

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

Patricia Araújo Bezerra

**ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
NO RECIFE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

RECIFE

2013

Patricia Araújo Bezerra

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO
RECIFE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lia Giraldo da Silva Augusto

Co-orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Martins

Recife
2013

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

-
- B574a Bezerra, Patricia Araújo.
Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades / Patricia Araújo Bezerra. - Recife: s. n, 2013.
109 p. : ilus., tab., graf.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.
Orientadora: Lia Giraldo da Silva Augusto.
Co-orientador: Paulo Henrique Martins.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Gestão em Saúde. I. Augusto, Lia Giraldo da Silva. II. Martins, Paulo Henrique. III. Título.

Patrícia Araújo Bezerra

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO
RECIFE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Lia Giraldo da Silva Augusto
CPqAM/FIOCRUZ

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
CPqAM/FIOCRUZ

Prof. Dr. Moab Acioli
UNICAP

Dedico este trabalho a todos os familiares, a Marcos e o devir Mateus, aos amigos, aos professores e a todos aqueles que trabalham por um SUS real e melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, pelo incentivo ao aperfeiçoamento profissional.

Ao Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, por apostar em ensino e pesquisa na gestão.

A Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica, Ministério da Saúde, e todos os amigos reunidos neste espaço, pelo incentivo e pela possibilidade de fazer teoria virar prática.

A Secretaria de Saúde do Recife, em especial aos apoiadores institucionais da Atenção Básica, por permitirem a realização deste estudo.

Aos amigos do Núcleo de Cidadania e Processos de Mudança, NUCEM - UFPE, pelo aprendizado conjunto.

A professora Lia Giraldo da Silva Augusto, pelo ensino, confiança e disponibilidade durante todo este tempo. Pela sua prática que dá, recebe e retribui.

Ao professor Paulo Henrique Martins, pelas trocas de ontem, de hoje e dos próximos dias. O teu ensino é a tua prática.

Aos professores José Luiz e Moab Acioli, pelo encontro.

A todos os amigos que deram apoio nesta trajetória, em especial Fabiana Bello, Vitor Bahia, Lélia Moreira, Patricia Silveira, Carina Brito, Talita Monteiro, Cacá Melo, Angélica Sá, Pauline Cavalcanti, Aristides Vitorino, Giliate Coelho, Rodrigo Cariri, Eduardo Alves, Antônio Ribas, Marcelo Pedra e Silvia Reis.

Aos meus pais, irmãos e toda família, pela torcida organizada de hoje e sempre.

Ao querido Marcos Botelho, por compartilhar comigo a sincera dimensão do cuidado.

"De uma ponta a outra da evolução humana, não há duas sabedorias. Que adotemos então como princípio de nossa vida o que sempre foi um princípio e sempre o será: sair de si, dar, de maneira livre e obrigatória; não há risco de nos enganarmos."

MARCEL MAUSS

BEZERRA, Patricia Araújo. Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

RESUMO

O estudo objetivou compreender a atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no Recife, relativa à relação com a equipe de Saúde da Família e com os sujeitos demandantes de atenção e do cuidado. Foi utilizada a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano, de base qualitativa, com diferentes técnicas de coleta de dados. Inicialmente, foi realizada observação das interações entre os atores envolvidos na pesquisa, seguido de dois grupos focais com desenvolvimento do mapa do grupo. Como sujeitos participantes do estudo estavam incluídos profissionais do NASF e de Saúde da Família, gestores do Distrito Sanitário 2, da Coordenação do NASF e da Gerência de Atenção Básica do município. Os resultados foram trazidos em conjunto com a discussão, através de dois grandes eixos temáticos: 1) Características e ações do NASF no Recife e 2) O NASF e o modelo de atenção à saúde. Através destes eixos foi possível evidenciar potencialidades e dificuldades sobre a inserção dos profissionais no território; a relação entre trabalhadores e gestores; a compreensão da lógica de atuação e organização do NASF e a inclusão dos sujeitos que demandam atenção e cuidado nas ações desenvolvidas. Esta pesquisa contribuiu para uma análise mais detalhada sobre o trabalho na Atenção Básica, indicando que a inclusão de novos profissionais de saúde, neste âmbito, necessita de uma organização planejada e continuada para que se traduza em melhores práticas de cuidado e maior acesso ao conjunto da população. Os resultados serão devolvidos em formato de oficinas para os trabalhadores envolvidos com a pesquisa e para a gestão municipal de saúde.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde.

BEZERRA, Patricia Araújo. The role of professionals in the Support Center for Family Health (NASF) in Recife: challenges and possibilities. 2013. Dissertation (Academic Master in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

ABSTRACT

The study aimed to understand the role of Support Center for Family Health (NASF) professionals in the city of Recife. The study is based on the relationship between the staff of Family Health and the individuals that demand for attention and care. It was supported by the Network Analysis Methodology of Everyday Life, a qualitative method, with different techniques of empirical research. At the beginning were realized observations of interactions between actors involved in the research, followed by two focus groups and development of self-map technique. The studied participants in this research were NASF and Family Health's workers, managers of Health District 2, of NASF Coordination and of Recife Primary Health Care Management. The results were brought together with the discussion through two great themes areas: 1) Characteristics and actions of the NASF in Recife and 2) NASF and health care model. Through these areas was possible to demonstrate the potentialities and difficulties of professionals insertion in the territory; the relationship between workers and managers; the understanding of NASF logic and organization and the inclusion of individuals that demand careful and attention in these developed actions. This research contributed for a more detailed analysis about work in Primary Health Care, indicating that the inclusion of new health professionals in this context requires a planned and continued organization to bring best practices of care and greater access to the whole population. The results will be returned in workshops formatted for the municipal health management and for the workers involved in this research.

Keywords: Primary Health Care, Unified Health System, Health Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema do <i>Mapa do Grupo</i> .	49
Figura 2 – Mapa de grupo focal geral, com discriminação dos dispositivos centrais, colaboradores e inibidores.	53
Figura 3 – Mapa de grupo focal de profissionais do NASF, com discriminação dos dispositivos centrais, colaboradores e inibidores	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

ESF – Equipes de Saúde da Família

FACEPE - Fundo de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco

FISIO – Fisioterapeuta

FONO – Fonoaudióloga

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social

LAPPIS - Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde

MARES - Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUCEM - Núcleo de Cidadania e Processos de Mudança

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

DGGTES – Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TO - Terapeuta Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	GERAL	18
2.2	ESPECÍFICOS	18
3	MARCO TEÓRICO	19
3.1	OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL	20
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	24
3.3	O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	29
3.4	A ATENÇÃO BÁSICA NO RECIFE: O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE “RECIFE EM DEFESA DA VIDA”	33
3.5	A COLABORAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL DA DÁDIVA PARA REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS DE SAÚDE	35
4	METODOLOGIA	40
4.1	FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS	40
4.2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	43
4.2.1	Tipo de estudo.....	43
4.2.2	Recorte do Estudo.....	44
4.2.3	Sujeitos do Estudo.....	45
4.2.4	Período e procedimentos para coleta de dados.....	46
4.2.5	Análise dos dados.....	50
4.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1	CARACTERÍSTICAS E AÇÕES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO RECIFE.....	54
5.1.1	A inserção dos profissionais do NASF e os primeiros contatos no território.....	54
5.1.2	A relação do NASF com as equipes Saúde da Família.....	57
5.1.3	Compreendendo o apoio matricial desenvolvido pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	63
5.1.4	O desafio da organização das equipes NASF.....	73
5.2	O NASF E O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE - “RECIFE EM DEFESA DA VIDA”	77
5.2.1	O modelo de atenção à saúde como orientador de ações e integrador das equipes.....	78

5.2.2 A inclusão dos indivíduos que demandam cuidado na Atenção Básica.....	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	100
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	101
APÊNDICE B – RELAÇÃO DE PALAVRAS CHAVE ENTREGUE AOS MEMBROS DOS GRUPOS FOCALIS	102
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	103
APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO JUNTO À CEP/CPqAM	104
APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO	105
ANEXOS	106
ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	107
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE.....	108
ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	109

1 INTRODUÇÃO

Empreender um estudo comprometido com o Sistema Único de Saúde (SUS), para enfrentamento e superação dos limites ou entraves na Atenção Primária à Saúde, é admitir a necessidade de compreender as políticas e os programas que estão sendo instituídos. É também reforçar a valorização dos processos descentralizadores, das iniciativas de empoderamento dos atores comunitários e da identificação de práticas de cuidado que possibilitam a concretização dos princípios do sistema de saúde do Brasil.

A identificação da dissociação entre saberes, políticas e práticas sociais entre os diversos agentes que interagem em torno do sistema de saúde é uma pista interessante para repensar o valor dos indivíduos na formação de uma esfera pública e participativa no SUS (MARTINS; BEZERRA; SOUZA, 2011).

Neste sentido, adotando a perspectiva teórica cunhada na parceria entre Saúde Coletiva e Ciências Sociais da Saúde, este estudo objetivou compreender a atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no Recife.

Admitindo que este estudo poderá colaborar nos debates, em geral, sobre Modelo de Atenção à Saúde e Sistema Único de Saúde e, em particular, sobre Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família, é importante entender o surgimento e a proposta do NASF no contexto do sistema de saúde brasileiro.

Na tentativa de expandir a atenção em saúde, desde a criação do SUS, em 1988, teve início o processo de descentralização da gestão, por meio da ampliação da autonomia dos municípios, do fomento da participação social e do estímulo à integralidade das ações. Para dar conta das questões relativas à saúde pública local, considerando suas especificidades e objetivando reorganizar o modelo de atenção à saúde, no Brasil, houve o incentivo e o fomento da Atenção Primária à Saúde (APS), inicialmente através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, a seguir, do Programa Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família – carro-chefe para implantação da APS no país – surgiu apenas em 1994 e procurou imprimir ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, voltadas para a família em seu contexto social e ambiental, em substituição ao modelo tradicional hospitalocêntrico e orientado para a cura de doenças (BRASIL, 1997).

Apesar da tentativa de implantação e consolidação do SUS, a concretização da Atenção Primária à Saúde foi dificultada por problemas como falta de financiamento,

escassez ou ausência de definição das funções entre os entes governamentais, formas de articulação público/privado e persistência do modelo assistencial individualizado e orientado para a cura de doenças (VIANA; DAL POZ, 2005).

Com vistas ao seu aprimoramento, várias iniciativas foram empreendidas na trajetória de consolidação do SUS. Para aprimorar a APS, foram revisitadas as políticas de educação em saúde, tais como o fomento às residências multiprofissionais em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade; têm-se desenvolvido metodologias de monitoramento e avaliação, como o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Adicionalmente, esforços têm sido empreendidos no Programa de Enfrentamento das Doenças Negligenciadas, além de haver maior investimento na requalificação da clínica com o NASF, dentre outros aprimoramentos.

Foi nesse contexto que o NASF foi incorporado pelo Ministério da Saúde, a partir da Portaria GM n. 154, promulgada em 2008, como uma possibilidade de favorecer a inserção, a consolidação e a implementação da Estratégia Saúde da Família, a partir de princípios que englobam: ampliar a abrangência e o escopo das ações e, sobretudo, dar respostas a algumas questões ainda com pouca resolutividade, como saúde mental e reabilitação (BRASIL, 2008).

As equipes do NASF são compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento em saúde, que oferecem retaguarda especializada à Estratégia Saúde da Família, como objetivo de compartilhar e apoiar práticas por meio de clínica ampliada, apoio matricial e construção de projetos terapêuticos singulares para indivíduos, famílias ou comunidades (BRASIL, 2010).

Nas diretrizes do NASF estão incluídos o apoio técnico especializado no âmbito da própria Atenção Primária à Saúde, de caráter pedagógico e assistencial, direcionada aos sujeitos que demandam cuidados, bem como para os profissionais de Saúde da Família. Para tanto, podem ser desenvolvidas atividades como visitas domiciliares, discussões de casos clínicos, consultas clínicas compartilhadas e individuais, atividades educativas e terapêuticas, dentre outras, que podem e devem fazer parte do dia-a-dia de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde.

O norteamento das ações ocorre a partir da lógica do apoio matricial (OLIVEIRA, 2010a), que em síntese significa a troca de saberes e de conhecimentos entre profissionais, na perspectiva de viabilizar a ampliação da capacidade terapêutica de cada profissional envolvido, aumentando a resolutividade em saúde no seu território de atuação. Admite-se,

assim, ser essencial valorizar as ações multiprofissionais e intersetoriais, na perspectiva de superar a centralização dos saberes específicos das categorias profissionais, em direção à abertura da clínica para o campo da saúde coletiva (BRASIL, 2010).

Nessa lógica, o NASF se propõe a “qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada, para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p. 92). Em outras palavras, a proposta central é investir na concepção ampliada de saúde (como expressão da qualidade de vida e da noção de usuário corresponsável) para, gradativamente, possibilitar o abandono da concepção reducionista da saúde, enquanto fenômeno contrário da doença.

Incorporar ferramentas, práticas e profissionais na APS é um investimento político, econômico, teórico e prático, que suscita reflexão e carece de análise. Do ponto de vista macropolítico, é importante analisar o direcionamento que o Ministério da Saúde tem conferido ao NASF e; do ponto de vista micropolítico, é mister identificar os processos pelos quais ele pode ser capaz de agregar valor, rumo às mudanças paradigmáticas do fazer em saúde (BRASIL, 2010).

A priori, o NASF parece ser um avanço, porque pode colaborar com a concretização de ações “usuário-centradas”, ao mesmo tempo em que tem a possibilidade de ajudar a remodelar os “fazeres” na Atenção Primária. No entanto, a proposta está sujeita a situações inevitáveis e desafiadoras, como definir prioridades de atuação; organizar e planejar as ações de saúde frente ao perfil epidemiológico e territorial; criar as possibilidades de atuação integrada, intersetorial e definir a forma pela qual se pode colocar o usuário no centro do sistema de saúde, efetivamente como corresponsável.

O desafio brasileiro, ao apostar em formatos como o dos Núcleos de Apoio, consiste em incluir, na APS, uma equipe multiprofissional que consiga trabalhar de forma interdisciplinar junto à ESF e colaborar para uma mudança no modelo de atenção à saúde.

Para tanto, e no entendimento desta pesquisa, devem ser executadas práticas de saúde com resolutividade clínica e, além disso, que reconheçam o demandante do cuidado incluído nas suas redes de pertencimentos primários (da família) e comunitários e, não, como exclusivamente consumidor de produtos e assistências da saúde. Caso contrário, corre-se o risco de fomentar a lógica de consumo excessivo de produtos e assistências de saúde (exames, procedimentos clínicos, medicamentos, etc.), muitas vezes desnecessárias, graças à ampliação

das ofertas de cuidado pelos diversos profissionais que passam a atuar na APS.

Dessa feita, é essencial que a relação dos trabalhadores seja fortalecida e reformulada, sem que se perca a perspectiva da integralidade e equidade. É fundamental estar alerta para a possibilidade de a proposta NASF não se efetivar, mas criar um rol ainda maior de dependências e assistencialismos na saúde, decorrentes de tensões utilitaristas que podem refletir ações fragmentadas de cuidado, com objetificação dos indivíduos, inibindo ou impedindo a execução de práticas mais solidárias e sensíveis às necessidades daqueles que precisam ser cuidados.

Esta pesquisa foi conduzida a partir de um questionamento geral, considerando o atual panorama nacional e municipal, relativo à Atenção Primária à Saúde: a) Como está a atuação dos profissionais do NASF no Recife, quanto a sua relação com profissionais de Saúde da Família e à abertura para reconhecimento do usuário como cidadão?

Nesta pesquisa, aventam-se as seguintes hipóteses: a) embora se reconheça a importância no dia-a-dia do serviço, há dificuldades de entendimento da atuação do NASF por parte dos profissionais de Saúde da Família; b) a proposta de ações coletivas difusas de promoção à saúde do NASF encontra dificuldades de planejamento das atividades a partir das necessidades do território e da equipe de saúde da família e c) a incorporação da equipe multiprofissional não garante a resolutividade clínica das ações de saúde.

Esta pesquisa justifica-se porque tem importância para: a) analisar as ações em saúde que têm sido desenvolvidas pelos profissionais do NASF para adequação; b) compreender a dinâmica das relações entre os trabalhadores do NASF, os de Saúde da Família e gestores, reconhecendo a importância da estima e da solidariedade entre os profissionais, para avançar na construção de uma consciência coletiva da ação pública no setor saúde; c) discutir a visão funcionalista que tem sido utilizada na construção/execução de políticas públicas na saúde (MARTINS, 2003), para um posicionamento crítico.

Admite-se que pesquisar a partir da perspectiva dos atores do NASF é possível, porque se entende que o aprendizado para lidar com as mudanças na área da saúde ocorre majoritariamente no “cotidiano da produção das ações de saúde, na imersão no trabalho coletivo e no território onde a vida acontece” (MANGIA; LANCMAN, 2008).

Abordar o “cotidiano da produção das ações em saúde” implica dizer que há valorização e reconhecimento dos sujeitos envolvidos e de suas interações e que sua inserção no contexto cultural, social, econômico, territorial e sanitário, impõe necessidade de arranjos e

rearranjos políticos e institucionais, em um âmbito mais “macro” do Sistema Único de Saúde.

Portanto, os benefícios sociais que os resultados desta pesquisa podem ensejar têm por base admitir que os caminhos para desenvolvimento do SUS e da APS passam, não apenas pela incorporação de maior número e diversidade dos profissionais nos programas de saúde, mas pela organização do financiamento, da regulação, da articulação entre público/privado, bem como pelo aprimoramento das microrrelações, das práticas em saúde, na perspectiva de liberação dos sujeitos e dos corpos, em direção a uma esfera pública solidária. Deste modo, esta pesquisa tem por objetivo compreender a atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife, a partir dos desafios e das possibilidades.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Compreender a atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no Recife, relativa à relação com a equipe de Saúde da Família e com os sujeitos demandantes de atenção e do cuidado.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever e caracterizar as ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de Saúde da Família e dos próprios profissionais do NASF;
- b) Relacionar as ações desenvolvidas pelo NASF com as características do modelo de atenção à saúde implantado no Recife;
- c) Analisar a forma pela qual as ações do NASF incluem os sujeitos que demandam atenção e cuidado.

3 MARCO TEÓRICO

Diante do desafio explicitado na introdução e dos objetivos que pretende alcançar, observando o SUS como algo construído nas relações face-a-face, o principal objetivo deste marco teórico foi apresentar um debate sobre saúde coletiva, com apoio das Ciências Sociais, ora explorando questões da macropolítica, ora discutindo a micropolítica do cotidiano em saúde. Para tanto, abordaram-se sistematicamente conceitos e teorias relevantes para a análise e a interpretação dos resultados desta pesquisa.

Neste referencial teórico, apresentaram-se os Modelos Assistenciais e da Atenção Primária à Saúde, localizando o caso brasileiro a partir da construção do Sistema Único de Saúde e sua aposta na Estratégia Saúde da Família.

As dificuldades da coexistência do modelo sanitarista com o modelo médico hegemônico foram exploradas, permitindo uma reflexão sobre a visão funcionalista que se reproduz e perpassa os modelos de atenção, quando se admite o usuário da saúde como consumidor de produtos, insumos, exames e procedimentos médicos, e também quando se regula acesso aos serviços de saúde por regras não restritas às necessidades de saúde.

Nesse caminho, foi debatida a lógica utilitarista que permeou as diversas tentativas de organização das políticas de saúde no Brasil, já que, na construção do sistema nacional de saúde pública, em muitos momentos, foram institucionalizados e reproduzidos interesses econômicos e políticos de grupos de profissionais, empresas e corporações,

Seguiu-se o aprofundamento do assunto, para contemplar a Estratégia Saúde da Família (ESF), abordando seu modo de funcionamento atual, assim como os limites para sua existência, como forma de elucidar a micropolítica instituída e instituinte dos diversos modos de “operar” saúde, no cotidiano.

Buscou-se então descrever a incorporação do NASF, suas diretrizes de atuação, problematizando conceitos como apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular e inclusão de multiprofissionalidade na APS.

Prosseguiu-se por ensejar a discussão acerca do cuidado a ser tomado na construção de estratégias como o NASF, para ponderar que a multiprofissionalidade, ainda que considerada prioridade, não necessariamente efetiva mudança das práticas de saúde, admitindo, como contraponto, a possibilidade de o rol de ofertas de saúde criar dependência maior do usuário, por fomentar ainda mais a lógica de admiti-lo como consumidor de produtos e ações de saúde.

Foram apresentados os argumentos quanto à necessidade de instituir ações que estimulem a autonomia e as possibilidades de os indivíduos vivenciarem a cidadania na saúde, pela efetiva concretização e inserção de práticas integrais e equânimes.

Por fim, ganhou dimensão a reflexão sobre o tema do cuidado em saúde, embasada na teoria da dádiva, oriunda da Sociologia e Antropologia, com o intuito de delimitar os caminhos de investigação e explicar os simbolismos que permeiam as relações face-a-face entre os profissionais do NASF e de Saúde da Família, e destes com os demandantes do cuidado.

Considerou-se que a teoria da dádiva possibilita interpretar os mecanismos de trocas institucionais e humanas, o valor dos bens simbólicos e materiais na dinâmica das relações, o resgate do cuidado como mediador, visando a compreender a forma pela qual o contexto macropolítico tem orientado ou modelado práticas e políticas no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

O sistema de dádivas permitiu, assim, aprofundar o entendimento do caráter das ações interpessoais e profissionais. Isto porque esta teoria valoriza a dimensão simbólica das práticas, observando o sentido do que se dá e se recebe, as ações que sinalizam o entendimento e a solidariedade ou, no lado contrário, aquelas que apontam para a quebra de vínculos de confiança, por exemplo.

Em outras palavras, a teoria da dádiva permeou ampliar a conceituação da sociedade como “fato social total”, ou seja, como um sistema complexo, que se explica pelo valor da circulação das coisas entre os indivíduos e grupos, não restrita ao plano macrosocial ou microssocial.

3.1 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Debater sobre os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais predominantes no Brasil implica em admitir, como ponto de partida, a existência de uma diversidade de modos de operar e combinar técnicas e tecnologias para resolver os problemas e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas da população.

Ao assumir os modelos assistenciais, conforme Paim (2003, p. 568) descreve, como “uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”, não restritos a uma forma de organizar os serviços ou, tampouco, de administrar o sistema,

verifica-se haver racionalidades atuantes no país, que encerram diversidades de ações e combinações de práticas em saúde, muitas vezes tensionadas por mecanismos mercadológicos ameaçadores dos direitos democráticos do Estado na regulamentação do setor saúde.

Para além das racionalidades ou “lógicas” descritas por Paim (2003), Teixeira (2003) apresenta uma concepção ampliada ou “sistêmica” sobre modelos de atenção composta por três dimensões: a) “gerencial”, relativa aos processos de reorganização das ações e serviços de saúde; b) “organizativa”, atinente ao estabelecimento de relações entre as unidades prestadoras de serviços e, c) “técnico-assistencial ou operativa”, concernente às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, ou seja, às combinações entre saber e tecnologia, no processo de trabalho em saúde. Tal ampliação possibilita perceber com mais detalhes os espaços passíveis de utilização para construir os modelos de atenção à saúde.

Na conformação histórica do sistema de serviços de saúde no Brasil, podem ser identificados predominantemente dois modelos, numa concomitância contraditória ou complementar: modelo médico hegemônico e modelo sanitarista (PAIM, 2008). Esses modelos se diferenciam principalmente quanto à finalidade da atenção à saúde. O modelo médico hegemônico atende prioritariamente à lógica da demanda individual ou espontânea e, o sanitarista, à lógica da demanda/necessidade coletiva.

Tal concomitância caracteriza o modelo vigente misto, do que derivam as dificuldades de conciliar uma assistência pública universalista com outra privada elitista, a qual é regida, em muitos casos, por lobbies privados que findam por manipular a política da saúde a seu favor (MARTINS, 2003).

Como integrantes do modelo médico hegemônico, destacam-se: a) o modelo médico-assistencial privatista, fortemente relacionado à medicina flexneriana, fundamentada na reforma médica operada nos Estados Unidos, em 1910, com ênfase na atenção médica individual, curativa, especializada e hospitalocêntrica, presente tanto no setor privado quanto no público, e b) o modelo da atenção gerenciada (*managed care*), mais recente, caracterizado pelo embasamento na economia, a partir das análises de custo-benefício e custo-efetividade, e na medicina baseada em evidências (ALMEIDA FILHO, 2010; PAIM, 2008).

