental que a gestão comprometa-se com o dia a dia das equipes, em razão das redes complexas existentes nos serviços de saúde. Mais do que gerenciar recursos e os dados burocráticos, a gestão precisa identificar os problemas existente no trabalho das equipes para assim, em conjunto com os profissionais, poder conduzir processos que visem às mudanças efetivas nas práticas em saúde (ANDRADE et al., 2012).

A aproximação entre os gestores e os profissionais que atuam nas ações e serviços de saúde é fundamental para a construção de novas práticas organizacionais. É necessária, também, a reformulação dos organogramas, procurando romper com a verticalidade das estruturas e a centralização do poder, para buscar o amadurecimento das alterações dos seus padrões de funcionamento (CAMPOS, 2006).

O elevado número de equipes de saúde da família que a equipe Nasf precisa apoiar foi elencado por todos os grupos focais desse estudo como mais um dos aspectos desfavoráveis para a boa organização do processo de trabalho. Vale salientar que todas as equipes de Nasf entrevistadas ainda estavam atuando com um número de equipe de saúde da família maior do que o preconizado pelo Ministério da Saúde.

A Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família modalidades 1 e 2: cada Nasf 1 deverá estar vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e, no máximo, 9 (nove) e o Nasf 2 deverá estar vinculado a, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) (BRASIL, 2012).

Verificou-se que a dificuldade de apoiar um número muito grande de equipes não foi identificada apenas neste estudo. Em sua pesquisa, Souza (2013) também apontou que, apesar dos municípios apoiarem o número mínimo de equipes que era preconizado na época da implantação em 2008 (oito equipes), os profissionais, por atuarem de forma itinerante, relataram sentir dificuldades para dar suporte as suas equipes.

Araújo e Galimberti (2013), no decorrer das suas observações, identificaram a dificuldade e o sofrimento vividos pelo Nasf no que diz respeito ao acompanhamento de um número excessivo de equipes (oito equipes de saúde da família). Ele relata que percebeu o quanto a agenda do Nasf pode ser desafiadora, observou que, muitas vezes, os profissionais não sabiam quando conseguiriam se reunir de novo com a saúde da família, visto que era necessário ter, pelo menos, um momento por mês, isto é, operacionalizar equipes de Nasf em diversos cenários é uma tarefa delicada.

A estrutura física precária das unidades de saúde e a falta de transporte foram questões levantadas pelos grupos focais como aspectos que dificultam o desenvolvimento do processo de trabalho neste estudo. Problemas semelhantes também foram apontados por Araújo e Galimberti (2013) e Souza (2013).

Fica claro que os pontos favoráveis e desfavoráveis apontados neste estudo influenciam fortemente na forma como cada município vai delinear seu processo de trabalho e configurar seu tipo de Nasf. As dificuldades, muitas vezes, inviabilizam o suporte adequado à produção do cuidado e promoção da saúde, causando conflitos com o que preconiza a proposta. De fato, não é simplesmente a quantidade de trabalho que causa esse efeito dispersivo, mas a qualidade com que o processo é vivido e refletido.

6.4 Configurações de Nasf e suas diferenças

É necessário ampliar a discussão de como vem acontecendo a implantação e a implementação dos Nasfs nos vários municípios do Brasil e compartilhar a forma como os gestores municipais e as EqNasfs vêm organizando seu trabalho, visto que existem experiências interessantes e distintas (BERTUSSI, 2009). Esse conhecimento é fundamental para perceber as potencialidades e fragilidades das diversas organizações de processos de trabalhos e, assim, buscar fortalecer e aprimorar a proposta.

Os resultados deste estudo evidenciaram que a forma de organização e desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf sofre influências de diversos aspectos e

esse fato contribui para o surgimento de diferentes tipos de configurações de Núcleo de apoio à Saúde da Família.

A partir da pesquisa, foi possível sistematizar três tipos de configurações: a primeira aproxima-se mais do modelo ideal, ou seja, o preconizado pelo MS, denominado **Nasf equipe matricial**; o segundo tipo reflete a existência de configurações que apresentam ações assistenciais e técnico-pedagógicas, mas identifica-se uma priorização do atendimento ambulatorial em detrimento de outras ações conjuntas - intitulado de **Nasf equipe semimatricial**; e o terceiro tipo apresenta um distanciamento intenso do objetivo do Nasf à medida que utiliza o apoio apenas como um acesso aos especialistas, fortalecendo, assim, o modelo **Nasf assistencial-curativista**.

