



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

LILIAN TICIANE DE OLIVEIRA RODRIGUES

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NO NASF:
O DESAFIO DA CORRESPONSABILIZAÇÃO E DA RESOLUBILIDADE NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

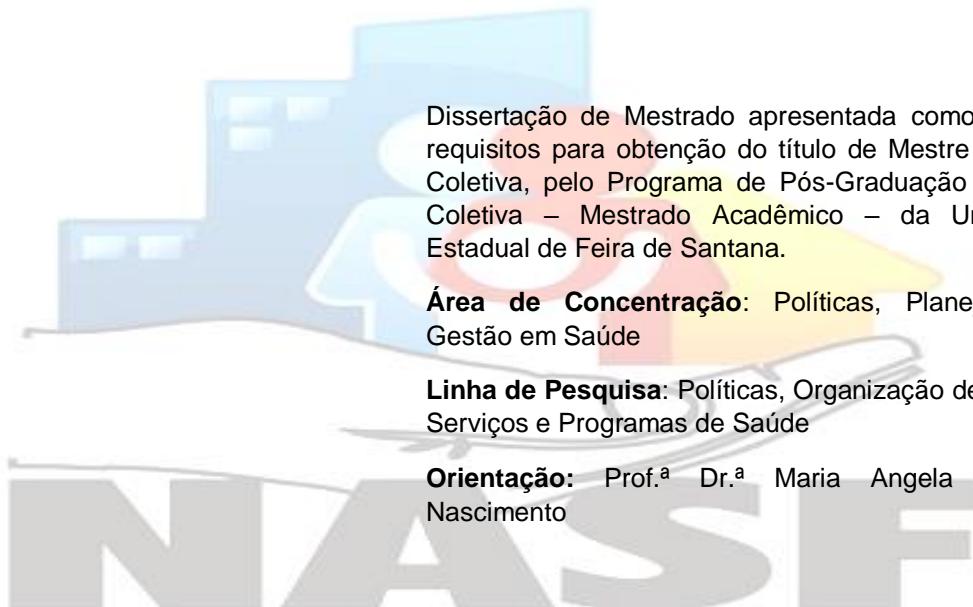


FEIRA DE SANTANA – BA

2017

LILIAN TICIANE DE OLIVEIRA RODRIGUES

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NO NASF:
O DESAFIO DA CORRESPONSABILIZAÇÃO E DA RESOLUBILIDADE NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**



Dissertação de Mestrado apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico – da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas, Organização de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento

FEIRA DE SANTANA - BA

2017

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado

R614 Rodrigues, Lilian Ticiane de Oliveira
Produção do cuidado no NASF: o desafio da
corresponabilização e da resolubilidade na Estratégia de Saúde da
Família / Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues. – 2017.
181 f.: il.

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de
Santana, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Cuidado em saúde. 2. Estratégia de Saúde da Família.
I. Nascimento, Maria Angela Alves do, orient. II. Universidade
Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614

LILIAN TICIANE DE OLIVEIRA RODRIGUES

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NO NASF:
O DESAFIO DA CORRESPONSABILIZAÇÃO E DA RESOLUBILIDADE NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico – da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas, organização de sistemas, serviços e programas de saúde.

Feira de Santana – BA, 27 de abril de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof.^a Dr. Willian Tito Maia Santos
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

Prof. Dr. ^a Maria Geralda Gomes Aguiar
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

As motivações e conteúdos fundamentais deste trabalho nascem do SUS, de sua história, seus princípios constitutivos, sua realidade cotidiana, das tensões e convergências de seus conceitos e práticas (AYRES, 2009, p. 12).

RESUMO

Para apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de atenção e ampliar o alcance e a resolubilidade das ações da atenção básica, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por equipes multiprofissionais que atuam com as equipes de saúde da família (EqSF) e demais recursos da rede, por meio do apoio matricial. Contudo, apesar do seu potencial, o núcleo ainda está em construção, principalmente no que tange à relação de corresponsabilização entre as equipes em vista da resolubilidade das necessidades de saúde da população. Nesse contexto, este estudo teve como objetivos: Analisar a produção do cuidado em saúde dos profissionais do NASF, com as EqSF e usuários da ESF, a partir da corresponsabilização e da resolubilidade; Compreender como as equipes do NASF se (des) articulam com as EqSF e usuários em vista da corresponsabilização para resolubilidade da produção do cuidado em saúde. Trabalhamos com o conceito do cuidado desenvolvido por Ayres (2004a) e com as dimensões de análise propostas por Assis e outros (2010): corresponsabilização e resolubilidade, complementado pelo referencial teórico do processo de trabalho de Marx (2002) e Mendes-Gonçalves (1992; 1994) e os arranjos tecnológicos de Merhy (2002; 2013a). Trata-se de um estudo qualitativo, em uma aproximação do método dialético, que tem como cenário as unidades de saúde da família com atuação do NASF de um município do estado da Bahia. Os participantes constituíram um grupo de profissionais do NASF (grupo 1), um grupo de profissionais da ESF (grupo 2) e um grupo de usuárias (grupo 3), totalizando 22 participantes. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram entrevista semiestruturada, observação sistemática, e análise de documentos. A análise de dados foi construída numa perspectiva aproximada à Dialética. As categorias empíricas possibilitaram a transição entre a empiria e a elaboração analítica e interpretativa: 1. Processo de trabalho dos profissionais do NASF: descompasso entre o que se preconiza e o que se realiza na Estratégia de Saúde da Família; 2. Micropolítica da produção do cuidado no NASF: lugar de (des) encontro e (des) responsabilização entre profissionais de saúde e usuários da Estratégia de Saúde da Família; 3. Macropolítica e suas influências na produção do cuidado no NASF: interesses e disputas que atravessam e inviabilizam a resolubilidade na Estratégia de Saúde da Família. Nesse estudo, percebemos que o NASF tem objetivos amplos, objetos complexos e múltiplas possibilidades de ação. Trata-se de um trabalho que requer atuação conjunta, a partir de tecnologias leveduras e de tecnologias leves, como vínculo e corresponsabilização. No entanto, o que deveria ser um facilitador, se configura como desafio dado às dificuldades de integração e articulação entre equipes e usuários, configurando um descompasso entre o que se preconiza e o que se realiza. Além do mais, frente aos atuais ataques aos direitos sociais, principalmente a saúde, a oferta de respostas concretas para as necessidades de saúde da população se torna insuficiente. Assim, cabe retomar a mobilização para ampliar as bases de sustentação política do sistema de saúde.

Palavras-chave: Produção do Cuidado em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Corresponsabilização. Resolubilidade. Atenção Básica.

ABSTRACT

To support the insertion of the family health strategy in the care network and to broaden the scope and the resolvability of basic health care actions, the Ministry of Health created the Family Health Support Center, made up of multiprofessional teams who work with family health teams and other network resources, through matrix support. However, despite its potential, the nucleus is still under construction, especially as regards the relationship of co-responsibility between teams in view of the resolvability of the population's health needs. In this context, this study had as objectives: To analyze the health care production of the Family Health Support Center professionals, with the family health teams and family health strategy users, based on co-responsibility and resolvability; Understand how Family Health Support Center teams are (un) articulated with family health teams and users in view of co-responsibility for the resolvability of health care production. We work with the concept of care developed by Ayres (2004a) and with the dimensions of analysis proposed by Assis and others (2010): co-responsibility and resolvability, complemented by the theoretical reference of the work process of Marx (2002) and Mendes-Gonçalves (1992, 1994) and the technological arrangements of Merhy (2002, 2013a). This is a qualitative study, based on an approximate perspective of the dialectical method, which is based on the family health units operated by the Family Health Support Center of a municipality in the state of Bahia. Participants formed a group of Family Health Support Center professionals (group 1), a group of professionals from the family health strategy (group 2) and a group of users (group 3), totaling 22 participants. The techniques of data collection used were semi-structured interviews, systematic observation, and document analysis. Data analysis was constructed from an approximate perspective of the Dialectic. The empirical categories made possible the transition between empiric and analytical and interpretative elaboration: 1. Family health support center professional work process: contradiction between what is advocated and what is accomplished in the Family Health Strategy; 2. Micropolitics of the production of care in the family health support center: place of (dis) encounter and (dis) accountability among health professionals and users of the Family Health Strategy; 3. Macropolitics and its influences in the production of family health support center care: interests and disputes that cross and make feasible the resolvability in the Family Health Strategy. In this study, we realized that Family Health Support Center has broad objectives, complex objects and multiple possibilities for action. It is a work that requires joint action, from light-hard technologies and light technologies, such as bonding and co-responsibility. However, what should be a facilitator, is a challenge given the difficulties of integration and articulation between teams and users, configuring a mismatch between what is advocated and what is done. Moreover, in the face of current attacks on social rights, especially health, the provision of concrete responses to the health needs of the population becomes insufficient. Thus, it is necessary to resume the mobilization to broaden the bases of political support of the health system.

Keywords: Health Care Production. Family Health Strategy. Co-responsibility. Solvability. Basic attention.

SUMÁRIO

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: o contexto articulado à teoria e a prática	8
2 CONSTRUÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL: pressupostos teóricos e categorias analíticas	23
2.1 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: concepções, tecnologias e dimensões de análise	24
2.2 CORRESPONSABILIZAÇÃO E RESOLUBILIDADE: dimensões de análise da produção do cuidado no NASF	30
3 CONSTRUÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA: caminhos e instrumentos para interpelar a realidade	38
3.1 Natureza e tipo de estudo	39
3.2 Cenário do estudo	41
3.3 Participantes do estudo	47
3.4 Técnicas e Instrumentos de coleta de dados	52
3.5 Estratégias de inserção e de afastamento do campo	55
3.6 Método de análise e interpretação dos dados	57
3.7 Questões éticas	63
4 PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO NASF: descompasso entre o que se preconiza e o que se realiza na Estratégia de Saúde da Família	65
5 MICROPOLÍTICA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO NASF: lugar de (des) encontro e (des) responsabilização entre profissionais de saúde e usuários da Estratégia de Saúde da Família	93
6 MACROPOLÍTICA E SUAS INFLUÊNCIAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO NASF: interesses e disputas que atravessam e inviabilizam a resolubilidade na Estratégia de Saúde da Família	122

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
----------	-----------------------------	------------

REFERÊNCIAS	154
--------------------	------------

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro para entrevista semiestruturada: profissionais de saúde	169
Apêndice B – Roteiro para entrevista semiestruturada: usuários dos serviços	171
Apêndice C – Roteiro para observação sistemática	173
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	175

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde	177
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos	178

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: o contexto articulado à teoria e a prática



A implantação dos NASF configura um passo importante para a consolidação da estratégia de saúde da família, contudo a ampliação do escopo de ações da atenção primária à saúde e o estabelecimento de uma rede de cuidados ainda representam desafios para os núcleos de apoio (AQUINO et al., 2014).

Nossa proposta de pesquisa tem como objeto a **Produção do Cuidado no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) a partir da corresponsabilização e da resolubilidade**, uma vez que, o NASF tem o propósito de ampliar as possibilidades e o alcance das ações da Atenção Básica a Saúde (ABS), especificamente da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio da troca de saberes e experiências.

Assim, estudamos a relação de corresponsabilização entre as equipes do NASF, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) e os usuários, na perspectiva da revisão das práticas de encaminhamentos com base nos processos de referência e contrarreferência, tendo em vista a resolubilidade das necessidades de saúde, por meio do aumento da capacidade de análise e de intervenção das EqSF, tanto em termos clínicos, quanto sanitários.

Ressaltamos que nossa proposta está inserida em uma produção coletiva maior, intitulada *Resolubilidade na Estratégia de Saúde da Família em dois cenários da Bahia, Brasil: processos de cuidar versus responsabilização da equipe e dos dirigentes do SUS* (ASSIS et al., 2013), financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Tal produção está sendo desenvolvida no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sob a coordenação da Prof. Dr.^a Marluce Maria Araújo Assis, articulando os olhares analisadores de diferentes pesquisadores, os quais atuam com outras parcerias institucionais (Universidade Federal Fluminense, Universidade de São Paulo, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal da Bahia e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia).

O interesse pelo objeto de estudo e pelas políticas públicas de saúde, de modo geral, foi construído desde a graduação em Psicologia. No âmbito da ciência psicológica e das suas práticas profissionais, verificamos uma dinâmica de reconstrução dos seus referenciais na expectativa de intervenções socialmente comprometidas (BOCK, 2009). Entendemos que o nosso compromisso social se efetiva, especialmente, quando colaboramos com a construção e execução das políticas públicas a partir da perspectiva da Psicologia.

Por conseguinte, o anseio de desenvolver uma prática diferenciada, comprometida e articulada com as políticas públicas, especialmente no campo da Saúde Coletiva, motivou a realização da pós-graduação. Primeiramente, a especialização em Saúde Coletiva com habilitação sanitarista e, posteriormente, o mestrado acadêmico em Saúde Coletiva. Tal formação vem sendo construída no sentido de ampliar as reflexões sobre os saberes necessários à produção do cuidado no espaço coletivo da saúde, para consolidar uma prática cada vez mais engajada política e socialmente, movida pelo reconhecimento do compromisso social inerente a Psicologia, enquanto ciência e profissão.

Para tanto, acreditamos que o NASF pode viabilizar o encontro da Psicologia com as políticas públicas e a inserção profissional dos psicólogos na Saúde Coletiva. No entanto, a nossa identidade ainda está sendo construída no próprio campo de trabalho (AZEVEDO; KIND, 2013), com entraves para uma atuação intersetorial (LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013), para a integração com a rede de serviços e para o trabalho interdisciplinar na ABS/ESF (CELA; OLIVEIRA, 2015). Assim, reproduzimos uma clínica tradicional, com pouca inovação e sem reflexões sobre o impacto e sobre a responsabilidade social de nossas ações (SANTOS, 2015).

Desse modo, a dinâmica de organização e atuação do NASF nos inquieta, devido ao seu caráter inovador, e aguça o nosso interesse pelo estudo da produção do cuidado, das relações de corresponsabilização e as possibilidades de resolução de problemas na ABS/ESF.

Para contextualizar nosso objeto de estudo, revisitamos a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). De acordo com Paim e Almeida-Filho (2014), a RSB objetivava a redemocratização do Estado e da vida social do país por meio da democratização da saúde. Na perspectiva de uma reforma social, o movimento reivindicava o reconhecimento do direito à saúde, a reorganização do arcabouço institucional do sistema e o financiamento estatal do setor.

Desse modo, o projeto da RSB foi legitimado durante a 8^a Conferência Nacional de Saúde (8^a CNS) em 1986. Naquele contexto histórico, o relatório final da 8^a CNS (BRASIL, 1986) caracterizou o modelo de atenção à saúde como centralizador, discriminatório e excludente. Ainda de acordo com o documento, a garantia do direito à saúde estaria relacionada a vários aspectos, dentre os quais, o desenvolvimento de ações orientadas pelos determinantes sociais do processo saúde-doença, para superar as práticas centradas em doenças e procedimentos.

Temos clareza que, nas proposições do movimento sanitário, as mudanças necessárias para o setor saúde exigiam reformulações amplas e profundas na sociedade, a partir de uma concepção ampliada de saúde e de sua ação constitucional equivalente. Tais mudanças deveriam provocar ainda transformações na esfera microssocial, no espaço das práticas, no encontro entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços.

As formulações da RSB subsidiaram a elaboração da seção sobre a Saúde na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a qual reconhece a saúde como direito social e o dever do Estado em assegurar as condições para o seu pleno exercício. Esse processo possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi referendado por meio da Lei Orgânica da Saúde e se tornou a maior política pública com origem na sociedade e incorporada ao Estado (BRASIL, 1990a; 1990b).

Para uma maior compreensão do SUS, Paim (2009) resgatou as práticas de saúde realizadas no Brasil. Esse trabalho nos revelou diversos modos de intervenção em distintos espaços sociais, desenvolvidos por vários atores ao longo de diferentes momentos históricos. Dentre as muitas formas de intervenção, destacamos a Atenção Básica a Saúde, especificamente o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a ABS e, especificamente, a ESF deve atuar na reordenação do sistema como centro de comunicação de toda rede de saúde. Enquanto uma das portas de entrada para a atenção ao usuário, precisa desenvolver-se no local mais próximo da realidade e da vida das pessoas, famílias e comunidades, com alto grau de descentralização e capilaridade.

Acreditamos que, neste nível da atenção, é possível resolver uma parte significativa dos problemas de saúde de uma determinada população. Para isso, a ESF precisa estar integrada com os serviços de média e alta complexidade, articulada com as ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, para estimular e desenvolver atividades intersetoriais em vista da promoção da saúde e da melhoria das condições de vida das populações.

Nesse contexto, para apoiar a integração da ESF na rede de serviços e ampliar a resolubilidade das suas ações, o Ministério da Saúde criou o NASF, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), concebendo-o como uma prática de fortalecimento da ESF, não como um serviço (uma estrutura física) de livre acesso, uma “porta de entrada”.

O NASF é constituído por equipes multiprofissionais que devem atuar com as EqSF e os demais recursos da rede de atenção, compartilhando saberes e auxiliando as práticas por meio do Apoio Matricial (BRASIL, 2010). Segundo Campos (1999), Campos e Domitti (2007) e Oliveira (2008), o Apoio Matricial refere-se à gestão da produção do cuidado a partir de equipes de apoio (NASF) e equipes de referência (EqSF).

Essa reorganização do processo cuidador objetiva fortalecer os vínculos estabelecidos entre as equipes de referência e os usuários. Para tanto, as equipes de apoio deverão proporcionar uma “retaguarda especializada” para as equipes de referência, responsáveis pelo acompanhamento dos casos, em vista da alteração das rotinas de referência e contrarreferência. Consequentemente, esse arranjo organizacional poderá promover mudanças no modelo de atenção à saúde.

Concordamos com Franco e Merhy (2012) que um novo modo de produzir cuidado começa pela micropolítica do processo de trabalho, ou seja, pelo cotidiano dos serviços, lugar do encontro e da relação entre profissional e usuário. Entendemos que a efetividade da mudança na produção do cuidado em saúde requer a inversão das tecnologias de trabalho. Desse modo, é necessário dar preferência às lógicas relacionais centradas em tecnologias leves, tais como o acolhimento, o vínculo, a responsabilização compartilhada e a resolubilidade (MERHY; FRANCO, 2013a).