O modelo médico-assistencial privatista diferencia-se do modelo da atenção gerenciada especialmente pelo estímulo à superprodução de serviços, procedimentos e ações de saúde, característica ligada à medicina liberal (PAIM, 2003). No setor público, é prestada

principalmente através da rede contratada e conveniada pelo SUS (forte herança da época do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vigente na década de 1970) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006). Tal característica representa sério limite para uma atenção comprometida com a efetividade e equidade, ainda que possa proporcionar assistência de qualidade, em algumas situações (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003). Adicionalmente, aumenta significativamente os custos da atenção, sem necessariamente exercer impacto positivo nos determinantes e condicionantes de saúde-doença da coletividade.

O modelo da atenção gerenciada, por sua vez, está orientado pela epidemiologia clínica, bioestatística, informática e conhecimentos científicos que ajudam na tomada de decisão clínica. São relevantes os protocolos e diretrizes assistenciais, na perspectiva de baixar custos e aumentar lucros. Fazem parte desse modelo as cooperativas médicas, as empresas de medicina de grupo, os planos e as operadoras de saúde, os quais mantêm algumas características gerais do modelo médico assistencial privatista, tais como o biologismo, a centralidade no médico e nas especialidades (BRASIL, 2004).

No entanto, as maiores diferenças em relação ao modelo médico-assistencial privatista são a contenção da demanda e o racionamento ou racionalização dos procedimentos e serviços especializados (PAIM, 2008). A relevância desse racionamento é o impacto direto na relação médico-paciente, na medida em que as possibilidades de recursos terapêuticos são limitadas em favor da manutenção dos baixos custos para os planos, operadoras e cooperativas de saúde, os quais respaldam tais condutas em protocolos e diretrizes assistenciais, que muitas vezes são pouco flexíveis (SOUZA; SALVALAIO, 2010).

A crítica para ambos os modelos médicos hegemônicos está relacionada às condições de acesso aos serviços de saúde, por serem fortemente reguladas por mecanismos de mercado, que comprometem os direitos de cidadania e redefinem em grande medida as práticas de saúde: negligencia-se em muitos casos a gestão do cuidado, numa perspectiva mais solidária e equânime, em favor da criação do usuário-consumidor (AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR, 2005).

Martins (2003) afirma que a base do capitalismo biomédico, que se expande nos Estados Unidos e vem ameaçando a Saúde Pública no Brasil, está pautada na filosofia utilitarista e ameaça os ganhos advindos do movimento sanitário, desde seu início na década de 1970. Isto porque o movimento manteve-se fortemente pautado pela defesa de um modelo capaz de oferecer sustentabilidade na construção de um sistema público nacional de saúde e

tais tentativas esbarram na dicotomia entre os modelos sanitaria e médico hegemônico, instituída no país, devido à lógica mercantil do setor.

São integrantes do modelo sanitaria, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família (PSF), além das campanhas sanitárias e as vigilâncias sanitária e epidemiológica. De fato, o modelo sanitaria remete à saúde pública institucionalizada no Brasil, durante o século XX, por se caracterizar pela centralidade do conhecimento biomédico e pelo atendimento das necessidades de saúde da população por meio de campanhas (de vacinação, contra epidemias e para erradicação de endemias, dentre outras), por programas especiais (seja por ciclo de vida ou por agravo), e pelos procedimentos de vigilância (PAIM, 2003).

Teixeira (2003, p. 269) afirma, especificamente em relação ao PACS e ao PSF, que, apesar de terem sido formulados como programas “verticais” para interromper prioritariamente o ritmo da expansão do cólera, no início dos anos 1990, no Norte e Nordeste do país, houve uma redefinição política que se configurou como uma “oportunidade histórica de promover mudança de modelo de atenção à saúde em larga escala”. Isto quer dizer que vem se tentando investir no modelo sanitaria e em estratégias políticas para consolidar e efetivar uma mudança de lógica e racionalidade nas práticas de saúde, no âmbito público.

Exemplificando essa mudança nas práticas de saúde na Estratégia Saúde da Família, é pertinente afirmar que, a partir de sua implantação em todo o Brasil, uma nova dinâmica assistencial valorizou ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, voltadas para a família em seu contexto social e ambiental, em substituição ao tradicional modelo orientado para a cura de doenças em hospital (BRASIL, 1997). Seu caráter inovador consistiu em reorientar o modelo de atenção na lógica e no fomento da Atenção Primária à Saúde e da Vigilância da Saúde.

A coexistência do modelo sanitaria com o médico hegemônico encerra uma multiplicidade de práticas de saúde em todo o país, as quais nutrem divergências, contradições e competições significativas. No centro dos questionamentos suscitados, estão as evidentes limitações do modelo médico hegemônico, para atender às demandas da população por meio de uma atenção integral, com qualidade, efetividade e equidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Tais interpelações incitam refletir sobre as dificuldades vivenciadas na construção de um modelo de atenção no Brasil capaz de promover sustentabilidade ao sistema público de

saúde. Disto, deriva a necessidade de aprofundar o debate, centrando a discussão na Estratégica Saúde da Família, já que é estratégia importante que vem sendo desenvolvida por parte dos governos para reorganização do modelo de atenção desde a Atenção Primária à Saúde. Tal aprofundamento diz respeito a ponderar as finalidades do processo de atenção à saúde, de organização e de gestão das práticas e das relações técnicas e sociais estabelecidas entre dirigentes, profissionais, trabalhadores e população atendida.

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em âmbito mundial, um momento culminante no debate contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços ofertados às grandes massas da população ocorreu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (atual Cazaquistão), em 1978 (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, 2011).

Na Conferência, reafirmou-se a saúde como um dos direitos fundamentais do homem, uma responsabilidade política dos governos e o reconhecimento de sua determinação intersetorial. E, mais que isso, aquele momento trouxe à tona a enfática discussão sobre os cuidados primários de saúde, reconhecendo-os como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, [...] colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento [...]” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 15).

Tais discussões influenciaram o contexto brasileiro e fundamentaram o Movimento Sanitário, a partir do confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora, proposta pela burocracia estatal. Tal pensamento reformista atuou inicialmente sob forte pressão dos regimes autoritários no Brasil para gradualmente caracterizar-se como uma força política construída a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime. Nos primeiros anos do movimento, a ocupação dos espaços institucionais foi marcada pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Várias características do que se pretendia para o sistema nacional de saúde pública começaram a ser debatidas e formaram uma corrente contra hegemônica e reformuladora do

setor. Os pressupostos basilares da atenção primária à saúde foram: a) APS como porta de entrada e primeiro contato do indivíduo; b) continuidade do cuidado ou longitudinalidade; c) integralidade da atenção, que compreende desde a garantia dos níveis secundário e terciário até à ampliação do conceito de saúde e; d) coordenação do cuidado pela APS (STARFIELD, 2002).

De fato, foi em meio a um contexto de embates e disputas que se criou o Sistema Único de Saúde, em 1988. A tentativa de incorporar elementos da APS, entretanto, surgiu mais fortemente apenas em 1994, com Programa Saúde da Família.

Mesmo após anos de experiências em todo o Brasil, constata-se a necessidade de renovação para fazer frente à mudança do modelo de atenção, bem como para garantir os princípios e diretrizes do SUS. Daí decorreu a opção de apontar algumas limitações atuais, por meio da contextualização do relatório da Organização Pan-Americana de Saúde, ao invés de descrever a historicidade da Estratégia Saúde da Família (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

O relatório evidencia a necessidade da renovação da APS apontando um conjunto de questões a serem analisadas: os novos desafios epidemiológicos¹, a necessidade de corrigir os pontos fracos e inconsistentes, o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que podem ser mais eficazes, o crescente reconhecimento de que ela é uma ferramenta para fortalecer a capacidade de a sociedade reduzir as iniquidades na área da saúde e um crescente consenso em admitir que representa uma abordagem poderosa para combater as causas de saúde precária e de iniquidade.

No caso específico do Brasil, tais constatações refletem o que já tinha sido antecipado nas discussões da 11ª Conferência Nacional de Saúde, do ano 2000, quando se evidenciou o seguinte:

O PACS e o PSF, em si, não são suficientes para garantir a própria atenção básica e podem se tornar um engodo, no sentido de manter um modelo de saúde pobre para os pobres, tornando-se bandeira de governos que simplificam o modelo assistencial, apresentando-os como panacéia que solucionará todos os problemas de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE 11, 2003, p. 32-33).

¹ Para esta pesquisa, é imprescindível ressaltar que, a saúde e a doença não são estados isolados ou fenômenos aleatórios. Há uma determinação relacionada com o modo de organização da sociedade, constituindo uma expressão singular do processo geral da vida social e que passa, necessariamente, por fenômenos macro que impõe uma lógica a toda sociedade. Daí decorre dizer, que há uma produção social da saúde e da doença, e, por isto mesmo, entende-se que uma leitura crítica do processo de determinação social da saúde extrapola os muros dos hospitais e centros de saúde (BREILH, 2006).

Essa assunção de entraves na existência da ESF no país foi corroborada por uma pesquisa realizada, em 2011. Com base em amostra constituída por 70 centros de saúde de Atenção Primária, em 32 cidades de 19 Estados, foram identificadas diversas dificuldades, dentre as quais destacam-se: a) falta de desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico da ESF; b) persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica e repercutem um modelo rígido e fragmentado, muitas vezes com fundamento científico frágil; c) ênfase em uma “visão preventiva” que promove escasso desenvolvimento da atividade clínica curativa; d) encaminhamentos excessivos a especialistas e a urgências, denotando que os profissionais da ESF fazem menos do que poderiam fazer; e) forma com que os pacientes ocupam os centros de saúde (unidades básicas de saúde da família - UBS), em geral, obedecendo a normas rígidas impostas pelos serviços; f) variedade de políticas de pessoal, salários e incentivos, que não promovem a permanência dos profissionais nas comunidades às quais servem. Esse conjunto de peculiaridades permitiu concluir que, apesar de a ESF ter sido uma estratégia acertada, há necessidade urgente de reajustes (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2012).

Com base nas comprovações de Gerváz e Fernández (2012), deve-se admitir que o desafio para construção de uma Atenção Primária forte passa pela reestruturação dos fatores limitantes. À primeira vista, tais fatores aparentam estarem circunscritos ao interior da ESF, mas uma observação mais minuciosa permite identificar dificuldades macroestruturais do ordenamento da política de saúde no país. A título de exemplo, pode-se citar que a verticalização dos programas/protocolos desconsidera, em grande parte, as diferenças regionais, servindo quase como “pacote pronto” para uso. Adicionalmente, o escasso incentivo tecnológico e a ênfase na “visão preventiva” diminuem a sustentabilidade, a integralidade e a resolutividade na APS.

Daí decorre a premência de uma revisão dos fatores limitantes, na perspectiva de fazer vigorar um sistema sólido, capaz de superar as barreiras encontradas, pela dicotomia instituída no país através dos modelos assistenciais e pelos entraves próprios, internos, do SUS.

Reflexo de uma construção em grande medida transversalizada pela disputa com o modelo médico-hegemônico, o que se percebe de modo geral a partir desses estudos e pesquisas, é o questionamento quanto à resolutividade da APS e a sua capacidade de interlocução com os atores sociais e seu contexto. Nesse sentido, cabe reconhecer a cidadania no setor saúde, para questionar os caminhos de objetificação das relações entre trabalhadores,

gestores e demandantes do cuidado, porque tal objetificação produz um afastamento e interrompe a capacidade de diálogo e reconhecimento dos sujeitos na luta por espaço público comum, espaço este que é a própria Atenção Primária à Saúde.

Se existe, por um lado, a lógica da promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, com foco no modelo substitutivo, por outro lado, há uma ameaça embasada prioritariamente na lógica utilitarista, a qual admite que toda atividade humana pode ser quantificada e mensurada. Quando esta lógica é inserida no campo da saúde, pretende justificar certas políticas sobre a vida e a morte, sobre o corpo e a saúde, sobre o pensamento e a ação, as quais contribuem para a objetificação dos sujeitos nas práticas clínicas. Ao forjarem uma imagem do humano como coisa: consomem-se regras, ordens, mercadorias e humilhações (MARTINS; BEZERRA; SOUZA, 2011). Como exemplo desse debate, retomamos o item (e) da pesquisa realizada em 2011, relativo ao usuário obediente e capaz de cumprir normas, mesmo que rígidas (GERVÁS, FERNÁNDEZ, 2012).

Aparentemente simples, tal resultado é um convite à revisitação da forma pela qual tem sido executada a Estratégia Saúde da Família no Brasil, no tocante às relações dos atores envolvidos no cuidado.

Por consistir em uma política pública territorializada e em contato franco com as redes de familiares e comunitárias dos indivíduos, possibilita diversas formas de “doação, recepção e retribuição” que podem valorizar os encontros (ou espaços de trocas), que se iniciam no cuidado e livres de dominação. Para tanto, é fato a pertinência da ampliação das práticas clínicas, com inclusão, também do contexto epidemiológico e socioambiental dos territórios (MOISES; AUGUSTO, 2008) em direção à “criação de um espaço de resistência às formas de disciplinarização que se inserem nos processos de trabalho, nas relações e nos corpos” (SUNDFELD, 2010, p.1094).

Para aprofundar essa reflexão, trazemos a pesquisa, também em contexto nacional, sobre a avaliação em saúde na perspectiva do usuário, coordenada por Pinheiro e Martins (2009), a qual demonstrou que, diferentemente da posição “geométrica” do planejador (do profissional ou gestor da saúde), cuja conduta é baseada em prazos, custos e injunções político-administrativas, as decisões dos indivíduos que procuram os serviços não são fruto de cálculos lineares, mas de negociações que exigem tempo.

A pesquisa relata que, nesse espaço de negociação, é preciso compreender que as estratégias para resolução dos conflitos desses indivíduos envolvem redes e alianças ao nível

primário (familiar) e comunitário. Caso contrário, há um impacto automático na “força do usuário para viver, na sua luta para ocupar um espaço digno no mundo, na sua disposição para exercitar uma argumentação consistente e transparente no mundo coletivo”, e por isso acabam por representar um papel de obediência, de cumpridores de normas rígidas (MARTINS; SANTIAGO; CARVALHO, 2009, p. 140).

Na interface com as Ciências Sociais, a discussão é tomada como o reconhecimento da cidadania na saúde. A Teoria do Reconhecimento do sociólogo alemão Axel Honneth descreve que a constituição da cidadania envolve: a experiência da afetividade, no espaço pré-reflexivo da intimidade e a possibilidade da autoconfiança; a experiência do reconhecimento jurídico, no espaço reflexivo do direito, das normas coletivas e a possibilidade do autorrespeito; a experiência da solidariedade cívica, profissional, no espaço reflexivo do trabalho com autoestima (HONNETH, 2003).

Significa afirmar que é pela afetividade nas relações entre profissionais e usuário-comunitário (isto é, inserido em seu contexto social) que se abre a possibilidade de uma estruturação nas redes sócio humanas. É pela confiança que se cria o compromisso com a governança e a luta por justiça e, finalmente, pelo respeito que se exercita a organização das redes sociotécnicas, por meio da efetivação funcional das normas, regras e procedimentos das ações/serviços em saúde (MARTINS, 2009a). Na prática, ocorre uma abertura para negociação, inclusão e, não, a mera agilização de marcação de consultas ou advertências e conselhos para seguimento de condutas terapêuticas, por exemplo.

De fato, “não há soluções fáceis para se resolver a trama de conflitos e pactos entre Sociedade Civil e Estado, no plano mais geral, ou entre o usuário-comunitário e a política pública em saúde, no plano mais estrito” (MARTINS, 2009a, p. 134). Nesse caminho, são importantes o reforço técnico-científico, o aprimoramento clínico-terapêutico dos profissionais e o suporte político-institucional, para que sirvam como aparato capaz de fazer frente ao estabelecimento de ações de saúde na APS.

Para que as ações incluam e reconheçam o usuário como comunitário do serviço público, radicando uma construção conjunta da cidadania, é importante que tal conceito-prática não seja reduzido a simples estatuto jurídico, mas, converta-se em concepção mais ativa, política, porque através dela pode-se refletir sobre a dimensão propriamente política dos direitos humanos. Isso porque “não é verdadeiro que a generalização dos direitos conduza mecanicamente a um aprofundamento da cidadania e a um reforço dos nossos compromissos cívicos” (CHANIAL, 2004, p. 59).

Nessa compreensão, ganha vez a perspectiva de uma releitura antiutilitarista na APS, a qual identifica que a lógica capitalista, instituída e instituinte do modelo mercadológico atualmente existente na organização dos serviços de saúde, tem influencia direta sobre sua organização e funcionamento. Sem dúvida, essa lógica tem marcado a divergência, com uma leitura mais solidária e equânime no âmbito das políticas públicas para esse campo, o qual reflete ações de saúde fragmentadas, inibindo ou impedindo a efetiva realização de práticas mais condizentes à realidade dos demandantes do cuidado.

Para superação dos limites atuais, iniciativas estão sendo produzidas especialmente para auxiliar na reorganização da Estratégia Saúde da Família de forma mais coerente, que contemple a identificação e a análise dos problemas e necessidades reais de saúde da população, compreendendo as diversas realidades regionais, locais e sociais.

Para que isto aconteça, é fundamental uma mudança de orientação do modelo tradicional, baseado numa abordagem por doença, para uma inovação no modelo de cuidado (PINHEIRO; MARTINS, 2011). Daí decorre que os componentes limitantes devem ser reconhecidos como alvos de intervenções das políticas de saúde, para a superação dos problemas diagnosticados (PAIM, 2003).

É nesse contexto que surge a proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no Brasil. Por isso mesmo, ela deve ser analisada com critério, porque, em meio a esse panorama, precisa ser organizada para que dê conta do apoio à superação de alguns limites da Estratégia Saúde da Família. Esta não a única medida empreendida pelo Ministério da Saúde para reverter entraves da APS. Todavia, para atender aos objetivos da presente pesquisa, parece adequada para ponderar sobre os investimentos que estão sendo realizados, incluindo temas como humanização, relações profissionais, hegemonia médica, consumo de produtos e insumos de saúde, dentre outros.

3.3 O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

No escopo de apoiar a Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em de 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM nº 154 (BRASIL, 2008).

A proposta para atuação do NASF engloba, além do conhecimento técnico, a

responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma APS.

A promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Saúde da Família e na própria equipe do NASF é fundamental à organização destes Núcleos. Tais mudanças devem contemplar atuação, ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, humanização de serviços, educação permanente, além de promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Deve apoiar a corresponsabilização e a gestão compartilhada do cuidado e utilizar ferramentas tais como clínica ampliada, apoio matricial, projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território e a pactuação do apoio (BRASIL, 2008). Nesse sentido, é importante expor o conceito de apoio matricial, que passou a ser valorizado com a inclusão do NASF na APS.

O apoio matricial é designado como coletivos de profissionais constituídos em torno de um objeto comum de trabalho que constituem estratégias para ampliar as possibilidades de continuidade da atenção, com gradientes maiores de vínculo com responsabilização (CAMPOS, 2000). No processo de trabalho, o apoio matricial introduz novas possibilidades de troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, e, portanto, maior articulação e qualificação da rede de serviços (OLIVEIRA, 2010a).

O NASF compõe a equipe matricial para as equipes de saúde da família e utiliza suas experiências profissionais para dar suporte e aumentar a resolutividade dos casos, bem como das necessidades de saúde do território. É relevante ressaltar que, no contexto NASF, são utilizados os saberes específicos de cada profissional envolvido, seus domínios técnicos e experiências os quais, segundo Oliveira (2010b), constituem o núcleo de saber de cada um deles, bem como os saberes e práticas comuns, que constituem o campo (da saúde, das práticas de saúde, do cuidado, da vida em comum). No estímulo e na existência dessas trocas entre profissionais, constroem-se, pela ação, novos conhecimentos e organizam-se novas práticas de saúde.

Em busca de ferramentas de trabalho conjunto, utilizam, por exemplo, o projeto terapêutico singular (PTS), o qual designa um projeto clínico elaborado com e para indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade (OLIVEIRA, 2010b). O PTS, de modo geral, é necessário para casos mais complexos que necessitam do apoio matricial para a obtenção de

respostas mais positivas. A seleção dos casos complexos, a corresponsabilidade pelos problemas e o planejamento terapêutico são realizados em um processo compartilhado de cuidado de saúde.

A proposta do NASF, ao utilizar tais metodologias nas práticas clínicas, procura rever a lógica do encaminhamento com base na referência/contra-referência, objetivando um acompanhamento longitudinal, que se dê na oferta e no suporte técnico-pedagógico, isto é, na ação de apoio educativo com e para a equipe de Saúde da Família ou, na oferta técnico-assistencial, a qual vai produzir ação clínica direta com os indivíduos.

Nesse sentido, objetiva trabalhar na perspectiva de uma “clínica ampliada”, que quer dizer, voltar o “olhar” para além da dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, admitindo adicionalmente a essencialidade de encarar os riscos subjetivos e sociais (CUNHA, 2005). Procura-se lidar com a singularidade dos sujeitos, sem prescindir da ontologia das doenças e de suas possibilidades de diagnóstico e intervenção (CAMPOS, 2003). Esta perspectiva busca estimular os demandantes do cuidado a partir da “ampliação da clínica”, por incluir a produção de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos.

De fato, como proposta de conformação de equipe, o NASF tende a radicalizar alguns conceitos e visa realizar a mudança das práticas clínicas dentro da APS, seja no contato direto com usuário, seja no contato com os profissionais de Saúde da Família. Todavia operar mudanças no cotidiano de trabalho não é simples e requer habilidades dos profissionais implicados, para concretizar a ampliação da clínica.

A dificuldade da inclusão dessa equipe multiprofissional (que se pretende interdisciplinar) para dentro da APS é a possibilidade de não significar efetivamente um suporte na mudança no modelo de atenção.

É mister ponderar que a multidisciplinaridade, dada a priori, não assegura, de *per si*, uma efetiva mudança das práticas de saúde. Muito pelo contrário. Pode-se se criar uma dependência ainda maior do usuário, pelo conjunto maior de ofertas de saúde, que alimentam ainda mais a lógica do usuário-consumidor (de produtos, consultas, exames) em detrimento da autonomia dos sujeitos e de sua liberdade em vivenciar a cidadania na saúde.

O limite entre superar o “autoritarismo”, a “verticalização” dos saberes, em direção à liberação do usuário como comunitário do serviço público, requer dos profissionais, além das habilidades da clínica, a imersão nas redes de pertencimentos dos indivíduos (de familiares e de comunitários) e sua associação com estes.

Pensando nas possibilidades de associação dos trabalhadores da APS com os indivíduos, família e comunidade, recorre-se ao apoio teórico sobre as formas de associação e socialidade discutidas pelo sociólogo francês Allain Caillé (2004, p. 22), ao descrever que:

Na socialidade primária, reina um princípio da personalização que permite afirmar que as pessoas são mais importantes – de direito e de fato – que as funções por elas exercidas. Na socialidade secundária, ao contrário, a exigência da eficiência funcional é hierarquicamente primeira em relação à personalização das pessoas que desempenham as funções. A socialidade primária funciona pelo interconhecimento e pela dádiva. A secundária, o mesmo tempo, pela impessoalidade e pela funcionalidade.

Como exemplos da socialidade primária, estão a família, as associações de vizinhos, comerciantes, estudantes e toda aquela forma de associação de autoajuda e de vizinhança. Segundo Caillé (2004), é nesse lugar que há a exigência do face-a-face e da relação interpessoal. Já, na socialidade secundária, o autor cita o mundo das empresas, do mercado, do Estado e da administração, ponderando, entretanto, a possibilidade de criar a primariedade no interior da secundaridade, nessas associações secundárias, de modo que institui uma esfera de solidariedade, ao combinar uma dimensão quase familiar na base (CAILLÉ, 2004).

É interessante que, além destes dois tipos, considera ainda as associações híbridas, que se apresentam como “associações compostas, recrutando em públicos que não são unificados *a priori* por um pertencimento primário ou secundário instituído”, já que, no início, são mutuamente indiferentes uns aos outros (CAILLÉ, 2004, p. 25). São associações de membros caracterizados por multipertencimentos, que cruzam exigências técnicas, jurídicas, mercantis com a reciprocidade e a dádiva, inerentes ao espírito da associação. Como exemplo dessas associações, encontram-se as de economia solidária, as de militância moral ou voluntarismo.