Independente do tipo de configuração de Nasf que o município vem desenvolvendo, percebe-se que existe um esforço importante no sentido de produzir inovações no SUS. Estas surgem na perspectiva de responder a alguns problemas e necessidades da população e produzir uma gestão de cuidado à saúde no intuito de consolidar as diretrizes do SUS.

Existem aspectos fundamentais que precisam ser atribuídos ao Nasf para que ele seja considerado, de fato, uma equipe de apoio matricial. Na configuração definida na pesquisa como **Nasf equipe matricial**, foi possível identificar características importantes que a aproximam do modelo proposto pelo Ministério da Saúde.

Esse fato corrobora a discussão do MS no que refere à atuação a partir de ferramentas tecnológicas (apoio matricial, PTS, PST, clínica ampliada e pactuação de apoio) e à atuação em conjunto com os profissionais das equipes de saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes, não se constituindo como porta de entrada, mas sim de apoio às equipes (BRASIL, 2010).

Essa atuação baseada no matriciamento que se aproxima da proposta do MS não significa, evidentemente, que a subversão da proposta de trabalho buscada pelo apoio matricial esteja resolvida. O que se observou nos resultados desse estudo é que, de fato, houve um desencadeamento de um processo em que os encaminhamentos deixam de ser automáticos para poderem ser discutidos em equipes, mas isso, por si só, não garante que a ação seja compartilhada e integral.

Os problemas denominados estruturais, que são as formas como as organizações de saúde vêm se estruturando, conspiram contra o modo interdisciplinar e dialógico de operar-se. Cunha e Campos (2011) discutem que é preciso conhecer, analisar e admitir que esses problemas denominados estruturais dificultam a disseminação da proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial, na medida em que não basta uma equipe de atenção primária

desejar se relacionar na forma de apoio matricial com o Nasf. É necessário que a receptividade seja incentivada pelos gestores, através de contratos que contemplem essa atividade.

Sendo assim, por diversas vezes, nas declarações dos participantes do grupo focal e nos fluxogramas descritores, emergiu que, apesar de ter o espaço garantido de discussão, em alguns momentos, as equipes continuam realizando ações fragmentadas e, de fato, não exercem o papel de suporte à saúde da família.

O estudo desenvolvido por Bezerra et al. (2010), em um município do Estado de Pernambuco, também apresenta resultados que demonstram uma aproximação do processo de trabalho do Nasf com a proposta do MS. A pesquisa relata que o Nasf foi implantado com base na estratégia do apoio matricial. Entretanto, enfatiza que um dos maiores desafios é a superação da reprodução dos saberes e fazeres fragmentados, que limitam o papel do núcleo de cada profissional pela produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários e da quebra dos obstáculos organizacionais de comunicação.

É preciso discutir como construir esse apoio para que ele, efetivamente, potencialize transformações na prática dos profissionais, pois o modelo que sempre existiu no país, até a criação do SUS, teve seu foco na produção de atos de saúde como procedimentos sem comprometimento dos profissionais com a produção da promoção do cuidado (MERHY, 2003).

Na configuração do **Nasf equipe semimatricial**, observa-se fragilidade e confusão com relação às atividades realizadas, existe uma forma de apoio matricial, embora esta se realize ocasionalmente, ou seja, não está inserida no cotidiano das equipes e, ainda, não é vista como prioritária. Existe um estranhamento diante das novas práticas apresentadas pelo MS e uma familiaridade com ações de caráter mais individual e menos integrado que, pelo fato de estarem na expectativa dos profissionais da saúde da família e do usuário, acabam sendo priorizadas. Neste tipo de configuração, é possível verificar algum tipo de aproximação, mesmo que incipiente, entre Nasf e equipe de saúde da família.

Os aspectos que configuram o **Nasf assistencial-curativista** fazem referência a uma atuação de apoio de especialista focada no assistencial. Nele não foi possível reconhecer a atuação a partir das diretrizes do Nasf, existe, ainda, uma reduzida relação e articulação das EqNasfs com as EqSFs e outros serviços da rede. A organização do processo de trabalho está voltada sempre para ações mais individuais (atendimento individual na USF, atendimento individual na policlínica, visita domiciliar), nas quais o profissional utiliza apenas o seu núcleo de saber para realizar intervenções e não faz trocas com outras disciplinas.