Nessa perspectiva, precisamos pensar e repensar o potencial do NASF no exercício de um novo modelo de atenção, ampliado e aprimorado para responder as necessidades sociais de saúde. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o NASF deve superar a lógica da assistência individual, fragmentada, curativa, hospitalocêntrica, centrada na figura do médico e na produção de procedimentos. Logo, as suas ações devem ser coletivas, voltadas à integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, com atividades no território, centradas no usuário e com a revisão gradativa dos encaminhamentos burocratizados e desnecessários em vista da produção do cuidado.

A concepção do processo de **produção do cuidado em saúde**, nesse estudo, aproxima-se da concepção de Ayres (2004a), para quem o cuidado é o encontro terapêutico propriamente dito, o qual ocorre por meio da relação entre os sujeitos partícipes em vista da atenuação dos sofrimentos e da busca do bem-estar; abrange as concepções que fundamentam o trabalho e as práticas desenvolvidas, mas está além do conjunto de medidas e procedimentos terapêuticos.

O estudo de Assis e outros (2010) contribui com essa discussão ao apresentar dimensões para análise da produção do cuidado: o acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade. A partir desta perspectiva e considerando as peculiaridades do NASF, delimitamos neste estudo, especificamente, o dispositivo da **corresponsabilização** entre as equipes, na qualidade de condição do trabalho do NASF, e da **resolubilidade**, enquanto um dos objetivos na ESF/ABS.

A nossa concepção de corresponsabilização é consonante com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), corresponde a um comprometimento e uma cooperação profissional que provoquem a revisão das práticas de encaminhamentos desnecessários, em prol do acompanhamento longitudinal dos casos, de modo que a ampliação do vínculo potencialize o processo terapêutico (BRASIL, 2012).

Mas, no tocante ao vínculo – seja entre profissionais, seja entre profissionais e usuários – e à corresponsabilização necessárias no desenvolvimento do trabalho do NASF e das EqSF, observamos que tais equipes ainda atuam de modo desarticulado, com grandes dificuldades para o estabelecimento de diálogo.

O estudo de Araújo e Galimberti (2013) sobre o processo de colaboração no trabalho do NASF – *A colaboração interprofissional na Estratégia de Saúde da Família* – explicita que, muitas vezes, a falta de condições para execução das ações e a quantidade excessiva de atividades provocam uma dispersão do processo de trabalho. Tal dispersão pode ocasionar estresse e conflitos entre os trabalhadores, o que torna difícil o trabalho em equipe. Diante dessa realidade, concordamos que a efetividade do trabalho do NASF depende de condições para o desenvolvimento da cooperação interprofissional.

Por sua vez, a resolubilidade implica na oferta de soluções efetivas para as necessidades de saúde da população, individuais ou coletivas, inclusive para as questões subjetivas. De acordo com Assis e outros (2010), a capacidade resolutiva está relacionada tanto com a articulação entre os serviços da rede, oferta de novos serviços e novas tecnologias, reorganização dos processos de trabalho; quanto com as tecnologias leves, como acolhimento, vínculo e responsabilização.

O estudo desenvolvido por Costa e outros (2014), *Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços*, discutiu a resolubilidade a partir dos discursos de profissionais atuantes na ESF e no NASF. Os resultados indicaram uma série de dificuldades para consolidação desses serviços enquanto paradigma de resolubilidade.

Dentre essas dificuldades, destacaram-se as condições de trabalho, com fragilidade dos vínculos, baixos salários e alta rotatividade de profissionais; a ênfase no modelo biomédico em detrimento da articulação entre as equipes; equipes multiprofissionais incompletas; os entraves na efetivação da referência e contrarreferência; a desarticulação entre os serviços da rede e tantos outros.

Entendemos que a proposta do NASF poderá ser potencializadora de novos modos de produzir cuidado. Contudo, apesar do seu potencial, o núcleo ainda está em processo de construção, principalmente no que tange à relação de corresponsabilização entre os membros das equipes do NASF e da ESF, tendo em vista a possibilidade de oferecer respostas concretas para as necessidades de saúde da população, quer individuais, quer coletivas.

Ao definirmos nosso objeto de pesquisa, realizamos um levantamento dos artigos científicos já publicados em bases de dados/ revistas eletrônicas, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual oferece o recurso de pesquisa simultânea nas principais fontes de informação que compõem a sua coleção. Para isso, utilizamos o descritor ‘estratégia de saúde da família’ associado à palavra chave NASF, por meio do operador booleano AND. Encontramos 59 produções, as quais foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: trabalhos publicados entre os anos de 2008 (ano de publicação da Portaria Nº 154, que cria o NASF) e o ano de 2015 e disponibilidade *on line* do texto completo.

Não encontramos publicações referentes aos anos de 2008 e 2009, possivelmente devido ao pouco tempo de implantação e atuação do NASF. Após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos todos os artigos não pertinentes à temática, que abordavam grupos, profissionais ou políticas específicas, resultando em 10 publicações ordenadas nos quadros 1 e 2, apresentados a seguir.

Quadro 1 Levantamento das publicações científicas sobre o NASF e a ESF: 2010-2013.

ANO	REFERÊNCIA	OBJETIVOS	SÍNTESE
2010	NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde	Apresentar reflexões acerca das ferramentas utilizadas no cotidiano do trabalho no NASF e as competências profissionais requeridas	Percebe-se um descompasso entre a formação inicial e a realidade concreta dos serviços, que tem como desafio responder a necessidades sociais em saúde.
2012	SAMPAIO, J. et. al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. Revista Brasileira de Ciências da Saúde	Identificar em que medida o NASF faz operar determinados processos organizativos da rede local de saúde, funcionando, desta forma, como dispositivo de gestão.	Os documentos ministeriais deixam margem para uma diversidade de interpretações sobre a organização do NASF e seu papel na conformação de redes de saúde locais. O estudo aponta ainda a existência de uma disputa sobre como operacionalizar o NASF, permitindo a coexistência de diferentes modelos.
2012	SILVA, A. T. C. et. al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública	Descrever a construção coletiva de uma proposta de NASF para a região oeste do Município de São Paulo.	Os participantes identificaram o NASF como possível promotor da integralidade do cuidado, intervindo na cultura dos encaminhamentos desnecessários e na articulação com os outros níveis de atenção.
2013	ANJOS, K. F. dos et. al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. Saúde em Debate	Refletir sobre as perspectivas e os desafios do NASF quanto às práticas em saúde	Necessidade de mudanças na organização dos serviços e na conduta dos profissionais de saúde.
2013	LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Revista de Saúde Pública	Compreender características da organização, das condições de trabalho e das vivências subjetivas relacionadas ao trabalhar de dois núcleos de apoio à saúde da família	O trabalho do NASF foi caracterizado a partir de ações complexas que exigem compartilhamento entre as equipes. Tais situações exigiam rearranjos organizacionais constantes, sobretudo entre o NASF e as EqSF, provocando dificuldades na realização do trabalho e na própria constituição identitária dos profissionais estudados.
2013	SOUZA, F. L. D.; et al. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. Saúde em Debate	Discutir como os usuários de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) comprehendem esta forma de atendimento	As usuárias entendem que as atividades realizadas pelo NASF melhoram sua saúde, mas não identificam o programa como uma atividade oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 2 Levantamento das publicações científicas sobre o NASF e a ESF: 2014-2015.

ANO	REFERÊNCIA	OBJETIVOS	SÍNTESE
2014	BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de Apoio a Saúde da Família: As ações de Promoção da Saúde no cenário da Estratégia da Saúde da Família. Revista de APS	Compreender a organização das ações de promoção da saúde no cotidiano de trabalho de uma equipe NASF.	O conceito aparece reduzido e diretamente associado a ações de prevenção e reabilitação, com práticas direcionadas a populações adoecidas, sem atuação intersetorial e/ou fortalecimento comunitário.
2014	MOURA, R. H. de; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. Interface – Comunicação, saúde e educação (Botucatu)	Incrementar o debate sobre o NASF, a partir de uma reflexão acerca da função apoio.	Apesar da centralidade do Apoio Matricial, a dinâmica do apoio no NASF oportuniza o surgimento do apoio institucional, enquanto metodologia para acompanhamento qualificado do trabalho de equipes.
2014	RIBEIRO, M. D. A. et. al. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à saúde da família. Revista Brasileira de Promoção da Saúde	Avaliar a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) através do conhecimento e da avaliação de serviços pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).	As EqSF possuem informação sobre o NASF, apontando o serviço como relevante, estando satisfeitos com as atividades realizadas, classificando o serviço como acessível para a população, sendo esta informada pelo NASF acerca de seus direitos na saúde pública.
2015	SANTANA, J. dos S. et al. Núcleo de apoio a saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. Journal of Research: Fundamental Care Online	Analizar a atuação das equipes do NASF junto as Equipes de Saúde da Família e identificar potencialidades para melhoria do processo de trabalho do NASF dentro do município de Cabedelo, Paraíba, Brasil	Identificou-se a necessidade de fortalecer o processo de trabalho do NASF junto a Estratégia de Saúde da Família, construindo uma ação de interação entre trabalhadores e os usuários, a fim de superar os desafios no processo de trabalho em equipe e buscar alcançar uma melhor assistência coletiva em saúde.

O estudo *Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família* (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010) apresenta reflexões sobre a formação e o perfil de competências exigidas para atuação no NASF. As autoras identificaram que a formação profissional ainda está orientada pelo modelo biomédico, o que dificulta a compreensão social do processo saúde-doença e a intervenção em seus determinantes e condicionantes.

Ademais, compreendem que, além do saber técnico especializado, o trabalho no NASF demanda conhecimentos sobre as políticas de saúde, perfil epidemiológico da população assistida, rede de serviços disponíveis, entre outros. Exige ainda habilidades (como acolhimento, escuta, comunicação, trabalho em equipe), atitudes (como flexibilidade, respeito, vínculo, resiliência) e consciência da responsabilidade social envolvida na ação profissional.

O estudo de Sampaio e outros (2012), *O NASF como dispositivo de gestão: limites e possibilidades*, identificou a potencialidade do NASF enquanto dispositivo de gestão para manutenção ou transformação das práticas de atenção em saúde. Os autores apontaram que, ao longo do processo de implementação do NASF, o processo do trabalho não estava suficientemente especificado. De modo que, a imprecisão e a falta de direcionamento político proporcionaram uma série de interpretações sobre o papel e o funcionamento do núcleo na rede de saúde de Campina Grande - PB.

As diferentes interpretações viabilizaram o desenvolvimento de diversos modelos de gestão e organização do processo de trabalho do NASF nos vários distritos sanitários do município. Se por um lado, essa versatilidade é positiva por possibilitar a aproximação do serviço das características e necessidades do território sob sua responsabilidade, por outro, pode impedir o compartilhamento entre diferentes equipes do NASF e torná-las fragmentadas, desarticuladas e difusas, o que impactaria o programa como um todo.

Diferentemente do estudo de Sampaio e outros (2012), a implantação do NASF em uma região de São Paulo suscitou a construção de uma proposta coletiva de gestão e organização do serviço, a partir da realização de oficinas de trabalho. Tais oficinas buscavam aprofundar questões relativas ao papel do NASF, seu funcionamento, à relação do NASF com a ESF e com outros níveis da atenção.

Essa experiência está descrita no estudo *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil* (SILVA et. al., 2012). Os participantes também identificaram possíveis desafios a serem enfrentados, como a garantia de tempo e espaço para discussão e elaboração dos planos de cuidado; a articulação com os outros níveis da atenção; e a insuficiência dos indicadores quantitativos na avaliação da qualidade do cuidado.

A equipe responsável pelas oficinas considerou a pouca experiência com o NASF, no contexto nacional, e a necessidade prática da implantação como motivos principais para realização desse trabalho. Desse modo, por meio da reflexão conjunta, o NASF foi construído enquanto dispositivo para corresponsabilização do cuidado e prática de fortalecimento da atenção primária.

A realidade sobre os desafios do NASF também foi o objeto do estudo *Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde* (ANJOS et. al., 2013). Os achados remetem à necessidade de mudanças, tanto no arranjo dos serviços – por meio da gestão compartilhada e do diálogo interdisciplinar – quanto na conduta dos profissionais – por meio da revisão dos processos formativos e da contínua reflexão sobre o cotidiano.

Ampliando a perspectiva sobre a conduta profissional, o artigo *Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (LANCMAN et. al., 2013) objetivou compreender as características da organização, as condições de trabalho e as vivências subjetivas relacionadas ao trabalho em núcleos de apoio da cidade de São Paulo - SP. Os resultados fazem referência à escassez de recursos para desenvolvimento das atividades, caracterizada pela ausência de espaço para reuniões e atendimentos, falta de mobiliário, equipamentos de tecnologia e comunicação, materiais de consumo e meios de transporte, entre outros.

Ademais, os profissionais utilizavam equipamentos e recursos próprios para realização das ações previstas. Além disso, atendimentos iniciados na atenção primária esbaravam nas limitações e precariedades da rede de serviços nos diversos níveis de atenção. Tais circunstâncias produziram sentimento de subutilização, impotênciam, invisibilidade e frustração nos profissionais. As principais estratégias para lidar com tais situações eram individuais, as quais permitiam o desenvolvimento do trabalho, mas não contribuíam para o avanço do NASF como um todo.

Por sua vez, o estudo *Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário* (SOUZA et. al., 2013) teve como objetivo discutir como os usuários do NASF compreendem essa forma de atendimento.

No estudo, os autores constataram o desconhecimento acerca do NASF, do seu trabalho e da sua vinculação com a ESF, apesar de haver participação efetiva dos usuários nas atividades desenvolvidas. Salientamos que a presença dos usuários nessas ações estava ocorrendo mediante convite de vizinhos e amigos e não pela mediação da unidade de saúde local. Desse modo, segundo os autores, foi possível supor que, mesmo sem entender a proposta do serviço, eles [os usuários] percebem a importância das práticas.

No que tange às ações de promoção da saúde, o trabalho *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da estratégia de saúde da família*, realizado por Bonaldi e Ribeiro (2014), procurou compreender a organização das ações de promoção da saúde no cotidiano de trabalho de uma equipe do NASF, tendo como cenário a zona leste de São Paulo.

Seus resultados mostraram que, do ponto de vista dos participantes, o conceito aparece reduzido e diretamente associado a ações de prevenção e reabilitação. As atividades são direcionadas a populações adoecidas, sem atuação intersetorial e/ou fortalecimento comunitário. Os participantes relataram ainda as dificuldades em planejar tais ações devido à alta rotatividade das equipes de apoio e a desarticulação com as equipes de referência.

Já a pesquisa de Moura e Luzio (2014), *O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes*, desenvolvida em Maringá – PR, objetivou incrementar o debate sobre o NASF a partir de uma reflexão acerca da função apoio.

No contexto dessa pesquisa, alguns profissionais do NASF foram nomeados como apoiadores institucionais, tendo a prática sido identificada como um reconhecimento das potencialidades do NASF, embora tal possibilidade não esteja incluída nas portarias e diretrizes oficiais. No entanto, os profissionais entendem que tais funções e práticas interferem e atrapalham o andamento do apoio matricial, que é considerado como a função mais importante do núcleo. Dessa maneira, ressaltamos que o NASF é um projeto recente e ainda está em processo de estruturação, o que exige uma constante reflexão crítica acerca do seu desenvolvimento no cotidiano.

O estudo *Avaliação da atuação do núcleo de apoio à saúde da família* (RIBEIRO et al., 2014) faz uma avaliação dos serviços prestados pela equipe do NASF, a partir do olhar dos profissionais da ESF.

Os resultados destacam que os membros da ESF conhecem os profissionais que compõem as equipes do NASF e reconhecem a importância do serviço, mas falta clareza quanto a proposta metodológica de trabalho. Na oportunidade, ressaltam ainda a necessidade de uma boa relação entre ESF e NASF para promoção de impactos no processo saúde-doença, pois a efetividade do serviço só poderá ocorrer mediante a interdisciplinaridade.

Por fim, o estudo *Núcleo de Apoio a Saúde da Família: atuação da equipe junto à estratégia de saúde da família* (SANTANA et al., 2015) busca analisar a atuação das equipes do NASF junto às EqSF e identificar as suas potencialidades em vista da melhoria e do fortalecimento do processo de trabalho. A análise enfatiza, principalmente, a importância da integração entre os profissionais por meio do desenvolvimento do trabalho em equipe, considerado como elemento essencial para superação dos entraves e alcance de uma atenção à saúde de qualidade.

Assim, a partir dos resultados desses estudos, entendemos que o NASF enfrenta limites e desafios para sua efetividade. Dentre os muitos desafios apresentados, destacamos a importância de uma formação profissional que dialogue com os princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade – no desenvolvimento do trabalho em equipe com corresponsabilização e busca de resolubilidade para as necessidades sociais de saúde da população.

Além disso, há a necessidade de um entendimento maior quanto à organização e execução do processo de trabalho do NASF. A compreensão e a adesão à proposta do núcleo poderá promover a reorganização dos serviços, dos espaços e tempos, com estímulo à gestão compartilhada e diálogo interdisciplinar no planejamento e execução das ações de promoção da saúde.

Contudo, não deixamos de perceber as limitações impostas pela fragilidade dos vínculos empregatícios, pela precariedade das condições de trabalho e pela escassez de recursos materiais. Além disso, a falta de comunicação e integração entre os serviços dos demais níveis de atenção impedem a continuidade dos atendimentos iniciados na ESF.

De todo modo, considerando as potencialidades do serviço, acreditamos que a proposta do NASF poderá impulsionar os mecanismos de corresponsabilização e a ampliação da resolubilidade na ESF, influenciando os indicadores de saúde, com impactos na atenção básica e nos demais níveis da atenção à saúde, a partir da redução dos encaminhamentos indiscriminados e desnecessários.

Para isso, faz-se necessário dar maior visibilidade ao trabalho das equipes. Consequentemente, esperamos que o nosso estudo possa viabilizar mudanças concretas acerca da política de saúde do município estudado, considerando o cotidiano do trabalho do NASF. Desse modo, talvez seja possível contribuir para efetividade de um novo modo de produzir cuidado em saúde, centrado nos indivíduos, de caráter universal, com qualidade, integralidade e corresponsabilização dos sujeitos, gestores, profissionais de saúde e usuários da ESF para resolubilidade da produção do cuidado em saúde.

