

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

ADRIANA LOBO JUCÁ

FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: a
perspectiva da equipe de Saúde da Família

RECIFE
2015

ADRIANA LOBO JUCÁ

FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: a
perspectiva da equipe de Saúde da Família

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

Orientadora: Dra. Kátia Rejane Medeiros

Coorientadora: Dra. Cynthia Maria Barboza do Nascimento

RECIFE

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

J91f Jucá, Adriana Lobo.
Ferramentas tecnológicas do núcleo de apoio à saúde da família: a perspectiva da equipe de Saúde da Família/ Adriana Lobo Jucá.— Recife: [s. n.], 2015.

90 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane Medeiros; coorientadora: Cynthia Maria Barboza do Nascimento.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Administração de Serviços de Saúde. I. Medeiros, Kátia Rejane. II. Nascimento, Cynthia Maria Barboza do. III. Título.

CDU 614

ADRIANA LOBO JUCÁ

FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: a
perspectiva da equipe de Saúde da Família

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

Aprovado em: 06/04/2015.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^ª. Dr^ª. Maria Rejane Ferreira da Silva
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof. Dr^ª. Maria Luíza Lopes Timóteo de Lima
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**A todos aqueles que deixaram
um pouco de si em mim**

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, pela oportunidade de enriquecer meus conhecimentos.

As minhas queridas orientadoras, Kátia Rejane Medeiros, um ser humano de Luz que inclui carinho e acolhimento em seus ensinamentos, e Cynthia Maria Barboza do Nascimento que com muita paixão pelo que faz compartilhou comigo suas pesquisas e conhecimento.

A Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, Maria Rejane Ferreira da Silva e Paulette Cavalcanti de Albuquerque pelo compromisso e parceria estabelecida.

Aos meus pais, alicerces da minha vida, pelo amor incondicional, por sempre acreditarem que posso ir além e por investirem em cada uma das minhas ideias.

A minha família e aos amigos que posso chamar de irmãos por serem uma extensão de mim, pelo apoio, dedicação e por não deixarem que a distância ou falta de tempo abalasse nosso amor.

Aos queridos companheiros de trabalho, em especial aos Nasfianos, pela parceria na construção do sistema de saúde que acreditamos.

Aos colegas e amigos do mestrado pelas trocas de conhecimento ao longo desses dois anos e principalmente pelo suporte e amizade que permanecerão.

E em especial a Deus, pela vida, pelas bênçãos e graças alcançadas ao longo do caminho.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

(Paulo Freire)

JUCÁ, A. L. **Ferramentas Tecnológicas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a perspectiva da equipe de Saúde da Família.** 2015. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

O hiato entre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e a indicação do referencial teórico, diretrizes e ferramentas tecnológicas que norteariam o trabalho do Nasf permitiu que aos municípios tivessem ainda mais autonomia para criar suas próprias formas de organizar e operacionalizar este serviço. O presente estudo propõe analisar a compreensão das equipes de Saúde da Família (EqSF) a respeito do Nasf e suas ferramentas tecnológicas nos municípios de Camaragibe, Olinda e Recife. Corresponde a um estudo de múltiplos casos, de abordagem qualitativa, que recorreu à pesquisa documental e aplicação da técnica de grupo focal, analisados na perspectiva da análise de conteúdo. Os resultados demonstram que há singularidades entre os três municípios estudados no que diz respeito ao entendimento que as EqSF possuem sobre o Nasf, onde, quanto mais integrado e colaborativo é o trabalho entre as equipes, maior é a capacidade dos profissionais de identificar adequadamente os objetivos, diretrizes e forma de atuação do Nasf. Já em relação às ferramentas tecnológicas destaca-se que nenhum dos grupos foi capaz de conceituar ou descrever detalhadamente como as utiliza, porém, as declarações sugerem tendências da utilização de algumas dessas ferramentas, notadamente o Apoio Matricial e o Projeto Terapêutico Singular. A Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio, surgiram de forma bastante velada, enquanto o Projeto de Saúde no Território, além de não ter sido lembrado diretamente por nenhum dos grupos focais, também não pôde ser observado na descrição das práticas em saúde. Esta pesquisa possibilitou ainda que os profissionais refletissem sobre as circunstâncias que o trabalho interprofissional exige e que também cabe a elas resgatar e estimular a relação com a EqNasf. Dessa maneira, recomenda-se que as pesquisas futuras não procurem apenas ampliar o conhecimento científico quanto à estruturação e à implantação das ferramentas tecnológicas, mas que também possam ser geradoras de processos reflexivos, contribuindo para a mudança do modelo assistencial.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Administração de Serviços de Saúde.

JUCÁ, A. L. **Technological Tools of the Family Health Support Center**: the perspective of the Family Health team. 2015. Dissertation (Master of Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

ABSTRACT

The gap between the creation of Family Health Support Centers (Nasf) and the indication of the theoretical framework, guidelines and technological tools that would guide their work allowed the city managements to have even more autonomy to create their own forms of organizing and operationalizing this service. This study aims to analyze the understanding of Health Family teams (EqSF) regarding Nasf and their technological tools in the cities of Camaragibe, Olinda and Recife. It is a multiple case study with a qualitative approach, complemented by a documentary research and the application of the focus group technique, analyzed from the perspective of content analysis. The results show that there are peculiarities in the three cities studied regarding the understanding that the EqSF have about Nasf: the more integrated and collaborative the work among the teams is, the greater the ability of the professionals to identify the objectives, guidelines and the proceedings of the Nasf team. Concerning the technological tools, it is worth mentioning that none of the groups were able to conceptualize or describe in detail how to use them; however, the statements suggest that they use some of these tools, notably the Matrix Support and the Singular Therapeutic Project. The Extended general practice and the pact of support were superficially mentioned, while the Health Project in the Territory, besides not being directly remembered by none of the focus groups, could not be identified in the description of health practices. This research has allowed the professionals to think about the circumstances that the interprofessional work demands, and also helped them realize that is up to them to rescue and encourage the relationship with the Nasf team. Therefore, it is recommended that future research not only seek to increase the scientific knowledge on the structuring and implementation of technological tools, but also focus on generating reflection about the work processes, helping to change the health care model.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Services Administration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Expansão do Nasf no Brasil de 2008 a 2014.....	22
Figura 1- Síntese de atividades do Nasf.	30
Quadro 2- Sistematização das categorias e subcategorias de análises a partir dos grupos Focais.....	45
Figura 2 - Atividades desenvolvidas pelo Nasf, segundo a EqSF.	51
Quadro 3- Sistematização da percepção das EqSF sobre o Nasf.	54
Quadro 4- Resultados encontrados na subcategoria Pactuação do Apoio.....	59
Quadro 5- Resultados encontrados na subcategoria Clínica Ampliada.....	63
Quadro 6- Resultados encontrados na subcategoria Apoio Matricial	71
Quadro 7- Resultados encontrados na subcategoria PTS.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EqNasf	Equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família
FT	Ferramentas Tecnológicas
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
PSE	Programa de Saúde na Escola
PST	Projeto de saúde no território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Rede de Atenção à Saúde e Estratégia de Saúde da Família	17
3.2	Núcleos de Apoio à Saúde da Família	21
3.3	Ferramentas tecnológicas para o Trabalho em Saúde	30
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	40
4.1	Tipo de estudo	40
4.2	Local do estudo e período	40
4.3	Definição dos Casos	41
4.4	Coleta de dados	41
4.4.1	Instrumento e técnica de coleta de dados.....	41
4.4.2	Procedimento de coletas de dados	42
4.4.2.1	<i>Coleta de dados primários</i>	42
4.4.2.2	<i>Tratamento secundário dos dados</i>	43
4.5	Análise dos dados	44
4.6	Considerações Éticas	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1	O Nasf na percepção das EqSF	47
5.2	Ferramentas Tecnológicas	55
5.2.1	Apoio Matricial.....	63
5.2.2	Projeto Terapêutico Singular	72
6	CONCLUSÕES	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE A - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	84
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	86
	ANEXO B - Carta de anuência Camaragibe	87
	ANEXO C - Carta de anuência Olinda	88

ANEXO D - Carta de anuência Recife.....	89
ANEXO E - Carta de Anuência para uso de dados de pesquisa	90

1 INTRODUÇÃO

Mesmo com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1988, a assistência à saúde no Brasil, continua seguindo o modelo médico hegemônico ou médico produtor de procedimentos, nele segundo Merhy (1998), a saúde é estruturada de forma individual e prescritiva valorizando essencialmente as questões biológicas, em detrimento dos determinantes do processo saúde-doença (SOUSA, 2010).

Este modelo predominante produz ações desconectadas, sem uma intervenção articulada e cuidadora, diminuindo a eficácia da assistência prestada, assim como observado na descontinuidade do cuidado que acontece na referência e contra referência entre os serviços de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007; MALTA et al., 2004). Essa hegemonia do conhecimento biomédico, guiada essencialmente pela lógica da instituição hospitalar, é insuficiente e acarreta danos profundos na Atenção Básica, quando realizada de forma excludente (CUNHA, 2004).

Objetivando transformar esse quadro, o governo brasileiro implantou em 1994 o Programa de Saúde da Família, que posteriormente estabelece como Estratégia Saúde da Família (ESF), priorizando a Atenção Primária à Saúde (APS), além de reorganizar a prática assistencial, substituindo o modelo tradicional de cuidado, o que deveria se refletir na reorientação da organização dos processos de trabalho em saúde. Com esta estratégia busca-se então focalizar a família, a comunidade e o território, tentando produzir ações pautadas pela humanização, vínculo, acolhimento e cuidado (COSTA et al., 2009; MIELKEI, OLCHOWSKY, 2010).

A partir destes pilares a ESF se estabeleceria por um sistema que Starfield (2002) aponta como cooperativo e não competitivo, apresentando avanços na assistência prestada à população brasileira com impacto direto nos indicadores de saúde. No entanto, a consolidação gradual deste modelo, e a necessidade de focalizar em ações prioritárias de prevenção e eliminação de agravos permite a persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que continuam fragmentando a prática clínica, repetindo um modelo rígido e compartimentalizado (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011; SOUZA, 2013).

É preciso então considerar a ESF corresponde a um modelo complexo de organização da assistência em saúde e que demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da

realidade, buscando efeitos positivos sobre a saúde e a qualidade de vida da população. Logo, recomenda-se a utilização de saberes de variadas origens para que a APS possa ser mais eficaz e resolutiva, saberes tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade (BRASIL, 2010).

Diante disso, houve a necessidade de mais uma vez inovar no intuito de fortalecer esta estratégia, abrindo espaço para novas metodologias, tecnologias e categorias profissionais, guiando-a no sentido de sua efetividade. De modo que, em 2008, o Ministério da Saúde (MS), visando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família, lançou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154. Os Nasf inseridos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) propõem ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e o escopo de ações da APS no Brasil (BRASIL, 2008, 2010).

As orientações ministeriais propõem que o Nasf fundamente seu trabalho no referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial, buscando aproximar uma unidade de saúde a outros serviços a partir de apoiadores que estimulem a reflexão crítica e a educação permanente, ajudando na identificação e enfrentamento de problemas, podendo assumir um caráter técnico, a partir da sua especialidade ou fomentando processos de mudança (BRASIL, 2010; CAMPOS, 1998; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Como requisitos dos Nasf são apresentados não apenas o conhecimento técnico, mas também a responsabilidade por determinado número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Estes núcleos devem ser compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das EqSF, com foco nas práticas em saúde nos territórios que, sob responsabilidade da equipe, voltam seus esforços para uma prática clínica ampliada (BRASIL, 2010, 2012).

Trata-se de mais um dispositivo de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração da EqSF (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território com profissionais com outros núcleos de conhecimento (BRASIL, 2014).

No entanto, ao estabelecer diretrizes, referencial teórico e ferramentas tecnológicas (FT) para o processo de trabalho no Nasf, um ano após a criação dos mesmos, atribuiu-se aos municípios ainda mais autonomia para criar as próprias formas de organização e operacionalização deste serviço, estabelecidos a partir da política de saúde que seu gestor desejava implantar (LANCMAN, BARROS, 2011; SAMPAIO, 2012).

Dada a singularidade do processo de implantação dos Nasf nos municípios existem diversas formas de proceder e diferentes entendimentos quanto às Ferramentas Tecnológicas de organização do processo de trabalho do Nasf, esses aspectos reiteram a pertinência de estudos sobre o tema.

Desafios são postos a todo o momento na área da saúde, e a implantação de modelos assistenciais alternativos aos hegemônicos vem se constituindo como um dos principais, uma vez pressupõe mudança cultural. De modo que esforços devem ser feitos na tentativa de aprimorá-los, pois a efetivação destes perpassa a reorientação da organização de processo de trabalho em saúde.

Em Pernambuco, considerando a região metropolitana de Recife, os municípios de Camaragibe e Olinda se destacam como um dos primeiros a implantar equipes Nasf, já a capital do estado, inicia suas equipes a partir de 2010. Nos Planos Municipais de saúde de 2010 a 2013 os três municípios explicitavam intenção de fortalecer a ESF a partir da qualificação e expansão dos Nasf. Há mais de cinco anos as EqSF das cidades de Camaragibe, Olinda e Recife compartilham a produção do cuidado em saúde com os Nasf. Essas, consideradas equipes de referência, são peça central no processo de trocas estabelecido a partir do apoio matricial e suas opiniões quanto a esse processo devem ser consideradas e refletidas criticamente.

Considerando-se essas questões identifica-se a necessidade de analisar como as equipes de saúde da família compreendem as ferramentas tecnológicas utilizadas na organização do processo de trabalho, pois se reconhece que é preciso conhecer o modo como os atores diretamente envolvidos entendem a política de saúde que é construída no cotidiano do cuidado, para que estas práticas sejam efetivamente transformadoras do modelo assistencial.

Amparando-se nesses argumentos, o presente estudo se pautará pela seguinte pergunta condutora: *Como as equipes de Saúde da Família compreendem o Núcleo Apoio à Saúde da Família e as ferramentas tecnológicas utilizadas na organização do processo de trabalho nos municípios de Camaragibe, Olinda e Recife?*

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a percepção das equipes de Saúde da Família (EqSF) a respeito do Nasf e suas ferramentas tecnológicas nos municípios de Camaragibe, Olinda e Recife.

2.2 Específicos

- a) Comparar o entendimento da EqSF sobre o Nasf de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde;
- b) Verificar o alinhamento conceitual das EqSF a respeito das ferramentas tecnológicas utilizadas pelo Nasf;
- c) Compreender como as EqSF utilizam as ferramentas tecnológicas junto às equipes Nasf.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Rede de Atenção à Saúde e Estratégia de Saúde da Família

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações vinculadas entre si e com objetivos comuns que formam conjuntos de serviços de saúde, a partir de uma ação cooperada e interdependente. Estas devem oferecer assistência à saúde contínua e integral a determinada população de responsabilidade sanitária e econômica, sendo coordenadas pela APS (MENDES, 2010).

Redes pautadas sob a ótica da integralidade são essencialmente constituídas pela integração das ações e serviços dos diferentes níveis assistenciais. Destaca-se a interdependência destes, pois, nenhum deles possui exclusivamente dos recursos e competências necessários para solucionar problemas e situações de saúde de uma população heterogênea. Logo, mecanismos de organização e gestão que coloquem em prática estas redes integradas de forma colaborativa e eficiente são imprescindíveis para dar resolutividade às necessidades de saúde em âmbitos local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Ao estabelecer a APS como responsável pela de integração das RAS pressupõe-se a procura regular de um serviço, que seus serviços seriam a porta de entrada preferencial do sistema, acesso garantido aos demais níveis de atenção com mecanismos formalizados de referência e contra referência e a coordenação das ações pela equipe de APS, garantindo a continuidade do cuidado. Integração, coordenação e continuidade são processos interrelacionados e interdependentes que se expressam tanto no âmbito do próprio sistema, quanto na atuação profissional e ainda na experiência do paciente ao ser cuidado (GIOVANELLA et al., 2009; STARFIELD, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) redefinida em 2011 (BRASIL, 2012) considera equivalentes os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, de modo que as caracteriza como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na

situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p.20).

Desenvolvendo-se com o alto grau de descentralização e capilaridade, assim como caracterizado mundialmente para a APS, a Estratégia de Saúde da Família corresponde ao contato preferencial dos usuários ao sistema de saúde brasileiro, principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Deve ser orientada por práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, através do trabalho em equipe, com continuidade e integralidade da atenção; coordenação do cuidado prestado; atenção centrada na família; assumindo a responsabilidade sanitária por populações de territórios definidos e considerando a dinamicidade destes, orientando a participação comunitária e valorizando a competência cultural (BRASIL, 2010, 2012).

O Ministério da Saúde aponta que uma Rede de Atenção à Saúde ordenada pela APS demonstra-se mais resolutiva e equitativa, enfatizando ações de promoção da saúde e de prevenção dos agravos. Os princípios e as diretrizes constituídos para este nível de atenção favorecem a interação entre o indivíduo que procura cuidados e os profissionais que o conduz dentro do sistema de saúde, além de contribuir para que as ações estejam em consonância com os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e grupos sociais de dado território, caso estejam devidamente incorporados no processo de trabalho destas equipes de saúde (BRASIL, 2014; FACCHINI et al., 2008).

Porém, gestores municipais ainda apontam a persistência dos efeitos da fragmentação do cuidado na rede de serviços de saúde do SUS e que potencializar a APS como porta de entrada preferencial e centro ordenador e integrador das redes de serviços e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é um dos principais desafios a serem superados (GIOVANELLA et al., 2009).

E para que tais objetivos sejam alcançados o Ministério da Saúde estabelece a Estratégia Saúde da Família como caminho para reorganização da APS no País, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Assim a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social tornam-se o alicerce desta estratégia, além da necessidade de considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural.

Outro importante indicador que revela a ESF como política prioritária de reorganização do modelo de atenção à saúde é o aumento do volume de recursos destinados à Estratégia, bem como o aprimoramento dos mecanismos de repasse que, diretamente entre municípios e Ministério da Saúde por meio dos Fundos de Saúde e da implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 2003).