Retomando o NASF e a própria Estratégia Saúde da Família, tal reflexão teórica auxilia pensar o quanto tais estratégias públicas podem estar inseridas nas redes de pertencimentos primários dos indivíduos e da comunidade. O contato entre profissionais, por um lado, e entre usuários e comunitários, por outro, propicia um sentimento de pertencimento comum, de pertencimento público, que possibilita gerar uma esfera de solidariedade cívica e de respeito mútuo, cada qual atuando a partir do seu local, mas, agora, imbuídos do sentimento de que o serviço de saúde é da comunidade e a comunidade é do serviço de saúde.

De fato, os pressupostos ou diretrizes da territorialização, do matriciamento, da educação em saúde, da clínica ampliada podem colaborar na associação solidária entre

profissionais e comunidade, contudo há limites entre este “fazer” acontecer solidário e voltado para a cidadania na saúde e a verticalização do saber biomédico, rumo à objetificação dos sujeitos e dos corpos, como se tem debatido neste marco teórico.

As limitações são tanto estruturais, quanto de formação dos trabalhadores, e ainda da ordem das políticas públicas e culturais. No entanto, não é possível que todo o macrocontexto do SUS e os embates dos Modelos Assistenciais estejam “resolvidos” para começar a operar práticas inovadoras no dia-a-dia dos serviços.

Nessa direção, Sant’ana (2009, p. 474) relata que o exercício mais pleno da democracia está atrelado à existência de uma esfera pública, na qual os indivíduos “têm de levar em conta cada interesse envolvido em conflito do ponto de vista da situação social, sem ignorar certos interesses que contrariam os seus próprios, assumindo posição diante do jogo político”. E mais, “as possibilidades de mudança social nascem do embate dialético entre o dado pela sociedade e o vir a ser pelo indivíduo”.

Daí decorre que a inserção de novas formatações de equipes, como a do NASF, deve valorizar e fomentar o espírito público (isto é, a organização do coletivo de pessoas), na promoção do social, na perspectiva de construir conjuntamente as mudanças que decorrerão da responsabilização sanitária e do cuidado clínico.

Com o intuito de direcionar o foco da pesquisa, será abordado a seguir como foi realizada a inclusão destas equipes NASF no território do Recife, bem como foi o mesmo direcionado/organizado a partir do modelo de atenção instituído.

3.4 A ATENÇÃO BÁSICA NO RECIFE: O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE “RECIFE EM DEFESA DA VIDA”

Na perspectiva de contextualizar a presente pesquisa no lócus onde o estudo foi realizado, esta etapa metodológica contextualiza o panorama da cidade do Recife frente aos temas da Atenção Primária à Saúde, em especial no modelo de atenção à saúde, Estratégia Saúde da Família e NASF.

O modelo de atenção à saúde, proposto pela gestão municipal da Secretaria de Saúde do Recife na gestão de 2009-2012, agora em mudança pela nova gestão, era denominado "Recife em Defesa da Vida".

De acordo com o plano municipal de saúde (RECIFE, 2010), tal modelo buscava instituir mudanças no cotidiano dos serviços e nas práticas de saúde, baseadas na sensibilização, na responsabilização, na ampliação das práticas clínicas e na cogestão do trabalho de equipe. Para tanto, atribuía-se um protagonismo às equipes de saúde para que contribuíssem no processo de construção do modelo.

A proposta Recife em Defesa da Vida estava baseada em estudos e reflexões nas práticas de gestão e consultorias institucionais desenvolvidas por docentes da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), ao longo da década de 1990, tendo por objeto central de análise o processo de trabalho em saúde. O modelo em destaque problematizava a visão que a população usuária tinha do sistema de saúde e da prática médica (ou práticas em saúde), as quais tendiam a valorizar a especialização, a sofisticação tecnológica, o consumo de medicamento e mesmo a prática privada (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Segundo Coelho (2010) são alguns princípios operativos e filosóficos do modelo “Recife em Defesa da Vida”:

- a) Equipes de referência – designação de equipes ou profissionais que se vinculam a certo número de cidadãos ou famílias e se responsabilizam por elas, acompanhando-as em suas condições e necessidades de saúde;
- b) Apoio especializado matricial – com a finalidade assegurar retaguarda especializada a outros profissionais de saúde. Esta retaguarda refere-se tanto ao suporte clínico-assistencial quanto técnico-pedagógico. O NASF é um exemplo deste tipo de conformação de equipe;
- c) Elaboração de projetos terapêuticos singulares – que devem ser realizados na perspectiva de incluir as singularidades dos sujeitos e envolvê-los em seu processo de terapêutico. A partir da construção de projetos, constroem-se estratégias articuladas e conjuntas para as necessidades de saúde;
- d) Trabalho em equipe – valorização da equipe para organização do trabalho em saúde, em que cada núcleo profissional poderá colaborar para aumentar a capacidade dos serviços, da forma mais racional possível.

Além destes, é possível citar também o acolhimento e o apoio institucional. O primeiro se refere a um dispositivo de organização das unidades de saúde tendo por diretriz o atendimento a toda a população que ocorre ao serviço, procurando escutá-los em suas necessidades e pactuar respostas adequadas a cada caso. Já o segundo diz respeito à

organização da gestão à saúde a qual, ao objetivar superar as formas tradicionais de gestão, investe na construção de sujeitos e espaços coletivos para a intervenção mais qualificada do processo (BRASIL, 2010).

No âmbito das instituições de saúde, essa nova prática resulta no estabelecimento de novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, na medida em que busca autonomia e reconstrução de subjetividades, privilegiando o acolhimento e o vínculo no cuidado progressivo à saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Nesta direção foi que a Secretaria de Saúde do Recife procurou adotar os princípios e dispositivos organizativos deste modelo, dentre eles, a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ou seja, atribuiu prioritariamente a estas equipes a função do apoio matricial à Estratégia Saúde da Família. O apoio matricial passou, assim, a constituir na gestão da saúde, não apenas como uma das diretrizes organizacionais, mas também um dispositivo concreto, formato por equipes multiprofissionais para atuar na Atenção Primária à Saúde do município.

O sistema de Atenção Primária no município apostou durante o período de 2009 a 2012, portanto, nas diretrizes éticas e políticas atinentes ao modelo em defesa da vida, criando o cenário para a implantação dos Núcleos de Apoio, objetos da presente pesquisa.

Contextualizado o panorama da cidade do Recife, será trazido para complementar o referencial teórico o tema do cuidado em saúde. Será trazido inserindo a teoria da dádiva, sistematizada inicialmente por Marcel Mauss (2003), no campo da Sociologia e Antropologia, para situarmos os caminhos da pesquisa.

3.5 A COLABORAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL DA DÁDIVA PARA REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS DE SAÚDE

Na perspectiva de consolidar o marco teórico, trazemos a colaboração teórico-conceitual da teoria da dádiva, por possibilitar a interpretação dos mecanismos de trocas, do valor dos bens simbólicos e materiais na dinâmica das relações institucionais e humanas. Admite-se que essa teoria pode auxiliar a interpretar os simbolismos que permeiam as relações face-a-face entre os profissionais do NASF, os de Saúde da Família e os demandantes do cuidado.

É importante também assinalar que a dádiva não é apenas mais uma teoria formulada

abstratamente para descrever a realidade, mas um sistema de observação teórico que descreve a lógica de reprodução da prática social. É isto, aliás, que explica sua complexidade interdisciplinar já que a realidade é múltipla e dinâmica abarcando, por exemplo, os indivíduos e as instituições, as pessoas e as regras e os sentimentos.

Este arsenal teórico constitui um convite à reflexão sobre a necessidade de resgatar o cuidado, como mediador das relações entre trabalhadores e usuários, objetivando clarear os processos que permeiam o contexto macro e micro político no interior da Atenção Primária à Saúde.

Esta teoria pode também contribuir para a compreensão das interações sociais e de sua interface com a construção de uma cidadania na saúde (política, institucional e prática). Por estar embasada na análise das reciprocidades do cotidiano, percebendo a existência de um sistema de trocas básicas da vida social que é o “dar, receber e retribuir”, ao mesmo tempo livre e obrigatório, “permite romper com o modelo dicotômico típico da modernidade, pelo qual a sociedade ou seria fruto de uma ação planificadora do Estado ou do movimento fluente do mercado” (MARTINS, 2005).

Neste sentido, se opõe ao paradigma individualista ou utilitarista, que anuncia relações essencialmente racionais e interessadas, e ao holista ou estruturalista, o qual explica as ações como pré-existente aos indivíduos (CAILLÉ, 1998). Para o campo da saúde, significa que a construção da cidadania perpassa a implicação e a corresponsabilização das práticas e políticas, a partir do contato face-a-face.

A teoria da dádiva (ou do dom, como também é conhecida) foi inicialmente sistematizada pelo antropólogo Marcel Mauss em estudo intitulado: *Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas*, publicado em 1924 (MAUSS, 2003). Nesse ensaio, Mauss (2003) observa a existência de um sistema básico de trocas entre os seres humanos, expresso pela tríplice e paradoxal obrigação da doação, recepção e retribuição de bens simbólicos e materiais, que fundam as alianças e reciprocidades interpessoais.

Tal observação, realizada a partir das sociedades arcaicas ou primitivas, desprovidas de “forma-mercado” ou transações econômicas, permitiu a Mauss (2003) identificar outro tipo de registro social, caracterizado pelo circuito de bens e símbolos trocados pelas tribos, clãs ou famílias, que seriam livres das negociações a partir de moedas ou contratos legais e, por isso, o que circula tem valor secundário aos vínculos e relações criados coletivamente (PINHEIRO; ASENSI, 2011, p. 98).

Dessa feita, o fato fundamental é o vínculo estabelecido entre os indivíduos, o qual importa mais do que o “bem” trocado (CAILLÉ, 2006). Além disso, as obrigações de prestações recíprocas se mantêm a partir das coletividades (SABOURIN, 2008) ocupando o simbolismo um espaço fundamental na vida social (MARTINS, 2005).

A interface desse paradigma com o campo da saúde remete à análise daquilo que “importa” nas relações entre os que demandam cuidados, trabalhadores e gestores. Significa clarear mecanismos de Estado e de mercado (ligados ao econômico, político, ético e moral) que estão obstruindo a circulação de práticas mais solidárias ao cotidiano dos indivíduos.

A análise em saúde, na perspectiva da dádiva, intenta somar esforços à necessidade de efetivação de políticas públicas mais solidárias e equânimes, como a da humanização em saúde, por exemplo, que visa restituir o protagonismo dos profissionais e a retomada do cuidado, admitindo-o não como a mera prescrição de medicamento ou execução de procedimento, mas como resgate da importância da escuta, do gesto ou da responsabilização pelo outro.

Implica em garantir, adicionalmente, a revisão de questões estruturais no setor saúde, como, por exemplo, a redefinição do financiamento no setor ou a decisão política nas relações público/privado. Isto porque os estudos sobre a dádiva têm sugerido que não se trata de considerar isoladamente o plano macro ou micro do social, mas a sociedade como um “fato social total”.

A teoria do dom, apesar ter sido formulada a partir das sociedades primitivas, coexiste com o paradigma mercantilista e sua importância está no resgate de um “modelo interpretativo de grande atualidade para se pensar os fundamentos da solidariedade e da aliança nas sociedades contemporâneas” (MARTINS, 2005, p. 7).

Reforçando o debate de todo o marco teórico, admite-se a necessidade de valorizar os bens simbólicos nas relações para operar práticas inovadoras em saúde, compreendendo que o economicismo não abarca a complexidade das relações sociais orientadas pelo cuidado. Ainda que tais relações não excluam o dinheiro como valor, efetivamente não se reduzem a este. Por isto, é preciso opor-se ao processo de objetificação dos sujeitos, da saúde e da doença, colocando em questão o valor da saúde (e porque não da vida), e retomar práticas de cuidado mais equânimes e inclusivas.

No campo da saúde, diferentemente de uma relação de mercado de vendas de alimentos, utensílios, insumos e produtos, o consumidor (no caso, o paciente), em grande

parte dos encontros de produção da saúde, não sabe “o que tem” como também “do que precisa”, principalmente quando se trata de indivíduos com algum tipo de enfermidade. Essa relação encerra uma dependência frente aos profissionais de saúde, considerados técnicos habilitados a realizarem diagnósticos, identificarem condições de saúde-doença, indicarem exames e terapias, e mesmo executá-las.

Nesse encontro de profissionais e pacientes, há o “espaço” ou “vão de trocas”, o qual pode encerrar relações de dominação e utilitarismo, como também de negociação, compartilhamento, inclusão e reconhecimento. A “decisão tomada” nesse vão revela sobre práticas em saúde, que dizem respeito diretamente aos atores em situação; como desvela condições mais amplas ligadas aos aparatos institucionais, políticos, econômicos e ideológicos, permeando e favorecendo esse encontro.

Olhar para as microrrelações possibilita observar a circulação da dádiva ou mesmo identificar os dispositivos que inibem ou impedem tal circulação. Compreender as dinâmicas presentes nas relações institucionais ou de caráter pessoal, percebendo as reciprocidades implica em entender que a sociedade civil não é um setor complementar ao Estado e ao mercado, mas uma “experiência histórica particular, regida por mecanismos de organização e de regulação peculiares” (MARTINS, 2005, p. 50), a qual se dá a partir das interações entre pessoas e pode possibilitar rever o que é “nuclear/essencial” na existência humana em coletivo.

Tais reflexões estimulam questionamentos específicos da Atenção Primária à Saúde, como: a) repensar sobre o que deve circular nas relações entre profissionais e sujeitos que demandam cuidados, senão o próprio valor que tem a vida; b) valorar a desconstrução funcionalista ou utilitarista – em que bens e produtos de saúde são trocados na perspectiva muitas vezes perversa do lucro ou da livre demanda do mercado, forjando o cuidado; c) superar a leitura restritiva individualista – que “consagra o interesse individual sem consideração do todo” (MARTINS, 2009b, p. 59); d) retomar o enfoque para o interior da própria Estratégia Saúde da Família e a aposta no NASF, colocando-o como prioridade política de investimento, alocação de recursos e transparência, na estrutura dos gastos objetivando contemplar o direito constitucional e a regulação do setor saúde; e) fomentar práticas e políticas direcionadas à inclusão, valorização e reconhecimento do usuário como cidadão, com dimensão do cuidado nos seus aspectos, enquanto “bem” concreto e de valor simbólico.

Entender a micropolítica na Estratégia Saúde da Família e a partir da inclusão do

NASF é desbravar os mecanismos de perpetuação ou superação de conflitos utilizados ou incentivados a partir do coletivo de trabalhadores da Atenção Primária.

O debate não deve se restringir exclusivamente ao plano mais amplo ou micro, mas abranger a complexidade política e de relações para o entendimento sistêmico. A dádiva, nesse caso, ajuda a “olhar” desde o encontro entre pessoas e suas reciprocidades, até o pensar as dinâmicas que possibilitam aquele contexto.

Foram, portanto, com os elementos conceituais trazidos em todo o referencial teórico que a presente pesquisa se desenvolveu a partir do estudo de caso do NASF na cidade do Recife. Compreender as práticas de saúde, através das trocas realizadas entre os envolvidos no cuidado, é buscar entender os dispositivos e mediadores que auxiliam ou inibem a construção de uma esfera pública solidária ou não. O arsenal da saúde coletiva com suporte das Ciências Sociais da Saúde possibilitou ampliar o escopo de reflexões e forneceu subsídios para as etapas metodológicas da pesquisa.

4 METODOLOGIA

4.1 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

A proposta teórico-metodológica adotada neste estudo científico não segue o padrão clássico usualmente utilizado nas ciências naturais, ancorado fortemente no pensamento positivista. Pelo fato de os objetivos desta pesquisa terem sido investigados a partir de interações sociais, cujas significações e intenções partiram das concepções dos próprios investigados, houve necessidade de proceder a adaptações e mediações teórico-metodológicas que contemplassem a complexidade dos fenômenos sociais observados.

Deste modo, para amparar as questões empíricas colocadas por esta pesquisa, os fundamentos teóricos que deram suporte aos procedimentos metodológicos foram elaborados a partir de conceitos da Saúde Coletiva, utilizando-se especialmente da sua fronteira com as Ciências Sociais da saúde.

Neste estudo, admite-se saúde coletiva conforme Paim e Almeida (1998, p. 308) a concebem, como sendo um campo ou arranjo interdisciplinar:

[...] onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto `saúde´ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; [...] onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes [...] e que tais ações ocorrem dentro ou fora do convencionalmente denominado "setor saúde.

Nesse arranjo multidisciplinar, admitiu-se haver três grandes espaços e formações disciplinares pelos quais a saúde coletiva se constitui: as Ciências Sociais e Humanas, a Epidemiologia e a Política e o Planejamento (NUNES, 2009a).

As formações disciplinares da Política e da Epidemiologia (BREILH, 2006) forneceram, para esta pesquisa, os subsídios para uma compreensão mais ampla relativa ao Modelo de Atenção à Saúde, Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família, possibilitando perceber especificidades do Sistema Único de Saúde no Brasil e em Recife, do que derivou, para o recorte deste estudo, a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Tais subsídios possibilitaram à pesquisadora, ao utilizar esses conhecimentos, fazer uso mais apropriado e coerente dos métodos e técnicas científicas no campo de investigação.

Das Ciências Sociais da Saúde, foram utilizadas a Sociologia e a Antropologia, dada a

possibilidade de auxiliarem a vencer o desafio deste estudo decorrente do intuito de considerar especificidades e complexidades relacionadas ao caráter histórico dos objetos e dos sujeitos investigados, contemplando os processos de vida, as relações de trabalho entre profissionais e destes com usuários, bem como as interações com o ambiente e o território. Essa historicidade é importante por ter permeado as vivências de trabalho entre profissionais de SF e profissionais recém-chegados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Captar os constructos oriundos das subjetividades dos investigados, a partir de suas interações no “mundo da vida” de trabalho quer como membro da equipe multiprofissional, tentando trabalhar a interdisciplinaridade, quer como membro da SF, é valorizar a dimensão subjetiva das práticas de saúde e compartilhar da ideia de que tais fatores são estruturantes para as ações sociais, a qual ocorre entre o mundo das organizações e instituições sociais, permeados pela imaginação criativa e pelas emoções interiores, “representadas conceitualmente no cotidiano por critérios como reconhecimento, amor, amizade, solidariedade, confiança, responsabilidade e dádiva, dentre outros” (MARTINS, 2009c, p. 75).

Paim e Almeida (1998) ponderam que a valorização da dimensão subjetiva das práticas de cuidado, bem como das vivências dos usuários e trabalhadores, pode propiciar espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas, abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação, exigindo, para isso, compreender a dinâmica das dimensões objetivas e subjetivas, no campo social da saúde.

Minayo (2000, p. 10), ao considerar a complexidade, o caráter contraditório e a constante transformação do objeto das Ciências Sociais, propõe a utilização de metodologias de pesquisa qualitativa, por compreender que estudos desse tipo requerem “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas [...] como construções humanas significativas”.

Pelo fato de a presente pesquisa demandar desenho metodológico interdisciplinar, capaz de superar a dicotomia entre subjetividade e objetividade, enfatizou-se a afirmação de Pinheiro e Silva (2008, p. 22) sobre processos avaliativos em saúde, posto que: “não se pode confundir rigor com rigidez no método, pois este, ao se apoiar no monismo metodológico, acaba por obstacularizar o desenvolvimento de abordagens mais solidárias ao cotidiano dos sujeitos em suas práticas nas instituições de saúde”.

Nesse sentido, foi necessário, na presente pesquisa, desconsiderar a premissa de que o

ato de analisar ou julgar só possui valor científico quando privilegia a perícia acadêmico-científica como única fonte legítima para analisar ou avaliar ações, para privilegiar a “sabedoria prática” dos atores envolvidos, considerando-a portadora de concepções de mundo e fonte de conhecimento vivo (PINHEIRO; SILVA, 2008).

Implica admitir que essa “sabedoria prática” exige que se ultrapasse o que há de “senso comum” na fala dos sujeitos da pesquisa, buscando desnaturalizar crenças e representações acerca do objeto central em estudo, para fazê-los refletir como observadores de segunda ordem sobre suas experiências em rede social, ou seja, expectadores do local de onde falam e intérpretes da conjuntura ou contexto em que estão imersos.

Com isso, foi possível realizar uma análise científica a partir da interação dos profissionais de Saúde da Família com aqueles do NASF, no dia-a-dia, porque entre eles há um conjunto de expectativas, de papéis desempenhados, de trocas de conhecimento e de compartilhamento de trabalho, que ocorrerem a partir de diretrizes de organização, pactuadas institucional e politicamente, as quais eles reorganizam em função dos vínculos firmados no cotidiano e de sua compreensão quanto à potencialidade do trabalho conjunto.

A valorização da “sabedoria prática” tem sua maior justificativa no principal motivo da existência de um programa de saúde que é a existência do usuário, porque, sem ele, não há motivo para organização dos serviços. Daí decorre o interesse dessa pesquisa em conhecer a forma pela qual os profissionais do NASF percebem o usuário e se liberam para um exercício mais legítimo de construção de cidadania, baseados em suas ações de saúde.

Baseando-nos em tal contextualização, adotou-se a teoria da dádiva de Mauss (2003), para fortalecer a análise, contribuir no entendimento das concepções do coletivo de investigados, das trocas entre os diversos atores, desnaturalizando representações, para facilitar a compreensão das interações que ocorrem no NASF, a nível local.

Esse processo de análise *in loco* das ações de saúde desenvolvidas no território, a partir das relações que se estabelecem entre profissionais e usuários, admite que o entendimento das trocas de saberes e conhecimentos que ocorre entre os atores no cotidiano do trabalho contém muito mais do que um simples “agrado”; estão impregnadas de poder, política, economia e magia e são simultaneamente voluntárias e obrigatórias, interessadas e desinteressadas, úteis e inúteis, simbólicas e dotadas de significado real (LANNA, 2000).

Em outras palavras, para atender ao objetivo desta pesquisa, buscou-se analisar a percepção dos investigados acerca da atuação do NASF, por meio do entendimento do social,

admitido “como uma trama constituída por interações, ações e comunicações baseadas na linguagem e nos significados” (NUNES, 2009b). As representações dos atores foram desconstruídas no intuito de aprofundar a compreensão dessas percepções de modo a manter a cientificidade do rigor analítico. Foi imprescindível essa adaptação teórico-metodológica, para possibilitar a interpretação da complexidade do que se pretendeu estudar, confluindo, por um lado, saberes da saúde coletiva para o entendimento do contexto a nível macro, e, por outro lado, para a interpretação das relações dinâmicas das trocas que ocorrem no espaço dos encontros entre os envolvidos à luz da Sociologia e da Antropologia.

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.2.1 Tipo de estudo

Na perspectiva de realizar um desenho metodológico interdisciplinar que possibilitasse captar objetividades, a partir das experiências intersubjetivas que se davam no encontro entre os investigados, a pesquisa baseou-se na Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano - MARES² (MARTINS, 2009c), do que decorreu a tipificação de pesquisa apoiada no método qualitativo, sendo do tipo transversal, exploratório e participativo.

A MARES é um conjunto de técnicas de pesquisa qualitativa sistematizada por Martins (2009c, p. 62) que “busca resgatar a complexidade simbólica das práticas sociais articuladas em sistemas interativos sobrepostos, que articulam as regiões da afetividade, da moral, do direito, da associação espontânea e da corresponsabilidade na esfera pública”. Dessa feita, a técnica possibilita mapear as redes sociais existentes, identificando crenças, representações, valores e mecanismos classificatórios dos atores locais, a partir da realização de uma cartografia das condições de trabalho e de vida deles em suas relações, a qual articula informações multirreferenciadas, de modo reflexivo.