O estudo realizado por Araújo e Galimberti (2013), em um município do Nordeste, também aponta para a atuação do Nasf focada no modelo curativo. Para os autores, a eficácia do Nasf está comprometida pelo efeito dispersivo provocado pelo arranjo organizacional que impõe o sistema. Focando apenas o ambulatório, escolhe-se uma resposta reduzida, que não condiz com o que espera-se da política de apoio à saúde da família.

Existem alguns desafios que precisam ser superados para que seja minimizada a implementação do Nasf segundo a configuração assistencial-curativista. Pedro Oliveira (2011), em seu estudo, aponta que o Nasf tem como objetivo realizar ações que superem o modelo biomédico, todavia ele esbarra na grande demanda reprimida existente no território que necessita também de atenção individualizada de algumas especialidades presentes no Nasf. Soma-se a este fato a fragilidade da retaguarda assistencial das redes de atenção secundária.

Esta forma de atuação desvirtua o que é proposto pelo Nasf, principalmente no que se refere ao papel do apoio matricial, pois o que se observou nessa configuração é que não existe o apoio e o Nasf limita-se ao atendimento dos encaminhamentos feitos pela EqSF e pelos gestores. Um estudo desenvolvido por Onocko-Campos et al. (2011) indicaram que as principais dificuldades para a implantação do apoio matricial vão desde a dificuldade de entendimento da proposta até a falta de perfil do profissional responsável pelo apoio, além das falhas na organização dos encontros entre as equipes.

A dificuldade de entendimento da proposta também apareceu neste estudo como um dos principais obstáculos para a uma adequada organização e desenvolvimento da proposta do Nasf a partir do matriciamento. Nos relatos e na observação dos fluxogramas descritores, foi possível identificar a dificuldade de apropriação dos conceitos por parte dos profissionais e da gestão, além da atuação dos profissionais focada no assistencial devido a sua formação e suas experiências.

As deficiências na formação dos profissionais para as práticas na estratégia de saúde da família extrapolam os saberes técnicos das profissões, uma das principais justificativas para o apoio matricial do Nasf. Capacitar os profissionais que hoje estão trabalhando na ponta é fundamental para que eles possam atuar de forma coerente com os princípios que norteiam a estratégia de saúde da família (CECCIM, 2005; LUDKE; CUTOLO, 2010).

É necessário ampliar o espaço de debate sobre o Nasf, pois o que se observa a partir da configuração Nasf assistencial-curativista é que os profissionais e a gestão estão considerando a implantação do Nasf como um lugar de produção de serviços, ou seja, de especialistas

realizando ambulatório e não um espaço de articulação, apoio e produção de novas ofertas em pareceria com as equipes de saúde da família (BERTUSSI, 2009).

Não se consegue observar, na organização do processo de trabalho desta configuração, uma atuação pautada no trabalho entre equipes. Ceccim e Ferla (2006) afirmam que o trabalho em equipe tem fundamental importância para a ampliação das compreensões e interpretações no cuidado.

Esses tipos de configurações de Nasf identificados no presente estudo podem acompanhar a organização dos modelos da estratégia de saúde da família. Segundo Souza (2013), o engessamento das EqSFs a partir dos programas das áreas estratégicas básicas, o excesso de demanda, a fragilidade da rede de média e alta complexidade, a carência de recursos e a estrutura de trabalho são fatores que têm proporcionado a coexistência de dois modelos: um focado no assistencial, na doença e em procedimentos e um outro que busca alternativas para desenvolver a prática compartilhada e integral.

Portanto, o Nasf - que surgiu como nova tecnologia e metodologia para apoiar a estratégia de saúde da família na atuação pautada na integralidade, na construção de vínculos e na responsabilização compartilhada - vem reproduzindo os mesmos processos de trabalho da saúde da família.

7 CONCLUSÕES

Considerando os objetivos deste trabalho e os resultados encontrados na análise da organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, evidenciou-se que a produção do cuidado pelo Nasf é um objeto bastante complexo e a compreensão de como se organiza e desenvolve-se o processo de trabalho tem especial relevância para o planejamento de sistemas de saúde mais integrais e resolutivos.