Além disso, a partir da reformulação da PNAB, as particularidades locorregionais passaram a ser melhor contempladas, e populações específicas, como as ribeirinhas e em situação de rua, passaram a ser consideradas. Assim como novas possibilidades quanto à vinculação e carga horária de alguns profissionais, diante da dificuldade de alguns municípios em contratá-los.

A EqSF continua sendo composta prioritariamente por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, mas outros profissionais podem ser adicionados em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012).

Ainda assim as atribuições dessas equipes permanecem focadas em conhecer a realidade das famílias, com ênfase nas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas; identificar problemas de saúde mais comuns e situações de risco; elaborar, junto com a comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam a saúde em risco; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde, controlando as doenças; prestar assistência integral, promovendo saúde através da educação; resolver a maior parte dos problemas de saúde, quando não for possível garantir a continuidade do tratamento, através da referência; promover ações intersetoriais; promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente se torne mais saudável; discutir de forma permanente conceitos de cidadania, direitos de saúde; além de incentivar a participação nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2012).

Apesar do grande aumento de implantação das EqSF, pode-se notar nas Unidades Básicas de Saúde pouco avanço na ampliação do tipo de ações ofertadas, na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população. Tal fato pode ser ligado ao grande desafio de execução do sistema, pois este se constrói no dia a dia dos serviços e das

práticas profissionais, dependendo também dos que acreditam em uma mudança da saúde no Brasil, já que o modelo de saúde assistencialista e curativo ainda tende a se perpetuar (ROMAGNOLI, 2009).

Embora resultados positivos já sejam amplamente divulgados, a expansão da ESF trouxe consigo inúmeros desafios. Entre eles, destaca-se o processo em curso de redefinição e qualificação da Atenção Básica na ordenação das redes de atenção e na sua capacidade efetiva de gestão do cuidado, por meio do aumento do escopo das ações, da ampliação de formatos de equipes, de ações que auxiliem na expansão da resolutividade e da articulação e suporte com/de outros pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2014).

As EqSF devem estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população, estimulando a organização desta para exercer o controle social das ações e serviços de saúde. Deve ainda utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões e atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais (BRASIL, 2012).

No entanto, circunstâncias como a demanda ainda excessiva, o foco em áreas programáticas, a difícil comunicação entre os níveis assistenciais, entre outras, reduzem a possibilidade da ESF em contribuir na transformação do modelo assistencial. Para Merhy e Franco (2002) “ao dar centralidade, em seu campo teórico e de práticas, ao terreno da epidemiologia/vigilância à saúde, secundariza de modo instrumentalizado a utilização da multiplicidade de conhecimentos que devem compor o complexo e multidisciplinar trabalho em saúde”.

A complexidade do cuidar em saúde envolve certo grau de imprevisibilidade que estimula a busca por novas formas de produzir cuidado e permite a incorporação de práticas singulares, pautadas pelas particularidades dos sujeitos alvo do cuidado. Este aspecto evidencia a necessidade das interações e diálogos entre os sujeitos envolvidos para potencializar as ações desenvolvidas (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Assim, uma série de transformações vem acontecendo nos últimos anos no que diz respeito ao desenvolvimento de processos de cuidado em saúde, influenciando diretamente na prática dos profissionais, que passam a desenvolver suas competências incorporando novos

saberes. Nesta perspectiva emerge o trabalho em equipe, que é uma metodologia de trabalho em saúde adotada em substituição a atuação profissional isolada e independente.

Essa forma de se trabalhar tem na origem tanto na racionalização da assistência, no sentido de garantir a melhor relação custo-benefício do trabalho em saúde e ampliar o acesso e a cobertura da população atendida, a fim de integrar disciplinas e profissões, entendidas como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir de uma concepção ampliada (PEDUZZI, 2007).

Logo, o trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. A importância do trabalho em equipe na ESF é ressaltada, principalmente, pelo aspecto da integralidade nos cuidados de saúde, considerado um dos princípios doutrinários do SUS (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Porém, para que a Estratégia de Saúde da Família desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

3.2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Nos últimos anos a ampliação dos saberes e práticas na ESF, pautadas pela integralidade, vem acontecendo também através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que incorporam gradativamente diversas categorias profissionais no âmbito da APS, ampliando sua resolubilidade (ELLERY, 2012).

Criados em 2008 através da Portaria GM/MS no 154/2008 (BRASIL, 2008), que também define as principais orientações normativas e operacionais para o funcionamento dos núcleos, os Nasf são reafirmados e fortalecidos na Portaria GM/MS nº 2488/2011, que aprova a nova PNAB, instituindo algumas alterações quanto a sua constituição e vinculação. No

entanto, estes aspectos são redefinidos na Portaria GM/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que aprova novos os parâmetros de vinculação dos Nasf Modalidades 1 e 2 às EqSF e cria a Modalidade Nasf 3 (BRASIL, 2008, 2012).

O contexto de criação e implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família tem suscitado debates acerca da qualidade e resolubilidade da Atenção Básica, ampliação e diversificação de suas ações. Apesar de recente, diversas experiências ligadas ao NASF vêm ganhando destaque nos congressos ligados à Saúde Pública e à APS, assim como na literatura científica, isto aliado ao financiamento específico oferecido pelo MS, tem estimulado cada vez mais os gestores municipais a aderirem a este modelo (Quadro 1).

Quadro 1- Expansão do Nasf no Brasil de 2008 a 2014.

Ano	Nasf 1	Nasf 2	Total
2008	369	26	395
2009	866	86	952
2010	1159	127	1.286
2011	1408	156	1.564
2012	1536	393	1.929
2013	1864	552	2.416
2014	2322	767	3089

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (BRASIL, 2015).

No entanto, esta implantação tem ocorrido de maneira irregular, onde muitas vezes os papéis estão mal definidos, não há capacitação apropriada, há conflitos entre o processo de trabalhos das EqSF e das EqNasf e sem contar com experiências já consolidadas que embasem as práticas. Desse modo, experiências distintas tem se espalhado pelo Brasil. Em São Paulo, por exemplo, as equipes Nasf trabalham na perspectiva do apoio matricial, porém normalmente preenchem o vácuo deixado por outros níveis de atenção, e atuam frequentemente, por orientação de uma gestão de lógica privada, que regula a relação das EqSF com outros serviços da rede, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e os Núcleos Integrados de Reabilitação, reduzindo os encaminhamentos desnecessários, mas que por outro lado também gera conflitos entre as equipes por criar uma morosidade para os casos agudos e agudizados (ARRUDA; PASQUIM; SOARES, 2012).

Já na Paraíba diversos tipos de apoio podem ser identificados, onde os profissionais Nasf atuam tanto num apoio gerencial-administrativo, que busca solucionar problemas burocráticos das unidades de saúde e exercer funções burocráticas; quanto em uma

perspectiva o político-institucional que opera os direcionamentos políticos defendidos pela gestão na condução das ações de saúde; ou em um suporte técnico-pedagógico, que promove processos de educação permanente junto às equipes; ou com oferta atendimentos diretos aos usuários, o apoio o técnico-assistencial; e ainda como um apoio político-comunitário que fortalece a organização política da comunidade (SAMPAIO et al., 2013).

Apesar da autonomia dos municípios e da diversidade de propostas Nasf encontradas, o MS define o Nasf como equipes multiprofissionais, formadas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que atuam de forma integrada e apoiando as equipes de Saúde da Família e/ou as equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Devem compartilhar com estas práticas e saberes em saúde, visando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, além de ampliar a oferta de ações à população adstrita (BRASIL, 2014).

Dessa maneira, essas novas equipes que passam a integrar a APS surgem com o objetivo de aumentar efetivamente sua qualidade e resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações (BRASIL, 2008, 2012, 2014).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) diz que é correto afirmar então que o Nasf:

- É uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades.
- Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, mas não é ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar;
- Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos pessoais;
- Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas;
- Possui disponibilidade, no conjunto de atividades que desenvolve, para realização de atividades com as equipes, bem como para atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão);
- Realiza ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família, o que não significa, necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações;
- Ajuda as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção;
- Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBS e auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede.

Considerando as três modalidades, hoje uma equipe Nasf pode ser composta por: Assistente social; arte educador; profissional/professor de educação física; farmacêutico;

fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; médico (acupunturista, ginecologista/obstetra, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, do trabalho); terapeuta ocupacional; médico veterinário; e sanitaria. O gestor municipal deve definir a categoria profissional que irá compor uma equipe Nasf através de critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes profissões/especialidades.

Para além dos princípios e diretrizes básicos do SUS e da APS, também são alicerces norteadores do Nasf a produção de um cuidado continuado e longitudinal (longitudinalidade do cuidado); Gestão compartilhada do cuidado (coordenação da atenção/cuidado); a Territorialização e responsabilidade sanitária; o trabalho essencialmente em equipe; a ação interdisciplinar e intersetorial; a educação permanente em saúde dos profissionais e da população; a Educação popular; Participação Social e a autonomia dos indivíduos e coletivos; a Promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2010, 2014).

O termo longitudinalidade não aparece com frequência em dicionários comuns, este é derivado de longitudinal e definido como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”. Ao aplica-lo na APS, considera-se então que a longitudinalidade se estabelece quando há uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Implica na existência de um aporte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas de saúde (STARFIELD, 2002). Assim, uma Equipe Nasf (EqNasf) junto com suas EqSF deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber sua assistência.

Já a coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Na saúde, trata-se da capacidade de garantir a continuidade da atenção, através do reconhecimento dos problemas que demandam também assistência de outros níveis de atenção. Logo, são os profissionais da ESF, incluindo os da EqNasf, devem coordenar as intervenções, considerando o histórico de assistências prestadas ao usuário e a necessidade atual, em um processo colaborativo de trabalho com os outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Quando se aponta a Territorialização e responsabilidade sanitária como uma diretriz do Nasf na AB, busca-se atribuir também a esse núcleo a ideia de que é importante conhecer o

território em que se trabalha para definir e identificar de maneira mais adequada a existência de temas e situações demandadas à de Saúde da Família. As ofertas das equipes na AB devem ser organizadas levando-se em conta as especificidades da população adscrita, incluindo o contexto local. Essa diretriz é fundamental, pois dá direcionalidade à proposta do Nasf, ratificando sua complementaridade em relação às equipes da Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Esse território, campo das práticas em saúde, é um conjunto de situações históricas, ambientais, sociais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em sua totalidade, com divisões jurídicas e políticas, com heranças históricas e com aspectos econômicos e normativos de onde promovem condições particulares para a produção de doenças. É onde a vida em sociedade acontece e nele tudo possui interdependência. Logo, as equipes que atuam na ESF precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, para que possam identificar fragilidades e possibilidades na dinâmica cotidiana que emerge nele (GONDIM, 2008).

Já ao falar que o trabalho deve ser essencialmente em equipe o MS aposta que através do trabalho colaborativo, múltiplo e interdependente, há uma maior capacidade de análise e de intervenção diante das necessidades de saúde, em âmbito individual e/ou coletivo. Dessa maneira as ações desenvolvidas podem ser mais abrangentes, e responder com maior facilidade à integralidade do cuidado (BRASIL, 2014).

No Nasf, a formação dos profissionais é diferente, porém, complementar à das EqSF e entre si. Essa composição favorece ações integradas e abrangentes, pois não deve ser pautada pela ação individual de um profissional, assim como os saberes nucleares não devem ser ignorados. Os diferentes conhecimentos devem ser somados no trabalho coletivo em prol dos usuários e grupos sociais assistidos.

No entanto, uma das dificuldades enfrentadas pelos profissionais do Nasf diz respeito à fragilidade com que as atribuições dos diversos profissionais são definidas nos documentos norteadores. A pouca prescrição do trabalho aliada a falta de uma experiência acumulada nesse tipo de serviço, e de uma atuação interdisciplinar, acaba favorecendo que cada categoria atue isoladamente, agindo de acordo com seu núcleo de saber, como reflexo dos processos de formação fragmentados pelos quais a maioria dos profissionais de saúde foi submetido (LANCMAN; BARROS 2011).

Este argumento pode justificar ainda por que a maioria das produções com a temática do Nasf são focadas em uma categoria profissional, apesar de grande parte delas evidenciarem a característica do trabalho em equipe.

Diante disso, evidencia-se ainda a que estas equipes devem compartilhar seu fazer através da interdisciplinaridade, onde as diversas ações, saberes e práticas se complementam. Japiassu (1976) aponta a interdisciplinaridade é trata-se da interação dinâmica entre disciplinas, onde uma disciplina tem o mesmo sentido de “ciência”, de “disciplinaridade”, e se caracteriza pelo domínio dos objetos de estudo dos quais se ocupa, pelas especificidades e pela forma como prevê e explica os fenômenos. As disciplinas desenvolvem condutas, valores, crenças, modos de relacionamento que incluem tanto as relações humanas quanto a relação entre sujeito e conhecimento. Dessa forma a interdisciplinaridade permite que os diferentes conhecimentos construam um novo saber que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado em saúde.

A intersectorialidade também é apresentada como uma diretriz e se apoia no conceito ampliado de saúde ao se admitir que uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais interfere na saúde e na qualidade de vida das pessoas. Dessa maneira os profissionais e equipes de saúde devem manter seu trabalho integrado com redes/instituições que se encontram além deste setor. Trata-se assim da articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, agregando ainda mais saberes, poderes e vontades, ao intervir sobre um tema ou situação problemática. Visa-se então superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (BRASIL, 2009).

Ao incorporar a Educação Permanente em Saúde a ESF passa a priorizar a educação dos profissionais de saúde como um objetivo a ser alcançado e não uma atividade - meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho. Pois, esta se constitui como uma estratégia fundamental às transformações do trabalho em saúde, tornando a atuação mais crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005). Deve-se incentivar a mudança das práticas profissionais paralelamente a da organização do trabalho. Dessa forma os profissionais de saúde podem analisar coletivamente seu processo de trabalho, efetivando a ação educativa, pois são sujeitos ativos da transformação do sistema de saúde, uma vez que esta acontece articulada com a aprendizagem.

Nortear-se pela Educação Popular em Saúde traz às equipes da ESF uma nova perspectiva, na qual, muitos profissionais de saúde ainda não estão acostumados a trabalhar. Essa diretriz visa trazer a essas equipes a possibilidade de extrapolar o fazer mercantilizado e cristalizado dos serviços de saúde para uma atuação mais significativa para a população. Trata-se de uma forma de agir e sistematizar as práticas a partir da valorização da diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, da intercomunicação entre diferentes atores, do compromisso com as classes populares, das iniciativas dos educandos e do diálogo entre o saber popular e o saber científico. Visa romper com a hegemonia autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde, profissionais e a população (VASCONCELOS, 2001).

A Participação Social e a Autonomia dos indivíduos e coletivos são na verdade resultados esperados com a transformação do modelo assistencial. As equipes de saúde devem então trabalhar para fortalecer os espaços sociais, comunitários e locais, estimulando a gestão participativa para que a população possa ser protagonista de sua vida e opine sobre o rumo das situações que lhe atingem diretamente, construindo um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e fortalecimento da sociedade civil (BRASIL, 2009, 2014).

Quanto à Promoção da Saúde é importante ressaltar que essa diretriz não se trata de meramente informar aos usuários que hábitos ou práticas são produtores de saúde, mas sim de entender que os indivíduos são atores produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais e o trabalho em saúde deve ser organizado na perspectiva da garantia de direitos de cidadania e produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Ou seja, trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. De modo que tanto na clínica como nas atividades em grupo as ações possam acontecer voltadas para as necessidades e com influência da comunidade que também é produtora de saberes e práticas saudáveis (BRASIL, 2009).

Humanização como uma diretriz do trabalho do Nasf e da AB, deve ser entendida como a possibilidade de transformar as práticas de atenção e gestão no SUS, através do compartilhamento de decisões e ações entre gestores, trabalhadores e usuários comprometidos com a produção de saúde. É a aposta na capacidade criativa, na possibilidade de reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, atuando em redes, de modo a potencializar o outro, a defender a vida de todos e qualquer um (BRASIL, 2004, 2009).

Uma vez que estes conceitos também direcionam o trabalho na AB, os profissionais dos Nasf podem ser considerados corresponsáveis pela concretização dessas diretrizes, contribuindo com o trabalho das equipes apoiadas por meio de um trabalho compartilhado, articulado e integrado nas redes de atenção a saúde, sociais e comunitárias. É as nesse contexto que as ferramentas tecnológicas de organização do processo de trabalho são pensadas, na tentativa de por em prática todas essas diretrizes de forma dinâmica e dialógica.

Lancman et al. (2013) aponta que a proposta Nasf é recente enquanto elemento integrante das políticas públicas, e por isso não possui ainda processos de trabalho plenamente definidos e sistematizados, apesar de destacar que suas ferramentas e formas de organização do trabalho são potencialmente inovadoras.

É importante ressaltar que os Nasf fazem parte da APS, mas não se constituem como um serviço com espaço físico independente. Ou seja, os profissionais do Nasf compartilham o espaço das Unidades de Saúde da Família e o território adstrito para desenvolver suas atividades. Eles atuam a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, integrados à RAS e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias. É recomendado que os profissionais do Nasf sejam cadastrados em uma única Unidade de Saúde da Família (USF) localizada, preferencialmente, dentro do território de atuação das equipes de saúde da família, não sendo recomendada a existência de uma Unidade de Saúde ou serviço de saúde específico para a equipe de Nasf (BRASIL, 2014).

Lancman e Barros (2011) destacam que a EqSF possui ações e processos de trabalho mais consolidados que a EqNasf, por conta do seu tempo de implantação e pelo fato dos seus documentos norteadores discriminarem claramente as atribuições específicas de cada profissional. Enquanto consideram que os documentos referentes ao Nasf, apresentam orientações genéricas das ações a serem desenvolvidas, sem delimitar de forma clara o processo de trabalho. Para as autoras, essas diferenças nas atribuições das duas equipes podem gerar conflitos entre na atuação das duas equipes, onde o processo de trabalho pode até chegar a ser contraditório.