Diante de tal contexto, construímos a seguinte **questão norteadora**:

- Como vem ocorrendo a produção do cuidado em saúde dos profissionais do NASF com as EqSF e usuários da ESF, a partir da corresponsabilização e resolubilidade?

Outrossim, a partir desta questão, delimitamos como **questão complementar**:

- Como as equipes do NASF se (des) articulam com as EqSF e usuários da ESF, em vista da corresponsabilização para a resolubilidade da produção do cuidado em saúde?

Para tanto, formulamos os seguintes **objetivos**:

- **Analisar** a produção do cuidado em saúde dos profissionais do NASF, com as EqSF e usuários da ESF, a partir da corresponsabilização e da resolubilidade;

- **Compreender** como as equipes do NASF se (des) articulam com as EqSF e usuários em vista da corresponsabilização para resolubilidade da produção do cuidado em saúde.

A partir destas questões e dos objetivos do estudo, construímos o seguinte **pressuposto teórico**:

A produção do cuidado em saúde no NASF requer uma relação de cooperação interprofissional, um compromisso de corresponsabilização com as EqSF na perspectiva da revisão da prática dos encaminhamentos com base nos processos de referência e contrarreferência, tendo em vista a resolubilidade, por meio do aumento da capacidade de análise e de intervenção das EqSF sobre as necessidades de saúde dos usuários, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

Acreditamos que a implementação desta pesquisa poderá viabilizar novas reflexões e críticas sobre a produção do cuidado no NASF, com discussões sobre a corresponsabilização com as EqSF e os usuários da ESF. Esperamos ainda construir um entendimento maior acerca das ações desenvolvidas pelo NASF para resolubilidade das necessidades de saúde da população. Além disso, vemos a oportunidade de fornecer subsídios para construção de novos saberes e práticas voltados para uma produção do cuidado integral, corresponsável e resolutiva, numa perspectiva interdisciplinar a partir da concretude da realidade pesquisada.

Outrossim, entendemos que apesar da importância atribuída ao serviço, os estudos publicados sobre o NASF ainda são incipientes, o que demanda a construção de novas indagações, hipóteses e pesquisas acerca da sua concepção, seu funcionamento e do impacto das suas ações. Assim, o trabalho se aproximará da realidade de vida e de saúde dos usuários da ESF e da realidade concreta de trabalho das EqSF e equipes do NASF.

O estudo tem ainda um diferencial sócio-político pelo destaque dado à experiência do profissional de saúde e à participação do usuário para a construção do debate e de práticas diferenciadas. Acreditamos que tanto o profissional quanto o usuário devem ser vistos como protagonistas dos serviços de saúde. À medida que o profissional de saúde avalia a sua prática e o usuário reflete sobre as suas necessidades, eles poderão avançar na perspectiva da autonomia, do comprometimento e do protagonismo, condições que acreditamos serem fundamentais para transformação das práticas.

Ademais, é preciso estarmos atentas para os sujeitos envolvidos no processo, a diversidade das suas condições de vida, seus saberes, culturas e anseios. Tais circunstâncias poderão implicar tanto nas características das demandas, quanto nas práticas desenvolvidas pelas equipes e nos tipos de serviços ofertados diante das necessidades de saúde da população.

2 CONSTRUÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL: pressupostos teóricos e categorias analíticas



Normalmente quando se fala em cuidado de saúde, ou cuidado em saúde, atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento. Contudo, não é nem no sentido de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, nem naquele dos procedimentos auxiliares que permitem efetivar a aplicação de uma terapêutica, que queremos nos remeter à questão. Trataremos aqui do cuidado como [...] uma compreensão filosófica e uma atitude prática, [...] uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar (AYRES, 2004a, p. 74).

Para Minayo, Deslandes e Gomes (2007), a construção teórico-conceitual é um processo essencial na elaboração da pesquisa científica, pois fornece o conjunto de pressupostos fundamentais para sustentação da pesquisa e das análises do objeto. Desse modo, trabalhamos as seguintes categorias analíticas: **produção do cuidado em saúde; corresponsabilização e resolubilidade.**

2.1 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: concepções, tecnologias e dimensões de análise

Para analisar um sistema de saúde, Souza e Bahia (2014) adotam uma abordagem que contempla: população alvo do serviço, sua infraestrutura e organização, prestação do serviço, financiamento e gestão. Nossa objetivo não é discutir cada componente específico de análise, mas delinejar um caminho teórico-conceitual para esta pesquisa, a qual está voltada para prestação da produção do cuidado do NASF na ESF.

A prestação de serviços – ou modelo de atenção à saúde – é apresentado por Teixeira (2006) como o conjunto de práticas gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais do sistema e/ou serviço de saúde. Tais dimensões estão diretamente relacionadas entre si e são essenciais e determinantes para realização das práticas pedagógicas e assistenciais, sobre as quais incide o nosso trabalho.

Os estudos dessas práticas, a partir da teoria do processo de trabalho em saúde, como ressalta Mendes-Gonçalves (1994), têm buscado caracterizar o objeto, os instrumentos, suas finalidades e agentes. A análise da produção do cuidado em saúde pode ser realizada a partir dos dispositivos propostos por Assis e outros (2010): acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, formação profissional e resolubilidade. No entanto, o processo de trabalho em saúde acontece em função da produção do cuidado, no interior de um processo de trabalho.

Por conseguinte, o nosso caminho teórico-conceitual está ilustrado na figura 1.

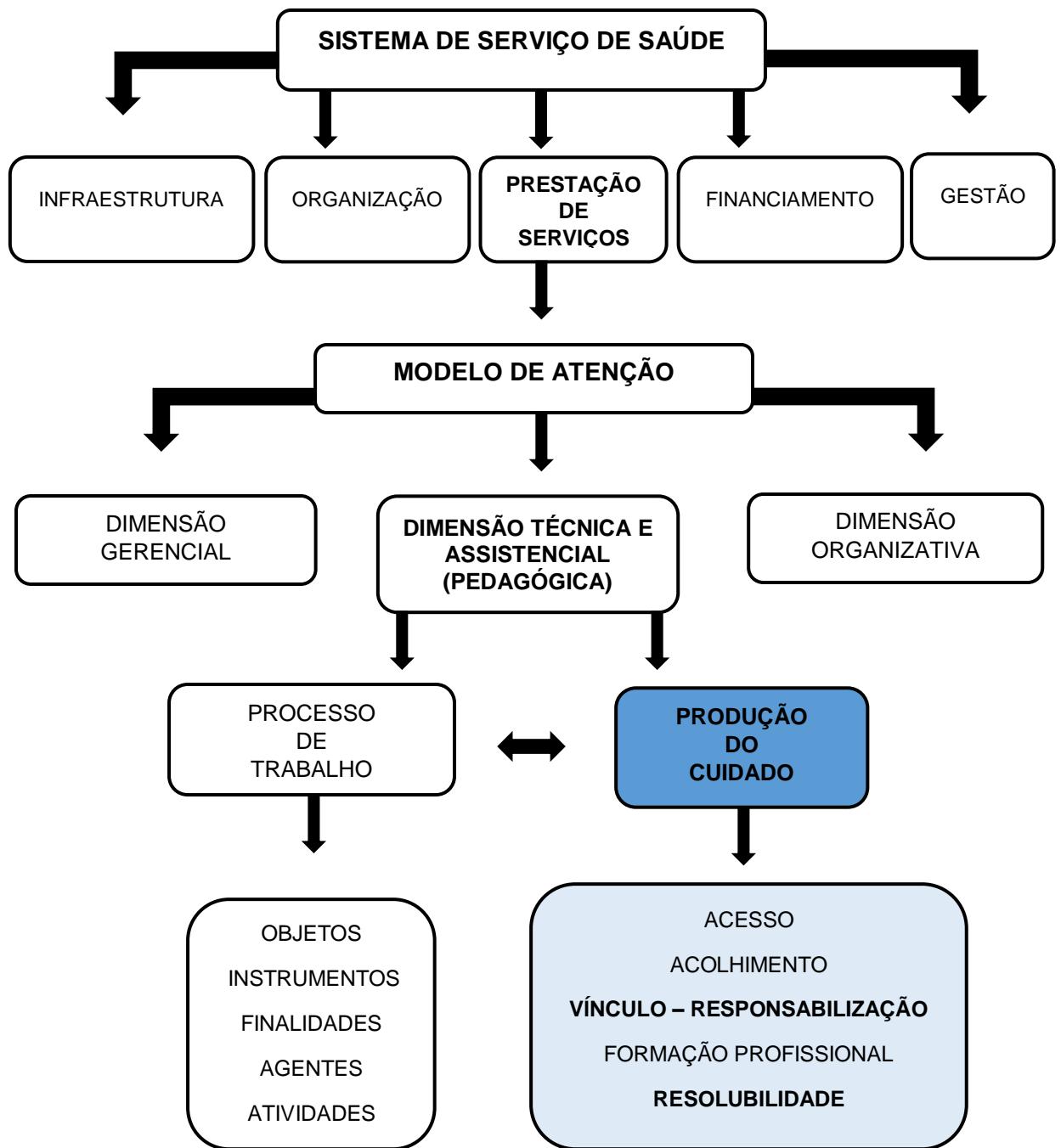


Figura 1 Caminho para delimitação teórico-conceitual.

Baseado em Assis e outros (2010); Mendes-Gonçalves (1994); Souza e Bahia (2014).

Assim, trabalhamos, neste estudo, a dimensão técnico-assistencial e o suporte pedagógico do NASF sob a perspectiva da **produção do cuidado em saúde**. Partimos, inicialmente, da concepção do cuidado presente no trabalho de Ayres (2004a), para quem o cuidado é um recurso fundamental para reconstrução das práticas de saúde. Em vista disso, ele nos convida a refletir sobre tal concepção a partir de uma perspectiva filosófica, com base em uma série de princípios que sustentam sua **compreensão filosófica do cuidado**:

- Movimento: as identidades não estão prontas, elas são construídas por meio do movimento dos sujeitos pelo mundo;
- Interação: o movimento dos sujeitos acontece por meio de interações;
- Identidade e alteridade: estabelecidas ao longo das interações, a identidade é construída na presença da alteridade e vice-versa;
- Plasticidade: abertura a transformações;
- Projeto: capacidade de criar;
- Desejo: aspiração de novos sentidos;
- Temporalidade: fluxo do tempo;
- Não-causalidade: a explicação não está nos termos de causa e efeito;
- Responsabilidade: “tomar para si”.

Compreendemos que tais princípios estão relacionados entre si, de modo complementar e dinâmico, os quais ajudam a compor o ponto de vista de Ayres (2004a) acerca da categoria cuidado no plano filosófico. Ademais, sua construção poderá concorrer para transformar o nosso modo de pensar e fazer saúde, repercutindo no plano aplicado do cuidado.

Por conseguinte, Ayres (2001; 2004a) apresenta uma **compreensão do cuidado no plano das práticas em saúde**, enquanto uma atitude concreta. Ou seja, o cuidado é a própria intervenção em saúde, o encontro terapêutico propriamente dito. Uma intervenção que passa pelos procedimentos, mas não se resume às suas técnicas; esse encontro ultrapassa aquela relação estática, individualizante, na qual os sujeitos-alvo da intervenção são meros objetos. Trata-se de uma interação nas e pelas práticas de saúde, com potencial para reconciliar as ações de saúde e a vida cotidiana.

Todavia, Ayres (2004a; 2009) faz referência a alguns desafios para reconstrução das práticas em saúde a partir da concepção de cuidado apresentada anteriormente:

- Atentar-se à presença do outro (sujeito) na formulação e execução das intervenções, isto é, um autêntico interesse em ouvir o outro com acolhimento;
- Otimizar a comunicação durante as atividades assistenciais, buscando interações subjetivas dinâmicas com vínculo e responsabilização;
- Ampliar e enriquecer os horizontes de atuação, superando sua estrutura individualista em direção a ações mais coletivas, com a participação de outras ciências e saberes comprometidos com a resolubilidade.

No entanto, compreendemos que a congruência entre o modelo de atenção e as necessidades de saúde da população também podem se configurar como um desafio para a produção do cuidado. Silva Júnior, Merhy e Carvalho (2007), ao discutirem a operacionalização de novos modelos assistenciais, identificaram desafios semelhantes àqueles relatados por Ayres (2004a).

Tais autores discutem a dificuldade para escutar e tratar os usuários como sujeitos; abordam a dificuldade de articular conhecimentos gerais e especializados na condução dos casos, com estabelecimento de vínculo e responsabilização, tendo em vista uma intervenção integral. Ademais, questionam também a dificuldade em construir um projeto terapêutico de modo interdisciplinar, explorando os processos educativos e as tecnologias relacionais.

Mediante essa realidade, vemos que a produção do cuidado em saúde não está restrita à relação entre um profissional de saúde e o sujeito que demanda atenção. Nesta perspectiva, Ayres (2004a) reforça a inseparabilidade entre o plano individual e o plano coletivo e social, sendo importante investir tanto na transformação das relações interpessoais, quanto nas raízes e significados sociais do processo saúde-doença, articulando cuidados clínicos/individuais com aproximações de ordem social/sanitária.

Por conseguinte, entendemos que o NASF poderá se tornar um espaço propício para produção do cuidado em saúde, uma vez que ele tem condições de oportunizar a pluralidade dialógica na articulação interdisciplinar e intersetorial. Os núcleos poderão ainda viabilizar o protagonismo dos sujeitos e/ou comunidades na definição das intervenções, conforme as suas necessidades; além de possibilitar a entrada de novos sujeitos, novos saberes e fazeres no cenário do cuidado.

A ideia do cuidado, com ênfase na interação intersubjetiva dos sujeitos no momento da assistência, visa reconstruir os arranjos tecnológicos dispostos nos espaços e cotidianos dos serviços. Portanto, a concepção de cuidado de Ayres (2001; 2004a; 2004b) vai ao encontro da classificação proposta por Merhy (2013a) acerca das ferramentas tecnológicas – os saberes e suas aplicações materiais e não materiais – no âmbito da saúde, representada por três tipos de **tecnologias**:

- Tecnologias duras: representadas pelos equipamentos e maquinários;
- Tecnologias leve-duras: equivalentes aos saberes estruturados;
- Tecnologias leves: presentes no espaço relacional do encontro entre profissional de saúde e o usuário do serviço.

Assim, a transição tecnológica na saúde, ou seja, a reconstrução das práticas, segundo Merhy (2014), pode não estar associada a entrada de novos equipamentos, mas ao próprio modo de gerir o cuidado e organizar sua produção por meio de núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos, isto é, por tecnologias leve-duras e tecnologias leves, bem como na sua capacidade de criar novas modalidades de cuidado.

Acreditamos que a mudança do modelo assistencial para a saúde depende de transformações em todas as suas dimensões: gerencial, organizativa e técnico-assistencial. No entanto, para Merhy e Franco (2013a), essa mudança depende menos das normas gerais e mais da produção do cuidado em saúde, a qual ocorre no interior dos processos de trabalho e relaciona-se com as tecnologias do trabalho. Para além dos instrumentos e conhecimentos técnicos, os autores destacam as tecnologias leves/relacionais e seu caráter essencial para a produção do cuidado, pois o cuidado constrói-se sempre na relação com o outro.

A discussão sobre a produção do cuidado, na interpretação de Assis e outros (2010), perpassa pela observação das práticas de saúde a partir das seguintes **dimensões de análise**: acesso aos serviços, acolhimento, vínculo, responsabilização, formação profissional e resolubilidade, os quais estão definidos no Quadro 3, representado a seguir.

Quadro 3 Dimensões de análise da produção do cuidado em saúde.

DIMENSÕES DE ANÁLISE	DEFINIÇÕES
Acesso aos serviços	As diversas possibilidades de entrada e alcance dos serviços de saúde; a adequação entre os serviços de saúde e os seus usuários; recursos disponíveis e articulados em rede, a localização das unidades de serviços, a disponibilidade de dias e horários para atendimentos, a capacitação técnica e a responsabilização dos trabalhadores, atendimento a solicitações espontâneas e percepção da população alvo.
Acolhimento	Acolhida, escuta, ações comunicacionais, relações de aproximação com as pessoas em todo seu percurso de busca; identificação de necessidades implícitas; inserção e valorização do sujeito e da sua singularidade; ampliação da capacidade das equipes; intervenções resolutivas; ética, inclusão social e cidadania.
Vínculo	Relaciona-se com acolhimento, união, interação entre os sujeitos na organização das práticas de cuidado; relações próximas; afeto e potencialização do processo terapêutico; continuidade e acompanhamento.
Responsabilização	Intrínseca à concepção de vínculo; responsabilidade e compromisso com o outro.
Formação profissional	Novos perfis profissionais com características interdisciplinares; rupturas com paradigma biomédico – expresso no modelo médico centrado – e com a concepção de saúde como ausência de doença; ênfase no compromisso social; formação integral na perspectiva humanística, ética, filosófica, técnica, social e política.
Resolubilidade	Oferta de respostas mais efetivas para a população de acordo com suas demandas individuais e coletivas; necessidade de organização de uma rede regionalizada e integrada conforme a complexidade da atenção; maior racionalidade para os investimentos, considerando a regulação da referência e da contrarreferência; produção de autonomia.

Fonte: Assis e outros (2010).

2.2 CORRESPONSABILIZAÇÃO E RESOLUBILIDADE: dimensões de análise da Produção do Cuidado no NASF

Neste estudo, delimitamos como dimensões de análise da produção do cuidado do NASF, a **corresponsabilização** por ser uma condição do trabalho dos núcleos, os quais devem atuar conjuntamente com as EqSF, com os usuários e demais recursos da rede; e a **resolubilidade**, enquanto objetivo mais amplo do NASF, concebido para estender o alcance das ações da ABS, especialmente na ESF, bem como sua capacidade resolutiva por meio do compartilhamento de saberes e práticas.

Segundo Ayres (2004b, p. 24), a responsabilidade é um dos princípios teóricos propostos para compreensão filosófica do cuidado, a qual é entendida como “tomar para si”, responder moralmente por algo. Assumir responsabilidades permite “fugir à ‘comodidade’ estéril do estar fazendo ‘corretamente’ a (conhecida e segura) parte técnica do trabalho”.