Dentre as categorias que a abordagem teórica da MARES permite, estão: a)

² A MARES foi utilizada, no campo da saúde em âmbito nacional, na pesquisa multicêntrica “Saúde, Redes e Determinantes Sociais”, realizada pelo Núcleo de Cidadania e Processos de Mudança (NUCEM) da UFPE em parceria com o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) da UERJ, englobando todas as regiões do Brasil e teve término em 2009. Os resultados foram expostos em textos que integraram o livro “Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: uma abordagem multicêntrica” (PINHEIRO e MARTINS, 2009). Essa metodologia também foi aplicada na pesquisa “Usuários, redes de mediação e esfera pública na saúde”, coordenada e desenvolvida pelo NUCEM e financiada pelo Fundo de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE) em parceria com o LAPPIS, a qual, também de abrangência nacional, resultou em um livro com o mesmo título da pesquisa.

interacionista – a qual valoriza a experiência do sujeito no cotidiano, as trocas de dons e as regras de reciprocidade; b) fenomenológica – por buscar a verificação de uma rede, a partir da experiência dos sujeitos, e, não, por processos funcionalistas ou formalistas; c) desconstrucionista – por objetivar a desnaturalização das crenças, representações e problemas que inibam ou impeçam a circulação das reciprocidades e d) construcionista – por possibilitar que os investigados reflitam como observadores de segunda ordem sobre suas vivências, por meio da aplicação de técnicas e estímulos (MARTINS, 2009c).

Nesta pesquisa considerou-se rede social aquela capaz de permear “um entendimento complexo que articula o instituído e o instituinte, valorizando a influência do simbolismo sobre as práticas objetivadas” (MARTINS, 2010). Tal premissa é pertinente quando se admite que as redes de trabalhadores foram constituídas a partir da lógica de organização da Atenção Primária, por meio dos trabalhos conjuntos, articulados em ações de saúde. Eram redes de pessoas, trabalhando a partir de dispositivos políticos e institucionais que fixavam diretrizes de organização no cotidiano e, por isso, compunham um nível de atenção dentro do Sistema Único de Saúde, envolvendo profissionais e gestores.

Ao identificar que a mesma lógica ocorre entre os profissionais de saúde, os usuários, as famílias ou as comunidades, durante a operacionalização de práticas de saúde na perspectiva de produzir ações e resolutividades acerca do cuidado, admitiu-se a existência de redes envolvendo os profissionais de saúde e tais indivíduos ou grupos.

Essa premissa teve por base ser o espaço da Atenção Primária à Saúde um locus privilegiado para construção de vínculos, decorrentes também da territorialização e da responsabilização longitudinal. Daí decorre admitir que essas redes sociais incluem necessariamente esferas culturais e simbólicas que acontecem a partir dos encontros e permitem desenvolver, em cada um dos atores envolvidos, suas percepções acerca do contexto em que estão inseridos.

4.2.2 Recorte do Estudo

O recorte inicial foi o Distrito Sanitário 2, cuja área adscrita corresponde à Região Político-Administrativa 2, localizada na zona norte do Recife. O detalhamento desse recorte localizou-se no território de saúde que compreende a Microrregião 2.3 integrada pelos bairros Beberibe, Dois Unidos e Linha do Tiro, nos quais estão localizadas as Unidades de Saúde da

Família do Alto do Capitão, Córrego da Jaqueira e Clube dos Delegados, vinculadas a Núcleo de Apoio à Saúde da Família da modalidade 1³, em virtude de o sistema de saúde municipal estar estruturado com base na Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011).

A escolha deste lugar deu-se pela interação da comunidade com os serviços de saúde marcada por um processo de lutas sociais, pela implantação da equipe NASF há aproximadamente um ano e meio, além das precariedades ambientais, territoriais e sanitárias. Esses bairros caracterizam-se por sistema de saneamento básico insuficiente, habitações em situação de risco e abastecimento de água intermitente, portanto um espaço público carente, cujas diversidades e singularidades, analisadas em profundidade, podem ensejar a reflexão e mesmo o remodelamento das práticas locais, e, quiçá, da Atenção Primária à Saúde municipal.

A equipe NASF estava composta por: fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, sanitarista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, os quais trabalhavam no suporte a 13 Equipes de Saúde da Família, portanto, dentro dos parâmetros definidos pela Portaria nº 2488, de 2011 (BRASIL, 2011).

4.2.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram profissionais do NASF e de Saúde da Família, gestores da gerência de território da equipe NASF, representante da equipe gestora do Distrito Sanitário 2, além de integrantes da Coordenação do NASF do nível central da Secretaria de Saúde e os apoiadores institucionais da Gerência de Atenção Básica do município, que obedeciam aos critérios de inclusão, constituídos por:

- a) Aceitar a participação voluntária na pesquisa;
- b) Estar desempenhando as atividades profissionais nos locais da pesquisa há época da coleta;
- c) Ter mais de um ano de experiência na área profissional;
- d) Exercer função gestora em relação direta com os profissionais do NASF.

³ O NASF 1 deve possuir no mínimo 200 horas semanais de carga horária do conjunto de profissionais, sendo que cada ocupação deve ter o mínimo de 20 horas e máximo de 80 horas semanais. A cobertura do NASF 1 corresponde ao mínimo de oito e ao máximo de quinze Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (BRASIL, 2011). A partir de dezembro de 2012, com a publicação da Portaria 3.124/2012, novas normativas foram publicadas pelo Ministério da Saúde com redefinição dos parâmetros de vinculação do NASF às ESF. Para o caso do NASF modalidade 1, há a permanência das 200 horas semanais de carga horária profissional, contudo houve redução de vinculação às ESF de oito a quinze para cinco a nove. Tal adequação pela gestão municipal poderá ser realizada até dezembro de 2013, conforme Nota Técnica conjunta à Portaria 3.124/2012, não caracterizando, portanto, descumprimento da legislação em vigor.

Dada a especificidade do objetivo da presente pesquisa, admitiu-se como critério de exclusão a não participação ativa do profissional no grupo focal, durante a coleta de dados, configurada pelo silêncio nas discussões ou absenteísmo nos locais de trabalho durante todo período da pesquisa. A aplicação desses critérios promoveu a exclusão de dois profissionais do NASF, um por férias e outro por licença, do que decorreu a população restringir-se a 18 participantes, assim discriminados:

- a) Oito profissionais que compunham a equipe do NASF;
- b) Seis profissionais das USF, sendo dois de cada uma delas;
- c) Dois gestores do Distrito Sanitário 2;
- d) Dois gestores da Gerência de Atenção Básica do município.

Os profissionais compuseram dois grupos focais, sendo um geral, integrado por dois representantes do NASF e demais profissionais de SF e gestores e outro, específico, constituído exclusivamente pelos profissionais que trabalhavam no NASF.

4.2.4 Período e procedimentos para coleta de dados

Após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas AGGEU Magalhães, no período de 08 de novembro de 2012 a 07 de janeiro de 2013, procedeu-se à coleta dos dados, durante a qual foram realizadas observações *in loco*, reuniões com grupos focais, com construção de mapa de grupo, empregando a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARTINS, 2009c).

Após contato com todos os sujeitos da pesquisa para explicação dos objetivos e convite de sua participação, foram agendadas as atividades, que estiveram distribuídas em três fases complementares, para dar conta dos objetivos propostos. Inicialmente, a pesquisadora procedeu à leitura crítica integrativa de material acadêmico disponível⁴ sobre o tema, bem como dos indicadores sociais⁵, relativos ao local pesquisado, para constituição da base teórica essencial na interpretação dos resultados que foram originados a partir da adoção do método de pesquisa qualitativo para observação das interações sociais.

Na primeira fase da coleta de dados, a pesquisadora procedeu a caminhadas pelas

⁴ Publicações das principais revistas de Saúde Pública, dissertações e teses relacionados ao tema.

⁵ Atlas de Desenvolvimento do Recife, PNAD, dados do DATASUS, Atlas da Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dentre outros.

áreas de abrangência, onde atuavam os profissionais das UBS, locais de estudo, para observação das interações que se estabeleciam entre os diversos atores da pesquisa, durante o processo do cuidar, admitindo-o em toda sua abrangência. Nessa fase, foram realizadas anotações em diário de campo, as quais incluíram conversas e ações, para enriquecer os dados, permitindo uma análise em profundidade das interações sociais, na perspectiva de identificação dos profissionais “chave” para o estudo investigativo.

A programação dessa fase não requereu agendamento prévio posto que os profissionais estavam no exercício de suas atividades rotineiras do cuidar, sobre as quais a pesquisadora não interferia.

Fora do campo de pesquisa, ao final de cada dia, a pesquisadora procedia à transcrição dos dados, durante a qual realizava análise preliminar, com o intuito de, ao dia seguinte, enriquecer aspectos que não haviam sido completamente compreendidos. Para tanto, o campo de pesquisa foi ampliado para incluir observações participantes no território de saúde, privilegiando espaços como consultas compartilhadas, ações de educação em saúde ou terapêutica, realizadas em grupos de profissionais ou de usuários, reuniões técnicas de equipe, reuniões com o Conselho de Moradores, bem como outras atividades relacionadas ao cuidar em saúde, agora admitindo como foco da atenção o detalhamento das interações entre os profissionais responsáveis pela prestação do cuidado. Dessa feita, a pesquisadora participou também de reuniões dos profissionais de Saúde da Família e do NASF. Durante essas atividades, foi obedecida a técnica de anotação em diário de campo, com posterior interpretação das trocas interpessoais e das formas de construção de alianças, reciprocidades e confianças.

As observações dessa fase buscaram atender especificamente a dois interesses: identificar as ações efetivamente desenvolvidas ou potencializadas pelo trabalho das equipes SF e NASF, possibilitando visualizar articulações espontâneas como também planejadas em conjunto, inclusive com as equipes gestoras. O segundo foco de interesse nessa fase da coleta de dados foi identificar os processos envolvidos na inserção do NASF no serviço de Atenção Primária, indicativos da promoção de abertura para reconhecimento do usuário como cidadão.

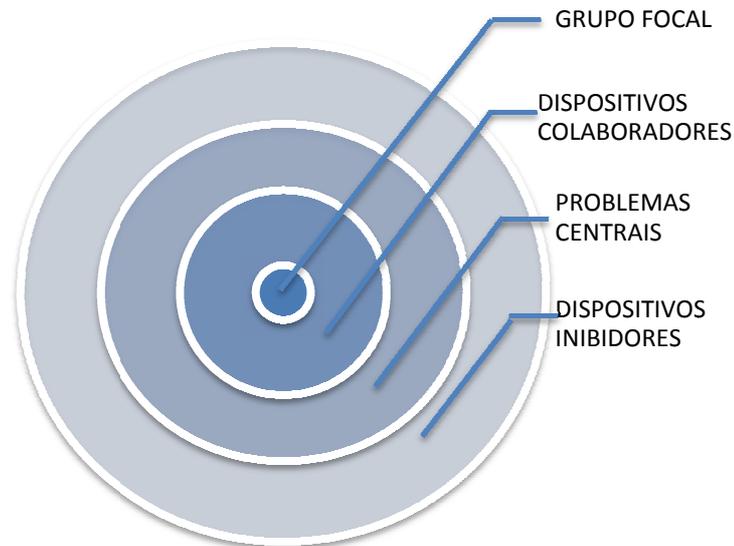
Quando se identificou a saturação da coleta de dados nessa fase (FONTANELLA et al., 2011), ou seja, quando não se identificaram fatos ou aspectos novos, a partir dos registros no diário de campo, teve início a segunda fase, na qual os elementos mais importantes foram os informantes identificados como “chave” fosse nas interações com outros profissionais, fosse com os usuários. A segunda fase consistiu em coleta de dados em grupos focais e na

construção do mapa de grupo

Para obedecer ao rigor científico, admitiram-se os seguintes conceitos (MARTINS, 2009c):

- a) Grupos focais – os quais consistiram em reuniões de pesquisados com características semelhantes, identificadas na primeira fase da coleta dos dados, incentivando-os a refletirem sobre suas consciências práticas, reverem suas consciências discursivas, como método para revelação de novas formas sociais em torno do objeto em questão. Os grupos focais auxiliaram a pesquisadora e os participantes na compreensão das ações de saúde desenvolvidas pelo NASF, na perspectiva macro e microsociológica, captando representações conscientes ou significações práticas;
- b) Mapa do grupo – compôs-se de uma dinâmica de grupo, realizada dentro do grupo focal, para possibilitar aos participantes a detecção de problemas centrais que os afligiam em relação ao tema em análise, como intermediação para a construção ou reconstrução da compreensão dos fatores que facilitavam ou interferiam na resolução dos problemas, reconstruindo as relações entre os elementos sociais relevantes para a pesquisa. Esses fatores foram colocados em um gráfico composto por círculos concêntricos, de diâmetro crescente, denominado mapa de grupo (Figura 1), de tal sorte que o círculo central representou o grupo focal analisado, e os demais círculos descreveram três problemas definidos pelos participantes como centrais em relação ao objeto em estudo, a partir da análise em rede e, finalmente, os círculos mais externos expressaram dispositivos colaboradores ou inibidores para a resolução dos problemas.

Figura 1 – Esquema do Mapa do Grupo.



Fonte: Elaborado pela Autora

Na segunda fase da coleta de dados, foram formados dois grupos focais, um, geral, integrados por dois representantes do NASF, e seis profissionais da Saúde da Família, juntamente com dois gestores do Distrito Sanitário 2 e apoiadores institucionais da Gerência de Atenção Básica, e outro, composto exclusivamente pelos profissionais do NASF, considerado mais específico. As reuniões dos grupos focais ocorreram em dias distintos segundo grupo a ser analisado, obedecendo a agendamento prévio, durante todo o período estipulado para coleta dos dados e acordado com todos os participantes de cada grupo, durante o horário de trabalho.

Para realização dos grupos focais, foi convidado um mediador externo na perspectiva de facilitar a realização da coleta de dados, o qual obedeceu a um instrumento-guia (APÊNDICE A), elaborado pela pesquisadora, especificamente para essa pesquisa, tomando por base as leituras críticas que precederam a coleta dos dados.

O instrumento esteve composto por sete questões facilitadoras, que possibilitaram nortear o desenvolvimento do grupo pelo mediador. Tais questões ficaram de posse do mediador, sendo entregues cartelas com palavras chaves referentes a cada questionamento para os investigados (APÊNDICE B). Tais cartelas ficaram visíveis para todos os integrantes dos grupos focais, sendo-lhes solicitado pronunciar-se sobre uma ou mais dessas palavras, a partir de seu interesse pelo que estava sendo apresentado. Esta opção técnica-metodológica buscou evitar a indução de respostas pelos investigados. Ao final de cada grupo focal foi realizado o mapa do grupo.

As discussões ocorridas durante as reuniões dos grupos focais foram gravadas e, posteriormente, transcritas, constituindo-se nos resultados desta pesquisa.

4.2.5 Análise dos dados

A análise de dados foi realizada à luz da abordagem qualitativa e obedeceu às etapas de:

- a) Pré-análise – a qual perpassou todo o período da coleta de dados e foi necessária para organizar as informações e registros do diário de campo. Consistiu também da transcrição das discussões ocorridas nos grupos focais e da “primeira” leitura, em que foram identificadas semelhanças e contrastes;
- b) Exploração do material – realizada ao final da coleta dos dados, consistiu na identificação de enunciado de conceitos unificadores ou contrastantes pelos participantes dos grupos focais, os quais compuseram categorias temáticas para classificação, agrupamento e codificação dos dados brutos a partir da comparação entre os enunciados;
- c) Tratamento dos resultados – finda a categorização, buscou-se interpretar o conteúdo das categorias temáticas, construídas a partir dos grupos focais, contrapondo-o às informações registradas no diário de campo, buscando identificar inferências, ou seja, tentar captar a realidade contida por trás das mensagens.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada obedecendo ao contido na Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da condução de pesquisa envolvendo seres humanos. Para tanto, houve aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto AGGEU Magalhães, sob registro CAAE nº. 08169712.3.0000.5190.

A todos os participantes, foram assegurados: a) explicação dos objetivos da pesquisa antecedendo sua concordância de participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice C); b) garantia da confiabilidade das informações coletadas compromisso esse assumido formalmente pela pesquisadora e por seus orientadores, configurado pela assinatura do Termo de Confidencialidade (Anexo A); c)

direito ao sigilo de identificação em toda e qualquer publicação que venha a ser redigida, e d) direito de desistência da participação, sem qualquer constrangimento, punição ou prejuízo decorrente dessa decisão, a qualquer tempo.

O sigilo de identificação dos participantes foi assegurado pela referência por meio das iniciais do grupo focal (GF), seguido de um numeral arábico identificador do grupo focal do qual o pesquisado participava à ocasião da verbalização do trecho de discurso empregado para contextualização no capítulo de Resultados e Discussão.

Para assegurar o benefício social desta pesquisa, o estudo prevê a devolutiva dos resultados aos trabalhadores e gestores do Distrito Sanitário 2 e da Gerência de Atenção Básica, em formato de Oficina, bem como a entrega de relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas AGGEU Magalhães e à Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Essa devolutiva poderá representar aos sujeitos da investigação, a construção de compreensão de sua atuação no cuidar da população, que vai além do conhecimento gerado, convertendo-se na possibilidade de contribuir na atuação e articulação das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família com demais equipes e gestores.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão distribuídos em dois tópicos principais, dada a complexidade do tema e a necessidade de responder a seus objetivos. Buscou-se inicialmente caracterizar as ações desenvolvidas no NASF, com ênfase na formação de redes visando à inserção dos profissionais e à intermediação de seus primeiros contatos no território de saúde.

Prosseguiu-se, então, na busca de compreender as relações estabelecidas entre o NASF e as ESF, para considerar a forma pela qual os participantes construíram sua compreensão do apoio matricial desenvolvido pelo NASF e os desafios que precisaram ser vencidos para a constituição das equipes. No segundo momento da apresentação dos resultados e de sua análise, interessou contextualizar a construção do modelo de atenção à saúde do Recife em Defesa da Vida e sua influencia na interação dos trabalhadores pesquisados.

Para tanto, é relevante ressaltar que os resultados se constituíram em trechos de discurso dos participantes, descrevendo-os na íntegra e a partir dos recortes realizados por temas.

Desde já são apresentadas nas Figuras 2 e 3, um panorama que revela uma síntese dos resultados, trazidos através dos mapas dos grupos focais. O grupo focal geral foi representado por gestores, trabalhadores do NASF e Saúde da Família e, o outro mapa do grupo, foi composto exclusivamente por profissionais do NASF.

Tais figuras discriminam, de forma esquemática, o que foi considerado consenso entre os pesquisados sobre os problemas considerados centrais, em relação ao tema em análise, bem como a descrição dos dispositivos colaboradores e inibidores que interferem ou auxiliam na resolução dos problemas relatados.

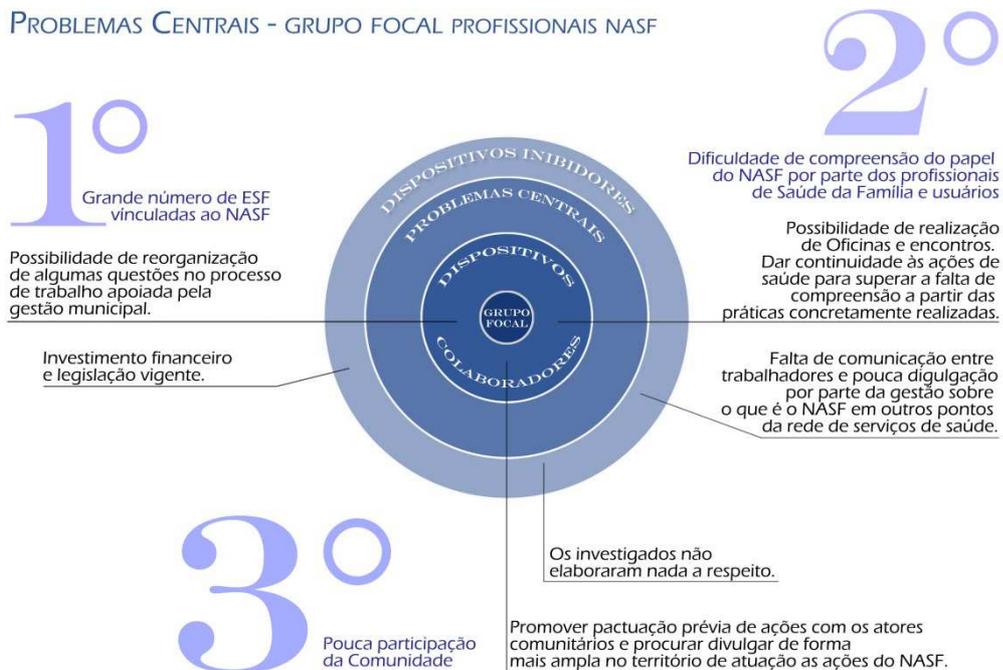
Este panorama-síntese compõe parte dos resultados e fornece o subsídio inicial para o detalhamento que se seguirá em conjunto com a discussão.

Figura 2 – Mapa de grupo focal geral, com discriminação dos dispositivos centrais, colaboradores e inibidores.



Fonte: Elaborado pela Autora

Figura 3 – Mapa de grupo focal de profissionais do NASF, com discriminação dos dispositivos centrais, colaboradores e inibidores



Fonte: Elaborado pela Autora

5.1 CARACTERÍSTICAS E AÇÕES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO RECIFE

5.1.1 A inserção dos profissionais do NASF e os primeiros contatos no território

Os investigados nos grupos focais tenderam a perceber que a inserção dos profissionais do NASF no território careceu de estruturação adequada. A forma de inserção inicial dificultou aos profissionais conhecer os membros das equipes de Saúde da Família, o que se refletiu na modulação de seus primeiros contatos no território, como se observa nos trechos de discurso:

“Nós entramos no território e não fizemos uma detecção de como era esse território [...]”. GF 1.

“[...] não teve esse momento do diagnóstico de área”. GF 1.

A partir do momento que a gente entrou no território a gente ficou muito jogado. Então, veio querendo, não sei se de certa forma, seguir à risca com a questão da Portaria. Aí quando você se depara com o território você vai ver que muitas coisas que tem na Portaria não se adequam... e será que é viável fazer esses trabalhos? E o entendimento da equipe que a gente vai trabalhar? GF 1

Nesses trechos de discurso, identificou-se que, no momento de inserção inicial, mediado pela gestão municipal para organizar os profissionais nos primeiros passos de seu novo mundo de trabalho, não houve territorialização, isto é, não houve a etapa de reconhecimento do espaço e da produção social, política, econômica e de saúde nele contida.

Um dos investigados expôs que a forma de exercer o trabalho passou a ser ordenado por uma Portaria (que regulamenta a ação do NASF), como consequência da ausência de conhecimento da realidade territorial que o cercava. Tal afirmação convida a refletir ao que está fortemente relacionado ao trabalho na Atenção Primária à Saúde: a importância do conhecimento do trabalhador sobre o território, como base para contextualizar a saúde no ambiente em que se dá o processo saúde-doença (AUGUSTO; ARAÚJO, 2011).

Milton Santos (1988) aborda o território como uma construção social, ou seja, uma construção humana em sociedade, que muda seu papel e sua posição a cada tempo histórico. Nos trechos relatados, foi possível perceber que as diretrizes e as normativas que constam na Portaria não dão conta de abarcar toda a complexidade do território, vivo e dinâmico, devido ao encontro com o mundo da vida real produzir uma série de questionamentos a respeito da

forma como exercer o trabalho.

Esta identificação foi feita a partir das afirmações dos pesquisados, as quais permitiram também constatar que a forma como foram inseridos trouxe consequências:

“A gente sentiu um pouco meio que angustiada, com aquele povo todinho (*os profissionais de Saúde da Família*) olhando pra gente, com desconfiança”. GF 1

“Logo quando a gente começou na comunidade, até alguns membros do Saúde da Família: ‘ - Vixe, mais uma coisa! Mais um negócio pra gente ter que ver, mais uma coisa que o governo vem e empurra pra gente, e quando é pra resolver não resolve’”. GF 1

“Quando a gente vai normalmente falar em alguma atividade em grupo dentro das Unidades e quando a gente se apresenta e diz que é do NASF chega tem aquela interrogação: onde é que fica? É uma coisa diferente?”. GF 2

De fato, a conjuntura relatada traz implicações: para os trabalhadores do NASF, que orientam sua postura a partir de seus conceitos, crenças e vivências, encontrando dificuldades em iniciar o trabalho com constituição de vínculo com outras equipes e usuários e alinhada à realidade territorial. Importante ressaltar que também para os profissionais de Saúde da Família houve um “estranhamento” inicial e desconhecimento do significado daquela nova equipe de saúde.