No entanto, Ellery (2012), a partir de seu estudo, sistematizou dez grupos de saberes e práticas essenciais que compõem o campo comum de atuação na ESF, incluindo o NASF: a) Trabalhar em equipe; b) Elaborar plano de ação nos territórios, em conjunto com a população,

suas organizações sociais e demais instituições que atuam no território; c) Desenvolver ações de educação em saúde; d) Intervir em situações relacionadas à saúde da criança; e) Intervir em situações relacionadas à saúde da mulher e do homem; f) Intervir em condições sociais da clientela; g) Aplicar técnicas de primeiros socorros; h) Adotar medidas de autocuidado, de cuidado com os colegas e com o espaço de Trabalho; i) Adotar atitude de acolhimento e estabelecimento de vínculo e responsabilização com usuários e trabalhadores da saúde; j) Aplicar procedimentos metodológicos de pesquisa em saúde.

A atuação do Nasf deve ser desenvolvida com ênfase no apoio matricial, considerando todos e quaisquer momentos do ciclo de vida das pessoas do seu território adstrito, além da realidade epidemiológica, cultural, socioeconômica desta população. Além disso, devem ser criados espaços coletivos de discussões e planejamento, atendimento compartilhado, intervenções específicas dos profissionais do Nasf com usuários e famílias e ações comuns nos territórios de sua responsabilidade.

É importante ainda que haja espaços de planejamento, construção de agendas compartilhadas que equilibrem de forma dinâmica o conjunto de atividades desenvolvidas. Preferencialmente essa agenda deve ser conhecida e pactuada entre membros do Nasf, além dos gestores e dos profissionais das USF, toda via este não deve se tornar um processo burocrático ou restritivo.

Nos documentos ministeriais são apontadas diversas atividades que podem ser desenvolvidas não apenas com a EqSF ou os usuários, mas também com diversos segmentos da RAS e outros setores de interesse comum com a saúde. Essas ações compreendem tanto a dimensão clínica-assistencial e sanitária quanto a pedagógica, como: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenções no território e em outros espaços da comunidade para além das unidades de saúde, visitas domiciliares, ações intersetoriais, ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outras. A figura 1 ilustra melhor esta discussão.

Figura 1- Síntese de atividades do Nasf.



O Nasf pode construir diálogo com diferentes pontos de atenção, a fim de buscar corresponsabilização na condução do PTS. As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula devem ser considerados para a produção do cuidado.

<ul style="list-style-type: none"> - Educação permanente; - Atendimento individual específico; - Atendimento individual compartilhado; - Reunião de equipe, discussão de casos, construção de PTS; - Atendimento em grupo; - Atendimento domiciliar. 	UBS	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de casos; - Construção compartilhada de PTS; - Atendimento compartilhado; - Apoio matricial do Caps à AB; - Grupos terapêuticos; - Oficinas geração de renda. 	Caps
<ul style="list-style-type: none"> - Grupos educativos; - Práticas corporativas; - Encontros comunitários; - Ações para a promoção de modos de vida saudáveis. 	Academia da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio às ações do PSE; - Ações de educação em Saúde. 	Escola
		<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de casos; - Construção compartilhada de PTS; - Ações coletivas para produção de cidadania. 	Cras

Fonte: Brasil (2014).

Observa-se então que a criação do Nasf se constitui como um passo importante para estimular o desenvolvimento de um modelo de atenção saúde alternativo, pautado no trabalho em equipe multiprofissional, onde o princípio da integralidade deve ser concretizado em ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde, capazes de produzir saúde para além do marco individualista e curativista (MÂNGIA; LANCMAM, 2008).

3.3 Ferramentas tecnológicas para o Trabalho em Saúde

O trabalho em saúde é parte do setor de serviços e se caracteriza como essencial para a vida humana. É um trabalho de produção não material que se completa no ato de sua realização e não tem como resultado um produto material e independente do processo de produção, sendo indissociável do processo que o produz (PIRES, 2000).

Merhy (1998) destaca que qualquer assistência prestada por um trabalhador de saúde junto a um usuário acontece através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente.

Neste encontro que se dá a partir do trabalho vivo o profissional de saúde utiliza “caixas de ferramentas tecnológicas” para agir nesse processo de relações. Estas ferramentas seriam como saberes e consequências materiais e imateriais, que ganham significado a partir do lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades esperadas (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O conjunto dos trabalhos em saúde gera um produto - os atos de Saúde – que são capazes de intervir em determinado problema de saúde, provocando uma mudança deste e produzindo um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito do usuário final. Porém, nem sempre este produto causa impacto na vida do usuário, e não é capaz de produzir saúde, pois esse processo de produção de atos em Saúde pode simplesmente ser centrado no procedimento e não no usuário, e a finalidade pela qual ela se realiza termina no diagnóstico, na operação, ou ainda em um encaminhamento a outro profissional, e não na saúde alcançada (MERHY, 1998).

É necessário que para além de por em prática seus conhecimentos o profissional de saúde lance mão de tecnologias que lhe permita estabelecer maior vínculo com os usuários e também com os outros profissionais. Nestes encontros pautados pela escuta, o interesse, a construção de vínculos e de confiança é possível acessar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viverem determinadas situações por parte do usuário, o que enriquece e amplia o raciocínio clínico do profissional. Às tecnologias envolvidas na produção desses encontros são chamadas “tecnologias leves” (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Dessa forma o trabalhador de saúde se depara diariamente com um encontro singular em cada ato ou ação que estabelece com o usuário, mesmo que as rotinas de trabalho, as diretrizes clínicas ou assistenciais e as orientações da gestão estejam muito bem estruturadas. Pois, na saúde o grau de liberdade e responsabilidade do trabalhador em relação às suas ações é normalmente maior do que em outros campos de trabalho, porém esta autonomia não está desvinculada da gestão, da organização e dos interesses dos usuários (PINTO; COELHO, 2010).

Como mais uma iniciativa de superar a atual fragmentação enfrentada pelo setor saúde, os profissionais do Nasf devem ter a clareza que esta proposta não se trata de um processo fácil e espontâneo, mas sim que demanda dedicação e uma responsabilidade compartilhada entre eles, as equipes e também os gestores locais.

Assim, a interdisciplinaridade, para além de uma diretriz da ESF, se apresenta como um desafio a ser alcançado. No entanto, apenas o trabalho multiprofissional não garante a implementação desta diretriz e nesse sentido dispositivos e arranjos organizacionais passam a ser efetivados no Brasil, de forma a contribuir para que o trabalho interprofissional se estabeleça através da colaboração, ultrapassando a lógica disciplinar (IGNÁCIO, 2011). Os profissionais precisam estar dispostos a pôr o trabalho compartilhado em prática, ainda que não tenha experiência na área, formação acadêmica adequada, ou não compreenda sua importância. Dessa forma, é preciso aprender o fazer em ato, o que demanda tempo, disponibilidade e interesse (LANCMAN et al., 2013).

Para que tal situação pudesse se estabelecer foram idealizadas ao longo dos anos diversas ferramentas tecnológicas ou dispositivos de cogestão, na tentativa de organizar e operacionalizar o processo de trabalho. De modo que, o vínculo terapêutico entre as equipes, a transdisciplinaridade dos saberes e das práticas e a coprodução do cuidado em saúde possam potencializar mudanças na subjetividade e na cultura dominante entre os profissionais (CAMPOS, 1998).

Dessa forma, dispõe-se de diversos dispositivos organizacionais que visam qualificar a assistência prestada pelos serviços de saúde e neste caso específico o Nasf. Dentre estes, o MS destaca como Ferramentas Tecnológicas para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2010).

Estes dispositivos já são experimentados na RAS de diversas cidades brasileiras, sendo explorados e vivenciados também pela ESF antes mesmo da criação dos Nasf, através da Política Nacional de Humanização (PNH), que se propõe transversal a diferentes programas e políticas de saúde. Vale ressaltar que nesta política a clínica ampliada é considerada como uma das diretrizes norteadoras, e não como dispositivos ou ferramentas como são colocados o apoio Matricial e o PTS (IGNÁCIO, 2011). Lancman et al. (2013) considera que estas ferramentas tecnológicas, destacando principalmente o apoio matricial e o PTS, são recentes enquanto formas de organização do trabalho do Nasf e precisam ser consolidadas.

Oliveira e Campos (2015) ao revisitarem os conceitos de Apoio Matricial e Apoio Institucional, destacam que:

Ainda que o Apoio Matricial seja um modo para organizar o trabalho interprofissional, pode ser entendido também como arranjo organizacional, ou lugar estrutural (cargo), a partir do qual se trabalha eminentemente com a função apoio. É o que ocorreu com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Nas duas dimensões, propõem-se três diretrizes: levar a lógica do apoio e da cogestão para as relações interprofissionais; lidar a partir do referencial da interdisciplinaridade com processos sociais, sanitários e pedagógicos e; construir equipes multiprofissionais com corresponsabilização no cuidado em saúde (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015, p. 231).

O Apoio Matricial trata-se do dispositivo norteador da atuação do Nasf, que busca aproximar uma unidade de saúde a outros serviços, a partir de apoiadores que estimulem a reflexão crítica e a educação permanente, ajudando na identificação e no enfrentamento de problemas, podendo assumir um caráter técnico a partir da sua especialidade ou fomentando processos de mudança.

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O termo apoio matricial é composto por dois conceitos operadores. Apoio foi retirado do método Paidéia, ou método da roda, que trabalha com a lógica das relações horizontais estabelecidas dialogicamente, onde o apoiador, de forma compartilhada com os profissionais apoiados, busca contribuir com saberes, ideias, valores e papéis. Já o termo Matricial vem de

matriz, pois teóricos sugeriram pensar as organizações como uma matriz, realizando-se ações horizontais pelos diversos departamentos, mas sem caráter gerencial. A palavra Matriz tem uma origem latina e significa o lugar onde se geram e se criam coisas, mas também pode ser entendida por seu conceito matemático como um conjunto de números que guardam relação entre si quando analisados na vertical, na horizontal ou em linhas transversais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O conceito de Apoio Matricial proposto por Campos (1999) objetiva assegurar retaguarda assistencial ou técnico-pedagógica especializada a equipes e profissionais responsáveis pelo cuidado a problemas de saúde. Busca, sobretudo, pôr em prática uma clínica ampliada e uma integração dialógica entre os diversos profissionais, entendendo que um especialista isoladamente não garante uma atenção integral (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoio Matricial guarda relação com conceito de educação permanente, uma vez que esta também visa mudança institucional, incorporando o ensino e o aprendizado ao cotidiano das organizações e às práticas sociais e laborais (BRASIL, 2009).

Como metodologia de Apoio Matricial deve-se: a) priorizar a personalização das relações interprofissionais, buscando formas de ativas de comunicação, ao invés de fluxos burocráticos ou de fichas encaminhamento; b) estabelecer um acordo quanto à forma como se organizará o cuidado compartilhado, além de critérios de risco que ordenem o compartilhamento, considerando-se as diretrizes do Apoio, mas sempre com liberdade para adequá-las ao contexto; c) definir a responsabilidade pelo caso: o caso poderá ser compartilhado mediante cuidado conjunto, ou simultâneo, a coordenação do projeto terapêutico poderá variar conforme o caso e a fase do próprio caso; d) utilizar de formas de cogestão e do método da roda (Apoio) durante a prática interprofissional; e) garantir a educação permanente e reconstrução de si mesmo, através de espaços coletivos de reflexão sobre práticas e certezas cristalizadas (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Em uma Revisão da Literatura internacional sobre o trabalho interprofissional em saúde, através dos descritores “cuidado compartilhado” e “cuidado colaborativo”, Oliveira e Campos (2015) encontraram uma série de arranjos e de formatos de cuidado compartilhado em países como o Canadá, Reino Unido, Espanha, Portugal, Irlanda, Austrália e outros.

Eles destacam que a variedade pode ser entendida como uma característica de plasticidade, de modo que esta prática possa se moldar e se adaptar em diferentes cenários, respeitando as singularidades de cada país. Estes estudos apontam ainda que inúmeros fatores influenciam para que o cuidado compartilhado seja efetivado e que a análise deles poderia auxiliar o fortalecimento da proposta. Ressalta-se ainda que a proposta brasileira de Apoio Matricial, além de contribuir para a qualidade do trabalho interprofissional, também agregou novas perspectivas e estratégias ausentes na descrição dos estudos internacionais.

Convergente a esse pensamento a proposta da Clínica Ampliada surge a partir da reflexão sobre os limites encontrados à transformação da clínica no SUS, ampliando o objeto de saber e de intervenção clínica para além da enfermidade, incluindo o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica (CAMPOS, 1997; CAMPOS, AMARAL, 2007). Assim busca-se através dela superar as limitações da Clínica Moderna, orientada pela doença, fundamentada na propedêutica tradicional, centrada no médico e que tem por objetivos a promoção da saúde, a prevenção e cura de doenças e a reabilitação. Logo, a Clínica Ampliada e Compartilhada almeja ser contra hegemônica abrindo espaço para a negociação, retirando os sujeitos doentes da condição de dominados por consentimento (BEDRIKOW, 2013).

Cunha (2004) considera que a clínica é sempre um processo de aprendizado mútuo e que na relação clínica, cabe ao profissional perceber-se e perceber o outro. Dessa maneira a escuta é parte fundamental do processo, já que clínica se empobrece ao ignorar as relações interpessoais, perdendo a capacidade de resolver até mesmo os problemas estritamente clínicos.

O sujeito que adocece só pode permanecer saudável quando incluído para falar de sua própria saúde.

A escuta é uma ferramenta que sinaliza um corte epistemológico, construindo outra clínica, balizada pela singularidade. Essa outra clínica é entendida como uma ferramenta, uma maneira de apreender o que o outro fala a partir do sentido que este dá às situações vividas e no modo como este se posiciona frente ao seu sofrimento. A escuta diferencia a clínica, pois todo paciente quando traz algum problema, traz consigo sua história e, nela, o modo como este construiu um significado para esse sofrimento. Aliás, todas as pessoas quando adoecem o fazem junto a um modo singular, de produção de subjetividade (IGNÁCIO, 2011, p.29-30).

Ao considerar que doenças de classificação semelhante podem se expressar de formas diferentes de acordo com a história e os recursos subjetivos e materiais de cada sujeito, a Clínica Ampliada aposta nas singularidades dos indivíduos e nos diferentes contextos à que eles estão envolvidos. Este aspecto desafia o paradigma da ciência positiva e da Clínica Moderna, que se estabelecem na regularidade das doenças e tem dificuldade de abordar a singularidade dos casos (BEDRIKOW, 2013).

Nesse sentido a proposta é construir o fazer a partir da ampliação e compartilhamento de saberes, valorizando uma clínica transdisciplinar, ou seja, criar novas possibilidades de vida, outros modos de existência, através da interseção de diferentes saberes e práticas.

Seguindo essa lógica o Projeto Terapêutico Singular foi inicialmente desenvolvido e amplamente aplicado na atenção à Saúde Mental em consonância com os preceitos e transformações pautadas pela Reforma Psiquiátrica, visando uma intervenção integrada e cuidadora entre profissionais de saúde e os usuários do sistema. Onde as intervenções propostas podem extrapolar o diagnóstico clínico e medicamentoso. Trata-se de um dispositivo que leva em consideração não apenas os recursos clássicos das equipes de saúde, mas também as diversas possibilidades encontradas no território, na família e no próprio sujeito (CUNHA, 2004).

Para Merhy (1998) o projeto terapêutico deve ser um instrumento que responda às necessidades objetivas e subjetivas das situações apresentadas, que supere clínica tradicional e priorize a produção de autonomia do sujeito ou coletividade, apropriando-se do processo de cuidado.

O PTS pressupõe um aprofundamento na discussão do problema e o envolvimento de todas as partes no processo, sendo o usuário peça central e fundamental para seu desenvolvimento, assim como a implicação da família quando houver necessidade. Assim, é um dispositivo que dialoga intimamente com a Clínica ampliada e o Apoio Matricial, por envolver o desenvolvimento de uma clínica que valoriza aspectos além do diagnóstico biomédico e da medicação como forma de tratamento e exigir a participação comprometida de todos os atores envolvidos no processo durante suas etapas (OLIVEIRA, 2010).

Com o intuito de garantir a elaboração e operacionalização de um PTS, a proposta é que o projeto seja direcionado com base em alguns eixos norteadores: a centralidade na

pessoa, a articulação e parceria entre equipe e usuário, a articulação dos recursos do território nas ações executadas, a priorização do contexto da pessoa, a construção compartilhada e integrada, além da definição de metas com duração previamente acordada (MÂNGIA; CASTILHO; DUARTE, 2006).

Mas pressupõe também uma mudança institucional na forma em que os serviços de saúde funcionam, pois é necessário haver momentos definidos de construção de um projeto terapêutico a partir da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com formação de vínculo com o usuário, bem como a participação dele na formulação e andamento do tratamento e responsabilização profissional.

Para operacionalizar um PTS é preciso que o este seja direcionado com base em alguns eixos norteadores: a centralidade na pessoa, a articulação e parceria entre equipe e usuário, a articulação dos recursos do território nas ações executadas, a priorização do contexto da pessoa, a construção compartilhada e integrada, além da definição de metas com duração previamente acordada (MÂNGIA; CASTILHO; DUARTE, 2006).

Dessa maneira o PTS deve se desenvolver a partir da coprodução da problematização; da coprodução de projeto e a cogestão/avaliação do processo. Outro fator importante na construção do PTS é a distribuição de responsabilidades, pois este envolve diferentes etapas como: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação do caso. O diagnóstico deve ser elaborado de maneira ampla, atento às dimensões orgânica, psicológica, social e o contexto singular em estudo; as metas devem ser definidas de acordo com uma linha de tempo de gestão da clínica, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito doente; a divisão de responsabilidades e tarefas de ver acontecer entre os membros da equipe e a reavaliação deve ser programada e pactuada entre os envolvidos (CUNHA, 2004).