A responsabilização, para Silva Júnior e Mascarenhas (2006), corresponde a ação do profissional frente a vida e a morte do usuário, ou seja, ele assume a responsabilidade, considerando as suas possibilidades de intervenção, sem ser impessoal e nem burocrático. Desse modo, pode impedir a transferência do usuário para outras pessoas, instituições e/ou níveis de atenção.

Na visão de Franco, Bueno e Merhy (1999), a produção de responsabilidades articula-se com a construção de vínculos, sem os quais a responsabilização não é possível. Nesse sentido, o vínculo é considerado a própria responsabilização pelo problema de saúde do usuário, seja ele individual ou coletivo. Silva Júnior e Mascarenhas (2006) complementam que o vínculo é terapêutico, envolve afetividade e continuidade com responsabilização.

Por sua vez, conforme Ayres (2009, p. 20),

[...] a responsabilização não pode ser entendida como um imperativo moral no sentido forte do termo. Tanto da parte dos profissionais como dos usuários, é a produção do vínculo a verdadeira fonte da responsabilização mútua pela produção do cuidado.

Desse modo, compreendemos que a responsabilização exige a substituição do mito da competência técnica absoluta pela sabedoria dos diálogos autênticos entre os sujeitos.

Consequentemente, uma atitude de corresponsabilização implica no compartilhamento da responsabilidade, um compromisso mútuo. A corresponsabilização é entendida no trabalho de Jorge e outros (2011) como a colaboração entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde, numa perspectiva multilateral, que considere a posição dos trabalhadores, dos usuários e da comunidade na construção do cuidado.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a corresponsabilização, enquanto dispositivo da PNAB, corresponde a um compromisso profissional que provoque a revisão das práticas de encaminhamentos indiscriminados, em vista do compartilhamento e do acompanhamento longitudinal dos casos, potencializando o processo terapêutico através do desenvolvimento de afetos e da ampliação do vínculo.

Na PNAB, a corresponsabilização aparece como fundamento e diretriz da Atenção Básica e é possibilitada pelo vínculo, pela relação de afetividade e confiança desenvolvida entre os profissionais da saúde e usuários. Entendemos que o serviço deve responsabilizar-se pelas respostas, inclusive aquelas ofertadas em outros pontos da rede,

[...] acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2012, p. 21).

No que concerne ao NASF em sua atuação conjunta com as EqSF, os usuários e os demais recursos da rede, a corresponsabilização presume a revisão das práticas dos encaminhamentos com base nos protocolos de referência e contrarreferência, tendo em vista o compartilhamento e acompanhamento longitudinal dos casos sob responsabilidade dos serviços da Atenção Básica, representado pelo vínculo do serviço e dos profissionais de saúde com os usuários.

Para Amorim, Assis e Santos (2014, p. 544)

[...] o vínculo possibilita a criação de laços fortes e duradouros que encontram ressonância na população que passa a ser ouvida e a ouvir os dilemas do sistema de saúde. O vínculo, produto de uma equipe responsável, possibilita a produção subjetiva do cuidado e o alastramento de boas práticas em todo o território, visto que a comunidade passa a ser cúmplice de seu cuidado[...].

Como podemos observar nesta afirmação, as relações interpessoais – tecnologias leves – são inerentes a produção do cuidado em saúde. Porém, segundo Amorim, Assis e Santos (2014), o desenvolvimento das tecnologias relacionais exige criatividade na sua condução; reavaliação das atitudes dos profissionais, conformando sujeitos comprometidos com a saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais; ações dialógicas por meio do trabalho em equipe; e práticas centradas no usuário em vista da construção de autonomia.

No que concerne à resolubilidade, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990c), ela é um dos princípios que rege a organização do sistema. Trata-se de um imperativo para que os serviços tenham capacidade para enfrentar e responder, dentro do seu nível de competência, problemas individuais ou de impacto coletivo sobre a saúde.

Diante do exposto, comungamos com Assis e outros (2010) que o vínculo e a responsabilização convergem para a oferta de respostas e soluções adequadas para os problemas de saúde. Todavia, essas respostas não se restringem à postura do trabalhador, implicam na disponibilidade dos recursos necessários para aliviar sofrimentos, fazer diagnósticos e tratamentos conforme cada situação, seja individual e/ou coletiva.

Assim, segundo o estudo dos referidos autores, a resolubilidade implica na oferta de soluções efetivas para as necessidades de saúde da população, em termos clínicos e/ou sanitários. Envolve a garantia do acolhimento, da construção de vínculos e da responsabilização. A capacidade resolutiva está relacionada ainda com a oferta de novos serviços e novas tecnologias, com a reorganização dos processos de trabalho, além da articulação com os demais serviços da rede.

Por sua vez, para Turrini, Lebrão e Cesar (2008), a resolubilidade é uma maneira de avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos no atendimento ao usuário. Essa avaliação concebe a realidade do serviço, sua capacidade de atender às demandas e encaminhá-las quando necessário; abrange também o sistema como um todo, desde a entrada do usuário, seu fluxo até a solução dos seus problemas mesmo que seja em outro nível de atenção, sem perder a relação de vínculo.

Portanto,

Supõe-se que quanto maior a resolutividade de um serviço, mais voltado e preparado está para atender as necessidades de saúde da população, mesmo que isto signifique encaminhá-lo para outro serviço para continuidade do atendimento (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008, p. 664).

A resolubilidade envolve ainda outros aspectos como a oferta de tecnologias nos serviços, a existência de um sistema de referência e contrarreferência, a formação dos trabalhadores compatível com o SUS, a adesão ao tratamento e satisfação dos usuários, além dos aspectos sociais, culturais e econômicos dos sujeitos e da comunidade em questão.

A resolubilidade depende ainda de quem avalia, seja profissional de saúde ou usuário do serviço, e do que está sendo avaliado. Na visão de Rosa, Pelegrini e Lima (2011), o alcance da resolubilidade é obtido por meio de um atendimento acolhedor, dos vínculos, da responsabilização das equipes e da flexibilidade no uso das tecnologias disponíveis em cada nível de atenção, tendo em vista não apenas a cura das doenças, mas o alívio do sofrimento e a promoção da saúde.

Para Torres e outras (2012), a resolubilidade tem sido compreendida enquanto resolução de problemas, ou seja, um serviço resolutivo precisa encaminhar seus usuários quando não é capaz de atender as suas demandas. Contudo, as autoras reconhecem algumas dificuldades para efetivar uma ação resolutiva devido a ênfase das ações ainda estar nas práticas curativas; devido a não disponibilidade de informações sobre a disposição e finalidade dos serviços dos demais níveis de atenção; e a grande demanda, pelas deficiências da infraestrutura e pela desarticulação da rede de serviços.

No que tange à resolubilidade do cuidado na atenção básica, Costa e outros (2014) perceberam a necessidade e a importância de equipes multiprofissionais – como o NASF – no desenvolvimento de ações resolutivas. No entanto, os profissionais enfrentam dificuldades referentes ao número insuficiente de membros nas equipes, às condições de trabalho e à predominância do modelo biomédico. Outro aspecto apresentado como entrave para resolubilidade é a desarticulação entre os níveis de complexidade, a qual promove dificuldades para a referência e contrarreferência. Na prática, os encaminhamentos para serviços mais especializados ocorrem sem acompanhamento e longitudinalidade da assistência prestada, impedindo a integralidade do cuidado.

No que tange à resolubilidade no âmbito da PNAB,

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012, p. 20).

Segundo o Ministério da Saúde, o NASF foi pensado e desenvolvido exatamente para ampliar a cobertura, as possibilidades de ação e a resolubilidade dos serviços da atenção básica, atuando de forma integrada com a Rede de Atenção à Saúde e com outras redes, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e demais redes sociais e comunitárias.

Contudo, tais aspectos da produção do cuidado exigem a integralidade da atenção, enquanto finalidade e “bandeira de luta” relacionada com um projeto de uma sociedade mais justa e solidária. Para Mattos (2009), a integralidade implica em negação do reducionismo e da objetivação dos sujeitos, reconhecendo a necessidade de diálogo constante, seja nas práticas, seja na organização dos serviços ou na formulação das políticas.

Assim, a capacidade resolutiva da rede de serviços, especialmente da atenção básica e das unidades de saúde da família (USF), implica em identificação das necessidades de saúde e articulação das diversas tecnologias do cuidado para produção de vínculos e de intervenções efetivas, tendo em vista a integralidade, a resolubilidade e a ampliação do grau de autonomia dos sujeitos, das famílias e das comunidades.

Essa autonomia é defendida por Onocko-Campos e Campos (2006) enquanto um dos objetivos da política, da gestão do trabalho e, consequentemente, da produção do cuidado em saúde. Ou seja, além da própria produção de saúde, a construção da autonomia das pessoas também é competência do serviço de saúde. Mas, tal perspectiva exige uma reformulação dos valores e conceitos que orientam as ações em saúde. A principal transformação refere-se à valorização dos sujeitos envolvidos – sejam trabalhadores, sejam usuários – em sua singularidade, reorganizando a clínica, as práticas em saúde coletiva, os modelos de gestão e atenção à saúde.

No entendimento de Assis e outros (2010, p. 30), a autonomia seria a possibilidade de “o usuário andar a vida com seus próprios recursos”, sem a dependência dos serviços de saúde. Essa autonomia apresenta-se como um desafio na perspectiva da resolubilidade, isto é, oferecer respostas concretas e satisfatórias para garantir a autonomia. Merhy (2013a) corrobora com essa ideia a partir de um trabalho centrado no usuário, dependente de tecnologias leves, com o compromisso constante de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar.

Esta construção teórico-conceitual está representada e sintetizada graficamente nas figuras 2 e 3, apresentadas a seguir.

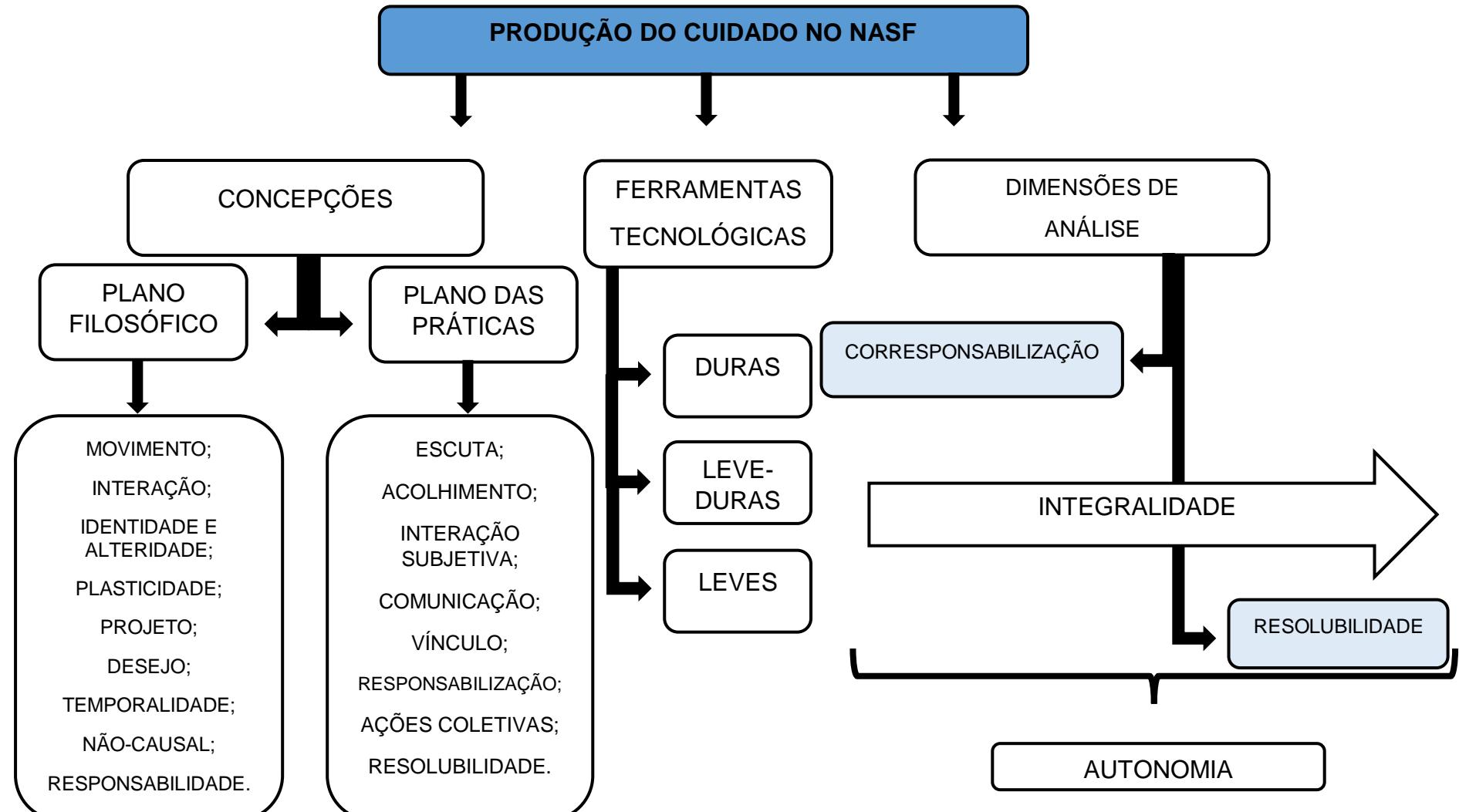


Figura 2 Síntese teórico – conceitual

Baseado em Assis e outros (2010); Ayres (2004a); Merhy e outros (2002); Merhy (2013a).

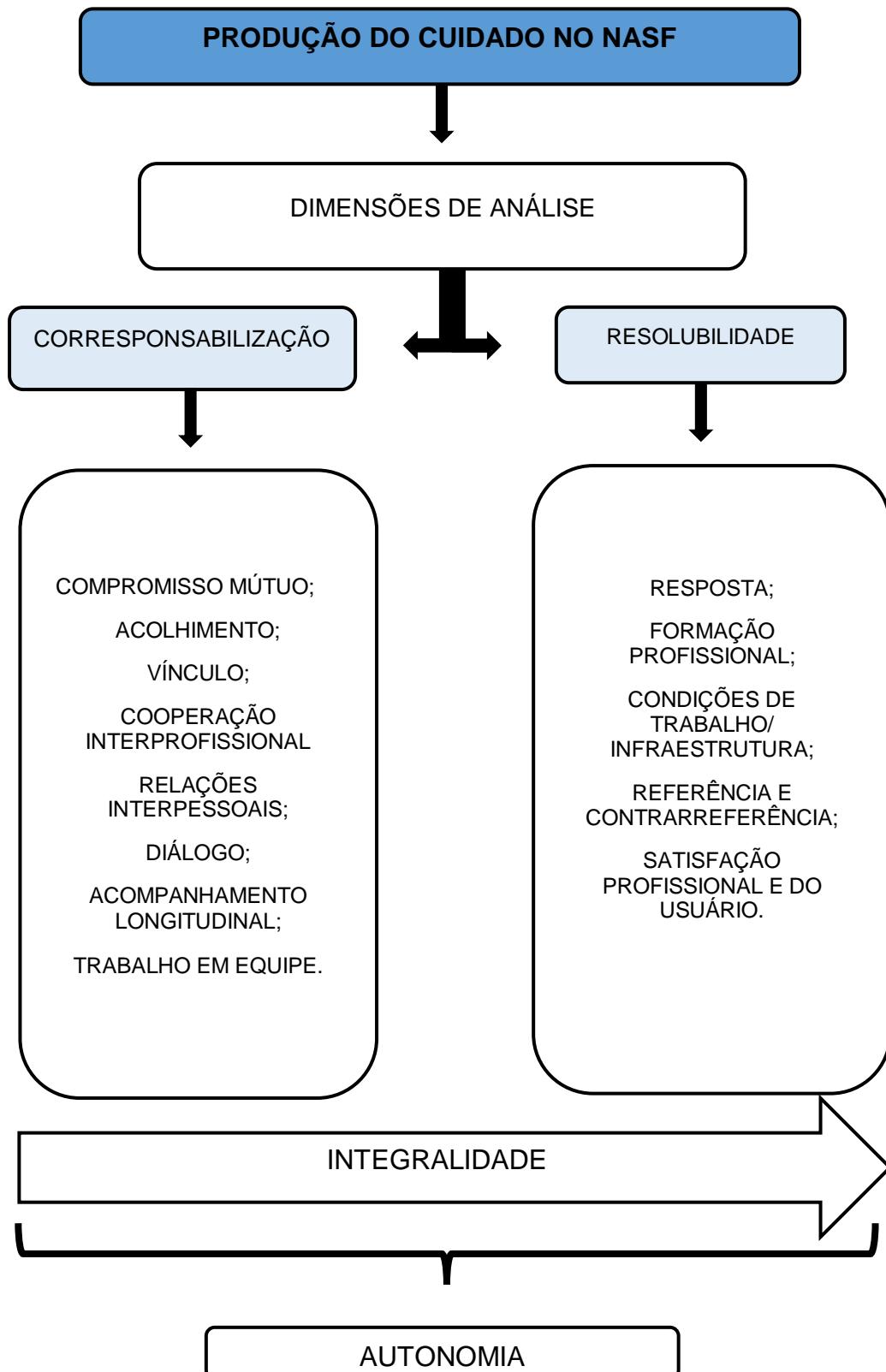


Figura 3 Dimensões de análise da produção do cuidado no NASF

Baseado em Assis e outros (2010); Ayres (2009); Jorge e outros (2011); Rosa, Pelegrini e Lima (2011).

3 CONSTRUÇÃO TEÓRICO METODOLÓGICA: caminhos e instrumentos para interpretar a realidade



Teoria, Método e Criatividade são os três ingredientes ótimos que, combinados, produzem conhecimentos e dão continuidade à tarefa dinâmica de sondar a realidade e desvendar seus segredos (MINAYO, 2007, p.7).

A metodologia é concebida por Minayo (2010) como caminho e instrumento para interpelar a realidade, ela engloba as teorias, as técnicas e o potencial criativo do pesquisador. Santana (2010), corroborando tal percepção, ressalta que o método objetiva orientar o pesquisador sem ofuscar sua criatividade, a qual é considerada essencial para o próprio desenvolvimento da metodologia.