Apesar de tais dificuldades, alguns pesquisados também conseguiram identificar aspectos positivos ao afirmarem que a descoberta cotidiana do território, sem aprendizado prévio, eliminou uma visão preconcebida ou estereotipada do contexto que os cercava. Segundo os mesmos, isso possibilita conhecimentos que geram “persistência” e “resistência” perante as dificuldades e obstáculos encontrados, como denotam os trechos:

Assim, por um lado eu acho até positivo, tudo tem seu lado positivo, porque aí a gente vai aprendendo, vai aprendendo na persistência, a gente vai aprendendo a não desistir ali ‘ - Não, vamo nessa, vamo, vamo, vamo, vamo, vamo, vamo!’. Só não vamos mais quando não dá mesmo, mas aí a gente tá melhor pra gente transpor esses obstáculos. GF 1

“Fortalece, né... você vai sem resistência, porque você não vai com uma imagem preconcebida, aquela Unidade é assim, aquele território é *aculá* e aí você vai de peito aberto”.

GF 1

Não obstante os aspectos positivos e negativos, é imprescindível contextualizar a forma de inserção desses trabalhadores no território. O conhecimento sobre as condições sociais, ambientais, de saúde e doença da população adscrita, bem como sobre a rede de serviços que os cercavam deveriam ser condições *sine qua non* para evitar que chegassem inocentemente, de “peito aberto”, e diretamente para o trabalho assistencial.

De acordo com Oliveira e Furlan (2010), a territorialização constitui-se em produção importantíssima na aproximação entre equipe (ou entre equipes) e território, a qual norteia a intervenção em saúde, e deve se afastar, sobretudo, de um modelo naturalizado e totalizante de realidade.

Isso possibilita afirmar que a territorialização deve abarcar a soma de todos os elementos e processos que nele se encontram, isto é, características físicas, humanas, relações entre pessoas, políticas, etc. e não apenas o limite geográfico (RIBEIRO; AUGUSTO, 2011). O trabalho na Atenção Primária à Saúde, portanto, deve se afastar do modelo que ressalta a saúde e a doença, como acontecimentos unívocos, para ir em direção à incorporação dos elementos sociais e culturais, que permeia a vida das pessoas.

Além disto, o conhecimento *a priori* da realidade é essencial, mas não poderá ser estático, para que possa revelar a necessidade constante de observar as singularidades a cada tempo. Nesse sentido, a territorialização deveria ser o primeiro passo para fornecer subsídios aos profissionais do NASF a fim de que pudessem potencializar e ampliar a problematização de cada caso vivenciado na comunidade e com outras equipes de saúde, evitando o completo desconhecimento sobre o contexto territorial.

Nesta conjuntura, pode-se afirmar que a dificuldade inicial de compreensão do que significava aquela nova equipe, ou seja, “o que é” e “como pode ajudar” esteve relacionada a uma falha na mediação institucional, que propiciou a chance de conflito e desconhecimentos. A falha na mediação institucional refletiu a forma pela qual a gestão municipal organizou a inserção dos profissionais do NASF para iniciar o trabalho na Atenção Básica.

As constatações sobre a pouca estruturação na inserção do NASF representam os fatores impeditivos, em grande medida, de uma efetiva circulação de reciprocidades (trocas) e reconhecimento, ao início do novo trabalho. Somado a isso, é interessante perceber que a

obrigatoriedade de realizar apoio à Saúde da Família, *a priori*, por ocasião de sua própria fundamentação teórica, já colocava os profissionais do NASF em situação de “ter o que ofertar” e o Saúde da Família em “ter o que receber”. Como a necessidade de receber podia não ocorrer, o fator “ter o que ofertar” pode ter sido comprometido, interferindo, dessa forma, nas relações, com possibilidade de ocasionar conflitos. Isso explicaria, por exemplo, os estranhamentos na inserção do NASF a que um dos membros do grupo focal 1 (GF1) fez menção.

Entender tais pontos é buscar os mediadores que facilitam ou inibem a circulação de dádivas. Tal constatação requer compreender e identificar regras ou diretrizes institucionais da organização, gestão dos serviços e dinâmicas nos processos de trabalho, pontos mais bem explorados ao discutir as relações entre NASF e equipes Saúde da Família.

5.1.2 A relação do NASF com as equipes Saúde da Família

Findo o período de inserção inicial, os investigados relataram a ocorrência de mudanças gradativas. Pareceu haver consenso entre eles de que, a partir dos encontros no dia-a-dia de trabalho, houve aproximação entre profissionais, a qual possibilitou diluir alguns estranhamentos e desconhecimentos.

“Então, a gente vai aos poucos descobrindo as particularidades em cada Unidade, no dia-a-dia, na prática, como se diz ‘na tora’ [...], os detalhes que fazem diferença no trabalho”. GF 2

Quando a gente chegou teve algumas equipes (*de Saúde da Família*) que ‘pensou’ que a gente tava vindo pra fiscalizar, pra dar mais trabalho e não ver a gente como um apoio, de estar trabalhando junto, de dividir aquela angústia, que tem melhorado, não tá 100% ainda, mas... GF 2

“Mas tem melhorado, até isso é um caminho que a gente vai percorrendo passo a passo, tanto que a gente tinha equipe (*Saúde da Família*) muito resistente que a gente consegue quebrar, vai quebrando essa resistência”. GF 2

Tais falas retrataram que as práticas, as condutas e o processo de identificação das necessidades de saúde no território, mesmo que tenham ocorrido “na tora”, possibilitaram a ampliação dos canais de escuta e fala, abrindo espaço para a “quebra” de resistências,

potencializando o desenvolvimento de projetos comuns de intervenção. Isso significou uma aproximação entre trabalhadores que lhes permitiu perceber as potencialidades:

O NASF hoje tem um leque de atribuições que, com o passar do tempo, vai ficando mais claro pro Saúde da Família, mas no início foi muito difícil porque o NASF não é porta de entrada, a equipe de referência daquela comunidade sempre vai ser o Saúde da Família, e aí tem muitas equipes que têm dificuldade de entender isso, [...], aquela equipe multiprofissional tá aqui pra de alguma forma me apoiar, mas a referência é o Saúde da Família. GF 2

Além disto, a organização do processo de trabalho e a iniciativa ou busca em construir um trabalho conjunto foram pontos considerados colaboradores nessa aproximação:

É importante ter organização no NASF [...]. A gente (*profissional do NASF*) não vai dar assistência só àquela equipe (*apoiada*) que eu tenho boa relação ou só aquela equipe que demanda, e também a gente não vai estar cobrindo somente as demandas, mas a gente também tem que organizar, também tem que tá ofertando e se planejar, planejar as ações e atividades baseadas [...] no que aquele território tem, porque quem mais perde, que a gente já viu e falou aqui hoje, é o usuário. GF 2

“A ESF também tem que buscar, também tem que demandar, também tem que ir atrás”. GF 2

“E ao mesmo tempo o NASF tem que ofertar”. GF 2

O cenário apresentado nos trechos de discurso revelou que os encontros entre os profissionais, ao longo do tempo, possibilitaram trocas que abriram espaço para um trabalho mais dialógico. O espaço dos encontros (reuniões, atividades de saúde comuns) se tornou o lócus onde passaram a serem articuladas as negociações, as concessões, os conflitos e as mudanças. Assim, novos sentidos e significados ganharam vida, substituindo em grande medida os estranhamentos iniciais.

De acordo com Wagner (1979, p. 7): “Não há fase ou aspecto da consciência humana que surja de si e por si próprio; consciência é sempre consciência de alguma coisa. As formas de consciência estão ligadas ao conteúdo das experiências”. Assim, os relatos descritos revelaram que as mudanças ocorreram na medida em que os atores vivenciaram as interações, do que derivou a ressignificação dos papéis de cada um e daqueles exercidos por todos, como ilustrou o depoimento:

Ontem mesmo ouvi uma declaração no final da reunião que a médica faz com a comunidade, ela disse: ‘- Chegou o NASF... vou confessar a vocês que eu não acreditava muito nisso não, pensei que era mais uma coisa... agora não, agora a gente agradece e vê a importância de cada um dos membros dessa equipe, que ajuda muito a gente, ajuda muito a comunidade, no trabalho, no atendimento, nas ações...
GF 1

O profissional de Saúde da Família, ao referir a importância de cada membro da equipe NASF, após um período de “descrédito”, evidenciou o reconhecimento do trabalho exercido.

De acordo com Oliveira (2010b, p. 123), a demanda por reconhecimento pode ser entendida como um direito ou uma condição para o exercício pleno da cidadania e, ao possuir caráter dialógico, não pode ser expresso adequadamente no plano exclusivamente formal, exigindo, assim, “trocas substantivas de palavras ou gestos – símbolos em geral - que representem, aos olhos de ambos, manifestações mútuas de consideração e apreço”.

Entrelaçando a discussão de Oliveira (2010b) às palavras ditas pelo membro integrante do GF 1, percebe-se ter havido troca entre os envolvidos, que tornou concreto o reconhecimento. Para os profissionais do NASF, tal reconhecimento garantiu uma condição mais livre para o exercício do trabalho.

O tema do reconhecimento, sob a ótica da problemática da dádiva, representa um valor importante a ser evidenciado. A troca de conhecimentos gerou ações de saúde, a partir de tecnologias de cuidado compartilhadas, que propiciou um ambiente de construção de alianças e vínculos. A dádiva ou dom do reconhecimento, nesse caso, pode ser definido como a capacidade de perceber o outro como uma “extensão diferente e igualmente valorizada de si mesmo, o que implica ações sucessivas de inclusão, dignificação e liberação deste mesmo outro” (MARTINS, 2011, p. 42).

Em síntese, o contexto de inserção dos trabalhadores não propiciou que as interações ocorressem de uma forma clara para todos, dificultando a compreensão dos papéis a serem desenvolvidos. No entanto, a partir dos encontros no cotidiano de trabalho, algumas arestas foram aparadas. Dos diálogos nos grupos focais, emergiu a descoberta do valor no trabalho conjunto como explicação para o entendimento, como se verifica mais claramente nos trechos de discurso:

Não é só a questão de você estar trocando, estar agregando conhecimento, mas

também a questão de você estar dividindo a sobrecarga de trabalho mesmo, [...] às vezes a gente não sabe mesmo mais o que fazer, é o usuário que tá lá, que é crônico, e aí o que a gente faz? Aí chega uma equipe (NASF) que vem fazendo propostas novas, outras alternativas de intervenção e que acaba também aliviando a sobrecarga de trabalho. GF 2

[...] Pra mim o saber do NASF é um saber complementar.. eu sou uma pessoa ambiciosa, ambiciosa no sentido de pra mim qualquer conhecimento é ambição, e se eu tenho ambição, eu desejo troca. É assim, o paciente do PSF ele me sufoca, então se você tem alguém que você pode encaminhar aquilo ali se desafoga, então como é que você recusa uma coisa dessa? Dividir, exatamente. GF 2

De fato, este cenário demonstrou que a superação das resistências foi transformada a partir da construção de algo que era comum, isto é, a própria realização do cuidado à saúde da população. Foi a valorização deste “comum”, que ocorria em meio às atividades desenvolvidas conjuntamente entre as equipes de saúde, que as resistências converteram-se em conhecimento e reconhecimento.

Nessa perspectiva, Campos (2000) afirma que a produção do comum é a própria definição de um objeto de trabalho que “possibilite a articulação dos objetivos de investimentos dos atores envolvidos”. Assim, foi pela construção e produção do cuidado à saúde que novas afetividades surgiram nas relações e se abriu a possibilidade de estruturação das redes sociais entre trabalhadores, para orientar o trabalho em direção aos sujeitos demandantes da atenção e do cuidado.

É relevante ressaltar que as trocas de conhecimentos, caracterizadas pela articulação dos saberes dos núcleos e dos campos profissionais, acarretaram melhor compreensão dos papéis desempenhados, ampliação das ofertas terapêuticas e diminuição da sobrecarga de trabalho, temas que se configuram como pontos fundamentais para a produção dos projetos de saúde.

Na prática, essas trocas decorreram da abertura para negociação e inclusão do novo. O trabalho desenvolvido pelo NASF, com foco no que demanda e no que solicita as equipes de Saúde da Família, garantiu a modificação de um olhar que supervalorizou algumas diferenças iniciais, para outro, caracterizado pela valorização de novas práticas.

Outros depoimentos retratam essa modificação ocorrida a partir da inserção e do apoio do NASF no território:

“Todo esse tempo de convivência em PSF, essa é minha primeira experiência com o NASF

em PSF que dá certo. Tenho nenhum constrangimento em falar isso [...] tem sido muito interessante, muito interessante”. GF 2

“Essa integração só ajuda mais a essa responsabilidade ser compartilhada, tanto clínica [...], quanto a responsabilidade sanitária que é comum a todos”. GF 2

Indubitavelmente, tais relatos revelaram que o conjunto de trocas e o reconhecimento mútuo consistiram em mecanismos importantes para a construção de elos e vínculos entre os envolvidos no cuidado. Apesar dessa construção, foi a partir também das aproximações, segundo os entrevistados, que novos desafios surgiram. Uma reflexão colocada pelo investigado faz emergir esta questão:

“Como chegar até elas (*as equipes de Saúde da Família*)? como chegar até o médico sem que o médico seja ameaçado, de uma certa maneira, do lugar dele e como ele pode realmente dentro dessa parceria? [...]”. GF 2

A inovação no modelo de cuidado proposto pelo NASF, cujo referencial teórico-metodológico é o apoio matricial, fez surgir desafios na construção de uma integralidade no cuidado. Para o NASF, ter o que “ofertar”, enquanto “arsenal” terapêutico complementar ao saber ou saberes das equipes vinculadas, se configurou em desafio, mas, mais que isto, importou saber como eram estabelecidas as relações sem que o outro profissional fosse submetido ou subjugado.

A potência da troca de conhecimentos é inegável e foi reconhecida pela maior parte dos trabalhadores, porém, como destacam Campos e Domitti (2007, p. 404) “o trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado”. Implica em afirmar que a manutenção de uma esfera de solidariedade deve ser cultivada a cada encontro.

Os pesquisados, em seus relatos, demonstraram entendimento sobre as sutilezas que existiam nas interações, como também conseguiram identificar concomitantemente uma espécie de proteção e distanciamento por parte de alguns profissionais de Saúde da Família,

como se percebe no trecho de discurso:

Muitos profissionais realmente não entendem como é que eu posso estar fazendo junto, que tem que ser cada um no seu consultório, fazendo sua intervenção e se o paciente tem necessidade de um fono (*fonoaudiólogo*), tem que ir para o fono. ‘Por que é que eu tenho que tá fazendo junto com o fono?’ Não entende a riqueza dessa troca de saber, dessa troca de conhecimento porque acha que o saber é do profissional, é específico, é da categoria [...]. GF 2

O dar, receber e retribuir conhecimentos, se não é feito de forma livre e, ao mesmo tempo, obrigatória, pode assumir conformação de disputa que coloca em xeque a possibilidade de construção conjunta, uma vez que o apego à identidade de seu núcleo profissional, isto é, a especialidade, dificulta a abertura para a interação.

Os autores Campos e Domitti (2007, p. 405) afirmam que “as pessoas tendem a cristalizar-se em identidades reativas, que as induzem a desconfiar do outro e a defender-se de modo paranóico da concorrência alheia”, quando colocados em situações nas quais não estejam se sentindo implicados. Daí se depreende que a predisposição para trocar saberes não é algo que todos os profissionais necessariamente possuem. A essa imanência foram atribuídos depoimentos de reconhecimento e valorização, tal como o de um dos membros do GF 2, ao mesmo tempo em que houve situações de disputa por saberes e dificuldades de compartilhamento, as quais, referidas de forma velada, associaram a contrariedade ao dom da compreensão para com o outro, na prestação do cuidado.

O trecho de discurso ilustrou essa afirmação:

“[...] a gente também se depara com profissionais que não acreditam no trabalho da gente, que querem muita vezes dificultar o trabalho da gente, que não querem proporcionar na sua comunidade, na sua responsabilidade a entrada do NASF”. GF 1

Aliado a esse misto de valorizações e disputas, há que se considerar a existência de uma cultura institucional (da gestão e do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde), que não dispõe de métodos claros para propiciar um trabalho dialógico e interativo, inexistindo instâncias de mediação e espaços protegidos, por exemplo.

A identificação de fatores inibidores e colaboradores reforçou admitir que romper com

o modelo fragmentado dos saberes e práticas na saúde é apostar no trabalho compartilhado que vise à troca de conhecimento para melhoria da assistência à população. A lógica corporativista e individualista instituída e instituinte dificulta a realização dessas práticas, mas não as impede, conforme retratado nos grupos focais.

Propiciar o encontro significou ensejar possibilidades de reconstruções e reorganizações, considerando inclusive os conflitos existentes. Daí decorreu admitir que a lógica de modelo de atenção/cuidado, trazida a partir da incorporação do NASF na rede de saúde, colocou à mostra a necessidade de mudanças na organização da gestão e do trabalho em saúde.

A partir de condutas individuais, todos esses depoimentos demonstraram atitudes profissionais que operavam como dispositivos de mediação: ora propiciando campo para instalação de vínculos e respostas às necessidades de saúde – na medida em que oportunizavam condutas e permitiam vislumbrar possibilidades para além das usualmente ofertadas; ora colaborando na perpetuação de fragmentações e distanciamentos que impediam ou dificultavam a realização efetiva de projetos comuns de saúde.

O movimento de pensar e agir de trabalhadores na produção do cuidado em saúde repercute na forma como são organizadas as ofertas dos serviços para lidar com as necessidades de saúde da população. Considerando que as questões do processo de trabalho do NASF com as equipes vinculadas carecem de maior aprofundamento, buscou-se descrever e caracterizar melhor tanto a compreensão que os participantes possuíam quanto a suas formas de organização.

5.1.3 Compreendendo o apoio matricial desenvolvido pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Na perspectiva dos investigados, o apoio matricial realizado pelo NASF foi visto como uma possibilidade de ampliação do conhecimento e incorporação de saber que traduzia na prática melhoria da clínica e da assistência ao usuário, tal como expôs um participante do GF 2:

[...] quando eu pego uma informação (*do NASF*) eu não preciso mais que continue indo pro outro (*profissional*). A informação pode ser dada já por mim, isso é o matriciamento, isso é a troca de saber. A fono (*fonoaudióloga*) tem um saber que

pode me ajudar a melhorar minha clínica e a médica também tem esse saber que pode compartilhar em relação a família com a fono. Isso é uma troca riquíssima [...] isso é promoção também, isso ajuda a prevenir agravos futuros, ajuda inclusive a diagnosticar uma coisa que poderia ter sido diagnosticada há anos atrás e a pessoa já estaria em tratamento [...]. GF 2

Tal depoimento retratou que a incorporação do saber, a partir das trocas, pôde auxiliar a resolução de problemas de saúde da população. Este fato esteve atrelado, segundo os investigados, às limitações de cada profissional e à possibilidade de superação, com o suporte de outro profissional.

Vale ressaltar que, ao afirmar que o auxílio de outro trabalhador melhorava a “minha clínica”, o pesquisado pareceu demonstrar que as questões que envolviam a lógica corporativista e individualista da gestão do cuidado em saúde encontravam-se diluídas. De fato, houve clareza por parte de certos profissionais de que não era possível ter resolução para todos os casos a partir de seu próprio conhecimento, porém, isso não era generalizado. A sequência dos depoimentos colaborou com esta observação:

[...] o médico que vai trabalhar no PSF, [...] ele foi pra lá com uma formação específica, ele raramente tem uma formação generalista. E mesmo ele sendo um generalista ele tem suas deficiências porque a formação é deficiente, você não sabe de tudo, você não sabe de tudo. Então você vai pra ali fazer pré-natal, você vai atender criança, atender idoso, adulto, homem, mulher, você vai fazer tudo! Você vai ser reumato, dermatologista, otorrinolaringologista, oftalmologista, psicólogo, você vai ser tudo, vai ser padre, delegado, você vai ser tudo! Aí às vezes eu tô lá enrolada e chamo a farmacêutica [...] dou graças a Deus quando ela tá lá pra tirar uma dúvida minha sobre farmaco. Recorro pra ela, dou graças a Deus! Eu tiro várias dúvidas, preciso, claro que eu preciso, sem o menor constrangimento. Eu não sou obrigada a saber, porque a faculdade que me formou foi deficiente e ainda é até hoje. GF 2

Estar no território enquanto profissional de saúde exige habilidades e diversidades de saberes. O fato de “ser padre, delegado, reumato, dermatologista, otorrinolaringologista, etc.” e ter que dar conta de “tudo”, associado ao fato de uma formação “deficiente”, gerou nesta investigada o apreço por novos saberes, como possibilidade de agregar valor a sua prática clínica.

Embora tenha feito este relato, que corrobora o pensamento do pesquisado citado anteriormente, logo após sua fala, quase como numa interceptação, outro investigado deflagrou:

“A dificuldade é que nem todo mundo pensa como você... *(risos coletivos no grupo focal)*”.

GF 2

Tal assertiva, apoiada por vários outros participantes do grupo focal, remeteu à questão que da troca de saberes não ser algo que todos os profissionais necessariamente possuíam/desejariam, uma vez que há cristalizações que impedem o matriciamento, ou seja, as trocas para o agir em saúde.

Apesar disto, os relatos de resistências não apareceram em primeira pessoa nos grupos focais como depoimentos dos próprios pesquisados. Foram verbalizados sempre como algo percebido/sentido no cotidiano de trabalho, como se pode constatar nos trechos:

A gente escuta muito de alguns profissionais que: “- aí eu não quero fazer uma consulta compartilhada com o psicólogo porque eu não quero ser psicólogo, eu quero continuar sendo médico [...] eu quero continuar sendo enfermeira”. Então, ainda o entendimento de compartilhar o saber é muito... É “o meu saber, aquele é o saber do outro, aplique o seu saber no usuário e eu não quero saber do seu”. GF 2

À parte o fato de existirem relatos que “aceitam” ou não as trocas de saberes e o trabalho conjunto entre profissionais, o que se pôde constatar foi que todos os relatos traduziram o entendimento dos trabalhadores sobre o que seria o NASF e a proposta de seu formato de trabalho. O significado do apoio matricial para os investigados foi exposto, assim, como algo muito prático e concreto, passível de ser observado no dia-a-dia de trabalho.

Em relação ao apoio matricial eu acho que é de grande importância, porque não adianta a gente chegar, fazer e ficar trancado ali naquela sala só a gente e o paciente e não estar multiplicando isso, então assim quando mais a gente puder estar construindo matriciamentos pra estar multiplicando aquelas informações, fazendo consulta compartilhada, eu acho que dessa forma a gente ganha mais, assim... está expandindo conhecimento, tanto para o ACS quanto para os outros ‘profissionalismos’ superiores [...]. GF 1

[...] não é só a questão usuário-profissional. É o profissional do NASF com o profissional de Saúde da Família, NASF com a comunidade, o NASF com as diversas frentes, na promoção, na prevenção, na educação em saúde e até em alguma intervenção quando é ‘necessário’, uma intervenção clínica quando se faz necessário. GF 1

“[...] o agente de saúde está lá conhecendo a comunidade bem de perto, conhece sua área bem de perto, então pode oferecer subsídios pra gente do NASF também que poder nos ajudar no trabalho. Tanto do NASF pras ESF quanto da ESF pra gente”. GF 2

É possível identificar nos discursos não somente a compreensão do que seria o apoio matricial, mas também a diversidade de formas de realizar o trabalho que transitou entre o “fazer junto”, compartilhado, numa perspectiva integral e o distanciamento deste, que reforçou o fazer individualizado.

A capacidade de perceber ou não a possibilidade de incorporar novos saberes, por meio de outros profissionais e que essa incorporação não é unilateral, ou seja, exclusivamente do NASF em direção à equipe Saúde da Família foi a tônica importante que diferenciou a compreensão entre trabalhadores. Como ensina Oliveira (2010a, p. 276), o apoio matricial “implica-se com uma lógica multidirecional, de duplo ganho aos participantes do processo (ensinar e aprender)”. Por isso, é preciso considerar esses saberes diferentes como legítimos, cultivando uma relação respeitosa entre os profissionais.

Na lógica de modelo de atenção e cuidado proposto, portanto, a partir do NASF, o mais importante foi a disposição do compartilhamento desses saberes e práticas, de forma segura, de modo que cada trabalhador pôde ir enriquecendo os demais e se enriquecendo a partir dos demais.