Oliveira (2010) ressalta que o termo projeto no PTS não deve ser entendido apenas como um plano ou organização de tarefas, mas deve-se explorar a ideia de projetualidade, ou seja, a capacidade de pensar e de criar novas realidades, novas possibilidades. Logo, a coprodução e a cogestão do processo terapêutico que incorpore esse olhar aos contextos singulares e, ao mesmo tempo em que planeje e organize ações e responsabilidades.

A palavra singular remete ainda ao contexto dinâmico, não passível de reprodutibilidade, onde se expressão os problemas e se estabelecem as práticas de saúde, é o lócus onde, em função de um sujeito ou coletivo singular, é determinada a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir saúde. O termo singular remete à diferença, contexto singular (ARANHA; SILVA, 2005; CAMPOS, 2000; OLIVEIRA, 2010).

Já Projeto de Saúde do Território é uma ferramenta para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços e as equipes de saúde, outros setores e políticas sociais, visando à produção da saúde no território, com foco na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. Propõe-se então que uma série de etapas sejam estabelecidas para responder aos objetivos propostos.

Inicialmente há a identificação de uma área e/ou população vulnerável, com contextualização histórico-cultural da situação, destacada a partir de um caso clínico disparador ou do diagnóstico de saúde do território. De modo que seja possível construir e consolidar um entendimento mais aprofundado da situação/necessidade em saúde, no qual se trabalhará, justificando-se a priorização de certa área e/ou população vulnerável ou em risco; compreender o processo histórico e social singular daquele território que produziu a vulnerabilidade/risco; definir os objetivos das equipes de saúde com relação à área e/ou população; estabelecer as ações que seriam mais efetivas para alcançar os objetivos; identificar que outros atores sociais e/ou instituições seriam importantes para o projeto e poderiam com ele estar comprometidos. Em seguida vem o planejamento e implementação das ações em conjunto com a comunidade e com outros serviços e avaliação do processo realizado com base nos objetivos pactuados inicialmente (BRASIL, 2010).

Já na perspectiva do apoio a gestão o Ministério da Saúde propõe a Pactuação do Apoio e a divide em duas atividades. A primeira diz respeito à avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, EqSF e o Conselho de Saúde. Esta permite aos atores envolvidos, a partir de um processo de análise, formar a equipe do Nasf, dentro dos moldes referidos. Assim, antes de definir quais profissionais farão parte do Nasf em cada região, o gestor deve coordenar um processo de discussão, negociação e análise com as EqSF e com a participação social, para definir quais profissionais serão contratados. A participação das equipes de SF e dos representantes da população é fundamental, pois estes conhecem profundamente as necessidades em saúde de seu território e podem identificar os

temas/situações em que mais precisam de apoio. Essa participação também se destaca por ser o primeiro momento da relação dessas equipes e da população com os profissionais do Nasf, ainda que eles ainda não estejam presentes, o que facilita um vínculo positivo entre população, equipes e profissionais do Nasf. Isso não deve acontecer apenas no início da implantação, mas também ao longo do tempo, em momentos de ampliações, modificações, transformações (BRASIL, 2009).

Já a segunda atividade deve acontecer de modo sistemático e refere-se à pactuação do desenvolvimento e avaliação do processo e das metas junto aos gestores, EqSF e equipe Nasf. Nesta atividade, inclui-se também o estabelecimento de critérios para encaminhamento ou compartilhamento de casos e formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos.

Assim o trabalho do Nasf se concretiza através do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas entre EqSF e equipe Nasf (BRASIL, 2014; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No entanto, existem experiências de implantação e operacionalização distintas em todo país. Estas diferenciações surgem da autonomia política que os municípios possuem, apesar das orientações ministeriais, em elaborar suas próprias políticas de saúde. Para além das particularidades de gestão os trabalhadores do Nasf também enfrentaram, ao longo do processo de implantação, questões ligadas ao próprio trabalho em saúde, desde um perfil profissional pautado por uma formação fragmentada à resistência das EqSF ao trabalho conjunto (SOUZA, 2013).

Atualmente a formação do profissional de saúde o qualifica essencialmente para fazer assistência individual e pontual, não abordando a gestão dos casos ou como lidar com os arranjos institucionais. Considerando a complexidade da lógica matricial, o profissional precisa ser instrumentalizado para superar os desafios que emergem na tentativa de instituir um modelo contra hegemônico. Este novo arranjo se propõe então a modificar não somente a cultura assistencial, mas também a ser pedagógico e potencializar os saberes dos atores implicados (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de casos múltiplos sobre a atuação das equipes Nasf, cujas unidades de análise serão as EqSF dos municípios de Camaragibe, Olinda e Recife. Este tipo de estudo possibilita investigar um fenômeno contemporâneo considerando seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos, além do fato de proporcionarem maior confiança à generalização, neste caso denominada generalização analítica (YIN, 2001).

Utilizou-se abordagem qualitativa, que ao trabalhar com unidades sociais, permite estudar fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, trabalhando com universos de significados, valores, crenças e atitudes que correspondem a maior profundidade das relações (MINAYO, 1998).

Foram utilizados dados secundários, pois este estudo corresponde a um recorte do projeto de pesquisa intitulado: “Análise da implementação do NASF na Região Metropolitana do Recife a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho na APS”, sob responsabilidade da pesquisadora Cynthia Maria Barboza do Nascimento, além de revisão bibliográfica e pesquisa documental relacionada ao tema estudado. Ressalta-se que os dados utilizados não haviam sido previamente analisados no estudo original.

4.2 Local do estudo e período

O estudo foi realizado em três municípios do Estado de Pernambuco, os quais foram definidos pelos seguintes aspectos:

- a) Recife, capital do Estado de Pernambuco, Camaragibe e Olinda são considerados pioneiros na implantação do Nasf no estado;
- b) Pertence a Região Metropolitana do Recife (RMR), podendo assim, ter uma rede de saúde que possa estruturar e alinhar as ações do cuidado a saúde do usuário;

A coleta de dados do projeto de pesquisa que este estudo se origina foi desenvolvida de fevereiro a maio de 2013, enquanto a transcrição, tratamento e análise dos dados aconteceram no período de julho de 2014 a janeiro de 2015 e a pesquisa documental se estendeu até dezembro de 2014.

4.3 Definição dos Casos

Em estudos qualitativos, as amostras em geral não são probabilísticas. De modo que este estudo possui uma amostra intencional, composta por sujeitos escolhidos por características que os habilita a integrar a amostra (TURATO, 2005).

O estudo aconteceu com uma equipe de Saúde da Família (EqSF) de cada um dos municípios citados, apresentadas nos resultados pelos codinomes Alfa, Beta e Gama, selecionadas a partir dos seguintes critérios:

- a) Ser apoiada por uma equipe Nasf com dois anos ou mais de atuação;
- b) Ter maior estabilidade de profissionais;
- c) Ter um processo de trabalho sistematizado e cujos profissionais se disponham a participar da pesquisa.

A população desta pesquisa é composta de todos profissionais de saúde, quais sejam: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Dentista, Técnico de Higiene Bucal, Auxiliar de Consultório Dentário, das USF selecionadas previamente.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Instrumento e técnica de coleta de dados

Os dados primários foram colhidos a partir da técnica do grupo focal, cuja finalidade foi analisar e refletir sobre percepção que as EqSF possuem sobre o Nasf e a utilização das ferramentas tecnológicas de organização do processo de trabalho, ou seja, conhecer como os profissionais do Nasf desenvolvem suas práticas a partir das equipes que são apoiadas por eles.

A técnica de grupo focal consiste na entrevista com pequenos grupos de pessoas selecionadas com base em suas características, homogêneas ou heterogêneas, em relação ao assunto a ser discutido, onde a interação constitui-se como parte integrante do método. E por ter como objetivo principal identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito de uma mesma temática que os vincula, onde são exploradas as formas como os participantes interpretam a realidade, seus conhecimentos e experiências, é que esta técnica mostra-se adequada para responder os objetivos propostos desta pesquisa (BACKES et al., 2011; DIAS, 2000).

O grupo focal também possibilita aos entrevistados atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar, levando-os a uma ressignificação de suas posturas profissionais, ampliando sua capacidade crítica a partir da escuta dos outros e aproximando a pesquisa dos cenários de prática e vice-versa (BACKES et al., 2011).

Elaborou-se um roteiro com perguntas abertas (Apêndice A), com objetivo de apreender o máximo de informações que emergissem dos profissionais da EqSF a respeito do Nasf e suas ferramentas tecnológicas.

Foram ainda utilizados dados secundários obtidos a partir de levantamento bibliográfico com base na identificação de documentos institucionais e artigos científicos relacionados ao tema, considerando os últimos dez anos para consulta em base de dados informatizada (BIREME), nos idiomas português, inglês e espanhol, além de materiais normativos e norteadores publicados pelo Ministério da Saúde. Os documentos utilizados como marco teórico não seguiram delimitação de tempo de publicação.

4.4.2 Procedimento de coletas de dados

4.4.2.1 Coleta de dados primários

A pesquisadora responsável pelo projeto principal definiu as EqSF que participaram da pesquisa em conjunto com os coordenadores de Nasf de cada município. Após definição das equipes, os pesquisadores foram até as unidades de saúde onde os profissionais atuam, com data e hora agendada. Apresentaram o estudo e a técnica utilizada para a coleta de dados. A partir daí os profissionais foram convidados para participarem da pesquisa.

Após os sujeitos concordarem em participar mediante autorização por assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) agendou-se o encontro para realização do grupo focal.

Inicialmente foi feita checagem dos equipamentos, no diário de campo e na gravação, seguida pela identificação da sessão, com local, data, número do grupo e quantidade de participantes. Posteriormente explicou-se para o grupo como é a metodologia da discussão e foram apresentadas as questões relacionadas ao objeto de investigação.

Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora principal (moderador) da pesquisa original e um assistente da equipe de pesquisa do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- FIOCRUZ. Vale salientar que esses assistentes que apoiaram o estudo possuem aproximação com tema discutido para facilitar o desenvolvimento do grupo.

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

Foram realizados três grupos focais, sendo um em cada município. No município de Camaragibe participaram seis profissionais do sexo feminino, entre Agente Comunitária de Saúde, Enfermeira e Auxiliar de Consultório Dentário. Em Olinda participaram 11 profissionais, entre eles ACS, Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário, sendo oito mulheres e três homens. No Recife, foram entrevistados 10 profissionais, dentre eles ACS, Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, onde apenas um é do sexo masculino.

4.4.2.2 Tratamento secundário dos dados

Para o presente estudo foram disponibilizados os arquivos de áudio e vídeo dos três grupos focais e a transcrição do grupo focal do município de Recife. Trata-se de 14 arquivos de vídeo em formato AVCHD, totalizando 9,7GB em filmagens, e três arquivos de áudio em formato MP3, totalizando 355KB.

Os arquivos de áudio possuem duração de 71, 84 e 96 minutos, e correspondem ao período completo dos grupos focais, por esse motivo foram a principal fonte utilizada nas transcrições. As transcrições dos outros dois municípios foram realizadas pela autora deste projeto e outra pesquisadora vinculada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- FIOCRUZ.

Em um segundo momento pesquisadora deste projeto revisou as três transcrições a partir dos arquivos de áudio e dos trechos de filmagem obtidos e só em seguida iniciou a análise dos dados.

4.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados qualitativos utilizou-se o referencial de análise de conteúdo (BARDIN, 2004), uma vez que se adequa a estudos que visam a apreensão de mensagens reveladas ou ocultas, num esforço de “vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação” (MINAYO, 1998).

Os discursos produzidos nas sessões dos grupos focais de cada município foram transcritos e preparados para análise do produto do texto. A análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas das comunicações que objetiva a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2004).

As categorias de análise identificadas previamente abordaram **o entendimento sobre Nasf e as Ferramentas Tecnológicas do Nasf** e são destacadas a seguir no quadro 2.

Quadro 2 - Sistematização das categorias e subcategorias de análises a partir dos grupos Focais.

Objetivos Específicos	Categorias de Análise	Premissas Teóricas
<ul style="list-style-type: none"> • Comparar o entendimento da EqSF sobre o Nasf de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreensão sobre Nasf 2. Objetivo do Nasf 3. Diretrizes do Nasf 4. Formas de atuação do Nasf 	<p>Referencial Ministerial:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conceito; composição e referencial teórico-metodológico. 2. Aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica. 3. Longitudinalidade; integralidade; coordenação do cuidado; conhecimento de território; gestão compartilhada do cuidado; interdisciplinaridade, intersetorialidade; educação permanente em saúde; participação social; educação popular em saúde; promoção da saúde e humanização. 4. Ações desenvolvidas; Rotina de trabalho; Ferramentas tecnológicas utilizadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o alinhamento conceitual das EqSF a respeito das ferramentas tecnológicas utilizadas pelo Nasf. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conceito de Ferramentas tecnológicas; 2. Compreensão de Apoio matricial, 3. Compreensão de Clínica ampliada; 4. Compreensão de PTS, 5. Compreensão de PST, 6. Compreensão de Pactuação do Apoio 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conceito adotado pelo MS (Documentos Ministeriais). 2. Conceito e modelo do AM (CAMPOS, G.W.; DOMITTI, A.C; OLIVEIRA, G.N.). 3. Conceito da Clínica Ampliada e modelo de clínica adotado (CAMPOS, G.W.; CUNHA, G.T.). 4. Conceito e descrição de etapas do PTS (CAMPOS, G.W.; OLIVEIRA, G.N.). 5. Conceito e descrição de etapas do PST (Documentos Ministeriais). 6. Conceito e identificação da Pactuação do Apoio (Documentos Ministeriais).
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender como as EqSF utilizam as ferramentas tecnológicas junto às equipes Nasf. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilização do Apoio matricial; 2. Utilização da Clínica ampliada; 3. Utilização do PTS, 4. Utilização do PST, 5. Utilização da Pactuação do Apoio 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicação do Apoio Matricial (CAMPOS, G.W.; DOMITTI, A.C; OLIVEIRA, G.N.). 2. Modelo da Clínica Ampliada (CAMPOS, G.W.; CUNHA, G.T.). 3. Aplicação do PTS (CAMPOS, G.W.; OLIVEIRA, G.N.). 4. Aplicação do PST (Documentos Ministeriais). 5. Aplicação da Pactuação do Apoio (Documentos Ministeriais).

Fonte: Autora

4.6 Considerações Éticas

Considerando que este estudo trata-se de um desdobramento do projeto de pesquisa intitulado: “Análise da implementação do Nasf na Região Metropolitana do Recife a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho na APS”, que teve aprovação sob o parecer nº 029/2012 (ANEXO A) do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- FIOCRUZ, válido até 5 de setembro de 2015. O estudo cumpriu os preceitos contidos a Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Os profissionais das EqSF foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, seus riscos, benefícios e a responsabilidade da pesquisadora. Nesta ocasião, também foram informados que a qualquer momento poderiam desistir de sua participação. Após este procedimento, todos os participantes consentiram por escrito sua participação no estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na divulgação dos resultados, é respeitado o sigilo pessoal dos sujeitos envolvidos na pesquisa, pois os trechos de fala dos grupos focais são apresentados pelos codinomes Alfa, Beta e Gama, escolhidos aleatoriamente para representar os discursos de cada município.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dada a necessidade de apresentar inicialmente a forma como as equipes compreendem o Nasf de seus municípios, e à compreensão e utilização das ferramentas tecnológicas de organização do processo de trabalho, os resultados seguem apresentados divididos em dois tópicos respondendo ao primeiro e aos dois últimos objetivos. Neste segundo tópico duas ferramentas são destacadas em sub tópicos dada a relevância que apresentaram nos discursos dos entrevistados.

5.1 O Nasf na percepção das EqSF

Inicialmente as EqSF foram questionadas sobre o que entendem da proposta do Nasf e seus objetivos. Observou-se que a ideia de apoio, suporte ou assessoria é apontada como principal objetivo dessa equipe, porém diferentes formas de apoios emergiram dos discursos. A equipe Beta compreende o conceito do Nasf de forma semelhante à descrita nos documentos ministeriais, abordando tanto o caráter multiprofissional da equipe, quanto o do trabalho realizado de maneira integrada, voltado para resolução conjunta das situações e problemas de saúde.

O Nasf como as meninas sempre dizem quando chegam, é Núcleo de Apoio ao Programa da Saúde de Família. São profissionais da área de saúde também que vem integrar e se juntar a equipe da unidade da Saúde da Família pra nos assessorar, nos ajudar e complementar no tratamento e no cuidado com o comunitário da nossa área de abrangência. E ele pode ser composto por vários profissionais da área de saúde, pode ser um fonoaudiólogo, pode ser uma psicóloga, uma fisioterapeuta, nutricionista, pode ter médico ginecologista, que não é o nosso caso e vai de acordo com a necessidade daquela área de abrangência. (BETA).

As outras duas equipes se resumem a falar que se trata de uma equipe de suporte e citam algumas ações que exemplificam esse apoio, não desenvolvendo o que seria esta proposta.

Eu entendo assim como um suporte. Com a equipe, eles vão saber ao certo as coisas que a gente não tem tanta vivência. E como eles estão próximos creio que ajuda bastante porque se a gente precisar de um profissional fora fica mais difícil para o paciente e para a gente também. A resposta vai ser mais demorada sem eles. Então creio que eles agem como um suporte à equipe. É um grupo de profissionais que vieram mais para somar, né? E Beneficia a comunidade, né? E assim, os pacientes, principalmente aqueles

pacientes acamados, que não tem condições de ir pro... o Nasf que preenche os especialistas. Aí a comunidade tem muita vantagem de ter eles aqui no posto. Porque eles não têm como se deslocar até o lugar. Aí eles vão até a residência (GAMA).

O Nasf ele ajuda muito aqui né, inclusive vai também visitar os usuários que são acamados, usuários que precisam de fisioterapia, que precisam de fonoaudiologia, a nutricionista que vem ajudar muito também com o grupo de emagrecimento aqui. Então, ele veio dar um suporte mais avançado, tanto pra equipe quanto pra os usuários que a equipe trabalha (ALFA).