Descrevemos, a seguir, os caminhos que percorremos para aproximação e apreensão da realidade social pesquisada – produção do cuidado no NASF a partir da corresponsabilização e da resolubilidade na ESF, considerando as concepções teóricas pertinentes, os respectivos instrumentos metodológicos, o cenário e os participantes do estudo, os quais viabilizaram a construção de saberes e fazeres, numa abordagem analítica e crítica.

3.1 Natureza e tipo de estudo

Estudo de abordagem qualitativa pela natureza do objeto, o qual apresenta características subjetivas significativas, as quais compreendemos serem eminentemente qualitativas. Defendida por Minayo, Deslandes e Gomes (2007), por ser aquela adequada ao estudo das representações, das intencionalidades, das atitudes, aspectos que, embora não sejam visíveis, precisam ser expostos, pensados e interpretados.

Os estudos qualitativos, segundo Deslandes e Assis (2002), apresentam uma característica específica em comum: a tentativa de identificar e entender os significados individuais e/ou coletivos atribuídos aos fenômenos sociais, por aqueles que o vivenciam. Turato (2005) amplia tal compreensão, ao reforçar que os significados têm ações estruturantes e organizadoras na vida das pessoas; eles são compartilhados culturalmente e, assim, determinam o espaço social. Por conseguinte, compreender as significações é essencial para melhoria da qualidade das relações, principalmente nos espaços de saúde.

Ressaltamos ainda, o entendimento de Nogueira-Martins e Bógus (2004, p. 48), que a pesquisa qualitativa busca mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados; orienta-se mais pela apreensão dos significados do que pela frequência dos fenômenos, sem preocupação com leis, princípios e generalizações, uma vez que, “o critério de científicidade passa a ser a intersubjetividade, pois o conhecimento é construído pelo sujeito e pelo objeto numa relação dialética”.

Em vista da análise da produção do cuidado no NASF a partir da corresponsabilização e da responsabilidade na ESF, trabalhamos em uma perspectiva aproximada do **método dialético**. Segundo Minayo (2010), a Dialética é um método de abordagem da dinâmica do real na sociedade, o qual busca entender o processo em seu movimento histórico, em sua totalidade e contradições. O método abarca tanto o contexto social quanto as representações dos sujeitos, ou seja, aspectos objetivos e subjetivos, em sua especificidade e complexidade.

Partindo das características da Dialética apresentadas por Nascimento (2010), privilegiamos:

- O movimento dos eventos com suas contradições, ressaltando os aspectos convergentes e divergentes, diferentes e complementares encontrados na realidade estudada;
- A historicidade dos fenômenos com referência às situações passadas e suas contribuições para o entendimento do presente;
- Sua contínua transformação, resultantes do fluxo histórico;
- Sua totalidade, cientes que a percepção da sua realidade não é possível sem considerar sua relação com a todo, com os aspectos históricos, políticos, sociais e econômicos do contexto mais amplo do qual faz parte.

Portanto, o estudo teve a abordagem dialética influenciando o desenvolvimento do trabalho diante da realidade estudada. Ainda considerando os objetivos propostos, realizamos uma pesquisa exploratória, tendo em vista uma aproximação com o objeto e sua realidade concreta, o que, de acordo com Gil (2010) e Santana (2010), pode proporcionar familiaridade e abrir possibilidades de novos conhecimentos e de posteriores objetos de estudo.

3.2 Cenário do estudo

Na pesquisa qualitativa, Cruz Neto (2007, p. 54) concebe o campo ou cenário do estudo enquanto “um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos”. Segundo Minayo (2010), o cenário refere-se ao recorte espacial, à abrangência do recorte teórico, ou seja, a um campo empírico determinado.

Por sua vez, Santana (2010) ressalta a importância desse recorte espacial, visto que os fenômenos podem diferir conforme o local onde acontecem, em virtude dos aspectos históricos, culturais, sociais, políticos e econômicos apresentados por cada realidade. Consequentemente, tais aspectos podem subsidiar o pesquisador e o leitor na compreensão crítica do objeto.

O cenário deste estudo foi a cidade de **Feira de Santana na Bahia**. Cidade que nasceu e consolidou-se através do comércio, o qual continua sendo sua principal atividade econômica, favorecida pela sua inserção em um grande entroncamento rodoviário que liga o norte/ nordeste ao centro sul do país (FEIRA DE SANTANA, 2014). Segundo maior município do Estado em contingente populacional, com uma população estimada, em 2016, em 622 mil habitantes, distribuídos em 1.337 Km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Acerca do setor saúde, de acordo com o Planejamento Regional Integrado do Estado da Bahia, Feira de Santana é sede do núcleo regional de saúde centro-leste, o qual é composto por 26 municípios (BAHIA, 2016). Conta com mais de 6.500 profissionais, distribuídos em 686 estabelecimentos de saúde, de caráter público e filantrópico, bem como os serviços privados conveniados ao SUS, que complementam a rede dos serviços existentes (BRASIL, 2016).

No que se refere à atenção básica, o município tem 163 equipes de saúde, 104 são equipes de saúde da família, que atuam em 112 centros de saúde/unidades básicas de saúde, das quais 91 unidades de saúde da família, com apoio de 17 equipes do núcleo de apoio a saúde da família, distribuídos nos quadros 4 e 5, a seguir.

Quadro 4 Caracterização das equipes de atenção básica a saúde de Feira de Santana, jun./ jul. 2016.

TIPO DA EQUIPE	QUANTIDADE
Equipe Saúde da Família (EqSF)	68
Equipe Saúde da Família com Saúde Bucal	36
Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	29
Equipe de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário	01
Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)	18
Equipe de Atenção Básica com Saúde Bucal	06
Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar	03
Equipe Multidisciplinar de Apoio	02
Equipe dos Consultórios na Rua	01
TOTAL	163

Fonte: BRASIL, 2016.

Conforme o relatório de gestão referente ao ano de 2015 (FEIRA DE SANTANA, 2015), a atenção básica de saúde tem se consolidado como porta de entrada de todo o sistema de saúde de Feira de Santana. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo (trabalhando com o indivíduo, a família e a comunidade) através da promoção e proteção da saúde, prevenção dos agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde.

Contudo, de acordo com a programação anual de saúde para o ano de referência de 2016, a meta era alcançar uma cobertura populacional em torno de 70%, mas foi alcançada apenas 62% (BRASIL, 2016; FEIRA DE SANTANA, 2016). A rede de serviços da atenção básica encontra-se estruturada a partir das seguintes instituições: Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas Tradicionais, Unidades Satélites, Postos Tradicionais de Saúde, Academia da saúde, Melhor em casa e Consultórios na Rua, conforme detalhamento no quadro 5.

Quadro 5 Tipos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Feira de Santana, jun./ jul. 2016.

TIPO DA UNIDADE	QUANTIDADE
Unidades de Saúde da Família (USF)	91
Unidades Básicas Tradicionais	15
Unidades Satélites	02
Posto de Saúde Tradicional	01
Academia da Saúde	01
Melhor em Casa	01
Consultório na Rua	01
TOTAL	112

Fonte: FEIRA DE SANTANA, 2015; BRASIL, 2016.

As unidades básicas de saúde estão, em sua grande maioria, na zona urbana da cidade, onde se encontra o maior contingente populacional. De acordo com o relatório de gestão (FEIRA DE SANTANA, 2015), as unidades de saúde da família têm uma delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela. São compostas por profissionais médicos, enfermeiros, além de técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, conforme modalidade da equipe, odontólogos e auxiliares de consultório dentário.

Já as unidades básicas tradicionais, cuja demanda é espontânea e/ou encaminhada por outras unidades, possuem médicos (clínicos, pediatras, ginecologista-obstetras), enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e uma equipe de técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, assistentes administrativos, vigilantes, auxiliares de serviços gerais, gerentes e agentes comunitários.

As unidades satélites servem de apoio às unidades de saúde da família em áreas rurais, atendendo a populações mais distantes ou isoladas. O posto de saúde tradicional funciona dentro do Centro de Abastecimento, oferece atendimento a comunidade que trabalha e transita naquele local por livre demanda (FEIRA DE SANTANA, 2015).

Por sua vez, o Programa Academia da Saúde tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde, para produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados. Como ponto da rede de atenção no território, fortalece as ações de promoção da saúde e complementa o cuidado integral em articulação com outras ações de saúde como a Estratégia da Saúde da Família e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (BRASIL, 2013b). Em Feira de Santana, a academia da saúde conta com educador físico para orientação das atividades físicas realizadas no local.

O Melhor em Casa é um programa para oferta de cuidados domiciliares constituído por uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar com médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta e motorista; e uma equipe de apoio composta por nutricionista, fonoaudiólogo assistente social. O Consultório na Rua oferece serviços para população em situação de rua, são equipes de médico, enfermeiros, técnico de enfermagem, assistente social e psicólogo (FEIRA DE SANTANA, 2015).

Feira de Santana é responsável ainda pelos serviços de média e alta complexidade tanto para seus próprios moradores quanto para os moradores de cidades vizinhas que procuram por serviços e especialidades não disponíveis em seus municípios. É considerada referência e espaço privilegiado para garantia da integralidade na atenção à saúde da sua população. Por isso, acreditamos que este foi um cenário favorável e representativo para realização deste estudo.

Diante de tal contexto, escolhemos as **Unidades de Saúde da Família com atuação do NASF** como espaço propriamente dito deste estudo. Em 2008, o NASF foi implantado no município de Feira de Santana com oito equipes. No ano de 2014, o número de equipes foi ampliado para 17. Considerando essa diferença no tempo de atuação das equipes do NASF, para este estudo delimitamos, como primeiro critério de seleção, aquelas equipes com maior tempo de desempenho das atividades, ou seja, oito equipes. Em seguida, utilizamos outro critério, a territorialidade. Assim, a partir dessas oito, trabalhamos com quatro equipes com unidades sedes localizadas geograficamente no norte, sul, leste e oeste do município.

Apresentamos, no quadro 6, a relação das sedes das equipes do NASF em atuação em Feira de Santana, considerando que o credenciamento do serviço de cada núcleo é realizado mediante o código da unidade de saúde em que estará inserido (FEIRA DE SANTANA, 2008; 2013).

Quadro 6 Distribuição das unidades sedes das equipes do NASF em Feira de Santana, jun./ jul. 2016.

N.º	LOCALIDADE
1	Asa Branca
2	Homero Figueiredo
3	Campo Limpo - II
4	Alto do Papagaio
5	Conceição - III
6	Jussara
7	Panorama - I
8	Oyama Figueiredo
9	Feira IX – I
10	Francisco Pinto
11	George Américo - IV
12	Feira X – III
13	Aviário – II
14	Campo do Gado
15	Fulô
16	Sítio Matias
17	Parque Brasil

Fonte: FEIRA DE SANTANA, 2008; 2013.

Inicialmente, cada equipe do NASF, a partir da sua unidade sede, realizava suas atividades com no mínimo oito e no máximo 12 USF. Havia a possibilidade de aumento desse número para até 20 de acordo com a expansão das unidades (FEIRA DE SANTANA, 2008). Após a ampliação do NASF, cada equipe passou a vincular-se a no mínimo cinco e no máximo nove USF (FEIRA DE SANTANA, 2013).

Em Feira de Santana, o NASF desenvolve suas ações junto às EqSF em seis áreas específicas de atuação: ações físicas/práticas corporais, alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, reabilitação, saúde mental e serviço social, desenvolvidas por profissionais de nível superior, que não serão coincidentes com os profissionais das EqSF. No momento da implantação, as equipes apresentavam a seguinte composição:

Quadro 7 Composição e carga horária de trabalho das equipes NASF de Feira de Santana, 2008

NÚCLEO DE AÇÃO	CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA DIÁRIA/ SEMANAL
Ações físicas/ práticas corporais	Educador físico (1)	8h/ 40h
Alimentação e nutrição	Nutricionista (1)	8h/ 40h
Assistência farmacêutica	Farmacêutico (1)	8h/ 40h
Reabilitação	Fisioterapeuta (2)	4h/ 20h
Saúde mental	Psicólogo (1)	8h/ 40h
	Terapeuta ocupacional (1)	
Serviço social	Assistente social (1)	8h/ 40h

Fonte: Feira de Santana, 2008.

A carga horária de trabalho da equipe NASF era coincidente com a carga horária das EqSF, exceto dos profissionais de reabilitação – fisioterapeutas – que tinham carga horária de 20h, sendo necessários dois profissionais para compor cada equipe. A escolha das áreas de atuação e sua composição profissional deu-se em função das questões sócio demográficas e dos problemas de saúde levantados juntos às EqSF (FEIRA DE SANTANA, 2008). Já as equipes implantadas posteriormente não contam com a presença de farmacêuticos e terapeutas ocupacionais. Nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais passaram a cumprir 6h diárias e 30h semanais (FEIRA DE SANTANA, 2013).

Quanto aos vínculos profissionais da atenção básica, apenas três técnicas de referência dos programas e 100% dos ACS são efetivos. Os demais profissionais das USF, das UBS, do NASF e da coordenação da atenção básica são cooperativados (FEIRA DE SANTANA, 2015).

3.3 Participantes do estudo

Nas pesquisas qualitativas, uma adequada seleção de participantes poderá favorecer o aprofundamento e a compreensão do problema analisado, em suas múltiplas dimensões. Contudo, em conformidade com Minayo (2010), ressaltamos que o critério numérico não é determinante na garantia da representatividade, sendo mais importante o vínculo que os indivíduos estabelecem com o fenômeno em estudo. Nessa perspectiva, Turato (2005) orienta que, por meio de uma busca proposital e intencionada, a escolha dos participantes priorize aqueles sujeitos que vivenciam as experiências investigadas.

Assim, os participantes do estudo são considerados sujeitos do processo de construção do conhecimento acerca da sua própria realidade. Concordamos com Santana (2010, p. 95) que esses atores sociais “desempenham variados papéis que devem ser levados em consideração no processo investigativo. [...] Revelam, mas também omitem informações, sempre, por razões respeitáveis”.

Neste estudo, tivemos três grupos de participantes: grupo 1 - **profissionais do NASF**, grupo 2 - **profissionais da ESF** e grupo 3 - **grupo de usuários**. Partimos das contribuições de Minayo (2010) para definição dos participantes: a escolha dos profissionais de saúde e usuários dos serviços deve-se à experiência desses sujeitos em relação ao objeto de investigação. A pergunta central da pesquisa incide sobre os profissionais. No entanto, voltamos nossa atenção também para o grupo dos usuários, para compreender a sua perspectiva, já que eles também interagem com o objeto.

O nosso estudo teve a participação de 22 sujeitos entre profissionais do NASF, profissionais da ESF e usuários, os quais foram incluídos intencionalmente, já que buscamos apreender e compreender um caso específico – equipes do NASF atuantes nas EqSF – sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Apesar da definição do grupo de participantes, o universo da pesquisa não são os participantes em si, mas seus significados, seus motivos e ações. O número de participantes não foi determinado previamente, uma vez que, é impossível delimitar com antecedência uma quantidade representativa de participantes (MINAYO, 2010).

Portanto, o número de participantes foi delimitado pelo critério de saturação e relevância das informações coletadas. Isto é, quando os sentidos e explicações encontrados para as questões propostas pela pesquisa começaram a apresentar regularidades e redundâncias, e as pesquisadoras consideraram irrelevante persistir na coleta de mais informações (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

O grupo 1 foi constituído por 10 profissionais do NASF. Os **critérios para inclusão dos profissionais do NASF** na pesquisa foram:

- Trabalhar nas equipes dos NASF;
- Ter um período mínimo de seis meses de experiência profissional no respectivo serviço, independente do vínculo empregatício;
- Não estar afastado do serviço por qualquer motivo (licenças).

Apresentamos, no quadro a seguir, a caracterização dos profissionais do NASF, participantes da pesquisa.

Quadro 8 Caracterização dos participantes da pesquisa – Profissionais do NASF – Feira de Santana/BA, jun./ jul. 2016.

CÓDIGO	SEXO	IDADE	PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO	PÓS- GRADUAÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO	OUTROS VÍNCULOS
1/NASF - A	Mas	39 anos	Educador Físico	10 anos	Reabilitação cardíaca e populações especiais	7 anos	Sim
5/NASF - B	Fem	32 anos	Fisioterapeuta	8 anos	Saúde Coletiva	7 anos	Sim
6/NASF - C	Fem	45 anos	Psicóloga	21 anos	Saúde Mental	7 anos	Sim
8/NASF - D	Mas	35 anos	Educador Físico	9 anos	Saúde Coletiva	6 anos	Não
9/NASF - E	Fem	28 anos	Nutricionista	7 anos	Saúde Pública	6 anos	Não
13/NASF - F	Fem	47 anos	Fisioterapeuta	23 anos	UTI	3 anos	Sim
14/ NASF - G	Fem	29 anos	Psicóloga	8 anos	Saúde Pública	7 anos	Sim
18/ NASF - H	Mas	31 anos	Farmacêutico bioquímico	9 anos	Farmacologia Clínica e Análises Clínicas	7 anos	Sim
21/ NASF - I	Mas	39 anos	Educador Físico	10 anos	Saúde e Educação para Grupos Especiais e Saúde Coletiva	7 anos	Sim
22/ NASF - J	Fem	34 anos	Assistente Social	10 anos	Gestão em Saúde e Administração Hospitalar	3 anos	Não

Obs.: Os números presentes no código de identificação dos participantes representam a ordem de realização da entrevista.

No quadro 8, destacamos as características do grupo 1 - profissionais do NASF: educador físico, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, farmacêutico e assistente social, sendo seis do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com idades entre 28 a 47 anos. O tempo de formação variou entre sete e 23 anos. Todos eles possuem especialização. O tempo de atuação no NASF ficou entre três e sete anos, sendo que sete deles possuem outros vínculos empregatícios.

Por sua vez, o grupo 2 foi constituído por seis profissionais da ESF. Os **critérios para inclusão dos profissionais da ESF na pesquisa foram:**

- Trabalhar nas equipes da ESF;
- Ter um período mínimo de seis meses de experiência profissional no respectivo serviço, independente do vínculo empregatício;
- Não estar afastado do serviço por qualquer motivo (licenças).

Os referidos participantes são caracterizados no quadro 9, a seguir.