A análise do microcontexto de implementação e de como se dá a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf pode ajudar na identificação de aspectos que impactam no tipo de configuração dos núcleos de cada município, como demonstrado neste estudo, e que se traduzem nas seguintes conclusões:

- a) A variabilidade de microcontexto permitiu que cada gestão municipal direcionasse a forma de organização da atenção à saúde pelo Nasf. Entende-se que o surgimento de diferentes maneiras de desenvolver o processo de trabalho dos núcleos não ocorre apenas por opção técnica, existe a influência de fatores que possibilitam a adoção de uma determinada configuração de Nasf;
- b) O município que relatou ter experiência anterior à criação do Nasf com matriciamento apresenta um processo de trabalho diferenciado;
- c) A fragilidade das normatizações ministeriais e a dificuldade de um direcionamento da proposta permitiu que a implementação do Nasf, nos municípios estudados, fosse flexibilizada para atender às demandas locais devido aos diversos modelos de atenção em disputa;
- d) A indefinição do objeto de trabalho (atenção ou apoio matricial) e a precariedade das condições de trabalho dificultam a organização do processo de trabalho do Nasf baseado nas diretrizes de: integralidade, interdisciplinaridade, territorialidade, vínculo e articulação em rede de saúde;
- e) Alguns municípios estudados apresentaram falta de alinhamento conceitual com relação aos dispositivos que orientam a atuação do Nasf, bem como dificuldade de incorporá-los na produção do cuidado à saúde;
- f) A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho diferenciam-se de um Nasf para outro e até aquele município cuja configuração de Nasf é do tipo matriciamento aponta dificuldades na sua operacionalização;

- g) Em dois dos Nasfs estudados, o trabalho é atravessado por instabilidades e adversidades de diferentes ordens e é possível observar uma grande demanda para a conformação de Nasf focado no modelo biomédico;
- h) Existe uma dificuldade relativa ao trabalho em equipe, os espaços de cogestão são poucos, há excesso de atividades, necessidade de educação permanente e consolidação de espaços de troca e apoio entre as equipes Nasf e saúde da família, entre outros serviços;
- i) As principais atividades definidas pelos Nasfs estudados para o desenvolvimento do processo de trabalho foram: discussão de casos, visitas domiciliares, atendimentos individuais/compartilhados e grupos educativos. A priorização da discussão de casos foi ressaltada apenas por um dos Nasfs estudados, os dois outros priorizam atividades individuais;
- j) A forma como os Nasfs organizam e desenvolvem o seu processo de trabalho aponta para três tipos de configurações: Nasf matricial, Nasf Semi-Matricial e Nasf Assistencial-curativista.

Os resultados do estudo permitiram identificar que existe nos três municípios uma proposta recente, frágil e que, apesar de ter potencialidades, é permeada por conflitos, contestações e incertezas.

Considerando esses resultados e passados cinco anos de implantação do Nasf no Brasil, a realização de avaliações sistemáticas no processo de trabalho do Nasf é sugerida com o objetivo de conhecer sua resolubilidade, tendo em vista que existem diferentes aspectos que influenciam na sua configuração, ou seja, modificam-se conforme a região brasileira, mediante o território implantado e de acordo com as equipes que compõem a saúde da família e o Nasf, a política municipal, entre outros. Acredita-se que o processo avaliativo poderá ajudar a enfrentar os desafios existentes e aprimorar a proposta.

Por fim, considera-se importante a realização do estudo por este permitir a ampliação do conhecimento sobre as dificuldades de implementação de um Nasf que contribua para a construção de um sistema de saúde mais resolutivo e integral.

Ademais, as informações obtidas podem subsidiar o planejamento e a execução de ações que busquem romper com vários conceitos hegemônicos norteadores da atuação dos profissionais de saúde e construam a possibilidade de atuar na atenção básica de forma interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2012.
- AGUILERA CAMPOS, C. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- ALMEIDA, M. (Org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 63-72, 1997.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.
- ANDRADE, L. M. B. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde e transformação social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1471>>. Acesso em: 22 mar. 2012.
- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.
- ARAÚJO Jr., J. L. **Health sector reform in Brazil 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system**. 2000. Tese (Doutorado) - Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leeds, 2000.
- ARTMANN, E.; URIBE RIVERA, F. J. A démarche strategique (gestão hospitalar estratégica): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseada nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 479-499, 2003.
- BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, 2005.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BERTUSSI, D. Matriciamento no cuidado e na gestão em João Pessoa (PB). In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **NASF – Núcleo de Apoio à Saúde de Família**. São Paulo, 2009. (Caderno Temático, n. 7). Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/7/frames/fr_Matricramento.aspx>. Acesso em: 10 jan. 2014.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BEZERRA, R. S. S. et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do Nasf em Camaragibe/PE. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 51-59, 2010.