As equipes dos três municípios identificam a necessidade da característica multiprofissional das equipes Nasf, mas esse fato não implica na efetivação da integralidade do cuidado pautada por uma atenção interdisciplinar, pois as relações e organização do trabalho entre os profissionais acontecem de forma diferente nesses municípios, como pode ser observado ao longo da discussão.

Na proposta do Nasf os profissionais atuando como equipe de apoio, e não como porta de entrada no sistema, são corresponsáveis pelas demanda e situações problemáticas que emergem no território e devem estabelecer uma comunicação fluida e livre de hierarquizações. Essa lógica procura mudar as relações verticais de referência e contra referência, onde a comunicação entre as equipes e os níveis de atenção acontece por encaminhamentos ou informes escritos, apenas transferindo a responsabilidade pelo caso/situação a outro profissional ou serviço. Assim espaços de discussões internos e externos, buscando superar a lógica fragmentada da saúde e aumentar a resolutividade da ESF por meio do exercício da interdisciplinaridade devem ser estimulados e fortalecidos (BRASIL, 2010; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Souza (2013) ao analisar a proposta Nasf em três municípios do Ceará também observa singularidades entre eles, onde um consegue estabelecer uma maior integração entre EqSF e EqNasf que os outros e este fato parece estar associado a maneira como a formação e supervisão dos profissionais da AB foram estabelecidas ao longo do processo de implantação das EqNasf. Nesse sentido aponta que algumas equipes permanecem trabalhando na perspectiva da multidisciplinaridade, enquanto outras já alcançam a interdisciplinaridade.

As equipes de Santa Catarina defendem que o trabalho em equipe é uma das principais potencialidades do processo de trabalho entre EqSF e EqNasf, apesar de demonstrarem dificuldades com o compromisso e a corresponsabilização entre equipes, o que dificulta a

articulação entre os diversos saberes que compõem a ESF. Assim, para que se alcance a interdisciplinaridade no processo de trabalho e nas práticas de saúde é indispensável um alto grau de articulação e compartilhamento de ações no território (ANDRADE et al., 2012).

Silva et al. (2012) ao analisar o conteúdo das oficinas para elaboração de uma proposta de Nasf por profissionais da APS em São Paulo destaca que o trabalho interdisciplinar emerge como expectativa tanto de gestores quanto de trabalhadores como potencializador das práticas na tentativa de gerar maior resolutividade da APS, reorganizar a demanda e reduzir a procura dos serviços da atenção secundária e terciária como porta de entrada no sistema.

Para Campos (1998) equipes nesse formato precisam adotar uma atitude antitaylorista e exercitar a cogestão de suas práticas e demandas, de modo que todos participem, mas ninguém decida sozinho ou isolado ou pelos outros. Esses profissionais devem modificar seu próprio modo de estar no mundo e no trabalho, aprendendo em ato e produzir aprendendo. Dessa forma uma equipe que atue de maneira interdisciplinar é capaz de transformar a racionalização do uso dos recursos tecnológicos e estruturais, construindo coletivamente as intervenções em saúde, sendo estas coproduzidas entre trabalhadores, gestores e usuários, de acordo com as necessidades identificadas por eles (CAMPOS, 1998; OLIVEIRA, 2010).

Para além da noção de interdisciplinaridade outro conceito vem sendo abordado na literatura para descrever esse tipo de trabalho em equipe, trata-se da interprofissionalidade. A diferenciação desses dois conceitos se dá no momento em que se compreende o “disciplinar” ligado aos saberes e o “profissional” ligado às práticas, estas executadas por profissionais com formações dentro de um mesmo campo disciplinar. No campo da saúde, diferentes saberes disciplinares estão integrados e se materializam em práticas profissionais diversificadas, o que torna estes conceitos indissociáveis e complementares. Logo uma formação interprofissional é uma excelente estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde, no entanto, esta ainda é uma realidade recente no país (BATISTA, 2012; ELLERY, 2012; FURTADO, 2007).

Para Ellery (2012) a interprofissionalidade é um princípio fundamental que orienta equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família. No entanto, os profissionais parecem se basear em uma lógica caracterizada pelos limites de cada categoria, construindo um cenário de disputa entre as lógicas contraditórias da profissionalização e da interprofissionalidade, onde a autonomia da categoria prevalece à colaboração profissional.

Dessa forma identificou-se que as equipes Alfa e Gama entendem o apoio recebido dos Nasf como um apoio especializado, que surge para suprir a demanda da média complexidade ou facilitar o acesso a essa. Equipes com estas características fogem à lógica da interprofissionalidade, pois pautam suas relações por um modelo mais pluridisciplinar, ou seja, as disciplinas se relacionam, mas o que prevalece é a ideia de complementaridade, na qual as distintas áreas do saber preenchem eventuais lacunas das outras, ou até mesmo multidisciplinar, em que os profissionais atuam lado a lado, porém com baixíssima inter-relação (FURTADO, 2007).

Eu acho que o objetivo é assim, como nós não temos médicos especializados né, temos o médico generalista, que é a médica e a enfermeira, aí o NASF veio para dar um apoio a gente para as especialidades como fono. Como é muito difícil o encaminhamento, que passa bastante tempo pra chegar até lá, onde tem a especialista, aí o NASF já está aqui na raiz né, pra dar um apoio maior (ALFA).

Assim porque para você conseguir a fisioterapia é muito difícil. Aí através deles fica mais fácil. Entendesse? Fica mais fácil. Eles mandam uma cartinha e ajuda, né? Ajuda bastante (GAMA).

Porém os profissionais Nasf não devem ser considerados consultores pelas equipes que apoiam. Seu papel na APS não é o de especialista detentor do conhecimento com o dever de “ensinar” às equipes a manejar suas dificuldades (SOUZA, 2013).

Por outro lado, a equipe Beta, em um relato condizente ao objetivo do Nasf proposto pelo MS, aponta que dada à mudança pela qual a AB passou fez-se necessária uma equipe como o Nasf, que ampliasse a resolutividade da APS e o escopo das ações realizadas.

Ele (o Nasf) acaba tirando um pouco o peso, a responsabilidade que cai sobre nós que estamos na ponta. Então agora é um apoio, então de qualquer forma você se senti mais aliviado quando você tem uma equipe, além de suas forças para contar, pra se completar. É uma equipe de apoio né? E o apoio é sempre muito bem vindo, ate porque quando a gente começou com o programa saúde da família, trabalhar com atenção básica era o que? Significava vacina, cartão de vacina, gestante, vê criança que morria muito com de diarreia e isso foi aumentando, foi crescendo isso foi se expandindo, se ampliando. Então era necessário, se fez necessário acontecer o Nasf, né? De todo jeito alguma coisa tinha que acontecer e o Nasf tinha que vir compondo essa historia de PSF por causa disso, porque agora a gente não só ver só essa atenção básica do inicio, mas a gente vê mais coisa ai já precisou de outros profissionais para compor essa equipe (BETA).

Ao relatarem as atividades e ações que identificam serem desenvolvidas pela equipe Nasf fica mais claro como as equipes pesquisadas realmente atuam junto elas. Emergiram ao

longo dos discursos tanto ações realizadas quanto a forma de se trabalhar em equipe. As equipes Alfa e Beta apresentam uma atuação mais integrada à EqSF, variando a atuação entre práticas assistenciais individualizadas e aquelas pautadas pelo apoio matricial, enquanto o processo de trabalho da equipe Gama é predominantemente individualizado, pontual e fragmentado. A figura 2 resume as atividades e ações que a EqSF identifica como realizadas pelos Nasf.

O Nasf deve ampliar o escopo de ações da APS a fim de superar o modelo biomédico hegemônico, entretanto acabam enfrentando dificuldades como a demanda reprimida de pessoas já adoecidas que necessitam de atenção individualizada das diversas categorias profissionais o compõe e a fragilidade da retaguarda assistencial das redes de atenção secundária (OLIVEIRA, 2010).

Figura 2 - Atividades desenvolvidas pelo Nasf, segundo a EqSF.

Alfa	Beta	Gama
<ul style="list-style-type: none"> • Ajuda no diagnóstico e necessidade de encaminhamento; • Discussão mensal de casos; • Consultas agendadas pela EqSF; • Apoio aos grupos existente e criação de novos; • Apoio às ações do PSE; • Apoio à farmácia da unidade; • Consultas e visitas Domiciliares; 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento individual; • Atendimento compartilhado (raro); • Visita domiciliar; • Encaminhamentos quando necessário; • Grupos de educação em saúde; • Reuniões mensais de planejamento conjunto; • Reuniões mensais de discussão de casos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Foco nos atendimentos individuais, • Grupos de cada profissional Nasf; • Visita domiciliar; • Inicialmente possuíam reuniões e capacitações semanais.

Fonte: Autora

Em seu estudo Souza (2013) aponta que, a maior parte do contato entre as EqSF com as EqNasf acontece de forma pontual e a partir do encaminhamento de casos, esta acaba sendo a principal forma de comunicação entre as equipes, em detrimento da comunicação integrativa com a finalidade de realizar ações compartilhadas de apoio matricial. No entanto, a autora observou que apesar deste problema de comunicação as equipes desenvolvem apoio a grupos, atendimentos e visitas domiciliares conjuntas, discussões de casos e construção de

projetos terapêuticos singulares, porém estes últimos, quando acontecem, se dão em formatos improvisados a partir das possibilidades encontradas pelo Nasf. Destaca ainda que a maior parte das EqNasf pesquisadas, não se tem conseguido criar espaços coletivos para compartilhar seus saberes e estruturar suas práticas sob uma lógica interprofissional, o que se assemelha aos achados nesta pesquisa.

As diretrizes do Nasf não foram lembradas por nenhuma das equipes. O que demonstra um desconhecimento dos aspectos que norteiam o Nasf, mesmo esses sendo semelhantes e condizentes aos da própria ESF e do SUS. Destaca-se aqui uma fala que demonstra um pouco esse desconhecimento, pois a equipe confunde a diretriz da Participação Social, o acesso e engajamento dos usuários nas atividades coletivas da unidade.

A gente consegue ver, pelo menos nas quintas feiras sempre que tem as meninas do Nasf, participando dos grupos é uma participação popular muito boa, inclusive até a comunidade mesmo quando tem dia que não tem ninguém do Nasf, eles perguntam, não vai ter a nutricionista não? Vai estar a fisioterapeuta? A gente vê a participação, a integração entre eles e a comunidade é boa (BETA).

No entanto, ao longo dos discursos, a exemplo dos já apresentados aqui e dos que virão, é possível observar que as equipes sabem que os Nasf possuem uma área adscrita e trabalham em uma lógica territorial assim como eles. É possível observar ainda que aquelas equipes com um maior número de atividades de cuidado compartilhadas já caminham na tendência de nortear seu fazer saúde através do cuidado continuado e longitudinal, da Interdisciplinaridade, da Educação permanente em saúde, da Integralidade, da Promoção da saúde e da Humanização.

As três equipes afirmam que sabem da existência de materiais do MS publicados a respeito das diretrizes do Nasf, mas, desconhecem se há algo dos seus municípios, e relatam ainda que apesar de saberem que documentos oficiais existem nunca tiveram um momento institucional ou pessoal para estudá-los.

Ao estudar os desafios e possibilidades do Nasf como dispositivo de gestão no contexto de Campina Grande, Sampaio et al. (2012) destacam ainda que o hiato de quase dois anos entre a criação dos Nasf e a publicação do Caderno de Atenção Básica contendo suas diretrizes permitiu certa flexibilidade na operacionalização dos NASF e contribuiu com a manutenção de determinado modelo de saúde e organização da rede de cuidado. Outra

premissa que para os autores também influenciaria nesta variedade de formatos adotados é na realidade uma consequência da primeira e permitiu que os municípios brasileiros tivessem autonomia de implantar os Nasf de acordo com sua própria compreensão sobre matriciamento, revelando a fragilidade no direcionamento organizativo e político local.

Assim é importante retomar que, como destacam Lancman e Barros (2011) em uma discussão sobre o Nasf na cidade de São Paulo, as diretrizes do Nasf estão contidas em um documento com orientações genéricas das ações a serem desenvolvidas, sem discriminar com clareza os processos de trabalho a serem empregados. Souza (2013) corrobora com essa ideia e alerta que por tratar-se de um elemento norteador isolado de outros recursos de ensino/aprendizagem, o caderno com as diretrizes do Nasf (BRASIL, 2010) cumpre um papel conceitual e operacional limitado na complexa realidade de negociações e trabalho do Nasf.

As diferenças geradas a partir do distanciamento do modelo Nasf pautado pelo Apoio Matricial e pelas diretrizes anteriormente citadas impossibilitam o trabalho compartilhado entre as equipes de apoio e de referência, tornando-os fragmentados, desarticulados e difusos. Isso atrapalha a reflexão crítica dos profissionais e a possibilidade de transformação de suas práticas, favorecendo a atuação focal, dificultando a construção de redes de atenção que transcendam o território distrital e influenciando negativamente na construção de uma política de saúde municipal (SAMPAIO, 2012).

De modo geral percebe-se que a equipe Gama mantém uma atuação mais voltada para o modelo hegemônico assistencial-curativista, e esta também é a forma de atuação de seu Nasf, enquanto as equipes Alfa e Beta já destacam uma ampliação na relação entre as equipes e no escopo de ações desenvolvidas, com tendências a buscar um modelo mais pautado pelo apoio matricial. Esta perspectiva fica mais evidente no tópico a seguir onde serão discutidas a compreensão e utilização das ferramentas tecnológicas. O quadro 3 sistematiza a percepção que cada equipe possui da proposta Nasf em relação ao modelo proposto pelo MS.

Quadro 3 - Sistematização da percepção das EqSF sobre o Nasf.

	MS	Alfa	Beta	Gama
Objetivo do NASF	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica; • Apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços; • Ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica; • Reforçar os processos de territorialização e regionalização em saúde; • Apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na AB/Saúde da Família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar acesso a especialistas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar resolutividade e a qualidade da Atenção Básica; • Ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar acesso a especialistas.
Diretrizes	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado continuado e longitudinal; • Interdisciplinaridade e intersetorialidade; • Educação permanente em saúde; • Noção de território; • Integralidade; • Participação social; • Educação popular em saúde; • Promoção da saúde; • Humanização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendências de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Educação permanente em saúde; ○ Noção de território; ○ Promoção da saúde ○ Humanização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendências de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuidado continuado e longitudinal; ○ Interdisciplinaridade; ○ Educação permanente em saúde; ○ Noção de território; ○ Integralidade; ○ Promoção da saúde; ○ Humanização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendências de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Noção de território.
Formas de atuação do NASF	<ul style="list-style-type: none"> • Integrada; • Interdisciplinar; • Assistência prioritariamente compartilhada; • Ênfase no apoio matricial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco Integrada; • Predominantemente pluridisciplinar; • Assistência prioritariamente individualizada; • Algumas práticas com ênfase no apoio matricial 	<ul style="list-style-type: none"> • Relativamente Integrada; • Alterna entre a pluridisciplinaridade e interdisciplinaridade; • Assistência individualizada mantida; • Algumas práticas com ênfase no apoio matricial 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa integração; • Multidisciplinaridade; • Assistência individualizada, pontual e fragmentada.

Fonte: Autora

5.2 Ferramentas Tecnológicas

Quando perguntado às EqSF diretamente sobre as ferramentas tecnológicas apresentadas pelo MS para organização do processo de trabalho, foi necessário citá-las e até mesmo definir algumas delas a pedido dos participantes, pois esses desconheciam do que se tratava. De modo que, nenhum dos grupos foi capaz de conceituar e responder diretamente como utilizava cada uma delas. Mas, uma das equipes trouxe o conceito de PTS ao logo do discurso durante o grupo focal.

Mais uma vez percebe-se que as publicações e orientações ministeriais não foram suficientes para implantar adequadamente a proposta Nasf nos municípios. No entanto no que se refere às ferramentas é importante ressaltar que essas não surgiram apenas com a criação dos Nasf, mas deveriam ser realidade das equipes de referência na relação com outros serviços que compõe a RAS. Pois, anteriormente ao Nasf, a Política Nacional de Humanização (PNH) também as apresenta como diretriz e dispositivos para alcançar um fazer saúde mais humanizado no País (BRASIL, 2004).

Ainda assim, semelhante ao encontrado no estudo de Implantação do Nasf no Ceará, aparentemente muitos profissionais não tiveram a possibilidade de utilizar as ferramentas apontadas pelas diretrizes (SOUZA, 2013).

Pôde-se observar então que apesar de não abordarem as ferramentas quando diretamente questionados sobre elas, ao longo dos discursos dos três grupos focais surgiram falas e exemplos que demonstram tendências da utilização de algumas das ferramentas, o que está melhor detalhado ao longo da discussão.

Nos discursos ao longo dos grupos focais, duas ferramentas se destacaram: **o Apoio Matricial** e **o PTS**. Enquanto o projeto de saúde no território, além de não ter sido lembrado diretamente por nenhum dos grupos focais, também não pôde ser observado na descrição das práticas em nenhum momento. As duas outras ferramentas, Clínica Ampliada e Pactuação do Apoio, surgiram de forma bastante velada.

O PST apresentado no CAB nº27 parecia ser um recurso valioso de aproximação das ações de saúde ao território, no entanto, aparentemente é a ferramenta tecnológica que enfrentou maior dificuldade para ser implantada no processo de trabalho das equipes. É

escasso na literatura relatos de experiências ou pesquisas que envolvam o PST e inclusive o novo caderno de atenção básica nº39 não aborda mais esta ferramenta.

É possível encontrar algumas experiências semelhantes na literatura, que seguem a mesma lógica de produção da saúde em um território envolvendo diversos atores, porém, estes não seguem as mesmas etapas e são normalmente chamados de Projeto coletivo de Cuidado, Projeto de saúde coletiva ou PTS Coletivo (OLIVEIRA, 2007; RAMOS; PIO, 2010; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012).