Quadro 9 Caracterização dos participantes da pesquisa – Profissionais da ESF – Feira de Santana/BA, jun./jul. 2016.

CÓDIGO	SEXO	IDADE	PROFISSÃO OCUPAÇÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO	OUTROS VÍNCULOS
2/ ESF - A	Fem	43 anos	Enfermeira	12 anos	Auditoria em Saúde e Urgência e Emergência	6 meses	Sim
3/ ESF - B	Mas	32 anos	Médico	3 anos	Saúde da Família	3 anos	Não
4/ ESF - C	Fem	32 anos	Letras com Espanhol/ Agente Comunitário de Saúde	4 anos	-	5 anos	Não
7/ ESF - D	Fem	34 anos	Enfermeira	8 anos	Saúde Coletiva com ênfase em PSF	8 anos	Não
10/ ESF - E	Fem	31 anos	Serviço Social/ Agente Comunitário de Saúde	3 anos	Serviço social com ênfase em Saúde Coletiva	10 anos	Não
17/ ESF - F	Fem	36 anos	Enfermeira	6 anos	Sim	5 anos	Não

Conforme o quadro 9, o grupo dos profissionais da ESF foi composto por enfermeira, médico e agente comunitário de saúde, sendo cinco do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 31 e 43 anos. O tempo de formação variou entre três e 12 anos e apenas uma das participantes não tem especialização. O tempo de atuação na ESF está entre seis meses (na unidade onde foi realizada a entrevista) e 10 anos, sendo que uma delas possui outro vínculo empregatício.

Por fim, o grupo 3 foi composto por seis usuárias. Os **critérios para seleção das usuárias** foram:

- Ter mais de dezoito anos, independente do sexo;
- Estar cadastrado na unidade de saúde por pelo menos seis meses;
- Ter participado, em algum momento, de atividades desenvolvidas pelo NASF na respectiva unidade de saúde da família.

No quadro 10, caracterizamos as participantes usuárias.

Quadro 10 Caracterização dos participantes da pesquisa – Usuários do NASF/ESF – Feira de Santana/BA, jun. / jul. 2016.

CÓDIGO	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO OCUPAÇÃO	TEMPO DE RESIDÊNCIA	ATIVIDADES QUE PARTICIPA
11/ USU - A	Fem	60 anos	Ensino Médio Completo	Dona de casa	31 anos	Grupo de atividade física
12/ USU - B	Fem	54 anos	8 ^a ano do Ensino Fundamental	Dona de casa	30 anos	Grupo de atividade física e atendimentos individuais
15/ USU - C	Fem	18 anos	Ensino Médio em andamento	Estudante	18 anos	Grupo de gestantes
16/ USU - D	Fem	48 anos	Ensino Médio Completo	Dona de casa	22 anos	Atendimentos individuais
19/ USU - E	Fem	58 anos	Ensino Fundamental Incompleto	Empregada Doméstica	6 meses	Grupo de atividade física e atendimentos individuais
20/ USU - F	Fem	54 anos	Graduação em Serviço Social em andamento	Professora	25 anos	Grupo de atividade física e atendimentos individuais

Como vemos no quadro 10, o grupo das usuárias foi formado em sua totalidade por pessoas do sexo feminino, com idades entre 18 e 60 anos, com uma diversidade de escolarização (ensino fundamental incompleto, ensino médio em andamento, ensino médio completo e nível superior em andamento). Quanto a ocupação, esta é diversificada, desde donas de casa e empregada doméstica, até estudante e professora, com tempo de residência na área de abrangência das unidades variando entre seis meses e 31 anos. As usuárias, naquele momento, participavam de grupos de atividades físicas, principalmente, grupo de gestantes e de atendimentos individuais.

Os participantes foram identificados por meio de um código formado por um número, representando a ordem de realização da entrevista, uma sigla – NASF, ESF, USU – conforme cada grupo e letras. Na discussão dos resultados, apresentamos a sigla e a letra correspondente a cada participante. As letras foram solicitação dos próprios profissionais já que as equipes NASF são identificadas por um número, como pode ser visto no quadro 6. No sentido de garantir e assegurar o respeito e o anonimato dos participantes da pesquisa conforme a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013a).

3.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Segundo Santana (2010), a coleta de dados é o processo central da investigação, isto é, todo planejamento converge para esta etapa da pesquisa. Por sua vez, a pesquisa só é possível a partir da coleta de dados.

No âmbito dos parâmetros qualitativos, a coleta aconteceu de modo flexível, com procedimentos adaptáveis, que permitiram tanto uma dinâmica, quanto ajustamentos constantes (TURATO, 2005). O processo da pesquisa, seus cenários e participantes, podem confirmar a proposta metodológica ou sugerir novas direções. Nesta pesquisa, utilizamos as seguintes técnicas de coleta de dados: **entrevista semiestruturada** (Apêndices A e B), **observação sistemática** (Apêndice C), e **análise de documentos**, as quais mostraram-se pertinentes ao objeto de estudo, conforme definições a seguir.

Segundo Minayo (2010), a entrevista é uma técnica com interação social e objetivos bem definidos, uma interação passível de ser construída a partir da iniciativa do pesquisador, destinada a busca de informações contidas nas falas dos participantes. Contudo, apesar das informações serem consideradas extremamente relevantes ao objeto de pesquisa, para sua consolidação é necessária a concordância entre as duas partes envolvidas, entrevistador (a) e entrevistado (a).

Diante da opção pela entrevista, escolhemos a entrevista semiestruturada, aquela que articula características das entrevistas estruturadas – o informante responde a perguntas previamente formuladas – e das entrevistas abertas – o informante fala livremente do tema proposto (CRUZ NETO, 2007). Desse modo, os entrevistados puderam discorrer sobre as questões elaboradas (abertas e fechadas), sem condições ou respostas fixadas previamente.

Entretanto, concordamos com Cruz Neto (2007) que tal técnica não apreende fidedignamente as práticas, mas narrativas das práticas do ponto de vista dos sujeitos, uma característica [da técnica] que condiz com os objetivos da pesquisa, à medida que visa compreender a perspectiva dos profissionais de saúde e usuários acerca da produção do cuidado no NASF. Entendemos também que a entrevista semiestruturada poderá facilitar a cooperação de participantes alfabetizados ou não alfabetizados às perguntas propostas, além da possibilidade de ser reformulada conforme o entendimento dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas entre junho e julho de 2016, em locais, dias e horários previamente agendados de acordo com a disponibilidade e vontade de cada participante. Em vista dessa oportunidade de escolha, a respeito do local/ dia/ hora da coleta de dados, tivemos entrevistas realizadas no próprio local de trabalho, outras realizadas em locais diferentes, fora do ambiente da ESF. Nos casos de profissionais com duplo vínculo, eles preferiram conversar em outros postos de trabalho. Algumas entrevistas foram marcadas, desmarcadas e remarcadas. Mas, apesar das resistências, não tivemos nenhuma recusa.

Por ser uma equipe itinerante vinculada a diversas unidades e pela característica de algumas unidades que funcionam em imóveis alugados e adaptados para tal, muitas vezes, o NASF ainda não possui seu espaço físico dentro das unidades.

Em vista disso, as entrevistas foram realizadas em consultórios do médico, da enfermeira, do cirurgião dentista, na sala de procedimentos, na copa e, até mesmo, na varanda e no quintal das casas. Os profissionais da ESF e as usuárias foram entrevistadas nos locais em que ocorrem as suas atividades.

Depois da leitura e elucidação de possíveis dúvidas sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o termo foi assinado enquanto expressão de concordância com a participação na pesquisa e as entrevistas foram realizadas conforme roteiro previamente elaborado especificamente para o grupo de profissionais da ESF (grupo 1), profissionais do NASF (grupo 2) e para o grupo de usuários (grupo 3). Os diálogos foram gravados e, em seguida, foram transcritos integralmente, *ipsis litteris*. A duração das entrevistas variou entre quatro minutos e 11 segundos e 1 hora e 23 minutos.

Outra técnica utilizada, no sentido de dar contextualização às falas dos participantes, foi a observação sistemática. A observação, enquanto uma das técnicas de coleta de dados na pesquisa, nos possibilitou o conhecimento da linguagem dos participantes do estudo, auxiliando-nos na formulação de questões aproximadas ao seu nível de conhecimento. As diferenças entre aquilo que foi dito e aquilo que é vivenciado pelos participantes tornou-se visível, assim como a ligação e a sequência dos eventos, possibilitando seu conhecimento. De modo geral, alguns aspectos que não puderam ser adequadamente contemplados pela entrevista, foram contemplados como os dados da observação.

A observação, para Santana (2010), é um modo de conhecer a realidade através dos órgãos dos sentidos. Desse modo, pudemos perceber o cotidiano dos serviços para melhor compreender o contexto da pesquisa. Já a observação sistemática é aquela que é subsidiada por um planejamento anterior, acompanhada de um roteiro com temas/assuntos a serem observados, uma espécie de guia para organização e registro dos dados coletados.

Após cada observação, transcrevemos os fenômenos observados, os ambientes, os diálogos e as ações dos participantes, bem como as impressões e as dificuldades por nós encontradas. Contudo, comungamos com Santana (2010) que essa redação já sugere uma interpretação provisória, uma vez que ela nos forneceu subsídios para a adequação de procedimentos, quando necessário.

No sentido de complementar os dados das entrevistas e das observações, utilizamos documentos específicos sobre o objeto de estudo, no sentido de compreender o fenômeno estudado, os quais destacamos conforme a lista a seguir:

- Documento 1: Projeto de Implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana – BA, 2008.
- Documento 2: Diretrizes do NASF. Ministério da Saúde, 2010.
- Documento 3: Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2012.
- Documento 4 Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Ministério da Saúde, 2014.
- Documento 5: Relatório de Gestão - período de janeiro a dezembro de 2015. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana – BA, 2015.

Os documentos 1 e 5 foram solicitados e disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA, por meio da Seção de Capacitação Permanente, Coordenação da Atenção Básica e pelo Setor de Planejamento. Já os documentos 2, 3 e 4 estão disponíveis *on line*, no site do Ministério da Saúde. Na análise dos resultados, tais documentos são mencionados a partir de fragmentos dos seus conteúdos, acompanhados da abreviação da palavra documento – doc. – e o número correspondente apresentado na lista referida. Ressaltamos ainda que os documentos estão grafados em itálico para dar maior visibilidade enquanto dados empíricos.

3.5 Estratégias de inserção e de afastamento do campo

Para Santana (2010), o modo de inserção do pesquisador no campo pode ser preditivo do sucesso ou do insucesso do trabalho. Uma interação inicial e gradual que contemple aspectos relacionais e afetivos, uma linguagem acessível e a experiência cotidiana dos participantes, poderá contribuir para o êxito da investigação. Nesse sentido, atentamos para o estabelecimento dos primeiros contatos e do calendário de viabilidades dos participantes no estudo.

Antes de iniciar a pesquisa, apresentamos o nosso projeto para Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e solicitamos autorização para a realização da pesquisa mediante acesso às unidades de saúde da família. Após a autorização da SMS (Anexo A), visitamos as unidades objetivando conhecer o cenário do estudo, ter um primeiro contato com os possíveis participantes, desenvolver um diálogo proativo e acolhedor durante a apresentação do projeto de pesquisa, tendo em vista a criação de um ambiente favorável para o desenvolvimento do estudo.

No começo, tivemos dificuldade para encontrar os profissionais das equipes NASF por se tratar de equipes itinerantes, que desenvolvem suas atividades em várias unidades de saúde da família. Além disso, tivemos os contratempos da distância e do transporte para chegar em algumas unidades. Desse modo, passamos a consultar os profissionais previamente por telefone/*WhatsApp* para agendar dia e horário, conforme a disponibilidade de cada um.

Vencida essa dificuldade, nos deparamos com uma outra dificuldade. Alguns profissionais demonstraram certa resistência em participar da pesquisa. Alguns encontros foram marcados e remarcados. Aqueles mais resistentes sentiam-se responsabilizados pelos problemas identificados no sistema de saúde em outros estudos (monografias e dissertações). Eles, inclusive, cobraram o retorno por parte dos pesquisadores e das instituições de ensino sobre os resultados das pesquisas realizadas.

Para superar tais dificuldades, esclarecemos, a princípio, o caráter voluntário da participação no estudo; a possibilidade de recusa e desistência a qualquer momento, sem nenhum problema; o respeito à disponibilidade do participante quanto a dia e horário. Além disso, mostramos todos os documentos referentes à autorização da Secretaria Municipal de Saúde e do Comité de Ética em Pesquisa (Anexo A e B), apresentamos o TCLE e as garantias de confidencialidade. No que diz respeito aos usuários, não encontramos dificuldades para sua participação.

Ressaltamos que nossa saída do campo de investigação também foi um momento significativo, pois entendemos que as relações não se desfazem automaticamente com a conclusão da intervenção. Concordamos com Cruz Neto (2007) que, enquanto pesquisadora, temos um compromisso e uma responsabilidade com os sujeitos, mediante os dados coletados, e com a devolução dos resultados aos participantes, aos serviços e à comunidade.

3.6 Método de análise e interpretação dos dados

Para Minayo (2010), a análise e a interpretação do material qualitativo construído no campo têm por objetivo fornecer respostas às perguntas da pesquisa. Para tanto, neste estudo, tivemos o compromisso de analisar o processo de trabalho compartilhado pelos participantes na sua experiência cotidiana de produção do cuidado no NASF, com as EqSF e usuários, a partir da corresponsabilização e da resolubilidade.

Assim, optamos pela análise numa perspectiva aproximada à **Dialética**, por entendermos que essa é uma proposta que ultrapassa a descrição dos dados, por meio de uma abordagem crítica, que permite uma explicação do fenômeno baseada nas práxis, em um processo compreensivo e crítico da realidade social. Para compreensão dos sentidos e significados, adotamos uma postura de respeito, com a identificação das circunstâncias a partir da nossa ótica como pesquisadoras, nos apoiando no contexto histórico.

Por conseguinte, partimos do subsídio teórico de Minayo (2002; 2010) para construir um entendimento prévio acerca da Dialética para, em seguida, pensá-la enquanto constructo teórico-metodológico. A Dialética é apresentada como a arte do estranhamento e da crítica. Minayo (2002; 2010) expõe algumas características da Dialética numa concepção marxista: a dialética é uma forma de interpretar o mundo, os fenômenos e as próprias ideias. Consequentemente, é um modo de transformar a realidade, considerando os seguintes princípios: o movimento constante; a transformação contínua; a contradição; e a totalidade, em vista da superação das ênfases quantitativas ou qualitativas.

Uma análise interpretativa em tal perspectiva metodológica busca compreender uma prática social, entendendo que os indivíduos são condicionados pelo contexto histórico; realizar a crítica das ideias apresentadas por esses mesmos indivíduos; buscar a cumplicidade com seu tempo e os interesses específicos que os distinguem e os contrapõem. Assim, ao fazer a análise, buscamos o diálogo entre as categorias analíticas (apresentadas em nosso referencial teórico – conceitual) e as categorias empíricas identificadas no campo, valorizando convergências, divergências, complementaridades e diferenças.

Por sua vez, Assis e Jorge (2010) trazem para o debate a perspectiva do “como fazer”, baseada em suas experiências concretas com pesquisa qualitativa em saúde. A ilustração a seguir, auxilia nosso entendimento e a instrumentalização dessa proposta metodológica.

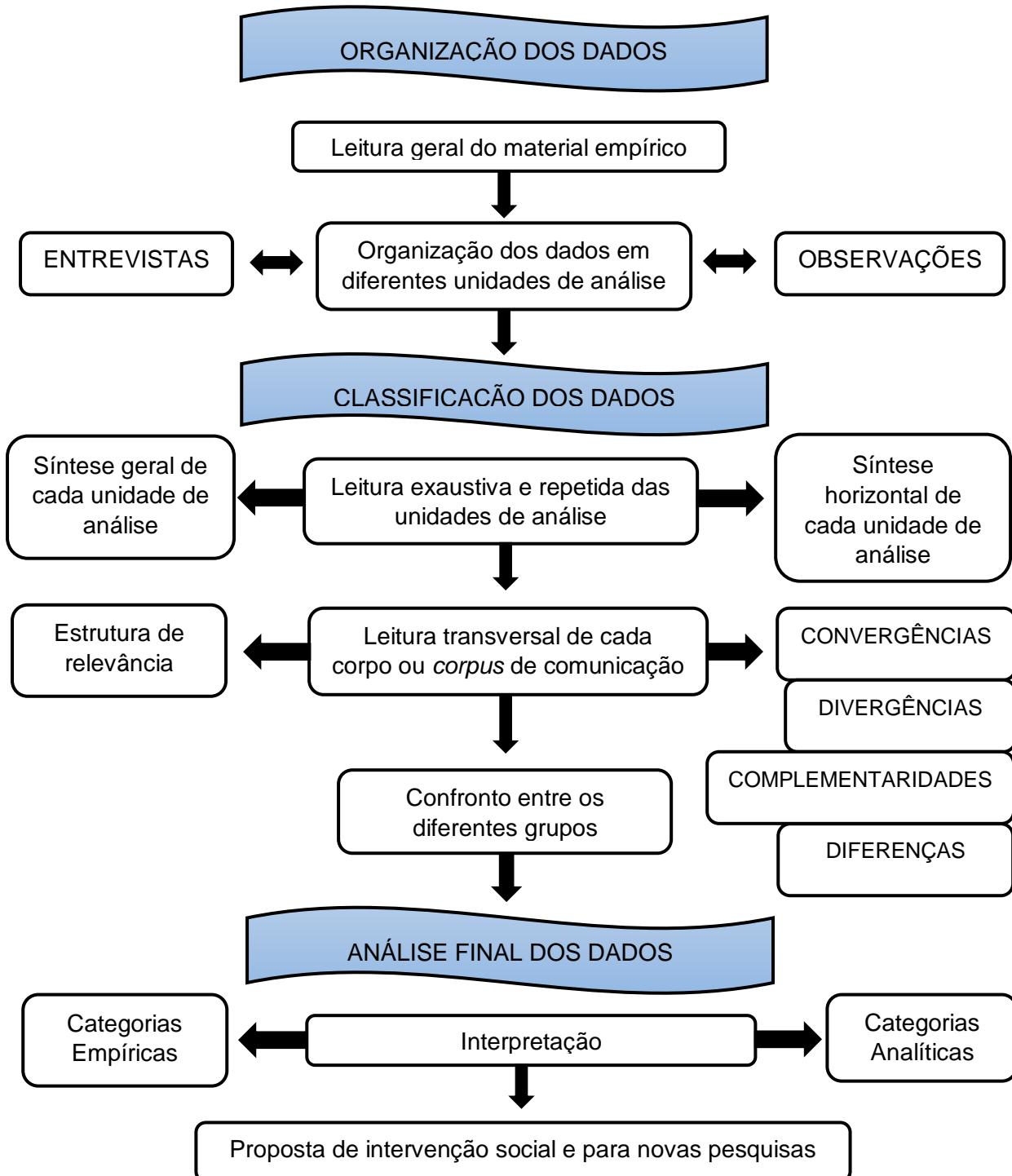


Figura 4 Fluxograma do desenvolvimento da análise dialética
Adaptação do estudo de ASSIS; JORGE, 2010.