Outro ponto interessante nos relatos foi sua semelhança com o que aborda Campos (2000), ao referir que o apoio matricial se configura como um arranjo de gestão do cuidado, pressupondo coletivos organizados em torno de um objeto comum de trabalho. Quando os investigados afirmaram que “é o profissional do NASF com o profissional de Saúde da Família, NASF com a comunidade, o NASF com as diversas frentes, na promoção, na prevenção, na educação em saúde” e também quando houve referência de que “está expandindo conhecimento”, demonstraram admitir a necessidade do coletivo organizado.

Outros elementos trazidos nos depoimentos também se aproximaram do exposto por Campos e Domitti (2007), ao considerarem que o apoio matricial objetiva assegurar retaguarda especializada, por meio de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, pressupondo uma gestão do cuidado que se organiza a partir de diretrizes que incluem: o diálogo, a corresponsabilização, a integração e o vínculo.

Em diversos momentos, ao longo do grupo focal, houve a verbalização, por exemplo, de que o NASF se configura como essa retaguarda especializada. Isto pôde ser identificado ao afirmarem sobre a possibilidade de realizar “quantas e quantas vezes” trabalhos conjuntos com profissionais das diferentes áreas de conhecimento (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, etc.). Para os pesquisados, o apoio matricial se traduziu em

diversas atividades no cotidiano dos serviços:

“O NASF faz... faz apoio especializado, faz atendimentos compartilhados que a gente consegue fazer com as equipes..., faz apoio técnico-pedagógico, um treinamento específico”.

GF 1

“[...] no apoio, no acolhimento... tem também atividades em grupo, visitas domiciliares, discussão de caso clínico [...]”. GF 1

“[...] a importância do NASF também pra tá fortalecendo esses dispositivos de acolhimento, de PTS e muita coisa começou a ser mais discutida e potencializada mesmo com a participação do NASF [...] um atendimento mais humanizado né...”. GF 1

Estas atividades, declararam os investigados, foram incorporadas a ações pré-existentes no território ou na própria Unidade Básica de Saúde:

Eu me lembro que antes do NASF o usuário achava que a reunião do hiperdia era só para renovar receita; hoje não, eles já vão e já sabem que vai uma nova perspectiva, um novo olhar, já sabe que aquele grupo ele vai pra aprender algo novo, vai ter um profissional, vai ter um tema, vai ter sempre alguma coisa nova ali. GF 2

“Quando a gente tá na puericultura, você fica querendo complementar com as orientações da fisio, da TO, da fono, porque você realmente consegue olhar pra aquele indivíduo como um todo e não só tocar dentro do seu núcleo (*profissional*)”. GF 2

Toda esta variedade de atividades descritas representaram inúmeras possibilidades de inserção do NASF no território, tanto para dar apoio às equipes vinculadas, quanto para auxiliá-los em sua atuação diretamente junto aos usuários.

De fato, o que se percebeu na análise mais global sobre a compreensão dos investigados acerca do que é e como se organiza o NASF foi certo consenso de que era uma metodologia de trabalho conjunta que possibilitava a realização de diversas atividades, com fins direcionados aos usuários.

Apesar de um entendimento mais homogêneo sobre o apoio matricial, um ponto pareceu bastante confuso nos grupos focais: a dicotomia sobre o significado do apoio

matricial e o atendimento clínico individual. Nos relatos da maioria dos pesquisados apareceu como se ambos fossem diferentes, caracterizando o matriciamento como algo que estaria mais relacionado com as dimensões pedagógicas, ao passo que o atendimento clínico individual foi interpretado como uma ação clínica e assistencial, direta do profissional do NASF ao sujeito demandante do cuidado. Seguem abaixo alguns relatos:

“Então assim, se você insiste em não atender e só apoiar, e também só atender sem apoiar é impossível no NASF, talvez a gente precise construir critérios pra poder realmente estabelecer quem a gente devia atender no NASF (...)”. GF 1

Sobre o atender, como tu falou, é um grande nó crítico, mas a gente também tem que perceber que o NASF não é tão engessado assim. Vai ter momentos que a gente vai atender, vai ter momentos que a gente vai trabalhar matriciamento, vai trabalhar atividades em grupo, então não vai ser sempre uma coisa só. Talvez seja criar critérios e a equipe perceber melhor o quanto vai pra cada ponto. GF 1

Somado a isso, houve o depoimento de que essa diferença entre apoiar e atender repercutia no usuário:

“[...] atenção secundária não tá funcionando, o cuidado com o paciente também, porque às vezes a gente chega pra apoiar, mas ele não quer aquilo porque tá esperando atendimento [...]”. GF 1

O que se deve destacar nessas falas foi o fato de os trabalhadores pontuarem que o apoio matricial não incluía o atendimento clínico individual ao usuário, ou seja, este tipo de assistência seria um complicador ou “nó crítico” no desenvolvimento do processo de trabalho. Sobre estas evidências, é importante resgatar o contido nas diretrizes de atuação do NASF:

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (BRASIL, 2009).

Existiu, desta forma, uma falsa dicotomia na colocação dos entrevistados. O apoio matricial consiste em um conjunto de atividade e ações de saúde no qual o fator mais importante não é necessariamente o tipo de atividade desenvolvida, mas a lógica nela incorporada. Exemplificando: é possível que um profissional do NASF atenda/consulte diversos usuários em caráter individual e isso se desdobre em discussões de casos que podem ser paradigmáticos para vários outros profissionais no território, constituindo os casos levados à discussão oportunidades de aperfeiçoamento dos processos educativos entre profissionais, com transmissão de conhecimentos.

Para tanto, é preciso elaborar estratégias conjuntas de organização das necessidades e demandas de saúde, presentes no território, especialmente para os profissionais do NASF que possuem mais de uma equipe de Saúde da Família vinculada.

A necessária organização poderá focar questões tais como: quais casos ou situações realmente precisam de uma retaguarda especializada no âmbito da própria atenção básica; como deverão ser organizadas as agendas; quais serão as atividades desenvolvidas; o que de fato é necessidade e demanda para o NASF e o que não é, dentre outros temas. Arelada a tais considerações, é imprescindível que os profissionais reflitam sobre a utilização mais racional possível dos recursos disponíveis, caso contrário, corre-se o risco de instaurar um modelo de atenção e cuidado perverso, que alimenta a lógica de consumo excessivo de produtos e de assistências na saúde, muitas vezes desnecessário.

É fundamental reconhecer a potencialidade do que foi abordado nos grupos focais sobre o conjunto de ações desenvolvidas, as formas de compreensão do que era e como se organizava o NASF, entretanto, fez-se necessário também aprofundar a contextualização das possíveis consequências na introdução do NASF junto às equipes de Saúde da Família.

Questões como o aumento da resolutividade clínica, a ampliação das capacidades terapêuticas de cada profissional, o direcionamento das ofertas e ações de saúde respeitando singularidades e necessidades do território têm abordagem essencial. Essa importância justifica-se por não haver necessariamente uma garantia de que a atuação multiprofissional, por si só, possa dar conta de reconfigurar a lógica do modelo de atenção existente, superando suas características de hierarquização e fragmentação.

No decorrer dos grupos focais, algumas afirmações possibilitaram adentrar nessa reflexão, demonstrando, inclusive, possíveis consequências ou repercussões para os sujeitos que demandavam atenção e cuidado. O pesquisado ao referir que um usuário disse estar

“agindo diferente” e que a “vida tá melhor”, após uma intervenção realizada pelos trabalhadores, pareceu demonstrar que este fato estava relacionado à inserção do NASF. Segue a argumentação extraída do trecho do discurso:

“A gente chega na pessoa e dá orientações e ‘ - poxa vida, doutora, obrigada! Comecei a fazer aquela atividade, fiz aquilo que a senhora me falou e eu estou agindo diferente, minha vida tá melhor, tá diferente!’”. GF 1

A consequência trazida por uma lógica que agrega diálogo e, portanto, escuta, pareceu soar como algo a mais no “fazer saúde” no território. A percepção de que novos elementos foram trazidos para refletir as formas de trabalho e de realizar cuidado à população (e quiçá agir diferente) foi muitas vezes evidenciada:

O NASF traz justamente esse cuidado diferente, realmente eu acho que ele traz um querer mudar o cuidado ao paciente, a querer discutir o que vem a ser realmente a saúde, porque aí a gente busca esse conceito de saúde bem amplo, e aí a gente tenta querer mostrar, ou tentar até despertar tanto ao (*outro*) profissional quanto ao cidadão, ao usuário, o que vem a ser realmente a saúde. GF 1

Segundo o pesquisado, o cuidado que estava relacionado ao “conceito de saúde bem amplo”, incluiu o outro (seja profissional ou usuário) como elemento fundamental, possibilitou despertar que a saúde é algo a mais, ou seja, trouxe à tona a necessidade de revisão de premissas arraigadas no cotidiano dos trabalhadores, e não apenas desses, mas também daqueles que demandavam o cuidado.

A percepção desse investigado resgatou a forma pela qual o objetivo primário do trabalho em saúde passava pela co-construção da autonomia do outro. Gastão Campos e Rosana Onocko (CAMPOS; CAMPOS, 2009), ao debaterem sobre clínica ampliada, afirmam que a ampliação do objeto de trabalho inclui a doença e o problema de saúde, encarnadas em sujeitos (seja indivíduo ou coletividade).

Tal assertiva associa a existência do NASF e de sua proposta de interação e organização com outros profissionais de Saúde da Família, ao conceito da clínica ampliada, do que decorre a pertinência de admiti-la como conceito norteador das ações, que não reduz

os usuários a um recorte diagnóstico ou por áreas profissionais, mas os admite como uma ferramenta/dispositivo para que os profissionais e gestores dos serviços de saúde possam enxergar e atuar na clínica, para além dos fragmentos, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Outro relato é exemplar neste mesmo sentido:

A gente se acostumou em tentar atender e tem que ter o resultado imediato. O paciente ele vai pra nutricionista e espera a dieta, vai pro médico e espera a medicação, vai pro psicólogo e espera o resultado, como vai pro fisio e pra todos os outros profissionais. Mas se a gente busca esse atender de um olhar diferente... porque o que eu vejo muito falar é que os profissionais nem olham mais pro usuário.
GF 1

A forma de executar o trabalho em saúde, trazida pelo NASF junto às equipes Saúde da Família, possibilitou tensionar os trabalhadores sobre o modelo de atenção e cuidado. Ao mesmo tempo, os colocou no centro das possibilidades de mudanças deslocando as práticas fragmentadas, individualizadas e corporativistas para outras práticas mais compartilhadas, dialógicas e interativas.

Para tanto, como ensina Minayo (2009 p. 96), há a exigência do exercício de um olhar diferenciado que “ilumina aquele ponto cego da visão unidimensional, fazendo-o enxergar as interações; subverte a mente compartimentalizada, buscando fazer as diferenças e oposições se comunicarem, e modifica a prática antiga que só valoriza regularidades e normas”.

No exercício diário do trabalho em saúde, as mudanças só ocorrerão quando houver, não apenas compreensão de que é possível superar lógicas restritivas e individualistas, mas a incorporação dessa máxima no sujeito que se propõe realizar o cuidado em saúde. Isso perpassa pela compreensão, inclusive, de que a existência da equipe multiprofissional tem a perspectiva de colaborar no aprimoramento/adequação do modelo de saúde e não continuidade ou reafirmação do mesmo.

Considerando esse olhar diferenciado e a possibilidade de execução de práticas de saúde também diferenciadas, puderam ser constatados, em diversos momentos dos grupos focais, relatos de consequências práticas no cotidiano dos serviços, que estavam bastante relacionadas, por exemplo, à ampliação do acesso aos serviços e à resolução no âmbito da atenção básica:

A gente tinha, sempre teve no Recife uma dificuldade muito grande de [...] fazer uma marcação fora (*outros pontos de atenção da rede de saúde*), principalmente o grupo infantil, uma dificuldade tremenda, tremenda. Fono, nutricionista, psicólogo pra Policlínica, pense num sofrimento! O pessoal entrava numa lista de espera, um ano, dois anos e não conseguia. Então, apesar das dificuldades, esse pessoal tá sendo acompanhado [...]. GF 2

“Hoje o usuário tem acesso de alguma forma muito maior a essas categorias de profissionais do que quando não existia o NASF, então só vem de fato potencializar o território”. GF 2

O pessoal do NASF tem feito isso muito bem, porque complicado a demanda que a gente tinha muito pra fora, de policlínicas, e coisa que a gente via que podia ser resolvida na unidade (*Unidade Básica de Saúde*) justamente só com algumas orientações, reduzir, só com algumas orientações. GF 2

O âmbito das relações é o *lócus* onde tudo acontece e é onde tudo pode ser modificado. Na micropolítica dos encontros entre trabalhadores, disputas e tensionamentos sempre irão existir, porém é preciso, cada vez mais, identificar os pontos de conflitos e os pontos que possibilitam resolver os conflitos para ir remodelando, a cada tempo, as práticas desenvolvidas.

Há deficiências na formação em saúde, há disputa de categorias profissionais, como também há a subjetividade envolvida. A tríplice e paradoxal obrigação de dar, receber e retribuir conhecimentos, gestos, palavras e olhares é algo a ser cultivado por cada um e todos, em cada local que se encontrem. Tal assertiva implica dizer que, entre trabalhadores, há que se encontrarem mediadores que facilitem a circulação de trocas e reciprocidades. A título de exemplo, é pertinente admitir a essencialidade de indivíduos que demonstrem, a partir do ato em si, que é possível atuar de forma diferente, conjunta, compartilhando saber e; no âmbito da gestão estabelecer mecanismos que propiciem os encontros e que forneçam subsídios ao trabalho, por meio de insumos, materiais e organização dos espaços.

Apesar de as condutas/reflexões individuais relatadas durante os grupos focais possuírem caráter indubitavelmente importante, enquanto atitudes mediadoras e representarem um avanço significativo da produção do cuidado em saúde, por si só eram insuficientes para fazer valer uma reconversão global nos processos de trabalho na Atenção Básica.

Houve diversas afirmações concretas e ideológicas (demonstradas ao longo deste texto) de que é possível promover mudanças a partir de uma lógica de trabalho que valoriza as relações, os encontros, o diálogo e os sujeitos. No entanto tantos outros relatos demonstraram

que, na prática e no cotidiano dos serviços, muitas questões ainda põem em xeque o desenvolvimento do trabalho com características mais colaborativas, especialmente porque questões orgânicas ou estruturais da Atenção Básica brasileira carecem de outras tecnologias e investimentos.

Já abordados os temas referentes à relação entre profissionais, à compreensão sobre os NASF e sua organização, é preciso refletir sobre alguns desafios da organização das equipes NASF, seus entraves e limites, bem como os “efeitos colaterais” a que são submetidos como consequência de questões estruturais/orgânicas existentes na própria Atenção Básica.

5.1.4 O desafio da organização das equipes NASF

Esse tema emergiu dos discursos dos participantes, ao longo dos grupos focais, quando lhes foi questionada a organização das equipes do NASF, denotando claramente o consenso quanto à necessidade de uma reflexão crítica dos desafios encontrados. Ao referirem que o NASF se tornou uma “tábua de salvação” e ao fazerem alusão às “Organizações Tabajara”⁶, suscitaram questionamentos fundamentais sobre o limite de atuação, as demandas que lhes chegavam e a forma de atuação diante da quantidade delas.

“ - Ah, o NASF veio, com o NASF a gente vai fazer, o NASF...’, então virou quase um ‘TABAJARA: SEUS PROBLEMAS ACABARAM’, virou praticamente isso, o ‘NASF é a tábua de salvação’”. GF 1

“Pode tudo, pode tudo, pode tanto, e aí como é que é?”. GF 1

“Até onde vai o papel do profissional do NASF?”. GF 1

A afirmação de que o NASF “pode tudo” foi, em verdade, a assunção de que os limites de atuação não estavam bem estabelecidos. Os trechos de discurso denotavam também que a própria equipe do NASF não estabelecia limites do que havia como possibilidade de atuação, ou mesmo das dificuldades/entraves/ausência na rede de serviços de saúde para que captassem as demandas. Desta forma, acabavam por recebê-las em grande quantidade,

⁶ Alusão ao nome de uma loja de um quadro humorístico satírico televisivo de grande aceitação, na qual todos os problemas podiam ser resolvidos.

indicando, dentre outras possíveis interpretações, que podiam se configurar como o único local na rede de serviços com disponibilidade de determinados especialistas.

Tais verbalizações, ricas em simbolismo, permitem afirmar que a revisão de práticas e condutas deveria estar ligada ao processo de identificação das questões relacionadas à quantidade e à pertinência das demandas, às condições de infraestrutura na própria Atenção Básica, à existência ou não de retaguarda especializada em outro ponto de atenção da rede de saúde, bem como à capacidade de a equipe NASF absorver e dar conta da demanda, dentre outras possibilidades de interpretação.

No entanto importante destacar que grande parte das dificuldades ou desafios que repercutiam ou incidiam na atuação do NASF não eram novidades no contexto da Atenção Básica. Os próprios pesquisadores fizeram esta observação:

Todos esses problemas que o NASF tem trazido à tona eles tavam meio que adormecidos pela ESF. Não dá conta, são muitos usuários, muitas famílias por cada equipe, e quando o NASF chegou ele trouxe à tona todos esses problemas que tavam ali dormindo e aí o volume é muito grande [...]. GF 2

“[...] esbarra numa dificuldade na parte secundária, esbarra até mesmo com relação à ESF, [...]. A própria questão da dinâmica de trabalho do NASF mesmo, a concatenação de ações, de ver se o equilíbrio do atendimento, do acolher, do receber...”. GF 1

[...] você fala que consegue trabalhar com o NASF de uma forma que dá certo mas tem os seus entraves, os seus nós, porque a gente não consegue ter os avanços paralelos na questão da estrutura física, na questão da aquisição de materiais pra gente ter um desenvolvimento melhor do trabalho[...] GF 2.

[...] assim, nas Unidades, as dificuldades, a quantidade de demanda, a dificuldade com salas, o acolhimento às vezes tem várias pessoas na sala, tá o residente, tá o médico, tem enfermeira, quer que o NASF participe... Com relação à sala de apoio da gente não tem um telefone, não tem internet, chegou um computador a internet tem dia que pega, tem dia que não pega... Então o NASF é realmente itinerante, a gente não tem um ponto de apoio, assim existe ali que o NASF tem, mas não é um local adequado pra gente. GF 1

As problemáticas que envolviam a atuação dos profissionais estavam relacionadas à estruturação dos serviços, tanto da estratégia Saúde da Família quanto da Atenção Básica, e, também, da rede de serviços de média e alta complexidade. Todavia esses não eram os únicos fatores restritivos, como se verificou a partir de outros depoimentos que detalharam um pouco mais a situação:

“ - Ah, eu não consegui resolver isso, toma que agora é teu NASF’. Não. Não é ‘teu NASF’, é de todos!” GF 2

“ - Encaminha pro NASF’. O NASF se transforma em salvador da pátria”. GF 1

“Essa é minha angústia do NASF, porque ele veio pra fazer tudo e termina sem fazer nada porque pode fazer tudo. Aí o NASF tem a potencialidade de fazer tudo, mas quais serão as prioridades da atuação do NASF?”. GF 1

A partir do conjunto das falas, foi possível desvendar a existência de sobrecarga de famílias e usuários vinculados, dificuldade de encaminhamentos para outras especialidades e, inclusive, muitas vezes uma desresponsabilização da própria estratégia Saúde da Família na coordenação compartilhada do cuidado dos sujeitos que demandam cuidados. Tal arsenal de dificuldades trazia implicações aos sujeitos trabalhadores, tal como expressou um investigado, ao verbalizar sua queixa:

O NASF vem para apoiar, para fortalecer, pra ajudar a resolver os problemas e nem sempre o NASF dá conta de resolver tudo, de conseguir fazer tudo. E a própria frustração que a gente escuta do profissional, de nem conseguir dá conta e de algumas vezes não ser tão entendido pelo outro ou pela própria equipe. GF 2

“Mas sobre as dificuldades, só pra lembrar, acho que a dificuldade da gente de maior problema realmente é quantidade de equipes (*vinculadas ao NASF*), que dificulta muitas vezes o nosso trabalho”. GF 1

A leitura desses depoimentos, considerando-os componentes do conjunto maior de discursos livres e complementares integrantes desta temática, permitiu entender que o desafio da organização do NASF exigia dois movimentos dos trabalhadores: um olhar interno, isto é, para o processo de trabalho da própria equipe de apoio matricial (incluída a relação com a estratégia Saúde da Família) e outro olhar para a realidade em que a Atenção Básica estava inserida, ou seja, o contexto municipal em que se encontrava.

Esse duplo movimento pode permitir singularizar dificuldades/problemas passíveis de resolução por meio da reestruturação das práticas diárias, como também permitiu identificar fatores externos que demandavam outros tipos de atitudes dos trabalhadores, dentre os quais

exemplificam-se: discussão com gestores municipais sobre regras, fluxos e número de vagas de encaminhamentos para especialistas de outros pontos da rede, aquisição de materiais e equipamentos, reestruturação da quantidade de equipes vinculadas ao NASF, quantidade de famílias adscritas no território, etc.

De fato, como comprovam Gérvas e Fernández (2012), na Atenção Básica brasileira há a manutenção de algumas dificuldades que perpassam a falta de desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico, a dificuldade na execução da clínica que inclui ênfase na visão preventiva e pouco curativa, bem como um excesso de encaminhamentos aos especialistas, etc.

Apesar de tais fatores estarem relacionados, Campos et al. (2010) analisam que o enfrentamento das dificuldades estruturais e políticas não se vislumbram no horizonte imediato. Além disto, consideram que o discurso oficial é acrítico e admitem que os problemas seriam decorrentes da falta de estratégia Saúde da Família e, não necessariamente em sua concepção, desenho, insumos e estruturas.

A leitura crítica da situação posta pelos pesquisados permite afirmar que, com a chegada de novas equipes no território, como a do NASF, várias demandas reprimidas passam a ganhar visibilidade. Inicialmente, isso pode gerar um volume ainda maior de necessidades de atendimentos que precisam de fluxos organizados na rede de atenção para acolhê-las. Pelo que se observa nos relatos, entretanto, é que não havia necessariamente essa reorganização, do que decorreu incidir, assim, no NASF, uma sobrecarga de demandas.

Na análise geral deste cenário, é possível sintetizar que os fatores externos (isto é, relacionados à gestão da Atenção Básica) contribuem para a geração e perpetuação de conflitos no âmbito das relações entre trabalhadores. Isto ocorre na medida em que direcionam para eles a responsabilidade de “em ato” terem que resolver questões de saúde da população sem, muitas vezes, a garantia de questões estruturais importantes.

Ainda nesta análise, é possível afirmar que coexistem fatores da interação entre equipes NASF e Saúde da Família que não estão adequadamente negociados e pactuados, tais como: quais casos serão compartilhados, qual demanda é possível ou não de seguir para a equipe de apoio matricial, como se dá a pertinência dos casos, como se organiza a agenda, etc. Tais aspectos são chaves para evitar tanto a desresponsabilização pelo cuidado compartilhado e longitudinal, quanto a perpetuação de mecanismos desimplicados de encaminhamentos na rede de saúde.

Campos e Domitti (2007) assinalam que há obstáculos na maneira como as organizações vêm se estruturando, que conspiram contra esse modo interdisciplinar e dialógico de operar. Segundo eles, tais obstáculos precisam ser conhecidos, analisados e, sempre que possível, removidos ou enfraquecidos, para que seja possível trabalhar com base em equipe interdisciplinar e sistemas de co-gestão.

A análise abordada por esta pesquisa inclui estes diferentes aspectos dos desafios da organização do NASF, porque o cuidado em saúde não deve ser entendido exclusivamente como um nível ou ponto de atenção no sistema, mas como uma ação integral, que tem significado e sentidos voltados para a compreensão da saúde como um direito de ser (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Tais reflexões, portanto, permitem afirmar, à luz da teoria da dádiva, que se bloqueava o sistema de trocas de solidariedade nas relações humanas quando os trabalhadores eram expostos a situações em que detinham pouca ou nenhuma governabilidade para modificar a realidade. Isso gerava consequências reais nos mecanismos de interação entre os trabalhadores.

O planejamento institucional, que não produz mecanismos de cooperação, pode gerar uma individualização por parte dos profissionais, fazendo com que eles se dividam e se preocupem apenas com a parte atinente ao seu “fazer”, fragmentando, dessa feita, o trabalho e a proposta do apoio matricial na Atenção Básica. Na medida em que os profissionais não assumiam o compromisso coletivo, não imperava a lógica da dádiva, e a regra, que devia servir para beneficiar o serviço e qualificar o vínculo, passava a ser utilizada como um empecilho, um entrave na circulação da solidariedade em direção ao cuidado em saúde.