Em relação à Pactuação do apoio foi possível apreender que para as equipes entrevistadas não houve avaliação conjunta da situação do território na implantação. Evidenciando uma inserção abrupta das EqNasf nos territórios sem um processo de discussão, negociação e análise entre os gestores, as EqSF e a população. Eles normalmente eram avisados que as equipes Nasf chegariam ou seu primeiro contato se dava já no momento da apresentação dos profissionais Nasf, fragilizando o vínculo inicial e a participação das equipes apoiadas na decisão de quais situações de saúde demandaria de maior apoio.

Esta ferramenta pode ser considerada como um espelho da relação que as gestões municipais estabelecem com suas equipes. E conseqüentemente, os modelos que são praticados no âmbito da gestão tendem a ser reproduzidos na assistência. Ou seja, a partir do momento que as pactuações iniciais e a cogestão são ignoradas entre gestão e trabalhadores torna-se ainda mais complicado que as EqSF percebam a necessidade de compartilhar seu conhecimento com outros profissionais e principalmente com os usuários. Tal aspecto pode ser observado na dificuldade em concretizar o trabalho compartilhado e na compreensão e utilização das demais FT.

O trecho de fala a seguir destaca como se deu a inserção do Nasf nos municípios Alfa e Beta, além de como foi o primeiro contato deles com a proposta.

Nas reuniões distritais só, foi assim pincelado “vai começar o Nasf”, pela gerente do distrito, mas a gente chegar assim a se capacitar, dizer que eles trabalharam... que eu me lembro, não teve não. E o Nasf entrou assim, eles não chamaram a gente pra capacitar não. Vai começar o Nasf e foi quando a gente sentou com eles lá na reunião que foi até um dia, numa sexta-feira. A gente sentou com a equipe Nasf pra eles se apresentarem e dizerem pra a gente como seria o trabalho deles. Foi, foi inclusive numa reunião de Distrito (ALFA).

Não houve nenhuma reunião específica pra apresentar a equipe do NASF não elas foram chegando a medida que seguia o dia, não lembro se houve reunião. Eu acho que não houve reunião, acho que elas já chegaram se identificava “sou nutricionista venho pra dar apoio a vocês, faço parte da equipe do Nasf” e disse o que era o Nasf. Inclusive a coordenação de atenção básica, agora que veio na mente, eles tinham que ter uma sala de apoio e a coordenadora usou uma sala nossa pra ser o ponto de apoio do Nasf, né?! Em que elas quando teriam que se reunir para fazer alguma discussão entre a equipe mesmo do Nasf, entre eles, elas viriam pra aqui. Foi a forma de como chegou aqui a história do Nasf, foi essa que a gente ia ter uma sala aqui. Na verdade não houve assim uma apresentação, nenhuma orientação de como seria nada não, ela foram chegando e se introduzindo a equipe entendeu (BETA).

Como ferramenta de cogestão a Pactuação do apoio proporciona que ninguém decida sozinho ou isolado ou em lugar dos outros. As funções de dirigente ou de liderança não estariam eliminadas neste modo de governar, somente não assumiriam um caráter exclusivo e unipessoal (CAMPOS, 1998).

A inclusão de usuários e profissionais em uma gestão mais democrática e participativa busca de padrões de vínculo mais qualificados, explícitos e duradouros, trazendo vantagens de ordem política, ao propiciar maior controle do usuário sobre os técnicos; ou de ordem gerencial, ao explicitar graus de compromisso e de competência de cada trabalhador. Esta forma de gestão contribui ainda o aumento da eficácia do trabalho em saúde, a partir da personalização e contextualização dos projetos ou programas terapêuticos (CAMPOS, 1998).

Silva et al. (2012) relata que a equipe de coordenação da estratégia saúde da família de uma região da cidade de São Paulo considerou imprescindível a elaboração de uma proposta de Nasf a partir de oficinas de trabalho com os profissionais da atenção primária à saúde, da SMS, os gestores locais, professores universitários e pós-graduandos. Puderam assim conduzir os participantes à compreensão mais profunda da realidade em discussão e à maior integração da proposta de Nasf com as necessidades percebidas pelos profissionais da APS e pelos gestores locais.

A equipe Alfa relata ainda que quando os Nasf foram implantados os critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos estavam pré estabelecidos.

Aí quando eles chegaram, eles se apresentaram enquanto Nasf, disseram basicamente quais são as atividades do Nasf pra a gente, inclusive eles até pontuaram bem, “a gente não...”, parece que eles já vinham, como aqui é uma área que tinha recebido a residência, eles já vieram “olhe, a gente não vai fazer o que o pessoal da residência faz, que é uma consulta, ficar

atendendo é... consulta de psicologia, consulta de fono, consulta de fisioterapia, isso a gente não vai fazer, a gente vai fazer grupos, a gente vai dar uma primeira avaliação junto com vocês, vai discutir o caso com vocês, no caso que for de acompanhamento realmente a gente vai tentar encaminhar (ALFA).

Já na equipe Beta existem espaços de pactuações, planejamentos e avaliações conjuntas com a EqNasf, mas não fica claro se a gestão participa desse processo de construção de fluxos.

Na reunião a gente faz uma programação, existe uma reunião mensal fixa que é toda terceira sexta feira do mês e que nessa reunião a gente faz uma programação, um planejamento do atendimento e da contribuição que elas vão dar para a equipe. No caso elas dão assistência de consulta individual a população por micro área ou na discussão de casos a gente prioriza os casos que tem que ser naquele mês pra atendimento é com consulta e também a gente programa nessa reunião as visitas domiciliares da equipe do Nasf e os grupos a programação dos grupos (BETA).

Outro achado relevante a ser destacado é o fato de que no município Gama destacou-se uma prática de rodízio entre as EqNasf, ou seja, de tempos em tempos a gestão troca as EqSF apoiadas por uma EqNasf. Esse rodízio não é algo pactuado com a EqSF, eles na verdade discordam desta prática que segue a direção contrária das diretrizes e ferramentas tecnológicas dos Nasf, onde conhecer e vincular-se adequadamente ao território e equipes de referência são elementos essenciais para as mudanças de modelo assistencial pretendidas.

Diz a gestão que é para eles não ter vínculo com a comunidade, não ter um vínculo, entendeu? A comunidade não acostumar. Aí então eles mudam. Eu particularmente eu não concordo. Porque se fica ruim assim para a gente que possivelmente teria mais acesso a eles, principalmente para a comunidade que ficam perdidos. Eu sinceramente não concordo. Acho que não dá certo isso não. Deveria ficar, continuar a equipe toda, eu acho. Não sei por que eles fazem isso. Não tem lógica isso, não ter vínculo com a comunidade. Se a gente não tem vínculo, como é que a gente vai saber. Tem que ter vínculo com a comunidade pra poder saber o problema de cada um. Tem que ter, tem que ter um elo (GAMA).

É a partir do vínculo que uma equipe de referência consegue identificar as situações problemáticas e as potências de vida da população adscrita. Ele deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos. O acolhimento e o vínculo devem ser um compromisso de toda a equipe, visando concretizar no trabalho vivo em ato. O processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe da ESF, definindo-se campo e núcleo de competência

de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários (ELLERY, 2012).

Quadro 4 - Resultados encontrados na subcategoria Pactuação do Apoio.

Ferramentas Tecnológicas			
Subcategoria	ALFA	BETA	GAMA
Pactuação do Apoio	Não conceitua;	Não conceitua;	Não conceitua;
	não houve avaliação conjunta da situação do território na implantação;	não houve avaliação conjunta da situação do território na implantação;	não houve avaliação conjunta da situação do território na
	critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos estavam estabelecidos.	Existem pactuações, planejamentos e pré-avaliações conjuntas.	não há pactuação, planejamento ou desenvolvimento e avaliação do processo e das metas de forma conjunta.

Fonte: Autora

A Clínica Ampliada, apesar de considerada pela PNH elemento essencial no processo de transformação do modelo de saúde exercido no país, é apenas citada por uma das equipes após os entrevistadores exemplificarem quais são as ferramentas tecnológicas de organização do processo de trabalho.

É, a gente sempre precisa, a gente... O apoio matricial, PTS... A gente faz os casos, a clínica ampliada também, a gente dá uma parte clínica ampliada (ALFA).

Há um evidente desconhecimento deste dispositivo nos três grupos focais. No entanto, de acordo como as EqSF desenvolviam o fluxograma do caso clínico pôde-se perceber que duas delas tentam extrapolar os limites da doença e enxergar o sujeito em seu contexto, pensando diferentes possibilidades para uma mesma situação problemática. Porém, quando os problemas em questão são da ordem da Saúde Mental a clínica volta a ser a tradicional,

focada na doença, e as estratégias pensadas giram em torno do controle da crise, da prática psiquiátrica e da medicação.

O saber instituído não é necessariamente adversário do processo de cura. Na perspectiva da clínica ampliada na Atenção Básica o sujeito tanto receberá intervenções relativas às questões biológicas (com inevitáveis impactos subjetivos), quanto aquelas que venham a estabelecer parcerias e construir novos projetos terapêuticos a partir da singularidade vivida por desse sujeito adoecido (CUNHA, 2004). Assim, o conhecimento científico disciplinar se transforma na clínica através da experiência de doença singular de cada pessoa, onde a saúde e o adoecimento ganham sentido (COÊLHO, 2012).

Coêlho (2012) discute que para fazer diferença na prática de saúde, não se deve ignorar importância da clínica tradicional e os conhecimentos já produzidos pela saúde pública em seu município. E destaca que as respostas às demandas sanitárias e sociais das pessoas e coletividades são melhor atendidas. Nesse sentido não se deve pautar as intervenções pela rigidez da programação em saúde, ou organizar as demandas somente por grupo de risco e áreas estratégicas, com dias e horários rígidos.

O importante é romper com a postura tradicional, onde o profissional de saúde tende a encarar o paciente como um objeto inerte, sem crítica, subjugado ao conhecimento científico, acatando sem restrições todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Porém, a formação dos profissionais de saúde ainda voltada para a lógica capitalista, de um modelo individualizado e liberal-privatista de produção da saúde, opondo-se ao proposto pela clínica ampliada ou para as reais necessidades de saúde de usuários. Isto vale também para os profissionais que hoje compõe as equipes Nasf, pois segundo Souza (2013), poucos haviam se aproximado do contexto da Saúde Coletiva durante a formação e a maioria atuava anteriormente no nível ambulatorial. Considera ainda que esse modelo formativo ao restringir o objeto da saúde ao corpo anátomo-fisiológico, não instrumentaliza os profissionais para atuarem com as novas ferramentas que passaram a ser propostas, e estas acabam não sendo eficientes na transformação processos de trabalho.

Na Saúde Mental no âmbito da AB essa característica parece ser ainda mais forte frente as outras linhas de cuidado, apesar das ferramentas tecnológicas aqui estudadas terem

sido propostas e experimentadas nas práticas de Saúde Mental antes mesmo da implantação dos Nasf. Pois desde 2003 o MS já as apresenta como dispositivos importantes na transição da clínica tradicional à ampliada. Ainda assim, e mesmo com a implantação dos Nasf, esta área estratégica continua sendo uma das mais delicadas e complexas de se lidar na AB.

Onocko-Campos e Gama (2010) destacam que ainda é comum encontrar equipes trabalhando de forma dividida, onde uma parte intervém nos problemas físicos e outra fica responsável pelos problemas psíquicos, normalmente os profissionais com alguma formação voltada para esta área, como psicólogos, terapeutas ocupacionais ou psiquiatras.

A ESF propõe mudanças paradigmáticas na maneira de se conceber a relação do profissional com a população e com a questão saúde-doença. No entanto essas mudanças são difíceis por que exigem uma transformação cultural, que engloba desde concepções pessoais dos diversos agentes a respeito do problema até questões políticas mais amplas. Além disso, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento da gestão, dentre outros, fazem com que a demanda de Saúde Mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes sejam tratadas apenas com medicação, produzindo-se assim uma medicalização do sofrimento (ONOCKO-CAMPOS, GAMA, 2010).

A criação de novas diretrizes e ferramentas para a clínica ampliada por si só não garantem que práticas de saúde tradicionais e autoritárias do modelo biomédico não sejam reproduzidas na AB. Os sujeitos implicados, profissionais, gestores e comunidade, precisam estar dispostos a transformar seu pensamento e questionar cotidianamente o fazer, a partir dos conflitos que vivenciam (CAMPOS et al. 2010; SUNDFELD, 2010).

Para Coêlho (2012) é preciso priorizar a construção de vínculos, responsabilizar as equipes no acompanhamento de casos singulares, inscrever a população a uma equipe de referência, para que os objetos e objetivos da saúde sejam transformados e nesse sentido, a oferta dos diversos arranjos organizacionais vão se estabelecendo. A educação permanente também é apontada ainda como caminho para que a clínica ampliada e as demais ferramentas se estabeleçam e criem capilaridade, pois ela permite que os trabalhadores repensem e questionem seus conhecimentos (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Destaca-se então interrelação das ferramentas tecnológicas, pois todas elas foram pensadas na perspectiva da troca de saberes, da transdisciplinaridade e da humanização do cuidado. E quando uma EqSF e seus respectivos apoiadores deixam de estabelecer e/ou compreender qualquer uma delas, há um comprometimento na realização das outras e consequentemente maior dificuldade de transpor as práticas tradicionais de saúde.

Quadro 2 - Resultados encontrados na subcategoria Clínica Ampliada.

Ferramentas Tecnológicas			
Subcategorias	ALFA	BETA	GAMA
Clínica Ampliada	Não conceitua;	Não conceitua;	Não conceitua;
	Há tendências de clínica ampliada nos discursos.	Há tendências de clínica ampliada nos discursos.	Clínica exclusivamente tradicional evidente durante todo discurso.

Fonte: Autora

Didaticamente optou-se por subdividir essa sessão em duas partes para uma melhor fluidez da discussão apresentada. Estas partes incluem as duas ferramentas que ganharam maior destaque nos grupos focais: Apoio Matricial e PTS.

5.2.1 Apoio Matricial

Apesar deste não ter sido conceituado por nenhuma das equipes, este estudo trabalha com a premissa que o Apoio Matricial se configura como um arranjo organizacional que assegura retaguarda especializada a equipes de referência responsáveis por cuidados em saúde, pautado pelo compartilhamento horizontal dos diversos saberes implicados (CAMPOS; DOMITTI, 2007), assim como deve ser a relação estabelecida entre uma equipe Nasf e uma equipe de Saúde da Família.

Para Oliveira (2010, p.273), esta forma de apoio “introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, favorecendo, também, uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde”.

Desta forma, são propostas três diretrizes para o Apoio Matricial: introduzir a lógica do apoio e da cogestão nas relações interprofissionais; pautar as intervenções a partir da interdisciplinaridade com processos sociais, sanitários e pedagógicos e; formar equipes multiprofissionais que se corresponsabilizem pelo cuidado em saúde (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

As três equipes entrevistadas se consideram apoiadas pelos seus respectivos Nasf, porém, não descrevem de forma clara como se estabelece esse apoio. No entanto, ao

detalharem como realizam suas práticas de saúde e como se relacionam com as equipes Nasf pôde-se perceber singularidades entre as três relações de apoio estabelecidas, onde a Beta entende a função desses apoiadores como um grupo que agrega ao fazer saúde de forma horizontal e que não está presente para prestar apenas assistência direta ao usuário, mas também para apoiar a equipe de diferentes formas.

Já para o Gama, o apoio do Nasf se dá como um apoio a mais, que ajuda à EqSF na medida em que agora existem assistências prestadas por mais profissionais e não que a ampliação da assistência se dá pelo compartilhamento de ações e construção coletiva do conhecimento, pois raramente uma ação é compartilhada.

Eu consigo identificar a participação delas junto com a equipe, e com a comunidade. Com a equipe também a questão do que a gente chamava antes de educação continuada que sempre está acontecendo temas né, que ela pede pra gente escolher, ou então elas sugerem e a para gente estar discutindo aqui. Então isso vem enriquecer a equipe porque ai a gente está aprendendo, está tendo conhecimento de áreas que a gente não teria acesso, né? Tipo: psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, então tudo isso é uma integração junto com a equipe, né? Como essa semana agora, a gente teve um encontro com elas, e elas passaram assunto pra gente mesmo do conhecimento psicológico, mesmo delas do conhecimento do fisio, realmente do que ele faz, do que é o problema entendeu? Então estão sempre nos inteirando do assunto pra gente ter conhecimento daquilo que a gente está trabalhando. Então eles colocam assim de qualquer forma o elo igual entendeu? Então se eu estou aqui, mas vocês tem que ter o mesmo conhecimento, a gente aprende muito, a gente cresce muito (BETA).

Amplia porque, por exemplo, a gente traz um caso da área que a gente tinha uma dúvida, ai aqui na reunião ela discute e esse assunto pode até ser um estudo de caso, ai depois quando a gente volta pra casa do comunitário a gente já vai com a mente mais aberta com outro horizonte, podendo dar outra resposta a ele. A gente já vai reforçar aquilo que aprendeu inclusive junto com as visitas delas, quer dizer aquilo que ela vai passar, a orientação que ela vai passar, quer dizer se a gente estava um pouco esquecido porque o dia a dia a cobrança o numero de família são muito grandes aqui onde a gente trabalha, então quando a gente chega lá, ai de repente vão lembrar um fato que a gente vai usar de novo com o comunitário ela não vai voltar mais naquele momento né em outras visitas, mas a gente vai estar reforçando aquilo que foi passado né (BETA).

Pois é, como eles vem uma vez por semana fica muito difícil pra eles naquele horário se reunir quando ele tem paciente pra atender, comunidade pra atender, pra poder reunir-se com a gente. Quando antigamente tinha reunião, nesse dia, nós nos reuníamos e discutíamos problemas era mais fácil né. Mas o apoio existe. No momento da gente aqui dentro identificar o caso e conseguir passar pra eles, isso aí existe (GAMA).