Partindo do subsídio teórico de Minayo (2010) e das contribuições de Assis e Jorge (2010), seguimos a seguinte trajetória interpretativa: organização dos dados; classificação dos dados; e análise final dos dados. Contudo, as autoras ressaltam que, embora apresentadas separadamente, essas etapas são processuais, estão interrelacionadas, são complementares e dinâmicas, conforme descrição a seguir:

- A **organização dos dados** visou estabelecer uma ordenação do nosso material de trabalho, desde os textos teóricos que serviram de referência para a construção do projeto – e que foram complementados – até o material empírico construído no campo por meio das diferentes técnicas e instrumentos de pesquisa.

De início, realizamos a escuta e a transcrição integral das entrevistas, as quais foram organizadas conforme cada grupo de participantes. Sistematizamos as observações e os documentos/textos selecionados para compor a análise. Fizemos uma leitura geral do material para uma primeira compreensão hermenêutica, a qual possibilitou um panorama preliminar das descobertas e uma composição inicial dos núcleos de sentido.

- Na **classificação dos dados** identificamos os núcleos de sentido por meio da leitura repetida e exaustiva (leitura flutuante) das falas, documentos e observações. Para os grupos dos profissionais de saúde do NASF e da ESF, foram explicitados os seguintes núcleos de sentido: objeto de trabalho, finalidade de trabalho, instrumentos de trabalho, agentes, atividades, encontro terapêutico, acolhimento/vínculo, articulação profissional, relações interpessoais, apoio matricial, projeto terapêutico, adesão dos usuários, formação/educação permanente, condições de trabalho, referência e contrarreferência, resolubilidade, avanços e desafios.

Para o grupo das usuárias, os núcleos de sentido foram: atividades, encontro terapêutico, acolhimento/vínculo, articulação profissional, relações interpessoais, atendimento compartilhado, adesão dos usuários, referência e contrarreferência, resolubilidade, avanços e desafios.

A partir da definição dos núcleos de sentido, fizemos uma síntese de cada unidade de análise. Com essa primeira síntese, construímos os quadros de acordo com os grupos participantes, contendo uma síntese vertical e uma síntese horizontal, onde destacamos convergências, divergências, complementaridades e diferenças, como exemplificam os quadros 11 e 12.

Quadro 11 Síntese das entrevistas – profissionais do NASF/ESF de Feira de Santana-Bahia, jun./ jul. 2016

NÚCLEOS DE SENTIDO	ENTREVISTA 1	ENTREVISTA 2	ENTREVISTA ...	SÍNTESE HORIZONTAL
Objeto				
Finalidade				
Instrumentos				
...				
Resolubilidade				
Avanços				
Desafios				
SÍNTESE VERTICAL				

Quadro 12 Síntese das entrevistas – usuárias do NASF/ESF de Feira de Santana-Bahia, jun./ jul. 2016

NÚCLEOS DE SENTIDO	ENTREVISTA 1	ENTREVISTA 2	ENTREVISTA ...	SÍNTESE HORIZONTAL
Atividades				
Encontro				
Acolhimento				
...				
Resolubilidade				
Avanços				
Desafios				
SÍNTESE VERTICAL				

Como foram definidos os mesmos núcleos de sentido para os profissionais de saúde do NASF e da ESF, à guisa de exemplificação, apresentamos um único quadro. No entanto, em nossa classificação, trabalhamos com um quadro para cada grupo de participantes. A síntese horizontal corresponde às convergências, divergências, complementaridades e diferenças sobre cada núcleo de sentido, entre os entrevistados; A síntese vertical refere-se à síntese geral de cada entrevistado sobre o objeto do estudo.

Diante desse material, realizamos uma leitura transversal a partir do confronto entre as perspectivas dos diferentes grupos, retomamos o nosso objeto de estudo, as questões norteadoras, os objetivos, bem como todo referencial teórico e conceitual. A partir daí, construímos as nossas categorias empíricas. Essa categorização possibilitou a transição entre a empiria e a elaboração analítica e interpretativa.

Categoria 1: PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO NASF: descompasso entre o que se preconiza e o que se realiza na Estratégia de Saúde da Família

Categoria 2: MICROPOLÍTICA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO NASF: lugar de (des) encontro e (des) responsabilização entre profissionais de saúde e usuários da Estratégia de Saúde da Família

Categoria 3: MACROPOLÍTICA E SUAS INFLUÊNCIAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO NASF: interesses e disputas que atravessam e inviabilizam a resolubilidade na Estratégia de Saúde da Família

- A **análise final dos dados** contemplou o diálogo entre o objeto de estudo (categorias analíticas) com as informações provenientes da investigação (categorias empíricas) e o contexto histórico-social, a partir de uma síntese de processos compreensivos e críticos. Buscamos as possíveis relações dialéticas por meio da triangulação dos dados obtidos por meio dos diferentes grupos e técnicas, isto é, da diversidade de olhares sobre a mesma realidade. A triangulação pressupõe essa integração dos resultados – teóricos e empíricos – para favorecer uma perspectiva ampliada acerca do objeto de estudo (MINAYO, 2010), o que pode possibilitar a construção de propostas de intervenções na realidade estudada e a elaboração de novas questões e hipóteses para futuras pesquisas.

3.7 Questões éticas

Toda pesquisa científica com seres humanos requisita atenção específica do ponto de vista ético. Portanto, pressupõe a garantia do respeito e proteção dos participantes da pesquisa, em sua dignidade e autonomia (GOMES, 2010).

No Brasil, as últimas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde e apresentadas à comunidade por meio da Resolução Nº 466/2012 (BRASIL, 2013a). A resolução brasileira abarca os referenciais da Bioética – autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade – e objetiva assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado.

Portanto, buscamos, nesta pesquisa, atender as diretrizes e regulamentações da Resolução. Para isso, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em 03 de março de 2016 e aprovado em 25 de abril de 2016, com certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) 53784916.0.0000.0053 e número do parecer 1.512.195. Frente a aprovação do CEP/UEFS, iniciamos a coleta de dados mediante consentimento livre e esclarecido dos participantes.

De acordo com a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2013a), o processo de consentimento na pesquisa compreende os procedimentos necessários para que seus participantes possam se manifestar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida, com a elucidação dos objetivos e procedimentos da pesquisa; e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice D).

No TCLE destacamos justificativa, objetivos e demais procedimentos que serão realizados na pesquisa; evidenciando ainda os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação; além de garantir a confidencialidade, a privacidade, bem como a liberdade para retirar-se do estudo, a qualquer momento, sem nenhum problema. Por fim, o TCLE apresenta a livre decisão do participante em colaborar – ou não – com a pesquisa.

De todo modo, concordamos com Silva, Mendes e Nakamura (2012) que uma postura ética é muito mais que a execução de protocolos formais e preestabelecidos de pesquisa.

A ética pressupõe uma reflexão do (a) pesquisador (a) acerca das suas atitudes na condução da produção científica; é a construção de uma relação de confiança e de respeito entre pesquisador (a) e pesquisado (a), considerando seus diferentes interesses, valores e visões de mundo; é a valorização da autonomia e da solidariedade entre os grupos sociais. Esta noção é indissociável da pesquisa qualitativa em Saúde Coletiva.

Ressaltamos, no quadro 13, os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação voluntária neste estudo. No entanto, acreditamos que os prováveis benefícios poderão superar os riscos encontrados.

Quadro 13 - Possíveis riscos e benefícios deste estudo

RISCOS	BENEFÍCIOS
<ul style="list-style-type: none"> → Receio em tratar dos assuntos propostos e sofrer represálias (profissionais) ou dificuldades em futuros atendimentos (usuários); → Constrangimento ou desconfiança do pesquisador no momento da entrevista; → Desconforto por estar sendo observado no seu espaço de trabalho (profissionais) ou por estar sendo solicitado no momento da busca por atendimento médico (usuários). 	<ul style="list-style-type: none"> → Resgate da experiência do profissional da saúde e a percepção do usuário para a construção de reflexões acerca da produção do cuidado; → Compreensão da funcionalidade do serviço, possibilitando uma maior visibilidade do processo de trabalho das equipes do NASF e, consequentemente, ampliação da resolubilidade da ESF; → Efetivação de um novo modo de produzir cuidado em saúde, centrado nos indivíduos, de caráter universal, com qualidade, integralidade e resolubilidade.

- 4 PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO NASF: descompasso entre o que se preconiza e o que se realiza na Estratégia de Saúde da Família



Um dos pontos nevrálgicos dos sistemas de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam, e no modo como representam o processo saúde e doença (MERHY, 2014, p. 132).

A organização do processo de trabalho em saúde deve ocorrer em prol da produção do cuidado, isto é, do encontro terapêutico propriamente dito e da intervenção em saúde. Por sua vez, entendemos que a produção do cuidado em saúde pode ocorrer no interior de um processo de trabalho.

Por conseguinte, para analisar o modo de produzir cuidado no NASF, considerando o seu processo de trabalho, nos aproximamos da compreensão do trabalho presente nas contribuições marxistas. Sem a pretensão de esgotar o debate, partimos do conceito formulado por Marx (2002, p. 211) que retrata o trabalho enquanto “processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”.

De acordo com Marx (2002), por meio do trabalho, o homem promove transformações no mundo e em si mesmo, em um movimento de construção mútua. Essa atividade transformadora incide sob determinado objeto, por intermédio de instrumentos precisos, para atingir um produto ou resultado. Tal produto é construído mentalmente pelo homem, antes de se transformar em realidade concreta. Mas, a construção mental antecede o trabalho e lhe dá certo sentido e finalidade, o que diferencia o trabalho humano do trabalho de outros animais.

Diante das considerações, destacamos os componentes do processo de trabalho (MARX, 2002), os quais, articulados entre si, propiciam a realização de produtos/ resultados:

- a atividade subordinada a um fim, que é o próprio trabalho;
- o objeto, que é a matéria-prima sobre a qual se aplica o trabalho;
- e os instrumentos, que são as ferramentas de trabalho.

Com base no subsídio teórico de Marx, Mendes-Gonçalves (1992) formulou o conceito de **processo de trabalho em saúde**. Porém, entendemos que esse tipo de trabalho deve ser analisado a partir das suas especificidades. Ressaltamos que, no trabalho em saúde, o homem configura-se tanto como objeto, quanto como sujeito/agente do processo de trabalho. Ao tornar-se objeto de trabalho, esse homem deve ser apreciado em sua objetividade e subjetividade, nas relações que estabelece consigo mesmo e com o contexto no qual está inserido. Como sujeito, consideramos os trabalhadores de saúde como os agentes imediatos e os usuários como agentes em potencial, coparticipantes e corresponsáveis pelo resultado do trabalho.

Outrossim, Mendes-Gonçalves (1992) ressalta que o trabalho em saúde não visa um produto, um bem material, característico da conceituação do processo de trabalho em geral, mas a produção de certas condições ou estados que atendam a necessidades sociais historicamente definidas, instituídas tanto pelas instituições, quanto pelos trabalhadores e pelos usuários.

Assim, no processo de trabalho em saúde, o autor definiu os componentes a seguir, os quais, articulados entre si, configuraram o processo de trabalho específico da saúde.

- **atividade**, que é o trabalho em si;
- **objeto** do trabalho é o homem com suas necessidades de saúde;
- **instrumentos**, que correspondem aos recursos utilizados na atividade;
- **finalidade** é a projeção da vontade que se manifesta no trabalho;
- **agentes** são aqueles que tornam possível o processo de trabalho.

Acerca da **finalidade do trabalho do NASF**, a *Política Nacional de Atenção Básica – doc. 3* (BRASIL, 2012) estabelece que o objetivo dos núcleos de apoio é ampliar a abrangência e o alcance das intervenções da ABS, especificamente da ESF, bem como sua resolubilidade. A partir desse objetivo, compreendemos que os núcleos foram criados para potencializar o cuidado em saúde ofertado pelas EqSF aos seus usuários, em seus respectivos territórios.

Além da finalidade expressa na PNAB, o *Projeto de Implantação do NASF – doc. 1* (FEIRA DE SANTANA, 2008, p. 9) apresenta outros objetivos, a saber:

- **Realizar ações segundo a ‘estratégia de apoio matricial’** junto as Equipes de Saúde da Família referenciadas, dando suporte técnico especializado através dos conhecimentos e ações inerentes a cada categoria profissional integrante do NASF, na perspectiva de ampliar a clínica pela troca de saberes, de forma a facilitar a vinculação, responsabilização e integralidade do cuidado aos usuários.
- **Desenvolver processo de Educação Permanente** em que as ações da equipe multidisciplinar do NASF sejam realizadas numa metodologia pedagógica para ampliar a autonomia e resolutividade da ESF para atuarem em situações semelhantes quando os profissionais do NASF não estiverem presentes na USF.
- **Contribuir para mudança de paradigmas** em construir um modelo de saúde centrado no indivíduo e não na doença.

Nos objetivos apresentados no Doc. 1, vemos o imperativo de reorganização das práticas, do compartilhamento dos conhecimentos e ações, na expectativa das mudanças nas formas de ofertar atenção e cuidado. Assim, a relevância do NASF está no apoio para ampliação das ações da ABS/ ESF, o que poderá possibilitar aos serviços mais qualidade, integralidade e resolubilidade.

Os participantes da pesquisa [NASF B e G] compartilham esse entendimento em relação a finalidade do NASF, como podemos verificar nos trechos a seguir:

Nosso objetivo é dar apoio a saúde da família (NASF-B, fisioterapeuta).

... a proposta do NASF é matricular, né? **Oferecer retaguarda especializada ao cuidado**, à atenção que é dada, assistencial, à unidade e ao usuário, à equipe que trabalha, inclusive do próprio NASF, a equipe de saúde da família completa e ao usuário... e a rede e tudo. Acompanhar essa rede de cuidado (NASF – G, Psicóloga).

Em suas falas, as participantes destacam o apoio especializado às EqSF para o acompanhamento das equipes e dos usuários. Por sua vez, a profissional da ESF - F converge com essa perspectiva.

O NASF, ele apoia, né? Ele dá um suporte a saúde da família, tanto ao médico, quanto ao enfermeiro[...]. Eles buscam alcançar esse apoio psicológico, nutricional, não é? Físico, farmacêutico, ele também tem farmacêutico no NASF. Eles buscam esse apoio, porque eles é um apoio a saúde da família [...]. **O NASF trabalha mais no apoio mesmo, ele dá um apoio, um suporte a saúde da família** nessas necessidades básicas, de psicologia, de nutrição, de assistência social, de farmácia, nesse tipo de coisas (ESF-F, Enfermeira).

Tanto nessas falas, quanto nas observações realizadas em campo, percebemos uma ênfase maior na dimensão assistencial do apoio em detrimento da sua dimensão técnico pedagógica. Segundo Campos e Domitti (2007), o profissional apoiador contribui com as intervenções, seja por meio de atendimentos compartilhados – dimensão mais assistencial, seja pela discussão e orientação dos casos – dimensão mais pedagógica, com responsabilidade mútua, o que poderá aumentar a capacidade de resolução dos problemas de saúde enfrentados pelas equipes apoiadas.

A pertinência do apoio está relacionada com os desafios enfrentados pelas equipes de ABS/ EqSF. Para Araújo (2012), as necessidades de saúde das populações assistidas são complexas, dinâmicas e se modificam conforme o perfil epidemiológico. Atualmente, o perfil epidemiológico da população brasileira é caracterizado por uma polarização, isto é, um aumento das taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônicas e degenerativas; persistência de doenças infecciosas e parasitárias; e pelo crescimento das mortes por causas externas.

Além disso, o perfil epidemiológico também é influenciado pela transição demográfica. Conforme Vasconcelos e Gomes (2012), as taxas de urbanização estão cada vez mais altas. O processo de urbanização alterou diversos padrões sociais, como os arranjos familiares, a inserção da mulher na sociedade, o desenvolvimento tecnológico, entre outros. Por conseguinte, houve queda na fecundidade e o aumento da expectativa de vida com envelhecimento populacional. Todos esses aspectos representam desafios para o sistema de saúde, especialmente, para a atenção básica, e são intensificados pelos aspectos políticos e econômicos, os quais serão discutidos posteriormente.

A fala da enfermeira, participante da ESF-F, ressalta ainda o apoio e sua relação com as diferentes áreas do conhecimento que podem compor o NASF, como Psicologia, Nutrição, Assistência social e tantas outras. Na sua fala, ela não se refere a uma atuação específica e exclusiva, já que os diversos profissionais, das diferentes disciplinas, têm a oportunidade de atuar de forma conjunta, multidisciplinar, para contribuir com a integralidade do cuidado.

A integralidade, de acordo com Mattos (2009), implica em negação do reducionismo e da objetivação dos sujeitos, reconhecendo a necessidade de diálogo constante dos diferentes saberes nas práticas de saúde. Exige ainda uma reorganização dos serviços e uma “horizontalização” dos programas verticais, os quais devem ser pensados a partir das necessidades de saúde da população, articulando as demandas programadas e as demandas espontâneas, para garantir o direito universal à saúde.