BOLETIM SAÚDE PARA TODOS. Brasília, DF: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, ano 1, n. 2. ago. 2005.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **SIAB**: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**: a implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 2009a. (Cadernos de atenção básica).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde**: direito de todos: 2008-2011. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas,

cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 15 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013**. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Nota técnica de 15 de março de 2009**. Quantidades e financiamento do NASF no Brasil. Brasília, DF, 2009.

CASÉ, V. C. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 121-136.

CAMARAGIBE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2001-2005**. Camaragibe, 2001.

_____. **Plano municipal de saúde: 2006-2009**. Camaragibe, 2005.

_____. **Plano municipal de saúde: 2010-2013**. Camaragibe, 2009b.

_____. **Projeto do Nasf: 2008**. Camaragibe, 2008a.

_____. **Relatório anual de gestão: 2003**. Camaragibe, 2004.

_____. **Relatório anual de gestão: 2004**. Camaragibe, 2005.

_____. **Relatório anual de gestão: 2005**. Camaragibe, 2006.

_____. **Relatório anual de gestão: 2007**. Camaragibe, 2008b.

_____. **Relatório anual de gestão: 2008**. Camaragibe, 2009a

_____. **Relatório anual de gestão: 2009**. Camaragibe, 2010.

CAMARGO, Jr. K. R. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

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

CAMPOS, G. W. S. Apoiador matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, 2012.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. **Inventando a mudança em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2200-2201, 2008.

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

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas, avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 165-184.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CHAKKOUR, M. **Processo de trabalho em saúde**: uma cartografia de fluxos e tempo trabalhador-centrada. 2001. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

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

DAWSON, S.; MANDERSON, L.; TALLO, V. L. **A manual for the use of focus groups.** Methods for social research in disease. Boston: World Health Organization, 1993.

D'AMOUR, D. **Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec.** 1997. Tese (Doutorado) – Université de Montreal, Montreal, 1997.

DEBUS, M.; NOVELLI, P. **Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales.** Washington, DC: Academy for Educational Development, 1997.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica:** saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 154–178.

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

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde:** um olhar a partir do cartão nacional de saúde. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003a.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003b. p. 161-198.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde.** 1999. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Campinas, Campinas, 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface:** comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

IBGE. **Censo demográfico de 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010sp.asp>>. Acesso em: 23 dez. 2013.

KRUEGER, R. A. **Focus groups: a practical guide for applied research**. London: Sage Publications, 1996.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. London: Sage, 1996.

LABORATÓRIO DE PESQUISA SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE (Rio de Janeiro). **Integralidade: resumos**. Disponível em: <www.lappis.org.br/resumos_integralidade.html>. Acesso em: 6 jan. 2013.

LUDKE, L.; CUTOLO, L. R. A. Formação de docentes para o SUS - um desafio sanitário e pedagógico. **Saúde & transformação social**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 88-98, 2010.

MACHADO, M.; H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M.; H. (Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. p. 82-107.

MAGALHÃES, F. C. **Avaliação do processo de implantação dos núcleos de apoio à saúde da família em Campina Grande-PB**. 2011. Monografia (Especialização) - Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2011.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS: IMS, UERJ, 2006. p. 51- 64.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAM, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14030/15848>>. Acesso em: 18 maio 2013.

MÂNGIA, E. F.; CASTILHO, J. P. L. V.; DUARTE, V. R. E. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 87-98, maio/ago. 2006.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/Caminhos-para-An%C3%A1lises-de-Pol%C3%ADticas-de-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: Abrasco, 2001. v. 1, p. 39-64.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B. DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde-Origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/307>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

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

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em 18 jan. 2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 71-103.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1987.

NASCIMENTO, A. F.; HORI, A. A. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos/SP. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. No prelo. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14501>. Acesso em: 10 jan. 2014.

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

NOGUEIRA, R.P. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. **Revista serviço social e sociedade**, São Paulo, v. 87, p. 1-14, 2007.

NOVAES, H. M. **Ações integradas nos Sistemas Locais de Saúde-SILOS**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios, 1990.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

OLINDA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2006-2009**. Olinda, 2005.

_____. **Plano municipal de saúde: 2010-2013**. Olinda, 2009b.

_____. **Projeto do Nasf: 2008**. Olinda, 2008.

_____. **Relatório anual de gestão: 2008**. Olinda, 2009a.

_____. **Relatório anual de gestão: 2009**. Olinda, 2010.

_____. **Relatório anual de gestão: 2012**. Olinda, 2013.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, S. W. G.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 273-281.