Lancman e Barros (2011) alertam que o apoio matricial potencializa a qualificação e identificação das prioridades de atendimento especializado, porém, quando há uma rede assistencial precária que não garante a continuidade do cuidado em outros níveis atenção, corre-se o risco de que o Nasf desenvolva ações de forma ambulatorial, especializadas e individualizadas, para atender o excesso de demandas, além das expectativas da população e da EqSF.

A incorporação da lógica do apoio nos Nasf favoreceu a divulgação do conceito do Apoio, mas, a depender de como é realizado no cotidiano das equipes, pode romper com o objetivo de democratização e da constituição de sujeitos críticos e com maior autonomia. De modo que acabam por contribuir para a banalização dos conceitos “Apoio” e “Apoiador” que, se não estiverem acompanhados de mudanças nas relações de poder, tornam-se vazios e não respondem ao objetivo pretendido pelo autor (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Os discursos sugerem duas formas diferentes da função de apoiador, porém esta deveria se estabelecer de maneira dialógica na gestão do trabalho em equipe, na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos. É a construção compartilhada entre os interlocutores ao considerarem diversas ofertas e demandas propostas por eles ao coletivo, partindo tanto de seu núcleo de conhecimento, experiência prévia e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo. De forma que possam desenvolver coletivamente momentos de escuta, análise, definição de tarefas, redes de responsabilização e avaliação (OLIVEIRA, 2010).

Vale ressaltar ainda que o apoio matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial, onde se estabelece relação clínica direta com o usuário; e técnico-pedagógico, realizando ações de apoio educativo com e para a equipe. E essas duas dimensões podem e devem se misturar durante as diversas intervenções (CAMPOS, 1999).

Oliveira e Campos (2015) alertam que, apesar do Nasf fundamentar suas práticas em Equipes de Referência e Apoio Matricial, problemas estruturais, como o déficit de serviços especializados, podem induzir a uma atuação inadequada e de forma substitutiva, pois nenhum apoiador deve substituir a assistência prestada na média complexidade, como observado no discurso do GAMA, esse fato fragiliza o atendimento e a relação com as equipes de referência, dificultando a compreensão da função apoio.

Na Paraíba, por exemplo, Sampaio et al. (2013) identificaram cinco formas diferentes de apoio: Apoio Político-Institucional; Técnico-Pedagógico; Político-Comunitário; Gerencial-Administrativo e o Técnico-Assistencial. Para os autores os três primeiros corroboravam com o referencial de Campos, como proposto pelo MS, já destacado anteriormente, enquanto outros dois resgatam do modelo Taylorista, pouco reflexivo e vertical, ou surgem como tentativa de suprir, precariamente, a deficiência de serviços de maior densidade tecnológica assistencial.

Seguindo essa forma de se subdividir o Apoio prestado pelo Nasf percebe-se que os apoios Político-Institucional, Político-Comunitário e Gerencial-Administrativo não aparecem nos discursos das EqSF dos municípios aqui estudados. Já o apoio Técnico-Assistencial está presente nos três municípios, mas acontece de forma diferente em cada um deles. Nos grupos focais Alfa e Gama, este apoio é realizado de maneira individualizada, algumas vezes continua e é estabelecido a partir dos encaminhamentos tradicionais ou agendamentos da EqSF, assim como acontece em Campina Grande (SAMPAIO et al., 2013).

Já no município Beta pode-se perceber que a dimensão pedagógica está presente no apoio Técnico-Assistencial quando a EqSF intervém junto com o Nasf nos atendimentos, visitas ou consultas compartilhadas, gerando aprendizado em uma relação matricial também durante a assistência. Ou, seja há possibilidade de interrelação entre as dimensões do Apoio Matricial. Quanto a prática exclusivamente técnico-pedagógica, observa-se que os municípios Alfa e Beta estão em momento diferentes, mas a consideram importantes em seu cotidiano e tendem a ampliá-la. No entanto no grupo Beta ela não acontece apenas durante as discussões de caso e formulação de PTS, mas estão presentes também nos momentos de discussão temática e de planejamento coletivo das ações.

A equipe Gama relata ainda que a dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial foi sendo descaracterizado em sua unidade desde a implantação até o momento atual, piorando com o tempo. Hoje eles acham que se buscarem muito o Nasf estariam incomodando. Porém é importante ressaltar que a equipe reconhece suas falhas e reflete quanto à necessidade de mudanças, identificando-se como agente indutor desse processo.

É difícil viu. Tem não, antigamente tínhamos. Toda sexta-feira nós tínhamos espaço, mas esse espaço, não sei por que, foi saindo, saindo, e aí as reuniões da gente é no máximo quando alguém manda. Porque antigamente tinha. Pelo menos um profissional do Nasf tinha toda sexta-feira (GAMA).

E eu acho também assim, essa questão de se reunir, de voltar a fazer esse estudo de caso clínico não depende também só deles. Vai depender da gente agora. Todas as vezes que eu precisei do Nasf, pra me dar uma orientação ou então uma ajuda, eu consegui. Todas as vezes. Mas foram muito poucas também. Eu não ficava abusando não (GAMA).

Agora assim, sinceramente, quando chega alguém para fazer uma pesquisa, como vocês estão fazendo, acho que estimulou, não sei a todos, mas que a mim me estimulou a reunir todo mundo e a gente se juntar mais. Realmente a gente está vendo que tem um déficit grande. Em reuniões, em grupos, acho que vocês alertaram a gente pra gente se juntar mais com eles, entendeu? Tentar deixar mais próximo. Acho que varias cabeças pensantes, acho que melhoram o atendimento. Talvez eu agiria de uma maneira e se eu conversasse com outra pessoa eu teria uma outra opinião. E seria melhor nesse caso. Acho que ajudou nisso (GAMA).

A organização da rotina de trabalho de uma equipe é crucial para que processos de transformação democráticos aconteçam. Por exemplo, quando uma equipe não se reúne, não se encontra, dificilmente conseguirá operar o apoio matricial, este passa a ser um grande obstáculo na comunicação e na organização do processo de trabalho compartilhado.

Nesses casos, a implementação do Apoio Matricial deve vir estrategicamente acompanhada de dispositivos e arranjos de gestão que favoreçam a criação e a sustentabilidade dos encontros da equipe. Por exemplo, haverá necessidade de espaços de discussão das equipes de referência, entre as equipes e os apoiadores matriciais e a participação destes em espaços nos quais seja possibilitada a discussão do processo de trabalho, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço como um todo. Muitas vezes surge a necessidade de adequações em vários processos organizacionais da rede como um todo (OLIVEIRA, 2010, p.278).

Oliveira (2010) alerta ainda que as duas modalidades de Apoio Matricial (apoio assistencial, apoio técnico pedagógico) necessitam de condições favoráveis de organização dos serviços e do processo de trabalho, de agenda, de fluxos e de disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos, para se efetivarem. No Alfa percebe-se uma tentativa de pautar suas práticas pelo apoio matricial, mas uma série de falhas organizacionais parecem estar presentes, impedindo que esta prática seja efetiva.

Há uma dificuldade em realizar os encontros sistemáticos que facilitam a comunicação, assim como não estabelecem uma rotina de estudos, onde temas clínicos ou organizacionais possam ser debatidos. No entanto, esse grupo ainda consegue discutir e acompanhar casos e planejar algumas atividades coletivas em conjunto, além de reconhecer que a existência de outras categorias profissionais dá a eles uma maior resolutividade e que as experiências trocadas nesses momentos facilitam o manejo de situações semelhantes em um momento posterior, assim como observado também no Beta nos discursos a seguir.

Você se sente mais respaldado. Lógico porque você já consegue, até o paciente já consegue reabilitar mais rápido sem ter que esperar uma marcação dele se deslocar pra fisio, a família já vai fazer em casa. A gente tem um psicólogo aqui, o caso agudo de um paciente psiquiátrico tem uma conversa com o psicólogo, assistente social também. Então, são casos que a gente sabe que se a gente precisar eles vão tá com a gente (ALFA).

A gente pega um pouco de experiência, não é doutora? Eu assim, pelo tempo com o psicólogo, com as meninas né, pega um pouco de experiência com eles, fica mais fácil lidar com o usuário. Entende? A gente sente mais respaldado, sente mais encorajado porque tá sabendo o que vai fazer diante daquele caso (ALFA).

e o olhar muda também, porque assim tem coisa que a gente vê que não aceita e diz, eu não sei não, dá vontade de dá uma pisa! E quando o profissional, que chega aqui, que a gente sabe que aquele problema tem ligação com algum distúrbio a gente diz: não vamos entender (BETA).

Logo, fica evidente que o grande propulsor para as transformações em busca de um cuidado em saúde mais humanizado e democrático é a troca de saberes entre equipes e profissionais, de modo responsável e não hierarquizada, identificando ofertas de ações/serviços com potencial para modificar positivamente os problemas de saúde de um indivíduo, família ou coletivo, com o uso, o mais racional possível, de todos os recursos disponíveis (OLIVEIRA, 2010).

Cabe à AB além de ser mais resolutiva diante das situações de saúde que enfrenta no dia a dia, outro papel importante, o de exercer a coordenação o cuidado, pois são os profissionais da saúde da família que prestam o cuidado longitudinal e compreende o contexto de vida de sua população. O Apoio Matricial exercido pelo Nasf também deve fortalecer essa prática.

No entanto, cumprir essa função exige dos profissionais de saúde também a compreensão sobre o saber estruturado em saúde, o saber científico e o saber médico, não dogmático. Para tal, é necessário estabelecer uma relação respeitosa entre o saber generalista e o saber especializado, assim como entre o saber dos indivíduos e dos profissionais, pois todos esses são legítimos e importantes no processo saúde-doença. É dessa maneira que o Apoio Matricial implica-se com uma lógica de troca multidirecional, de ganho mútuo aos agentes do processo de aprender e ensinar, em oposição à hierarquização dos saberes comum nos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2010).

Equipes multiprofissionais como as EqSF e EqNasf lidam no cotidiano de suas práticas com duas dimensões diferentes, mas não concorrentes, de saberes. Uma corresponde ao conhecimento específico de cada profissional, sua capacidade técnica e experiências anteriores, a este se convencionou chamar de saber Núcleo. Enquanto os saberes e práticas comuns da saúde, das práticas de saúde, do cuidado, da vida em comum, articulados em torno de um mesmo objeto de trabalho constituem o saber Campo (CAMPOS, 2000). Para a efetivação adequada das trocas de saberes e de práticas, os núcleos precisam operar sinergicamente articulados pelo Campo, com vista à melhora das condições dos sujeitos em questão e, simultaneamente, na validação e construção de novos saberes e práticas em saúde. De modo que, é justamente esse trabalho vivo em ato o grande produtor de mudança, ampliando a capacidade de crítica e práxis dos profissionais, através da coprodução de saúde e de autonomia (OLIVEIRA, 2010).

A operacionalização do Apoio Matricial depende de um conjunto de condições: número e qualificação dos profissionais disponíveis; número de equipes apoiadas; necessidade de qualificação dos profissionais envolvidos; cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores envolvidos; rede de serviços disponível; organização do processo de trabalho nos serviços, etc. O grupo Beta consegue organizar melhor seu dia a dia com o Nasf, apresentando uma maior proximidade ao arranjo do proposto pelo apoio matricial.

Uma vez por mês nós temos umas reuniões de discussão de casos, não só de discussão de casos, como é uma reunião aberta a gente pode falar sobre alguns temas que nós temos dificuldades de lidar na área de saúde. Então nesses momentos a gente até pode fazer capacitações, atualizações que é justamente no momento da reunião mensal que é realizada. É analisada a área de cada agente de saúde, as necessidades dos comunitários que precisam de tais e tais profissionais pra pode ser agendado uma agenda de consulta ou de grupo (BETA).

Essas condições organizacionais ampliam muito as possibilidades de sucesso e impacto do Apoio Matricial. Além disso, Campos (1998) destaca medidas que facilitam esse processo e que também envolvem um compromisso de gestão, são elas:

- a) Adotar estratégias de desprecarização das relações de trabalho, como vinculação por concurso e a fixação de profissionais diaristas e não em regime de plantão;
- b) Utilizar da educação permanente em saúde, buscando a qualificação dos trabalhadores. Organizar os serviços de saúde com base em equipes de referência, com adscrição de clientela bem definida e com relação territorial;
- c) Estabelecer arranjos e dispositivos de cogestão, como a criação e qualificação de espaços permanentes de encontro entre as equipes, como já foi aqui exposto;

- d) Proporcionar espaços colegiados de cogestão;
- e) Criar espaços de elaboração de planos estratégicos, onde se pode analisar e aprimorar as relações institucionais, onde se pode aprender clínica, saúde pública e relações humanas e, sobretudo, onde se pode trabalhar de forma mais produtiva e agradável (CAMPOS, 1998).

O Quadro 6 apresenta os principais resultados encontrados a respeito do Apoio Matricial.

Quadro 3 - Resultados encontrados na subcategoria Apoio Matricial.

Ferramentas Tecnológicas			
Subcategoria	ALFA	BETA	GAMA
Apoio Matricial	Não conceitua;	Não conceitua;	Não conceitua;
	há tendências de apoio matricial nos discursos;	há tendências de apoio matricial nos discursos;	Não há tendências de apoio matricial ao longo do grupo focal;
	considera-se apoiada pelo Nasf;	considera-se apoiada pelo Nasf	considera-se apoiada pelo Nasf
	não há matriciamento de temas;	reconhecem uma horizontalidade das relações;	não há matriciamento de temas;
	encaminham casos simples e discutem casos complexos em reuniões mensais;	realizam reuniões mensais de discussão de casos, matriciamento de temas em saúde e planejamento conjunto;	relação baseada no encaminhamento e marcação de consulta para o Nasf
	relatam trocas de experiências	relatam trocas de experiências e aprendizado mútuo;	identificam a partir da entrevista um grande déficit de ações compartilhadas com a equipe
	há planejamento conjunto de algumas atividades.	identifica ampliação do cuidado em saúde da EqSF.	raramente discutem casos.

Fonte: Autora

5.2.2 Projeto Terapêutico Singular

Diferente das outras ferramentas o PTS é conceituado ao menos pela equipe Alfa. Porém, este conceito não vem à tona no momento em que eles são questionados diretamente sobre o que é esta ferramenta, pois, inicialmente eles apenas afirmam realizar PTS com o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e Nasf. Mas, ao longo do discurso após uma de reflexão onde a equipe reconhece que, apesar de na maioria das vezes nomear como PTS, o que eles mais fazem é na verdade uma discussão de caso.

a gente fala PTS, mas a gente faz mais discussão de caso aí eu acho assim o termo tá mal usado, porque PTS quando a gente faz a gente pega o prontuário e tem que abrir do prontuário e a gente faz um projeto envolvendo todas as pessoas daquele problema, daquela família. Como a gente já fez várias vezes aqui de pegar e chamar pai, mãe, filho, todo mundo da casa e discutir cada um de uma maneira separada e depois em conjunto. Isso envolvendo depois o profissional envolvido, isso é um PTS. O PTS verdadeiro é aquele que a gente senta, aí como eu falei um caso cabeludo que a gente tem que envolver muitos profissionais e aquele caso que não depende só de médicos, enfermeiros e agentes de saúde não, tem que chamar todo mundo, a família toda pra resolver aquele caso. Eu acho que a gente tá vulgarizando o nome PTS, na verdade a gente discute casos do Nasf, do PSF na discussão do... PTS mesmo, porque o PTS é bem diferente (ALFA).

Nesse discurso a equipes evidenciam, alguns elementos importantes sobre o PTS, a centralidade no usuário, a complexidade do caso e a diferença entre um PTS e a Discussão de casos clínicos.

Este aspecto corrobora com o a literatura no sentido que, o PTS segue a lógica de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença. Essas características provem da influência da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica, onde o Sujeito está em permanente construção e pode desenvolver “margens de manobra” e até “linhas de fuga” para mudar sua realidade. Assim, quando o Sujeito está implicado em seu projeto terapêutico e enxerga junto aos profissionais que o apoia novas possibilidades de vida tende a ter um prognóstico e uma resposta clínica melhor (OLIVEIRA, 2010b).

É essa singularidade a grande razão de se repensar os projetos terapêuticos e ao mesmo tempo um dos principais obstáculos para sua implantação, pois para tal os profissionais de saúde precisam abrir mão da supremacia de seu conhecimento e entender que o sujeito também tem algo a acrescentar à sua própria terapêutica.

o que eu sinto assim é porque a gente vê o Projeto Terapêutico Singular feito a gente fazia na residência, as meninas pegavam aquele caso... Os casos

cabeludos. Todas elas que estava ali participando... Agora PTS a gente abre quando precisa realmente, não são todos os casos que são indicados a virar PTS, a gente tem pontualmente alguns PTS e estão todos no prontuário (ALFA).

A complexidade dos casos que devem se tornar um PTS dialoga com o conceito de vulnerabilidade e implica dar destaque as possibilidades políticas, sociais e individuais expressas pelas pessoas e pelos coletivos, em suas relações com o mundo, nos seus contextos de vida. Desse modo, o desenvolvimento de um olhar sobre vulnerabilidades, deve implicar, necessariamente, a consideração dos contextos singulares dos indivíduos e coletivos envolvidos (OLIVEIRA, 2008).

mas o Caps só chama pra gente quando tem reunião caso pontual da gente, pra gente discutir lá aquele caso do PTS... o Nasf vai porque é o caso da Unidade, aí faz o PTS, aí aquele caso que é da unidade vamos tentar resolver, aí eles chamam os profissionais envolvidos, se for fisio, se for no caso um psicólogo e vai um agente de saúde daquela equipe junto com o médico e o enfermeiro e com o Nasf. E se precisar de assistente social a gente faz com assistente social, psicólogo ou quem for preciso junto, pra discutir o caso junto com a gente (ALFA).