Pontuadas algumas questões basilares que necessitavam de reajuste e reorganização, buscou-se discutir outros aspectos estruturais da gestão, a partir da perspectiva dos pesquisados, na gestão do modelo de atenção proposto, procurando identificar pontos integradores ou inibidores da construção de redes sociais e vínculos entre trabalhadores.

5.2 O NASF E O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE - “RECIFE EM DEFESA DA VIDA”

Como referido no marco teórico, a implantação dos NASF nos territórios ocorreu a partir da implantação do modelo de atenção “Recife em Defesa da Vida”, proposto pela

Secretaria Municipal de Saúde.

Este modelo, inspirado em diretrizes de co-gestão e clínica ampliada, inaugurou no território municipal um conjunto de ações e dispositivos, paralelos à implantação do NASF, tais como: apoio institucional, acolhimento, estratégias de educação em saúde voltadas para construção de projetos terapêuticos singulares, dentre outros.

Sobre este modelo de atenção à saúde, a percepção dos pesquisados englobou reflexões sobre: a) a inserção do NASF como forma de concretizar os diversos dispositivos operacionais, éticos e políticos; b) o modelo como integrador e norteador de ações, que acarretava como consequência uma direção mais uniforme para o trabalho das equipes e; c) a existência de certa lógica de cuidado que implicava em escuta e inclusão dos usuários.

Além destes aspectos, alguns pesquisados também questionavam a dimensão e o tamanho da proposta do modelo, além de pontuarem que muitas vezes se configurava mais como uma propaganda ou slogan governamental do que a implementação efetiva de modelo assistencial.

Para organizar a discussão dessa diversidade de aspectos presentes nas falas dos pesquisados, optou-se por dicotimizá-la no modelo de atenção à saúde, como orientador e integrador de equipes, e nos processos de inclusão dos indivíduos que demandam cuidados na Atenção Básica.

5.2.1 O modelo de atenção à saúde como orientador de ações e integrador das equipes

Foi possível observar nos grupos focais que a inserção do NASF gerou maior concretude para os trabalhadores sobre o que estava sendo pensando e debatido, enquanto modelo de atenção à saúde. O relato a seguir transmite isso:

Eu percebi que com a chegada do NASF ele veio fortalecer o modelo (*de atenção*) com os dispositivos e aí tornou mais próximo, mais concreto, essa discussão que ainda tava um pouco meio que teórica [...]. Então, quando eles (*profissionais do NASF*) chegam trazendo os dispositivos, não só falando deles mas pondo em prática, tentando colocar e fazer tanto o atendimento compartilhado quanto a questão do acolhimento de uma forma mais concreta, isso se tornou mais real, mais próximo do território. Então isso é um ganho, acho que é uma forma de estar fortalecendo também o modelo que tá sendo preconizado, de forma concreta. GF 2

O membro do grupo focal 2 ao afirmar que ações como atendimento compartilhado,

acolhimento tornaram reais as discussões “teóricas”, admitiu visualizar, em termos práticos, algumas mudanças que passaram a ser operadas a partir da inserção do NASF. É possível, assim, em uma primeira abordagem, afirmar que a vivência profissional permeou a transformação efetiva do NASF de estatuto jurídico em uma concepção ativa, política e viva, possibilitando a reconstrução e o aprofundamento da cidadania dos próprios profissionais, na medida em que passaram a refletir sobre a dimensão do seu “fazer” como compromisso social, tal como afirma Chanial (2004).

É relevante pontuar também que a fala do pesquisado estava permeada da teoria da dádiva, quando afirma ter percebido um ganho advindo do compartilhamento do atendimento, da observação da prática do matriciamento, que lhe fora ensejado por um membro do NASF. Dessa feita, em ambas as situações o NASF, ainda que comportasse desafios e falhas, mostrava-se válido enquanto processo de permitir aos cidadãos a reconceitualização da sociedade como fato social complexo, total (MAUSS, 2003).

Tais constatações parecem apontar para o cumprimento do objetivo da gestão municipal quando considerou o NASF como um ponto fundamental para operacionalização e de uma determinada lógica de atuação, lógica esta que possibilitou a multiplicação de alguns dispositivos operacionais do modelo em Defesa da Vida, nas equipes responsáveis pelo cuidado de saúde. Dentre esses dispositivos, foi exatamente a possibilidade de integração das equipes, a partir da realização de ações ou atividades de saúde que passaram a ser operadas em conjunto, que se tornaram o âmago das trocas de saberes, conforme relataram os investigados.

Ter um modelo de atenção em gestão ajuda de alguma forma a integrar a equipe NASF e a ESF, porque são dispositivos trabalhados por ambas as equipes e é como se de alguma forma esses dispositivos ajudassem com que as duas equipes tivessem sempre trabalhando com o mesmo objetivo. Por exemplo, acolhimento, quando o Saúde da Família tá discutindo acolhimento o NASF tá sempre presente, sempre tentando se inserir de alguma forma, seja na sala de espera, seja na consulta compartilhada, o próprio projeto terapêutico singular [...]. GF 2

“Eu acho que o modelo é um associador para que você faça um bom trabalho dentro da comunidade”. GF 1

“O modelo ajuda de alguma forma a fazer essa integração entre as equipes no território pra um mesmo objetivo comum que seriam os usuários no serviço de saúde, cidadania na saúde”.

GF 1

As ações realizadas pareceram, assim, direcionar os trabalhadores para um mesmo caminho: em direção e em favor dos usuários. A consequência da integração e articulação garantiu, assim, certa “uniformização” do que a gestão municipal pretendeu para o conjunto de trabalhadores da saúde no território. O modelo de atenção acabou representando essa espécie de “liga”, que deu sentido e direcionamento no trabalho, conforme ilustraram as falas:

São vinte equipes NASF no território imenso que é esse grande centro urbano que é Recife, em seis distritos sanitários distintos. Se dentro da própria equipe cada um tem seu entendimento do que é o NASF, imagine cada distrito sanitário que foi implantado em momentos diferentes. Então ter essa pessoa que tem esse olhar e que passa essa liga, quer seja nas reuniões com categoria, quer seja indo pra o território, em reunião de equipe por equipe, pra estar vendo essa singularidade, essas dificuldades de cada um, eu acho que ajudou também a encontrar um norte. Acho que hoje o NASF está menos perdido do que no início, que é normal, tudo é processual. GF 2

“Realmente o grande potencial foi a gente conseguir uniformizar muitas coisas no município”. GF 2

Quando o pesquisado referiu que a existência de uma gerência possibilitou diminuir as diferenças de entendimento sobre o NASF entre os distritos sanitários, permite perceber a potencialidade integradora do modelo de atenção, quando colocado em debate direto com os sujeitos que o operacionalizavam, como também que tanto o NASF quanto os próprios gestores eram importantes operadores ou mesmo indutores do modelo de atenção à saúde proposto.

A análise dessa conjuntura possibilitou captar e descrever que tal forma de operacionalização promoveu geração de vínculo e inclusão de novos atores na gestão pública de saúde. Neste espaço, portanto, a solução das dificuldades encontradas representou pela reestruturação das formas como se organizavam não só os trabalhadores, mas também a gestão. Eram distensionadas as disputas de poderes no campo científico, ao longo do desenvolvimento do cuidar saúde, para emergirem vínculos, trocas e compartilhamento, ou seja, co-responsabilização, como se observa na fala de um pesquisado:

Sobrecarga das ESF's, a própria dinâmica das ESF's, a cobertura do território e seus diversos problemas, a busca de soluções. Então a coordenação geral do NASF veio tentar diminuir isso, ajudar nessa dinâmica, mas ainda assim a gente percebe a

necessidade de se ter uma coordenação específica para o NASF, em cada distrito pelo menos. GF 1

E as reuniões de categoria (*de cada categoria profissional do NASF*) serviram muito até pra gente trocar experiências mesmo dentro de uma angústia, chegava outra (*profissional do NASF*) de outro distrito sanitário, tinha alguma coisa semelhante e aí se trocava solução em conjunto [...]. GF 1

Integrantes dos grupos focais detectaram dificuldades e sugeriram possibilidades de mudanças. Reafirmaram que uma estrutura de gestão mais próxima podia auxiliar na diluição de diversos impasses e problemas detectados. Essa proximidade contribuiu para ampliar o espaço de interações baseadas no risco e na liberdade de relacionamentos, respeitando as premissas do NASF, configurando-se, assim, em agente facilitador de dádivas e de humanização, um requisito central, este último.

Outro ponto trazido nos grupos focais foi a lógica de cuidado que atravessou o debate do modelo de atenção em Defesa da Vida, a qual funcionava como um fator facilitador para agregar os coletivos nas atividades desenvolvidas, já que traziam a clínica ampliada, a cogestão, a ambiência e a valorização do trabalho como conduta essencial ao cuidado (BRASIL, 2009).

Aprofundando a análise dos discursos dos participantes no tocante à gestão do NASF, identificou-se um ponto de convergência interessante entre a teoria da dádiva e a humanização do setor saúde, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Ao incentivar e permear o diálogo, na busca de soluções para as demandas, gerentes e trabalhadores passaram a inventar estratégias nas relações interpessoais do dia-a-dia, que contribuíram para a dignificação e significação da vida deles no trabalho.

O “fazer” saúde converteu-se, em muitos casos, no reconhecimento das diferenças, no diálogo construtivo, no respeito ao outro e a si mesmo, numa forma de trabalho que, ao excluir o individualismo, rompeu com o isolamento em que se encontravam todos os profissionais, para nutrir o dom do dar, receber e retribuir, portanto concorde com a teoria da dádiva. A mudança foi de tal sorte significativa, que todos os participantes, de uma forma ou outra, verbalizaram essa constatação como “humanização” nas relações.

Na análise mais geral, pode-se dizer que a responsabilização compartilhada pela construção de um determinado modelo pode propiciar espaço para construção da cidadania, que se dá a partir de um coletivo organizado (HONNETH, 2003). Cabe a cada indivíduo (em parte, como será visto mais adiante), portanto, a disposição para entrar na construção coletiva

e realizar mudanças, isto é, entrar no circuito das trocas e geração de dádivas.

Para alguns indivíduos envolvidos na construção do modelo em Defesa da Vida isto poderia representar o movimento em direção a uma mudança nas práticas no dia-a-dia da saúde:

O profissional de saúde não tem que atender, ele tem que receber, tem que escutar, tem que olhar pro paciente de uma forma um pouco mais diferenciada, como pessoa que ele é, que ele tem seus problemas, tem suas particularidades... até acho engraçado que com o NASF, que eu fui profissional de saúde e tive minha primeira experiência dentro do NASF, como pessoa como você muda e como você cresce... você olhar pra um obeso e você dizer que vai passar uma dieta, que vai pra casa e vai comer isso de manhã, de tarde e de noite, e aí você não olhar pra aquela obeso e dizer assim: por que ele é obeso? O que é que levou a vida dele a se tornar daquela forma? Lógico que tem toda a questão clínica, fisiológica, mas também tem uma questão de vida e aí eu acho é isso... GF 1

O depoimento pessoal desta pesquisada retratou que a atuação no NASF modificou, inclusive, sua vida e possibilitou rever as práticas que vinha desenvolvendo. Quando discorreu sobre o cuidado ao paciente obeso e percebeu que para além das condições fisiológicas e clínicas havia a “questão da vida”, reconheceu a existência de outros fatores relacionados, implicando em considerar ou reconsiderar que o cuidado atribuído deve valorizar todos estes fatores. Este olhar “diferenciado” parece estar atrelado, portanto, a uma forma de cuidado que inclui o outro, ou seja, que reconhece sua individualidade, sua condição de partícipe do processo de produção de saúde. .

Neste sentido, em outro depoimento no grupo focal, houve referencia de a discussão do cuidado atravessar o modelo de atenção proposto, estando, portanto, atrelado ao debate da humanização na saúde. Daí decorre considerar a adequabilidade do entendimento da participante de que é apenas a partir da compreensão das pessoas que nele trabalham que poderá haver mudanças:

“Acho que existe muito essa discussão... do que é humanizar? Porque o modelo ele tá totalmente voltado pra questão do HumanizaSUS. Então eu acho que ainda vai [...] a questão do entendimento das pessoas que trabalham”. GF 1

Na construção de um modelo que propõe organizar-se a partir de coletivos é fundamental a construção de alianças e redes sociais (MARTINS, 2010). Para tanto, é preciso que as esferas da autoconfiança e autorrespeito estejam amadurecidas para que a

solidariedade, no sentido da cidadania, de fato possa existir (LINS, 2009).

De fato, passar pela esfera da autoconfiança, ou seja, criar um ambiente interno que estimule o indivíduo a ir ao encontro do público e, inserir-se no espaço coletivo em direção à ação social, representaria, para este caso, o movimento concreto na execução de outras práticas de saúde.

Segundo Axel Honneth (2003), a partir da esfera da autoconfiança (que ocorre nos vínculos primários ou familiares), os indivíduos direcionam-se para o coletivo na disputa por mudanças sociais. Na interação com o espaço público da comunidade, que representa o nível de socialização secundária, os indivíduos organizam-se coletivamente e fazem emergir as ações, constituindo assim, a terceira esfera de construção da cidadania, a da solidariedade cívica, que é de fato a luta ou movimento para a mudança.

Na elaboração de projetos como este, voltado à co-construção de modelo de atenção por trabalhadores, gestores e usuários, são necessários indivíduos que, de fato, se engajem. Pelo panorama global observado nos grupos focais, havia disponibilidade por parte de vários profissionais para interação e efetivação de uma lógica de cuidado que passava pela inclusão do outro e abertura para o sujeito que demanda atenção e cuidado.

Apesar do panorama geral positivo, marcado pelo reconhecimento de conquistas sobre outras práticas de saúde, em nenhum momento dos grupos focais houve relato de uma efetiva inserção dos trabalhadores nos espaços de decisão da gestão. Para que ocorresse uma efetiva implementação do modelo de atenção, a gestão deveria dispor de mecanismos de escuta dos trabalhadores, com capacidade de legitimar seus membros e lhes dar, enquanto instância colegiada, poder de decisão compartilhada.

Como apontam Campos e Campos (2009, p. 684), há uma debilidade no sistema de co-gestão nos sistemas de saúde em geral, porque as decisões políticas e técnicas são impostas, dadas como verdades e baixadas sobre as equipes, inclusive gestores dos serviços. Referem ainda que trabalhadores e usuários sempre conservam algum poder de intervenção, mesmo que estejam “condenados a ‘engolir’ mudanças e diretrizes formuladas ao compasso da economia de recursos e impostas pela política econômica sem nenhum fundamento teórico”.

É fundamental destacar também o que os autores disseram a respeito da tomada de decisões coletivas. Ao destacarem que esta deve se caracterizar como um debate técnico-teórico em que será preciso fazer práxis da própria prática desenvolvida, elucidando os efeitos

na produção da saúde e não, simplesmente, uma briga de opiniões, colocam em foco a construção de uma “nova” consciência. Admitindo que todos eles eram fruto de um sistema centralizador, médico hegemônico, hospitalocêntrico, e individualista, no qual as partes não dialogam, o posicionamento sobre a necessidade de construção de novas práticas coletivas, pode ser considerado sinal de crescimento.

Ao buscarem reorganização do serviço de saúde para adequação do “modelo” NASF, com base na problematização das demandas, do processo de trabalho, foram colocados de frente para os desafios, porque haviam desenvolvido novos propósitos no cuidar, fomentados pelo próprio debate e pelo compartilhamento de saberes.

Todo esse processo parece lhes ter propiciado compreender que ações isoladas e desarticuladas não promovem efeitos duradouros, apenas eventuais sensibilizações dos membros envolvidos, conscientização que esteve expressa nos discursos quando questionaram o modelo de atenção à saúde proposto:

“É tão forte ‘defender a vida’, é muito amplo e vai muito além dessa questão da saúde, pra a gente realmente construir essa defesa”. GF 1

“O que eu acho é porque é uma propaganda e é uma propaganda política, então existem frases de colocações de efeito pra lançar um programa”. GF 1

Pelos relatos é possível perceber que há uma falha na organização institucional que não possibilita de forma estruturada a inclusão do trabalhador da saúde nas decisões a serem tomadas para conformação do modelo de atenção.

Além de terem questionado a dimensão da proposta, chamam atenção para a falta de delimitação da atuação no campo da saúde e de definição dos fatores pelos quais eram responsabilizados trabalhadores e gestores. O risco de fomentar uma lógica de consumo excessivo de produtos e assistências na saúde, muitas vezes desnecessárias, graças à ampliação das ofertas de cuidado pelo diversos profissionais, tornou-se assim real.

Destacar que era muito amplo “defender a vida”, pode ter sinalizado que o cuidado à saúde já é algo suficiente para, no mínimo, garanti-lo com qualidade, acessibilidade e equidade.

Tais contrapontos possibilitam pensar que a construção de uma consciência coletiva na saúde passa pela execução de práticas de cuidado com resolutividade clínica e conexão com a realidade de vida das pessoas. Para que isto se realize é preciso estar atento para que o mínimo indispensável esteja disponível e seja garantido, sob pena de as interações a partir da lógica da dádiva e dos princípios da humanização não se efetivem.

A busca de soluções para os desafios da saúde, dentro desta proposta de modelo de atenção desde sua origem contra hegemônico, terá sempre o risco de ser dimensionado exageradamente, fazendo parecer que a saúde tem que dar conta de tudo, de todas as dificuldades das pessoas.

Somado a isso, faz-se necessário correlacionar este debate com os outros desafios a serem enfrentados em termos de garantia de insumos, estruturas físicas e fluxos de rede de serviços. Pareceu um contrassenso o estímulo à ampliação das ofertas e reflexões sobre o cuidado sem a contrapartida dos recursos materiais suficientes e estrutura física adequada ao trabalho. Um membro do grupo focal ao ser questionada como se sentia em relação à falta de infraestrutura adequada, ficou clara a insatisfação:

“Com essa falta de infraestrutura? Jogada”. GF 1

O conjunto destes fatores pôde ser caracterizado como geradores de frustrações:

E o NASF? E a satisfação, e as dificuldades, os problemas do NASF que ele vem enfrentando? Com quem o NASF discute isso? [...] o NASF vem para apoiar, para fortalecer, pra ajudar a resolver os problemas e nem sempre o NASF dá conta de resolver tudo, de conseguir fazer tudo, e a própria frustração que a gente escuta do profissional, de nem conseguir dá conta [...]. GF 2

Considerando os destaques negativos, o que se observa na percepção geral é que circula uma sensação positiva da organização do modelo. Apesar das dificuldades encontradas, a vontade de melhorias e o reconhecimento do já realizado foi ponto alto nos grupos focais.

Isso é evidenciado, inclusive nos relatos de anseios e dúvidas sobre o que passaria a existir com a mudança de gestão (em função da troca do Prefeito Municipal e Secretário de Saúde), deixando revelar um apreço geral pelos feitos dos últimos anos em termos de modelo

em Defesa da Vida:

Qual vai ser o modelo agora que a gestão vai ter? A gente sabe que geralmente muda, o próprio Defesa da vida, a gente não sabe o que vem, qual vai ser a proposta? [...] o pessoal está todo empenhado em querer que continuasse dessa forma [...] e não ter perdido isso... GF 1

É uma indefinição, né... [...] a gente sabe que... supõe que tudo tá sendo feito para que o NASF dê continuidade, mas e aí os profissionais vão continuar? Vão vir outros? Vai começar tudo do zero? Seria uma hipocrisia dizer que a gente não está preocupada, estamos preocupadas, está angustiante porque a gente não tem nada definido e aí a gente tem várias ideias pra construir, porque eu posso dizer assim que a gente já tem uma potencialidade sobre o trabalho que a gente faz, o conhecimento com o território, então você imagina tudo isso, chegar uma nova gestão, sair todo mundo, contratar novas pessoas... vai voltar tudo do zero, voltar à estaca zero. GF 1

O que se pode concluir, então, é que o debate gerado pela proposta do Recife em Defesa da Vida foi canalizador e mediador da organização do processo de trabalho entre os indivíduos, orientador de ações e possibilitou aproximação entre equipes.

Há referencia importante deste modelo para os trabalhadores, sendo o NASF uma equipe que dá concretude a proposta, embora muitas das questões inerentes à implementação ainda encontre-se mais no campo das vontades do que necessariamente na realização de mudanças, especialmente no que tange a lógica de cuidado voltada para ampliação da clínica.

Ao mesmo tempo, esta clínica ampliada parece questionar o limite entre o que é para ser feito pelos profissionais de saúde e até onde. Tal fato tensiona o que é vontade e o que é proposta de modelo de atenção com o que há de déficit na retaguarda estrutural e tecnológica dos serviços para organização das ações.

Há evidencia também de pouco empoderamento dos trabalhadores no que diz respeito à inserção nos espaços de gestão. Apesar de os trabalhadores no NASF representarem um elo entre gestão e Saúde da Família, a co-gestão e introdução nos espaços de decisão importantes não são plenas. Tal fato remete refletir, como consequência, sobre a inclusão dos sujeitos que demandam atenção e cuidado nos serviços e quais espaços de articulação destes com os trabalhadores e gestão.

Já que há uma prerrogativa de certa democracia institucional, é preciso analisar como isto chega ao usuário e a forma pela qual a inserção do NASF incluiu os sujeitos que demandam atenção e cuidado, considerando o conjunto de fatores positivos e negativos.

5.2.2 A inclusão dos indivíduos que demandam cuidado na Atenção Básica

Sobre o tema da inclusão dos sujeitos que demandam cuidados houve referências significativas nos grupos focais. Estas estavam atreladas ao discurso de certo protagonismo para estes indivíduos, embora reconhecessem em sua maioria que este protagonismo estava muito mais na afirmação ideológica e no campo das vontades do que na existência, propriamente dita, de coletivos de usuários organizados para construção conjunta de um modelo de atenção à saúde ou mesmo para produção de autocuidado, por exemplo.

Para melhor contextualizar os discursos dos participantes, no tocante à inclusão dos usuários, o que pareceu ser o nó crítico de mais difícil solução na Atenção Primária à Saúde, é preciso ressaltar algumas questões teóricas.

Independente de qualquer conceito que se admita para saúde, ela é o produto de condições objetivas de existência, resultante “das condições de vida biológica, social e cultural e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho, Portanto, são através das relações sociais de produção que se erguem as formas concretas de vida social”, como ensina Paim (1986, p. 6).

Adicionalmente, é preciso considerar os conceitos e a importância da cidadania e da integralidade do cuidar, uma vez que são premissas da saúde, enquanto constructo social, admitido como tal desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978. Na sociedade moderna, a cidadania ativa, ou seja, o estatuto dos membros de uma comunidade política de assumirem a responsabilidade pelo desenvolvimento da sociedade por meio de ações participativas, é admitida como condição *sine qua non* para a saúde, porque esta depende do compartilhamento de conhecimentos e informações, de compromisso e autocontrole, bem como da autonomia individual e social, por se caracterizar em processo ativo, constante e dinâmico, portanto mutável (SIQUEIRA, BUSSINGUER, 2010).

Essa conceituação implica em admitir o cidadão no centro do sistema de saúde, capaz de assumir papéis diversos, desde utilizador dos serviços de saúde até gestor e coprodutor de saúde, portanto sujeito apto a identificar e realizar necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio, sempre na tentativa de realizar seu potencial de bem-estar bio-psico-social (PAIM, 1986).

Nesta direção, a declaração de uma pesquisada revela a percepção sobre a inclusão do usuário como parte essencial para o funcionamento do trabalho:

Onde tá o nosso ponto de acerto? No usuário. O Modelo de Atenção implantado no Recife como norteador para o trabalho do NASF é ponto fundamental para direcionamento das atividades. E esse modelo direciona [...] na corresponsabilidade do usuário, cobrando isso do usuário [...]. GF 1

Tal afirmação convida a considerar a corresponsabilidade na esfera pública que todos possuem para a construção de práticas de cuidado que se direcionem para a clínica ampliada, isto é, identificar que as necessidades existem e, em função disto, realizar o trabalho e não o contrário. Isso está relacionado ao fato de que o trabalho do NASF pode estar direcionado para o empoderamento dos sujeitos demandantes de cuidados, na perspectiva de instrumentalizá-los no exercício de sua cidadania, para que possam se perceber capazes de, por exemplo, participar ativamente nas decisões de saúde, da realização de seu autocuidado ou mesmo na determinação/negociação conjunta de questões relacionadas à sua saúde-doença.