OLIVEIRA, G. **Dever apoiador: uma cartografia da função apoio**. Campinas: Unicamp, 2011b.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

OLIVEIRA, P. R. S. **Interfaces da psicologia e a estratégia saúde da família: a experiência do município de Fortaleza, Ceará, Brasil**. 2011. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011a.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília, DF, 2002.

PALHA, P. F.; OLIVEIRA, M. R. Prevenindo a doença ou promovendo a saúde? O discurso dos trabalhadores de saúde do nível médio e elementar nas equipes de saúde da família. **Saúde em debate**, Londrina, v. 28, n. 67, p. 100-111, maio/ago. 2004.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Cadernos de informações em saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/informacoes-em-saude/cadernos-de-informacoes-em-saude>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: Abrasco, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: Abrasco, 2001.

PIRES, D. **O debate teórico sobre trabalho no setor de serviços**. Campinas: Unicamp, 1994.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, 2010.

PRESTES, L. I. N. et al. Apoio Matricial: um Caminho de Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde em Palmas-TO. **Revista brasileira de ciências da saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 2, p. 215-218, 2011.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2006-2009**. Recife, 2005.

_____. **Plano municipal de saúde: 2002-2005**. Recife, 2001.

_____. **Plano municipal de saúde: 2010-2013**. Recife, 2009.

_____. **Projeto do Nasf: 2010**. Recife, 2010.

_____. **Relatório anual de gestão: 2002**. Recife, 2003.

_____. **Relatório anual de gestão: 2009**. Recife, 2010.

_____. **Relatório anual de gestão: 2010**. Recife, 2011.

_____. **Relatório anual de gestão: 2011**. Recife, 2012.

_____. **Relatório anual de gestão: 2012**. Recife, 2013.

REGIÃO metropolitana do Recife. Disponível em: <<http://conhecerecife.blogspot.com.br/p/geografia-do-recife.html>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

RIBEIRO, E. A.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RICHARDSON, R. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SCHERER M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SCHWINGEL, G. A intersetorialidade no campo da saúde: o desafio de enfrentar o paradigma biomédico. **Revista destaques acadêmicos**, Lajeado, v. 3, n. 3, p. 59-68, 2011.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SOARES, G. M. M. **Trabalho em equipe multidisciplinar: concepções e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. 2012. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

SOUZA, F. R. **Processo de construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na atenção básica do estado do Ceará**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

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

STARFIELD, B. **Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. New York: Oxford University Press, 2004.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy Relevant Determinants of Health: an international perspective. **Health policy**, Amsterdam, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRIVIÑOS, A. M. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VILASBOAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.

WESTPHAL, M. F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vagem Grande Paulista**. 1992. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Apêndice A – Roteiro de entrevista

Data, local e horário da entrevista de realização

CONTEXTO POLÍTICO-SOCIAL-ECONÔMICO

1. Como é o modelo da proposta do Nasf adotado pelo Brasil? Na sua visão, como ele está sendo implementado no seu município e qual é a concepção de gestão que o norteia?
1. Em seu município como se deu o contexto da implantação e implementação da proposta? Como a mudança de gestão no município (prefeito e/ou secretário municipal de saúde) influenciou na implantação e implementação do NASF? Você conhece o projeto? A GERES, MS apoiaram vocês na construção do projeto?
2. Qual a situação em que se encontrava a APS no país antes da criação da proposta Nasf? E o que você acha que motivou a criação dessa proposta? E em seu município o que motivou a decisão pelo Nasf?
3. Com base em que critérios vocês implantaram o Nasf? Como se deu a definição de quais as categorias profissionais iriam compor o Nasf?
4. Como se deu ou vem se dando o relacionamento entre as esferas de gestão em relação ao processo de implantação e implementação do Nasf? Eles apoiaram em algumas pactuações ?
5. Na época da implantação e até o momento como era (é) a gestão? Quem tava na gestão? Participativa? Centralizada? Co-gestão? Como? Exemplifique os mecanismos de pactuação e cogestão.
 - a) Qual o poder do coordenador municipal? Você consegue implementar suas decisões? Como se dá a negociação / intermediação com os distritos?
 - b) Como se dá a relação com a AB e com o Secretário Municipal de Saúde?
 - c) Vocês são chamados pelo MS para discutir a política? E o Estado? Houve algum apoio?
 - d) Vocês foram conhecer outras experiências?
 - e) Houve alguma experiência anterior do próprio município que serviu de base ou referência para a implantação do Nasf?
 - f) Qual era a concepção do processo de trabalho dessas experiências anteriores?
 - g) Tem modelo lógico da proposta Nasf do município?
6. Sob que condições econômicas o Nasf foi implantado? Como se dá financiamento do Nasf? Qual sua opinião sobre o financiamento do Nasf? Quanto gasta o município?
7. A proposta do Nasf, antes de ser implantada no município, chegou a ser discutida com conselho? Como foi a receptividade dos profissionais da ESF? Como foi a receptividade dos profissionais do Nasf? E como foi a receptividade da rede? Eles compreendem a proposta? Houve algum tipo de sensibilização?