A formulação do PTS pode ser entendida como um processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno de uma situação de interesse comum. Nesse sentido, entende-se que deve haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilização, entre os sujeitos no PTS. No cotidiano das experiências desenvolvidas em torno dessa temática (OLIVEIRA, 2007), constatou-se que o PTS tem sido utilizado como estratégia para discussão em equipe, visando à resolução de casos muito complexos. Desse modo, o PTS é abordado como tecnologia inscrita na lógica do trabalho em equipe interdisciplinar, tendo como referência prática as equipes de saúde na Atenção Básica (OLIVEIRA, 2010b).

No entanto, nem sempre a presença de diversos profissionais de diferentes áreas é suficiente para qualificar as discussões. A reprodução de práticas de encaminhamentos e de valorização apenas do conhecimento de núcleo profissional, além de uma atuação individualizada em detrimento da troca com o outro possibilita a redução da utilização desses dispositivos orientadores do Nasf como produção de um cuidado mais ampliado. E em algumas situações pode gerar constrangimento, desconfiança e distanciamento entre as equipes (NASCIMENTO; HORI, 2014).

O modelo de trabalho em equipe mais coerente para a formulação do PTS não difere do modelo que vêm sendo trabalhado ao longo desse estudo. O espaço coletivo de discussão dessas equipes deve visar articular o Campo de saber (da saúde, do cuidado, do trabalho, da clínica ampliada, etc.) os diferentes Núcleos profissionais, com seus saberes e práticas específicas. Dessa maneira diferentes formas de ver a problemática em questão podem surgir, compondo hipóteses explicativas compartilhadas, mas, não necessariamente únicas, permitindo à equipe, na sua relação com os usuários construir estratégias conjuntas de intervenção, com maior chance de sucesso e menor possibilidade de dano (OLIVEIRA, 2010b).

Fica claro ao longo dos discursos das equipes que há uma descaracterização dos PTS em detrimento da discussão simples de casos.

Inclusive, no início elas sempre pediam que trouxesse um caso mais difícil, pra gente discutir sobre ele, e nesse caso a gente identificava que essa pessoa, precisava da assistência de vários membros do Nasf, mas não fica como uma coisa assim de um projeto terapêutico singular (fala gaguejando/insegura se está falando correto). O que está faltando eu acho é as meninas dizerem na reunião, olhe isso aqui que a gente já faz, é o projeto singular, eu acho que é uma intervenção entendeu, eu acho que é só isso que está faltando. Que na verdade existe a ação entendeu (BETA).

na minha visão o Projeto Terapêutico Singular aqui ele não, assim em outra USF eles começaram a comentar que o Nasf lá com o Projeto Terapêutico Singular vão todos, se um paciente tem um problema eles todos se envolvem na questão. Aqui no caso vocês podem ver o nome do psicólogo aparece o tempo todo, parece que é só psicólogo que trabalha no Nasf né. Deu a entender que o Nasf lá na outra USF acaba que trabalha de uma forma diferente daqui. Eles trabalham em conjunto mesmo que seja tipo um caso psiquiátrico né!? Os PTS daqui não funcionam assim (ALFA).

Os serviços pode ter nomear sua prática de projeto terapêutico singular e, no entanto, este ser um trabalho prescritivo (IGNÁCIO, 2011). Diferente do PTS nas discussões de caso clínico os profissionais apenas trocam informações sobre a problemática. Nestas as equipes se reúnem para nivelar o conhecimento que cada um tem a respeito do caso e apontar encaminhamentos, não sendo a dinâmica necessária para um PTS.

Nascimento e Hori (2014), ao estudarem as possibilidades de construção de PTS pelas equipes de saúde mental dos NASF e suas articulações com outros equipamentos da APS, da Atenção Psicossocial e de outros setores da sociedade, observaram que durante as reuniões de apoio matricial eram realizadas as discussões de casos, com o intuito de construir PTS, porém

na maioria das vezes, estas se restringiam à passagem de guias de encaminhamento entre equipes e não contavam com a presença de grande parte da equipe de referência. Verificaram que se tratava de espaço ausente de qualquer discussão técnico-pedagógica interdisciplinar, apesar da composição multiprofissional da equipe.

A simples troca de informações, sem o levantamento e análise coletiva das hipóteses que conduzirão a construção do projeto, evidencia uma lógica fragmentada de trabalho em equipe e distancia do usuário, que nessa modalidade não é ator direto da terapêutica. Toda informação clínica quando repassada já vem influenciada por inúmeros processos simbólicos, afetivos e cognitivos, e assim não resta a quem recebe a informação outra possibilidade do que acreditar no julgamento do outro que repassa as informações (OLIVEIRA, 2010b).

Para Hori e Nascimento (2014) a operacionalização dos PTS na AB esbarra em obstáculos relacionados à indefinição de objeto de trabalho e à precariedade das condições de trabalho. Especialmente em equipes em que essa ferramenta tecnológica não está incorporada, em que o processo de trabalho inviabiliza ou dificulta os momentos de encontros e em que os profissionais são mais valorizados pela quantidade de procedimentos e atendimentos que pela qualidade e resolutividade das intervenções. Para as autoras, nestes casos costumam emergir tensões entre os componentes das equipes e divergências quanto à importância dessa ferramenta, além da criação de obstáculos para obtenção de informações importantes para a compreensão do problema.

O trabalho em equipe interfere diretamente no êxito da implantação desta ferramenta tecnológica. Uma equipe onde os profissionais trabalham de forma isolada e fragmentada, centrada em sua categoria profissional, avaliando as situações problemáticas sob seu próprio arsenal de saber ou visão de mundo pode, no conjunto, desenvolver intervenções que consideram hipóteses e aspectos totalmente distintos em relação à problemática. Dessa maneira o produto não será um propriamente um projeto de equipe, mas um conjunto de ações muitas vezes desconectadas e incoerentes, ou até mesmo contraditórias, acarretando na redução da resolutividade e aumentando as chances de intervenções iatrogênicas. Isso é particularmente mais frequente naqueles casos que envolvem grande complexidade de questões e que demandam múltiplas abordagens (OLIVEIRA, 2010b).

Quadro 4 - Resultados encontrados na subcategoria PTS.

Ferramentas Tecnológicas			
Subcategoria	ALFA	BETA	GAMA
Projeto Terapêutico Singular	Conceitua;	Não conceitua;	Não conceitua;
	Utilizam o PTS pontualmente nos casos muito complexos;	Realizam discussão e acompanhamento de casos complexos, mas não nomeiam como PTS;	
	Relatam uma descaracterização dos PTS;		Não realizam.
	Identifica os atores necessários para construção de um PTS;	Não cita nem define as etapas;	
	Não cita nem define as etapas;		

Fonte: Autora

6 CONCLUSÕES

Propondo-se a estudar a percepção que as equipes de Saúde da Família possuem sobre o Nasf e suas ferramentas tecnológicas, esta pesquisa se depara com inúmeros aspectos que constituem o fazer e pensar em saúde, não tendo a pretensão de esgotar tão complexa discussão.

Ao longo do estudo pôde-se perceber que há singularidades entre os três municípios estudados no que diz respeito ao entendimento que as EqSF possuem sobre o Nasf, onde, quanto mais integrado e colaborativo é o trabalho entre as equipes, maior é a capacidade dos profissionais de identificar adequadamente os objetivos, diretrizes e forma de atuação do Nasf.

Apesar das três equipes reconhecerem a importância do apoio do Nasf, duas delas apresentam uma visão divergente da proposta ministerial, descaracterizando a dimensão matricial do apoio, o entendendo por uma perspectiva de assistência especializada, onde os apoiadores seriam uma extensão de outros níveis assistenciais que os usuários não conseguem alcançar. Esta visão reforça a lógica assistencial-curativista que persiste na AB, e caso as equipes que se agregam às EqSF não potencializarem a reflexão crítica diante deste modelo, tenderão a reproduzi-lo, mantendo a fragmentação do fazer saúde.

As diretrizes apontadas como norteadoras do processo de trabalho do Nasf, são equivalentes àquelas propostas para toda ESF, ainda assim as EqSF demonstraram grande desconhecimento deste aspecto. Porém, eles entendem que o Nasf também trabalha na lógica territorial, mas que apoia outras EqSF para além deles. Pôde-se identificar ao longo dos discursos, e principalmente quando relatavam a forma de atuação do Nasf, que duas equipes já começaram a mudar suas práticas, apresentando características da educação permanente, da humanização e da promoção de saúde.

Nesse sentido, é importante ressaltar que as três equipes ainda demonstram dificuldades em estabelecer uma atuação compartilhada, seja pelas diferenças entre as atribuições das EqSF e EqNasf, ou pelo desconhecimento das ferramentas que facilitam a implantação de um cuidado interdisciplinar e humanizado. Percebe-se que quanto mais compartilhado é o trabalho, maior é o número de ações e estratégias lançadas à comunidade.

Apesar de não se apropriarem das nomenclaturas utilizadas nacionalmente, é possível identificar práticas adequadas à proposta Nasf voltada para transformação do modelo de saúde, como o matriciamento na discussão de casos e temáticas, a tentativa de formular PTS, o planejamento conjunto de ações e as consultas compartilhadas. Porém práticas hegemônicas ainda predominam e estão relacionadas principalmente com uma prática clínica conservadora e reducionista, o que pode levar a manutenção de um processo de trabalho pouco dialógico e transformador.

Dessa forma, é importante que as práticas em saúde já estabelecidas, neste caso em especial as ferramentas tecnológicas do apoio matricial e do PTS, sejam periodicamente revisitadas e criticadas junto às equipes de referência, através de um processo de auto avaliação, de modo que, todos os atores possam opinar, questionar e atuar no sentido de transformar o seu modo de agir.

Esta pesquisa possibilitou ainda que os profissionais refletissem sobre as circunstâncias que o trabalho interprofissional exige e que também cabe a elas resgatar e estimular a relação com a EqNasf. Dessa maneira, recomenda-se que as pesquisas futuras não procurem apenas ampliar o conhecimento científico quanto à estruturação e à implantação das ferramentas tecnológicas, mas que também possam ser geradoras de processos reflexivos, contribuindo para a mudança do modelo assistencial. Ressalta-se ainda a importância de se mapear e difundir a existência de novas ferramentas tecnológicas que facilitem o processo de trabalho na AB, mesmo que estas sigam as necessidades locais.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007.
- ARRUDA, M. S. B.; PASQUIM, H. M.; SOARES, C. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de São Paulo: ensaio crítico sobre seu papel na política de saúde. Estácio de Sá – Ciências da Saúde. **Rev. FESGO**, Goiânia, v. 2, n. 7, p.184-193, jan./jun. 2012.
- BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3ed. rev. e ampl. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: Clínica Ampliada**. Brasília, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº154, de 1 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 16 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. 2015. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acessado em: 15 de mar. 2015
- BEDRIKOW, R. **A clínica e as políticas públicas de saúde para a atenção básica no Brasil**. 2013. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005.

CAMPOS, G.W. S. **A clínica do Sujeito:** por uma clínica reformulada e ampliada. 1997. mimeo DMPS-UNICAMP.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 863-870, out/dez. 1998.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.849-859, jul./ago. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev. 2007.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**; Brasília, v.62, n.1, p.113-8, jan./fev. 2009.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

DIAS, C.A. GRUPO FOCAL: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v.10 n.2, 2000.

ELLERY, A. E. L. **Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família:** condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Curso de Pós-Graduação em Saúde Comunitária, Fortaleza, 2012.

FACCHINI, L.A. et al. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 (supl. 1), s159-s172, 2008.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **Como construir uma atenção primária forte no Brasil?** Resumo Técnico. Madri, 2011. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita_Espanhois_2011/Brasil,%20Relatorio%20Resumo%20final%202011.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.783-794, maio/jun. 2009.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 237-255.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

IGNÁCIO, P. **Caminhos para a avaliação**: A construção de uma proposta de avaliação de dispositivos que favorecem a diretriz de clínica ampliada da Política Nacional de Humanização na atenção básica. 2011. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, out. 2013.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 433-444, 2004.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.i, maio/ago. 2008.

MÂNGIA, E. F.; CASTILHO, J. P. L. V.; DUARTE, V. R. E. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 87-98, maio/ago. 2006.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.

MERHY, E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, jan./abr. 2002.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Ed. UFS, 2009. p.29-74.

MIELKEI, F. B.; OLCHOWSK, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial, **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.63, n.6, p. 900-907, nov./dez. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 5. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

NASCIMENTO, A. F.; HORI, A. A. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos/SP. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, ago. 2014.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde.** São Paulo: Hucitec. 2008.

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 de atenção básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010b.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, jan. 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PINTO, C.A.G.; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000.

RAMOS, P. F.; PIO, D. A. M. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 212-223, 2010.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 525-536, set. 2009.

SAMPAIO, J. et al. O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **R. bras. ci. Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

SAMPAIO, J. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as Acepções Emergentes da Prática. **R. bras. ci. Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 1, p. 47-54, 2013.

SILVA, A. T. C. da et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

SOUSA, F. O. S. **O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de saúde do Recife.** 2010. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SOUZA, F. R. **Processo de construção dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) na atenção básica do Estado do Ceará.** 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 726p.

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

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 507-514, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. **Projeto de saúde no território** [Recurso eletrônico]. Florianópolis, 2012. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1090>>. Acesso em: 20 dez. 2014

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. **Interface:** comun. saúde educ., Botucatu, v. 5, n. 8, p.121-131, 2001.

APÊNDICE A - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Questão chave 1 - proposta Nasf

Questão chave 2 - organização das atividades do Nasf

Questão chave 3 - ferramentas tecnológicas

Questão chave 4 - mudanças/resultados

Questão chave 5 - aspectos favoráveis/potencialidades e desfavoráveis/obstáculos

Questão chave 6 – sugestões

Questão chave 7 - fluxograma do processo de trabalho da equipe de saúde

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Profissional da saúde,

Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “**Análise da implementação do NASF na Região Metropolitana do Recife a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho na APS**” de autoria de Cynthia Maria Barboza do Nascimento, sob orientação da pesquisadora Idê Gomes Dantas Gurgel e co-orientação da professora Paulette Cavalcanti de Albuquerque, ambas vinculadas ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM).

A pesquisa tem como objetivo analisar a implementação do NASF a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho. Você foi selecionado(a), pois representa um sujeito fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o Serviço ao qual representa.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar participar de grupo focal onde buscaremos discutir e refletir sobre a proposta do NASF. O risco da sua participação é o de constrangimento, devido ao fato de se discutir o desenvolvimento do seu processo de trabalho. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre como vem se dando a implementação da proposta do NASF a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho, além da contribuição acadêmica.

A discussão do grupo será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo no apoio a gestão e aos profissionais da saúde no que refere a organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF na rede de atenção a saúde do Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, Uma cópia deste termo de consentimento será fornecida ao Sr(a) e a outra ficará em posse da pesquisadora. Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com pesquisadora doutoranda Cynthia Barboza ou com as suas orientadoras Ide Gurgel e Paulette Cavalcanti pelo telefone (81) 2101-2500, e-mail: cynthiabarboza@hotmail.com ou no endereço do CPqAM.

Eu, _____, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento, que tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, que estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Assinatura do **Participante** _____

Nome e Assinatura do **Entrevistador**

Data

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



Título do Projeto: “Análise da implementação do NASF na região metropolitana do Recife, a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho na APS”.

Pesquisador responsável: Cynthia Maria Barboza do Nascimento.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 25/08/2012

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 26/12

Registro no CAAE: 06115912.0.0000.5190

PARECER Nº 29/2012

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 05 de setembro de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 05 de setembro de 2012.

Coordenadora do CEP/CPqAM

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;

Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 05/09/2013.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rebelo
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



ANEXO B - Carta de anuência Camaragibe

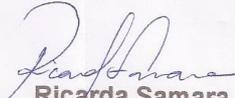


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
SECRETARIA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a estudante CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO do curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, a visitar os serviços ou instalações da Rede Municipal de Saúde de Camaragibe-PE, que se fizerem necessários ao desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado **“ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO NASF NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE, A PARTIR DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA APS”**. O citado projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Camaragibe, 09 de outubro de 2012.


Ricarda Samara
Secretária de Saúde

ANEXO C - Carta de anuência Olinda

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
Secretaria de SaúdeCARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE

Olinda, 09 de agosto de 2012.

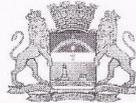
Carta nº 23/ 2012

A Secretária de Saúde do Município de Olinda, considerando solicitação da estudante, **Cynthia Maria Barboza do Nascimento**, responsável técnico pela pesquisa intitulada: **ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO NASF NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE, A PARTIR DA ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO NA APS**. resolve autorizar a realização da mesma no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, ao mesmo tempo em que solicita apoio dos Profissionais e Gestores para êxito da pesquisa.

Atenciosamente,

TEREZA ADRIANA MIRANDA DE ALMEIDA
Secretária Municipal de SaúdeRua do Sol, nº 311 - Carmo—Olinda/PE-CEP 53.120 –Telefone:8133051100.

ANEXO D - Carta de anuência Recife



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Cynthia Maria Barboza do Nascimento**, pesquisadora do Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM / Fiocruz, à desenvolver pesquisa na Unidade de Saúde da Família da Macaxeira, do Distrito Sanitário III e na Gerência de Atenção Básica / Coordenação do NASF, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “Análise da implementação do NASF na região metropolitana do Recife, a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho na APS”, sob orientação de Idê Gomes Dantas Gurgel e co-orientada por Paulette Albuquerque Cavalcanti.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 08 de agosto de 2012.

Suely Oliveira

Diretora Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Suely Oliveira

Diretora Geral de Gestão do Trabalho
e Educação na Saúde - DGGTES/SS
Matric. 95.731-6

ANEXO E - Carta de Anuência para uso de dados de pesquisa

Autorizo a pesquisadora Adriana Lobo Jucá, vinculada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, a utilizar os dados coletados com a Equipe de Saúde da Família a partir do projeto de pesquisa intitulado: “Análise da implementação do NASF na Região Metropolitana do Recife a partir da organização e desenvolvimento do processo de trabalho na APS” devidamente aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- FIOCRUZ, sob o parecer número 029/2012.

Cynthia Maria Barboza do Nascimento