Essa premissa esteve contida na fala de outra pesquisada ao expressar que a “comunidade tem que saber a força que ela tem!”, como se observa:

Eu acho que segue um modelo que a gente gostaria que funcionasse bem, mas aqui tem uma parte muito importante que sem ela a gente não trabalharia. Ela tem que saber a força que ela tem, que é a comunidade! Então é a partir dela que construímos esse trabalho, é a partir das necessidades dela. GF 1

A força aqui referida de forma pertinente pela pesquisada pode ser interpretada como o desejo do exercício pleno da cidadania, isto é, enquanto potencial de os sujeitos aceitarem o desafio de participar do embate contra a desigualdade, concebida no plano das disparidades econômicas, das condições a perpetuarem o acesso desigual aos recursos materiais, e a diferença, entendida no terreno da identidade, como partícipe de uma comunidade política, caracterizada por costumes, raça, língua, religião, etc. (LAVALLE, 2003).

Dessa forma, não parece descabida a afirmação da pesquisada, ao focar a necessidade de o trabalho em saúde ter potencial de acordar os sujeitos que demandam cuidados na Atenção Primária para sua força em operar modificações ou mesmo ter capacidade de se articular e participar da gestão do cuidado e da saúde.

Essa contextualização deixa analisar com novo olhar a afirmação de outro pesquisado, ao verbalizar a íntima associação entre o componente social e as atividades de saúde,

independente do modelo de gestão.

Acho que a dificuldade... quando a gente fala em defender a vida, ela vai muito mais do setor saúde, acho que a gente vai muito na questão social, porque se a gente tem um modelo que é pra defender a vida a gente tem que defender o social, porque se a gente só focar em oferecer serviço... é isso que eu acho... mas a solução vai ser dada pelo serviço secundário? Se o social continuar da forma que está não vai se resolver, se as pessoas continuarem a agir, a não terem o conceito de cidadania, de comunidade, a gente vai se esbarrar numa coisa que não vai ter resolutibilidade realmente. Então acho que quando a gente decide ter um modelo e vai defender a vida, acho que essa defesa da vida não é só na saúde no sentido de que você a não-doença, mas no sentido desse cuidado, de você realmente oferecer uma educação de qualidade. GF 1

O pesquisado, com propriedade, interpôs a intenção de defender a vida e a necessidade da educação do usuário, para promoção de práticas de cidadania ativa, como elemento que necessita de uma conjunção de forças de profissionais, gestores e usuários, para modificação do social.

O exercício desta cidadania ativa, de forma concreta, pode ser, por exemplo, a abertura e legitimação de espaços de negociação e diálogo a respeito dos problemas e dificuldades que a população do bairro percebe sobre a Unidade Básica de Saúde, identificando e pactuando questões como horário de funcionamento, agendas dos profissionais, tipo de atividades a serem desenvolvidas, entre outros. Além disto, poderia incluir a dimensão do cuidado da saúde do sujeito, ou seja, como que o protagonista da demanda e necessidade em saúde se coloca e comporta frente aos saberes dos profissionais e suas condutas terapêuticas.

Esse desafio persiste entre os membros do NASF e de Saúde da Família, apesar de demonstrarem crescente preocupação e interesse em oferecer cuidados de saúde considerando o outro, as condições e lugar em que tais cuidados eram prestados, como se observou nos diversos discursos pontuados ao longo desta pesquisa.

Sobre a questão da íntima relação entre o social e a saúde, esta não apenas tem sido alvo de acaloradas discussões nas diversas esferas de gestão, como também tem permeado o NASF e o Saúde da Família. Significa dizer que, em última instância, tais modelagens de equipes expressam implicitamente o direito à vida (que extrapola o estrito setor saúde), quando buscam a clínica ampliada. Um dos pesquisados observa esta questão:

“E também assim, quem vai defender a vida? É a gestão que tá propondo? Mas a população

também quer defender a vida? Porque se a gente for perguntar, (*o usuário*) não sabe que nem que tá se propondo esse modelo e que existe um modelo”. GF 1

Esse discurso, analisado em sua totalidade, demonstrou a consciência da responsabilidade de os profissionais do NASF e do Saúde da Família em colaborarem nesta mudança e, talvez, nisso consista o desafio maior para a inclusão dos usuários que demandam cuidados de saúde na Atenção Primária. A preocupação da falta de empoderamento dos usuários e os desafios que “precisam” ser ultrapassados para “defender a vida”.

Aprofundando o questionamento que tal inclusão suscita, há que se considerar o desconforto dos profissionais em face do desafio e dos fatores impeditores que se apresentaram, como numa demonstração de impotência face às questões sociais que entremeiam o “fazer” saúde, já que são realidade e se apresentam nos territórios.

Analisando essas questões à luz da teoria da dádiva, percebe-se que tais fatores promovem, sobretudo, a ruptura do dar, receber e retribuir, na medida em que as soluções fogem ao âmbito de atuação profissional de trabalhadores e gestores da saúde. Tal fator retoma a questão dos limites e desafios encontrados pelos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde no Recife.

Além do já descrito, uma das investigadas observou que um elemento colaborador para a ruptura de construções ou práticas de cuidado mais inclusivas é o próprio processo de mudança de gestão. A proposta do modelo em Defesa da Vida, por exemplo, que engloba um panorama geral positivo na reorientação das ações de saúde, pode encontrar dificuldades em sua manutenção ficando, muitas vezes, à mercê dos interesses políticos que não estão implicados com a ideia de cidadania.

Porque na verdade o que a gente entende é que vem um novo prefeito aí muda as cores, muda tudo, muda isso, muda aquilo, pinta o PSF da cor do prefeito, como eu trabalhei no interior tem muito isso. Fica bem isso, ah é essa gestão, é a gestão definida por isso, pelas cores, mas entender o que estar se propondo...[...] é muito amplo e vai muito além dessa questão da saúde, pra a gente realmente construir essa defesa. GF 2

Afirmar a necessidade de construção da defesa da vida é um sinal que evidencia a necessidade premente que a pesquisada sente em ver concretizado não apenas o Modelo de

gestão, mas os resultados reais do trabalho em saúde; a necessidade de troca e a inquestionável existência de um vínculo afetivo, que ultrapasse os interesses políticos.

Adotando os pressupostos de Siqueira e Bussinguer (2010), atinentes à saúde no Brasil como direito de cidadania, numa abordagem da dimensão da integralidade do cuidar, os depoimentos dos trabalhadores e gestores do NASF e do Saúde da Família apresentaram uma associação entre a falta de empoderamento da comunidade e a impossibilidade de prestar um cuidado integral à saúde, posto que a intermediação entre saúde e as demais áreas essenciais para a melhoria de vida dos usuários é obstaculizada por fatores impeditores e dificultadores.

Na expressão de outro investigado, tal impossibilidade foi expressa como a falta de articulação da comunidade, como forma de expressar a dificuldade de os trabalhadores de saúde incluírem o cidadão, através de corresponsabilização e colaboração nos processos de cuidado.

Eu acho que pelo menos a comunidade também precisa ser cidadã, porque aí também não adianta ela só ser comunidade. Porque se ela não for cidadã, deixar ela dependente do gestor? [...] ela não sabe ser cidadã, que ela acha que só tem direitos. Quais são os deveres com esse profissional, com esse setor saúde, com essa gestão e com esse modelo? Porque aí você tem uma corresponsabilidade realmente, e eu acho que é muito importante dizer isso. GF 1

De todos os depoimentos relacionados à inclusão do usuário na Atenção Básica, foi possível depreender igualmente que o acolhimento e acesso dos usuários estiveram prejudicado, já que o acionamento de redes externas, multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos não podia ser materializada em resolutividade.

Pode-se, portanto, afirmar que a inclusão dos usuários vem sendo atendida no que concerne às atividades do NASF e do Saúde da Família, denotando responsabilização dos trabalhadores para com essa inclusão, entretanto mantém-se dificultada ou mesmo impossibilitada sua concretude mais ampla pela tanto pelo incipiente empoderamento das comunidades quanto ao sentido de vivenciar sua cidadania quanto pela organização institucional que não facilita em muitos casos a disponibilização de mecanismos para reivindicar o direito à saúde, educação e a condições sociais dignas, obstáculo este que será o desafio de outras gerações, dada a complexidade que essa solução envolve.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo organizacional do NASF é convidativo a análise em profundidade de seu modo de atuação, das ações desenvolvidas e da forma como busca a inclusão dos usuários, por se constituir em proposta que está inserida em um contexto complexo, o que transformou o percurso desta pesquisa em um passeio agradável, mas desafiador, ao mundo do conhecimento, ou melhor dizer, de vários mundos de saberes tão diversos.

O maior desafio, dentre tantos que a própria estratégia suscita, esteve em provocar nos participantes uma reflexão mais profunda sobre seu “fazer”, sua atuação conjunta, enfatizando fatores dificultadores e facilitadores do processo de produção do cuidado em saúde, posto que toda reflexão é geradora de pontos de tensão, com possibilidade de gerar novos conhecimentos, mas também novos conflitos.

As ações do NASF, avaliadas na perspectiva dos gestores e profissionais do Saúde da Família e dos próprios profissionais do NASF no Recife foram permeadas de espanto, desconfiança, inicialmente, para serem substituídas por admiração e encantamento, o que fez perceber sentidos e significados sobre suas relações cotidianas e que envolviam o dar, receber e retribuir ganhos e perdas, alegrias e preocupações, saberes e desconheceres.

Identificaram-se posicionamentos firmes, eivados de emoção e vínculos fortes com o propósito de bem cuidar, direcionando um cuidado ampliado e negociado entre tais membros, sem contudo deixar de reconhecer dificuldades e fatores intervenientes no relacionamento.

Quando o foco de atenção recaiu sobre a relação entre as ações desenvolvidas pelo NASF com as características do modelo de atenção à saúde, implantado no Recife, constatou-se a construção de propostas bem como a reformulação de ações, buscando maior adequabilidade à realidade das comunidades atendidas. Os discursos deixaram compreender que tais ações vêm sendo construídas, gradativamente, e que os membros compreenderam a importância do trabalho conjunto, do matriciamento, da clínica ampliada como necessidades do “fazer” saúde, respeitando o modelo de atenção à saúde posto, porém não livre de embates e descontentamentos, que os pesquisados consideraram de importância relevante, porém passível de ser reestruturada.

Nas ações do NASF, estiveram inscritos em diversos momentos os princípios da teoria da dádiva, porque os depoimentos continham emoção, compromisso, corresponsabilização e, demonstrações de julgamento justo, como se verificou no pronunciamento de não se poder

culpabilizar exclusivamente um dado trabalhador (ou conjunto deles) ou mesmo a gestão pela impossibilidade de resolver problemas sociais que marcam a realidade das comunidades atendidas. Apesar disto, foi possível identificar com clareza os problemas e os atores com potencial de superação dos mesmos, indicando em muitos casos os caminhos possíveis de serem trilhados.

A abordagem mais problemática disse respeito à inclusão dos usuários demandantes de cuidados na Atenção Básica, visto que os discursos não clarearam tais ações, para priorizarem a constatação de que lidar com a saúde ultrapassa o próprio setor, envolvendo os problemas sociais, atinentes a cidadania e condições de vida dos usuários. Isso não significou, no entanto, a impossibilidade de execução de práticas mais solidárias no dia-a-dia dos profissionais, gestores e trabalhadores envolvidos no cuidado.

Em síntese, pode-se afirmar que a existência de uma equipe multiprofissional não garante a reformulação das práticas de cuidado, apesar de se configurarem com enorme potencial para esta reformulação. Isso porque é preciso, a cada instante, lidar com problemas e propor soluções as questões identificadas, que incluíam questões como: a dificuldade de compressão do que é aquela equipe NASF, a dificuldade de alinhar as atividades desenvolvidas à realidade territorial, a necessária superação de fatores estruturais, mais ligadas à gestão, para melhoramento do acesso e inclusão dos indivíduos que demandam cuidados.

A título de conclusão, parece pertinente, portanto, afirmar que os resultados permitiram identificar o NASF como um modelo em construção ativa, com comprometimento dos atores para com as questões de saúde, que ainda haverá de demandar um montante considerável de esforços (no próprio NASF, no conjunto da Atenção Primária e no próprio SUS) até que a população possa vivenciar a saúde como direito e bem social mais amplo.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR (Brasil). **Duas faces da mesma moeda:** microrregulação e modelos assistências na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.

AUGUSTO, L. G. S.; ARAÚJO, M. H. Conceito de território e serviço de saúde. In: AUGUSTO, L. G. S.; BELTRÃO, A. B. (Org.). **Atenção Primária à Saúde:** ambiente, território e integralidade: saúde ambiental infantil. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p. 141-146.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil, contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa.** Brasília, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 16 jun. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilhas da Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BREILH, F. **Epidemiologia Crítica:** Ciência emancipatória e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAILLÉ, A. Nem holismo nem individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 13, n. 38, p. 5-38, 1998.

CAILLÉ, A. A sociedade mundial no horizonte. In: MARTINS, P. H.; NUNES, M. B. F. (Org.). **A nova ordem social:** Perspectivas da solidariedade contemporânea. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 17-41.

CAILLÉ, A. O Dom entre interesse e desinteressamento. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. C. (Org.). **Polifonia do Dom.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec. 2000. 236p.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 192p.

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**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 669-688.

CAMPOS, G. H. S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de Práticas na Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 132-153.

CHANIAL, P. Todos direitos por todos e para todos: Cidadania, solidariedade social e sociedade civil no mundo globalizado. In: MARTINS, P. H; NUNES, M. B. F (Org.). **A nova ordem social**: Perspectivas da solidariedade contemporânea. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 58-70.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: de novo a questão dos modelos. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas na Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 96-131.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2003, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 198p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS**: avanços e desafios. 20. ed. Brasília, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, |DF, 2011.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 15 p.

FONTANELA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimento para constatar saturação teórica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio Janeiro, v. 27, n. 2, p.389-394, fev. 2011.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia saúde da família**. 2012. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2013.

HONNET, A. **Luta por Reconhecimento**. A gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Ed. 34, 2003. 296p.

LANNA, M. Nota sobre o Marcel Mauss e o Ensaio sobre a dádiva. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, v. 14, p. 173-194, 2000.

LAVALLE, A. G. Cidadania, igualdade e diferença. **Lua Nova**, São Paulo, n. 59, p. 75-93. 2003.

LINS, J. A. B. A cidadania e a prática de saúde da família In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2009. p. 325-332.

MANGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2008.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003. 335p.

MARTINS, P. H. A sociologia de Marcel Mauss: Dádiva, simbolismo e associação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 73, p. 45-66, 2005.

MARTINS, P. H. Fundamentos da cidadania na saúde na perspectiva do reconhecimento: caminhos de pesquisa. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2009a. p. 131-137.

MARTINS, P. H. Repensando sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2009b. p.53-60.

MARTINS, P. H. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2009c. p. 61-89.

MARTINS, P. H. Redes sociais como novo marco interpretativo das mobilizações coletivas contemporâneas. **Caderno CRH**, Salvador, v. 23, n. 59, p. 401-418, 2010.

MARTINS, P. H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, LAPPIS, 2011. p. 39-50.

MARTINS, P. H.; SANTIAGO, M.; CARVALHO, R. B. A cidadania como afetividade: a luta pela autoconfiança. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2009. p. 139-148.

MARTINS, P. H.; BEZERRA, A. F. B.; SOUZA, I. M. C. **Produtivismo de Saúde Pública**: os rumos incertos do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal. Projeto de Pesquisa CNPq. Recife, 2011. 47p.

- MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003. 536 p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p. (Saúde em debate, n. 7).
- MINAYO, M. C. S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 81-110.
- MOISES, M.; AUGUSTO, L. G. S. Conceito contemporâneo de saúde. In: AUGUSTO, L. G. S., BELTRÃO, A. B. (Org.). **Atenção Primária à Saúde: ambiente, território e integralidade**. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2008. p. 47-52.
- 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.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto, In: CAMPOS, G. W.S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009a. p. 19-40.
- NUNES, E. D. Sociologia da Saúde: História e Temas. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009b. p. 283-318.
- OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010a. p. 273-282.
- OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas da Atenção Básica**. Saúde Ampliada e Compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010b. p. 283-297.
- OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In.: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas na Atenção Básica**. Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 252-277.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- PAIM, J. S. **Direito a saúde, cidadania e Estado**. 8ª conferência nacional de saúde, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6186/1/Paim%20JS.%208%20CNS%20Direito%20a%20saude,%20cidadania%20e%20Estado%201986.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- PAIM, J. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.
- PAIM, J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA, F. N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 229-316, 1998.

PINHEIRO, R.; ASENSI, F. D. Direito vivo, dádiva e integralidade: uma triangulação para pesquisar o direito à saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2011. p. 89-110.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia dos saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2009. 375p.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2011. 312p.

PINHEIRO, R.; SILVA, A. G. J. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; GOMES, A. S. J.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-UERJ: Abrasco, 2008. p. 17-42.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. **Plano Municipal de Saúde (2010-2013)**. Recife, 2010.

RIBEIRO, L. K. N. P.; AUGUSTO, L. G. S. Reconhecendo o território – auscultando a família. In: AUGUSTO, L. G. S.; BELTRÃO, A. B. (Org.). **Atenção Primária à Saúde: ambiente, território e integralidade: saúde ambiental infantil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p. 244-249.

SABOURIN, E. M. Mauss: da dádiva à questão da reciprocidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23 n. 66, p. 131-208, 2008.

SANT'ANA, R. B. Autonomia do Sujeito: As Contribuições Teóricas de G. H. Mead. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 467-477, 2009.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988. 27p.

SIQUEIRA, M. P., BUSINGUER, E. C. A. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, Vitória, n. 8, p. 253-309, 2010.

SOUZA, M. A.; SALVALAIO, D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. **Revista Panamericana de la Salud Publica**, Washington, v. 28, n. 4, p. 305, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. 725p.

SUNDFELD, A.C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de Atenção á Saúde**. Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA, 2006. 237p.

VIANA, A. L. D; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento.

WAGNER, H. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. 319p.

APÊNDICES



APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

TÍTULO DA PESQUISA: Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Patricia Araújo Bezerra

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DE GRUPO FOCAL

Questões norteadoras:

- 1) Como está a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família?
- 2) O que é o apoio matricial realizado pelo NASF?
- 4) Quais as ações de saúde realizadas em conjunto pelas equipes NASF e Saúde da Família?
- 3) Como as ações de saúde desenvolvidas contribuem para o desenvolvimento da relação “serviço de saúde-usuário-comunidade”?
- 4) Quais as dificuldades encontradas na execução destas ações?
- 5) Como o usuário é inserido no serviço de saúde?
- 6) Como incluir o usuário como cidadão do serviço público de saúde?
- 7) Como as ações desenvolvidas pelo NASF contribuem para a construção do modelo de atenção à saúde implantado em Recife?

**APÊNDICE B – RELAÇÃO DE PALAVRAS CHAVE ENTREGUE AOS
MEMBROS DOS GRUPOS FOCAIS**

PALAVRAS CHAVE

NASF
Saúde da Família
Atenção Básica
Usuários dos serviços de saúde
Modelo de Atenção à Saúde
Cidadania na saúde
Gestão na saúde
Responsabilidade clínica e sanitária
Regulação assistencial
Cuidado em Saúde
Comunidade
Atender <i>versus</i> apoiar
Apoio matricial
Atividades desenvolvidas
Apoio técnico-pedagógico
Apoio clínico-assistencial
Relação com as ESF
Organização da equipe NASF
Trabalho em equipe
Acolhimento
Modelo Recife em Defesa da Vida
Gerência de Território/Distrito Sanitário II
Coordenação do NASF
Demandas e satisfação do usuário
Inclusão/exclusão dos usuários
Infraestrutura e insumos materiais
Resolutividade clínica e sanitária
Dificuldades/Problemas

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Resolução 196/96 Projeto: Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades.

Eu, _____ RG n° _____, abaixo assinado, aceito em participar deste estudo, cujo objetivo é Compreender a atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, na cidade do Recife, na sua relação com a equipe de Saúde da Família e com os sujeitos demandantes de atenção e do cuidado. A pesquisadora responsável é Patricia Araújo Bezerra e este estudo é parte da dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

Fui informado (a) sobre as questões que orientam a discussão da qual participarei como sujeito da pesquisa, cuja metodologia utilizará grupo focal. Fui informado (a) também que haverá gravação e transcrição das discussões e autorizo ambos, como também autorizo o uso do conteúdo da discussão, sem identificação do sujeito individual fornecedor da opinião ou informação.

A pesquisa em questão tem relevância para compreender a atuação do NASF na cidade do Recife e seus resultados podem provocar mudanças para melhoria do sistema de saúde municipal, especificamente na Atenção Primária. O benefício está em fornecer subsídios teóricos para gestores e pesquisadores para reformularem e/ou reorganizarem as políticas na saúde, em particular a do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Pela característica metodológica este estudo tem como risco o constrangimento diante da opinião fornecida e, neste caso, a pesquisadora se compromete a minimizá-lo garantindo o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Estou ciente de que terei: a) a garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa; b) a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar isento de penalização ou ressarcimento financeiro; c) as informações sobre os resultados de estudo; d) as informações sobre a autenticidade e legitimidade da pesquisa entrando em contato com o Comitê de Ética do Centro de Pesquisas AGGEU Magalhães.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora responsável e outra em minha posse.

Recife, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante

Patricia Araújo Bezerra – Responsável pela pesquisa

Contatos: e-mail: pat.araujobezerra@gmail.com

(81)-88228117 (81)-34216656

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO JUNTO Â CEP/CPqAM

Recife, 15 de outubro de 2012.

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO JUNTO AO CEP/CPqAM

Ciente do compromisso ético com o qual serão tratadas as informações geradas pelo projeto sob minha responsabilidade, “**Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades**”, atendendo a resolução 196/96, capítulo IX, artigo 2c, me comprometo a enviar os relatórios, parcial e final, do referido projeto, bem como comunicar qualquer outra alteração que por ventura necessite ser feita.

Atenciosamente,

Patrícia Araújo Bezerra

APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Recife, 15 de outubro de 2012.

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Declaro para devidos fins que os pesquisadores abaixo conhecem na íntegra e participam do projeto "Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades" executando as respectivas tarefas.

Autor: Patricia Araújo Bezerra

Identidade: 6382-108 SSP-PF

Tarefa: pesquisador responsável pelo projeto

Assinatura: *Patricia Araújo Bezerra*

Co-orientador: Lia Giraldo da Silva Augusto

Identidade:

Tarefa: orientação da pesquisa

Assinatura: *[Handwritten Signature]*

 Profa. Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto
Pesquisadora Titular
Matricula 1192232
NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Co-orientador: Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque

Identidade: RG 807.432; CPF: 062311364-34

Tarefa: orientação da pesquisa

Assinatura: *Paulo Henrique Martins*

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



Título do Projeto: “Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades”.

Pesquisador responsável: Patrícia Araújo Bezerra.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 15/10/2012

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 35/12

Registro no CAAE: 08169712.3.0000.5190

PARECER Nº 33/2012

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 07 de novembro de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 07 de novembro de 2012.

Coordenadora do CEP/CPqAM

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 07/11/2013.

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE

Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Patrícia Araújo Bezerra**, pesquisadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM/Fiocruz, à desenvolver pesquisa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, do Distrito Sanitário II, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Recife: desafios e possibilidades**", sob orientação de Lia Giraldo da Silva Augusto e Paulo Henrique Martins.

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, 02 de outubro 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 - DGGTESS

Munic. 95.731-6

ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Formação e Educação na Saúde
Gerência Operacional de Educação Permanente

CI nº. 198 / 2012 - GOEP/GFES/DGGTES/SS

Recife, 02 de outubro de 2012.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que a pesquisadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM/Fiocruz, **Patrícia Araújo Bezerra, está autorizada**, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título “**Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Recife: desafios e possibilidades**”.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Cordialmente,

Juliana Siqueira Santos
Juliana Siqueira

Gerente de Formação e Educação na Saúde

Juliana Siqueira Santos
Gerente de Formação e Educação na Saúde
GFES/DGGTES/SS - Mat. Nº 87.665-5

Ilmo (a). Sr (a).
Manoela Gabriel
Diretora do Distrito Sanitário II