CONTEXTO – IMPLEMENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

8. Como está organizada a rede de atenção do município?
9. Na sua opinião, qual o papel/objetivo do Nasf? Está claro?
10. Foi definido o território de atuação de cada Nasf de acordo com as ESF?
11. Quantas ESF cada Nasf cobre no seu município? Qual a carga horária dos profissionais? Existe diferença por categoria?
12. Como foi a seleção? Como é contratação? Como é remuneração? Valor? Tem todos os direitos trabalhistas resguardados?
13. O Nasf de vocês tem estrutura física específica? As USF têm espaço adequado para recebê-los? Há local específico para atendimento? É itinerante?
14. Como foram planejadas as ações que são realizadas pelo Nasf? Quem planejou? Como se deu esse processo?
15. Como funciona o cotidiano do Nasf? Quais atividades eles desenvolvem? Descreva?
16. Existe articulação entre o Nasf+ESF e outros serviços? Como se dá? Como esse espaço é garantido? E com outros setores?
17. Existe relação/articulação entre Nasf+ESF+gestor? Como se dá esse processo? Como é esse espaço?
18. Existe uma caixa de ferramentas que o MS coloca como importante para Nasf organizar e desenvolver o processo de trabalho? Quais são? E em que momentos você acha que ele utiliza?
19. Vocês construíram algum tipo de normas, parâmetros, protocolos para a organização e funcionamento do Nasf no seu município? Como se deu esse processo? Basearam-se em alguma norma do Ministério ou referencial teórico? Quem foram os atores que participaram da construção? Construíram fluxos para construção de linha do cuidado?
20. Como vocês alimentam a produção do Nasf? O SIA-SUS solicita tabela de preenchimento?
21. Que instrumento de avaliação das ações no Nasf o município utiliza? Como foi realizada a avaliação?
22. Houve mudança significativa após a implantação do Nasf? E quais resultados você acha que se conseguiu alcançar após a implementação dessa nova proposta na APS?
23. Qual o grau de coerência que você identifica entre o marco normativo-legal que dispõe sobre a proposta do Nasf e o efetivo desenvolvimento do processo de trabalho no seu município?

24. Cite e comente aspectos favoráveis/potencialidades da proposta do Nasf?
25. Quais os aspectos desfavoráveis/obstáculos que você identifica quanto à implementação da proposta?
26. Diante dos obstáculos referidos na conjuntura atual, quais as estratégias de superação possíveis?
27. Que sugestões você daria para aprimorar a proposta?

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Gestor (a),

Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário da pesquisa intitulada como:

A “Organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo núcleo de apoio a saúde da família” de autoria de Cynthia Maria Barboza do Nascimento, sob orientação da pesquisadora Ide Gomes Dantas Gurgel e co-orientação da professora Paulette Cavalcanti de Albuquerque, ambas vinculadas ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM).

A pesquisa tem como objetivo analisar a implementação do NASF a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho. Você foi selecionado(a), pois representa um sujeito fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o Serviço ao qual representa.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a proposta do NASF. O risco da sua participação se dá devido ao fato de se discutir como vem se desenvolvendo a proposta em seu município. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre como vem se dando a implementação da proposta do NASF a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho, além da contribuição acadêmica.

A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo no apoio a gestão e aos profissionais da saúde no que refere a organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF na rede de atenção a saúde do Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, Uma cópia deste termo de consentimento será fornecida ao Sr(a) e a outra ficará em posse da pesquisadora. Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com pesquisadora doutoranda Cynthia Barboza ou com as suas orientadoras Ide Gurgel e Paulette Cavalcanti pelo telefone (81) 2101-2500, e-mail: cynthiabarboza@hotmail.com ou no endereço do CPqAM.

Eu, _____, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento, que tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, que estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Assinatura do **Participante**

Data

Nome e Assinatura do **Entrevistador**

Data

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Profissional da saúde,

Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “**Análise da implementação do NASF na Região Metropolitana do Recife a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho na APS**” de autoria de Cynthia Maria Barboza do Nascimento, sob orientação da pesquisadora Idê Gomes Dantas Gurgel e co-orientação da professora Paulette Cavalcanti de Albuquerque, ambas vinculadas ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM).

A pesquisa tem como objetivo analisar a implementação do NASF a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho. Você foi selecionado(a), pois representa um sujeito fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o Serviço ao qual representa.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar participar de grupo focal onde buscaremos discutir e refletir sobre a proposta do NASF. O risco da sua participação é o de constrangimento, devido ao fato de se discutir o desenvolvimento do seu processo de trabalho. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre como vem se dando a implementação da proposta do NASF a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho, além da contribuição acadêmica.

A discussão do grupo será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo no apoio a gestão e aos profissionais da saúde no que refere a organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF na rede de atenção a saúde do Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, Uma cópia deste termo de consentimento será fornecida ao Sr(a) e a outra ficará em posse da pesquisadora. Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com pesquisadora doutoranda Cynthia Barboza ou com as suas orientadoras Ide Gurgel e Paulette Cavalcanti pelo telefone (81) 2101-2500, e-mail: cynthiabarboza@hotmail.com ou no endereço do CPqAM.

Eu, _____, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento, que tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, que estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Assinatura do **Participante** _____

Nome e Assinatura do **Entrevistador** _____

Data _____

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

Apêndice D- Roteiro para grupo focal

Questão chave 1 - proposta nasf

Questão chave 2 - organização das atividades do nasf

Questão chave 3 - ferramentas tecnológicas

Questão chave 4 - mudanças/resultados

Questão chave 5 - aspectos favoráveis/potencialidades e desfavoráveis/obstáculos

Questão chave 6 – sugestões

Questão chave 7 - fluxograma do processo de trabalho da equipe de saúde

Anexo A – Parecer do CEP



Título do Projeto: “Análise da implementação do NASF na região metropolitana do Recife, a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho na APS”.

Pesquisador responsável: Cynthia Maria Barboza do Nascimento.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 25/08/2012

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 26/12

Registro no CAAE: 06115912.0.0000.5190

PARECER Nº 29/2012

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 05 de setembro de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 05 de setembro de 2012.

Coordenadora do CEP/CPqAM

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Observação:
Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;

Campus da UFPE - Av. Moraes Rebelo
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 05/09/2013.



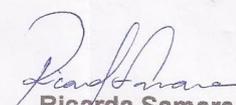
Anexo B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
SECRETARIA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a estudante CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO do curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, a visitar os serviços ou instalações da Rede Municipal de Saúde de Camaragibe-PE, que se fizerem necessários ao desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado **“ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO NASF NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE, A PARTIR DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA APS”**. O citado projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Camaragibe, 09 de outubro de 2012.


Ricarda Samara
Secretária de Saúde

Anexo C – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Olinda**PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA**
Secretaria de Saúde**CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE**

Olinda, 09 de agosto de 2012.

Carta nº 23/ 2012

A Secretária de Saúde do Município de Olinda, considerando solicitação da estudante, **Cynthia Maria Barboza do Nascimento**, responsável técnico pela pesquisa intitulada: **ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO NASF NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE, A PARTIR DA ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO NA APS**. resolve autorizar a realização da mesma no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, ao mesmo tempo em que solicita apoio dos Profissionais e Gestores para êxito da pesquisa.

Atenciosamente,

TEREZA ADRIANA MIRANDA DE ALMEIDA
Secretária Municipal de Saúde**Rua do Sol, nº 311 - Carmo–Olinda/PE-CEP 53.120 –Telefone:8133051100.**

Anexo D - Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Recife



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Cynthia Maria Barboza do Nascimento**, pesquisadora do Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM / Fiocruz, à desenvolver pesquisa na Unidade de Saúde da Família da Macaxeira, do Distrito Sanitário III e na Gerência de Atenção Básica / Coordenação do NASF, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “Análise da implementação do NASF na região metropolitana do Recife, a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho na APS”, sob orientação de Idê Gomes Dantas Gurgel e co-orientada por Paulette Albuquerque Cavalcanti.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 08 de agosto de 2012.


Suely Oliveira

Diretora Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Suely Oliveira
Diretora Geral de Gestão do Trabalho
e Educação na Saúde - DGGTES/SS
Matric. 95.731-6