Diferentemente das falas anteriores, algumas participantes [NASF H e B] trazem a promoção da saúde e a prevenção de agravos como finalidades do trabalho do NASF, as quais são exemplificadas a seguir:

Bem, diante do que é o nosso foco de trabalho, **promoção da saúde**, primeiramente. O trabalho em PSF, PSF é pra promover saúde, não tratar, a gente é atenção básica, né? E, assim, principalmente, promoção da saúde. Promoção da saúde de forma geral, principalmente (NASF-H, Farmacêutico).

A principal finalidade é prevenção. É atenção primária, pra ele não precisar chegar aos outros níveis de atenção. A gente resolver aqui os problemas e preservar a saúde, qualquer disfunção que venha surgir, tentar resolver logo no início pra não gerar transtornos pros outros níveis de complexidade (NASF-B, Fisioterapeuta).

O profissional NASF-H apresenta a promoção de saúde como objetivo do seu trabalho e enfatiza a autonomia dos profissionais da equipe de referência, alcançada mediante os ensinamentos da equipe de apoio. Por sua vez, a segunda fala destaca a prevenção dos agravos como sua principal finalidade de trabalho, para não sobrecarregar os serviços dos outros níveis de complexidade do sistema com questões passíveis de solução através da atenção básica.

Todavia, entendemos que tais abordagens [promoção e prevenção] são complementares e não excludentes. Mas, de acordo com Czeresnia (2009), a promoção é mais ampla que a prevenção; ela serve para aumentar a saúde e o bem-estar a partir da transformação das condições de vida e de trabalho subjacentes aos problemas de saúde.

Promover saúde exige a presença ativa do Estado, mediante políticas públicas; a atuação do setor saúde junto aos macrodeterminantes do processo saúde-doença; além da participação dos indivíduos na melhoria da sua própria qualidade de vida. Quanto as medidas preventivas, elas se destinam a evitar o aparecimento de doenças específicas por meio da detecção e controle de riscos ou fatores causais. Segundo a autora, o foco da prevenção é a doença e a ausência de doenças já seria um objetivo alcançado.

Em conformidade com a *Política Nacional de Atenção Básica – doc. 3* (BRASIL, 2012), as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos compõem o conjunto de ações de saúde que caracterizam a ABS, juntamente com as ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Do mesmo modo, as *Diretrizes do NASF – doc. 2* (BRASIL, 2010), ao fazer referência às práticas de saúde no NASF, reforçam que elas devem ser organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura.

Por sua vez, os participantes NASF-A e NASF-F entendem que a finalidade do trabalho é a educação em saúde e a autonomia dos usuários:

A finalidade da gente é agregar conhecimentos pra população, dos cuidados, do autocuidado. Acho que a proposta principal do programa saúde da família é educar pra cuidar. Então, isso aí é o fator principal, acho, da atuação, não só minha como educador físico, mas também de todos os profissionais do NASF (NASF-A, Educador Físico).

Autonomia em saúde. Aliás, a finalidade maior do SUS. O NASF vem pra complementar esse esforço da estratégia de saúde da família, **promover autonomia em saúde do usuário**, tornar o usuário consciente de sua saúde, como ele pode contribuir pra prevenir os problemas de saúde (NASF-I, Educador Físico).

A educação em saúde corresponde a maneira pela qual informações, cientificamente comprovadas no campo da saúde, chegam até a vida cotidiana das pessoas para promover saúde e qualidade de vida (ALVES, 2005). Concretamente, a ESF é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas que auxiliem os usuários no entendimento das suas questões de saúde, tornando-os capazes de serem instituintes de formas mais saudáveis de viver a vida, com consciência, responsabilidade e autonomia.

Entendemos a autonomia a partir da construção de Onocko Campos e Campos (2006), que concebem a autonomia como a capacidade dos sujeitos de lidarem com suas necessidades, de compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre seu contexto, partindo de objetivos democraticamente estabelecidos.

No entanto, considerando os conceitos apresentados [promoção e prevenção], observamos, nos cenários de estudos, que as atividades desenvolvidas pelo NASF estão mais direcionadas à prevenção de doenças e agravos. Tivemos a oportunidade de acompanhar atividades realizadas nas “salas de espera”, grupos de gestante, atividade física, entre outros. Tais atividades versavam sobre orientações para grupos específicos e populações adoecidas; a busca pelo desenvolvimento de habilidades individuais e mudanças de comportamento dos sujeitos, com pouca ou nenhuma ênfase no contexto das suas condições de vida e trabalho.

Em divergências às falas apresentadas, o foco sobre a doença [sua detecção, tratamento e controle] está presente nas falas de alguns participantes, exemplificada a seguir:

Eu acredito que só mesmo para **detectar a necessidade do tratamento**. Porque, às vezes, ela [a psicóloga] não tem o recurso, porque a necessidade já passa ser do psiquiatra. Muitos casos aqui, eu tenho pessoas que chegaram pra mim, que eu passei pra ela e ela encaminhou para o CAPS, ela achou necessário e, hoje, já estão sendo acompanhadas por psiquiatras (ESF-A, Enfermeira).

A enfermeira ESF-A acredita que a finalidade do trabalho do NASF é “só mesmo para detectar a necessidade de tratamento”. Para exemplificar, cita o exemplo dos profissionais de saúde mental, que na impossibilidade de resolver as situações na ABS, identificam os casos e encaminham os usuários para os serviços especializados, como o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Já a nutricionista do NASF-E complementa essa perspectiva e acrescenta que seu trabalho é “acompanhar pacientes que tem doenças crônicas”.

É acompanhar pacientes que tem doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, pacientes com obstipação intestinal, principalmente crianças, baixo peso e com obesidade, né? (NASF-E, Nutricionista).

Consideramos que todo processo de trabalho tem uma finalidade para orientar todo o trabalho, a qual dependerá da escolha dos agentes, dos objetos e dos instrumentos utilizados. Outrossim, apesar da finalidade do trabalho do NASF ser definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), as instâncias locais (municípios) podem acrescentar outros objetivos de acordo com a sua própria realidade. Entretanto, no cenário estudado, os trabalhadores que executam as ações não participaram necessariamente da construção das finalidades. Assim, notamos que cada unidade de saúde de família e cada profissional também dispõe de objetivos específicos. Desse modo, encontramos diversas “propostas” para o trabalho do NASF, por vezes contraditórias frente à sua finalidade.

Como vimos nas falas de alguns participantes, a finalidade do trabalho do NASF é o apoio às equipes de ABS, especificamente às EqSF, para potencializar o cuidado aos usuários. Na *Política Nacional de Atenção Básica – doc.3* (BRASIL, 2012), estão delimitados os **objetos de trabalho do NASF**, desde a oportunidade de atuar no apoio matricial às equipes as quais está vinculado, quanto no território dessas respectivas equipes. Desse modo, compreendemos que, a partir dos territórios sob sua responsabilidade, o trabalho do NASF poderá se desenvolver com objetos distintos: equipe e usuário.

No que tange às equipes apoiadas, as *Diretrizes do NASF – doc. 2* explicita que o processo de trabalho deve priorizar a “troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos” (BRASIL, 2010, p.8). As intervenções específicas com usuários/ famílias/ comunidade devem ser realizadas

[...] com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de saúde da família, responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de saúde da família, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade (BRASIL, 2010, p. 20).

Desse modo, em conformidade com o *Caderno de Atenção Básica – doc. 4* (BRASIL, 2014), entendemos que o apoio educativo do NASF com e para as EqSF constitui a dimensão técnico-pedagógica do seu trabalho. Já a ação clínica sobre usuários, famílias e comunidade constitui a dimensão clínico-assistencial. Tais dimensões podem e devem estar associadas uma a outra nas diversas ações desenvolvidas pelo NASF.

Por conseguinte, compreendemos que o trabalho do NASF junto às EqSF está diretamente relacionado à corresponsabilidade e ao compartilhamento de conhecimentos e ações, as quais devem ser pensadas e planejadas de acordo com as necessidades identificadas nos respectivos territórios. Porém, tal relação não está baseada na autoridade, mas em condutas dialógicas.

Todavia, tivemos a oportunidade de observar em campo que a atividade junto aos usuários não é tão direta, já que o NASF não é um serviço de livre acesso. Ela ocorre sob mediação das EqSF, em vista da manutenção do vínculo com a ESF. A partir dessa configuração, o NASF pode contribuir para melhor compreensão dos casos e para ampliação das ações da ESF na resoluibilidade dos problemas de saúde.

Para tanto, o NASF está organizado em nove áreas estratégicas, explicitadas no *doc. 2 – Diretrizes do NASF* (BRASIL, 2010): Saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares

Mas, em Feira de Santana, conforme o *Projeto de Implantação do NASF – doc. 1* (FEIRA DE SANTANA, 2008), o NASF foi organizado em seis núcleos de ação/atuação: Ações físicas/práticas corporais, alimentação e nutrição, reabilitação, serviço social, assistência farmacêutica e saúde mental. Esses núcleos de ações foram definidos no momento de sua implantação e não são considerados definitivos, visto que novas demandas podem surgir no decorrer do trabalho.

Tais ações devem ser planejadas e organizadas de modo conjunto para que façam sentido para as equipes e usuários. Ademais, o doc. 2 (BRASIL, 2010, p. 8) apresenta diversas possibilidades de atuação no próprio território, nas residências e nos espaços comunitários, articuladas com a equipe de referência – EqSF – e outros setores interessados, por meio de “projetos de saúde no território; no apoio a grupos; nos trabalhos educativos e de inclusão social; no enfrentamento de situações de violência e ruptura social; nas ações junto aos equipamentos públicos”.

As falas dos profissionais do NASF-G e H convergem com o que fora apresentado nos documentos acerca da atuação junto à EqSF e aos usuários:

Acompanhar essa equipe na prestação do seu serviço, acompanhar esse usuário em toda essa rede, que começa aqui na atenção básica e vai pra média e alta complexidade (NASF-G, Psicóloga).

Tipo assim... com o usuário. **Com o usuário, na verdade, com a equipe também**. Na verdade, os profissionais do NASF, se a gente quiser abranger bastante, a gente consegue realmente trabalhar com toda equipe do PSF, com toda equipe mesmo, inclusive todos os profissionais, todas as categorias conseguem fazer isso e também com o usuário, bastante. Na equipe, eu também tô incluindo os agentes comunitários. Eu creio que uma pessoa que faz parte fixa de uma equipe de PSF, acho que o foco dela maior seria apenas o usuário, mas a gente dá pra fazer um trabalho com a equipe, de forma geral. Mas, a gente do NASF consegue isso e a gente conseguiu colocar isso, desde o início do NASF, que era uma coisa pra se trabalhar também, **não só pegar o usuário e trazer pra fazer isso e aquilo, mas conseguir trabalhar com a equipe** (NASF-H, Farmacêutico).

Os participantes ressaltam que a atuação junto a EqSF pode abranger todos as categorias de trabalho, inclusive os agentes comunitários de saúde. Quanto aos usuários, eles devem ser acompanhados em todo seu fluxo de atendimento na rede de serviços. Todavia, essa visão não é compartilhada por todos. Alguns profissionais do NASF [NASF A e F] divergem e retratam ações que se voltam para indivíduos portadores de doenças crônicas.

Qual é a prioridade hoje? É o quê? Hipertensão, diabetes e a hipercolesterolemia, que são os maiores números de patologias que a gente vem atendendo no posto, são essas três patologias. Então, hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia. Então, esses três pacientes, que tem esses componentes, **são os pacientes que a gente foca mais**, porque são os pacientes que estão mais recorrentes no posto. Eles não conseguem controlar, eles recebem orientação do médico, eles recebem orientação da enfermeira, mas chega na alimentação, peca na alimentação, no uso do medicamento, eles se atrapalham no medicamento e aí, a gente tá aqui regulando e acompanhando esses pacientes, ao longo da sua vida (NASF-A, Educador Físico).

O profissional do NASF-A afirma que a prioridade do seu trabalho tem sido os “pacientes” com hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia, já que esses são os “pacientes” que mais procuram a unidade de saúde. Como falamos anteriormente, o trabalho do NASF deve incidir sobre as demandas identificadas no território por meio do trabalho conjunto com as EqSF. Entretanto, esse trabalho não precisa se limitar a suprir a demanda espontânea.

Esta é uma realidade observada comumente na prática. Segundo Paim, (2002), a atuação que tem como objeto a doença ou o doente, com ênfase nos aspectos biológicos, descontextualizada histórico e socialmente, voltada para atendimento da demanda espontânea é característica do modelo médico assistencial. Tal modelo influenciou significativamente a formação dos profissionais de saúde, mas tende a prejudicar o desenvolvimento da integralidade.

A atuação frente às demandas e as necessidades de saúde dos usuários exige análise multiprofissional/ interdisciplinar, inclusive mediante apoio técnico-pedagógico, e intervenções em termos clínicos e sanitários (BRASIL, 2010). No entanto, a presença de profissionais especializados, diferentes daqueles que compõem a equipe mínima, poderá ampliar a procura por atendimentos específicos em resposta a demandas reprimidas.

Concordamos com Cunha e Campos (2011) que problemas estruturais, como a escassez ou a dificuldade de acesso a serviços especializados, induzem a utilização equivocada dos serviços do NASF. A assistência a doenças em suas demandas espontâneas empobrece o atendimento e dificulta a compreensão da finalidade do serviço. Desse modo, é evidente a importância do equilíbrio entre o atendimento das demandas espontâneas e das demandas programadas.

Do mesmo modo, a profissional do NASF-F também atua a partir da demanda de cada unidade, mas com ações voltadas para grupos organizados por faixa etária e/ ou gênero.

Depende do bairro que tem uma necessidade maior. Por exemplo, [...] é mais as grávidas que chegam lá, os meninos que tomam vacina, entendeu? E vai embora. Aí, você chega no [...], você pode fazer um grupo de criança, pode fazer um grupo de gestante. Aí, você chega no [...], você pode trabalhar com idosos, aí vai variando. No [...], a gente consegue formar um grupo também maior. Então, vai variando conforme a necessidade de cada... eu não consegui trabalhar muito com adolescente e jovens. Não vejo essa demanda nos postos. Ou é idoso, ou é gestante, ou é criança (NASF-F, Fisioterapeuta).

Reconhecemos a importância da proposição de trabalho com grupos específicos, que requerem acesso e assistência diferenciados devido à sua condição de vida e saúde. No entanto, segundo Santana e outros (2013), um serviço desenvolvido majoritariamente a partir de grupos populacionais pouco colabora para a construção da integralidade. Para cada indivíduo ou problema (criança, mulher, gestante, hipertensa) existe uma proposta, um grupo, os quais nem sempre estão articulados.

Os profissionais da ESF convergem com esse ponto de vista, como podemos constatar nos fragmentos das falas a seguir:

Na verdade, eles trabalham com público geral, né? Porque criança, mulher, idoso, hipertenso, diabético... é geral, depende da necessidade.
Eu tenho crianças com colesterol alto que eu vou mandar pra nutricionista, eu tenho criança com problema comportamental que eu vou mandar pra psicóloga... (ESF-D, Enfermeira).

...eles também trabalham com grupos, né? É o que funciona muito hoje no NASF é trabalhar com grupos de idoso, de gestante, de criança, de adolescente. Ali, eles conseguem fazer um trabalho mais preciso porque tá diretamente com aquela área (ESF-F, Enfermeira).

Na fala das enfermeiras [ESF-D e ESF-F], o NASF trabalha com o público, de modo geral. Mas, em seguida, elas especificam o público alvo citando crianças, mulheres, idosos, hipertensos e diabéticos. Todavia, a fala da profissional da ESF-F enfatiza que o trabalho com gestantes e idosos é o trabalho que funciona no NASF, com esses grupos é que o trabalho do NASF é preciso, efetivo.

Como falamos anteriormente, o trabalho do NASF deve voltar-se para dois objetos distintos: equipe e usuários. Contudo, não observamos atividades específicas voltadas para as EqSF. Além disso, as práticas de saúde que incidem sobre os usuários são definidas partir do gênero, idade e/ou enfermidade, desconsiderando as características do território e as condições de vida e trabalho, as quais tem grande relevância na determinação do processo saúde-doença-cuidado.

No trabalho em saúde, o homem – seja profissional ou usuário do serviço – se constitui tanto como objeto, quanto como sujeito. Nesse sentido, as EqSF e a sua população adscrita são objetos do trabalho do NASF, mas também sujeitos, **agentes do processo de trabalho**, coparticipantes e corresponsáveis pelo alcance dos seus objetivos.

Nesse sentido, o trabalho em equipe é a modalidade de trabalho coletivo marcada pela integração dos agentes e articulação das ações por meio da comunicação. Segundo Araújo e Rocha (2007), na ótica da integralidade, implica no compartilhar do planejamento, na divisão de responsabilidade e tarefas, na cooperação e na colaboração para alcance de objetivos comuns. O trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar agrega e amplia a capacidade de identificação, análise e intervenção nas necessidades e problemas de saúde.

Nas equipes NASF, encontramos profissionais de diferentes formações, os quais podem enriquecer e potencializar o trabalho dos membros das EqSF. As *Diretrizes do NASF – doc. 2* (BRASIL, 2010, p. 19) destacam que

... **essa composição favorece ações integradas e abrangentes**, não se pautando pela delimitação de atos profissionais exclusivos, nem pela anulação dos saberes nucleares e específicos, mas colocando as diferentes capacidades (específicas e comuns) a serviço do trabalho coletivo da equipe, diante de necessidades concretas de usuários e grupos sociais.

Diante da perspectiva do trabalho em equipe, os profissionais do NASF I e J reconhecem a participação de todos [Equipe NASF e a EqSF] no desenvolvimento do trabalho:

Todos os profissionais... Depende da proposta, no meu caso, enquanto educador físico, eu tenho grupos específicos de educador físico, como qualquer profissional, qualquer categoria, **você tem as atividades multidisciplinares, onde todos os profissionais estão envolvidos**, e tem as atividades que são específicas da categoria (NASF-I, Educador físico).

Todos que compõem a unidade, psicólogo, enfermeira, minha equipe toda do NASF, a enfermagem, os técnicos, o pessoal administrativo, **a gente sempre faz trabalho que englobe toda a equipe**, faz uma equipe multi mesmo (NASF-J, Assistente social).

Os profissionais mencionam o desenvolvimento de atividades multidisciplinares, que abrangem toda equipe. Além do profissional do NASF-I reconhecer a cooperação dos diversos profissionais, complementa essa perspectiva falando sobre a colaboração dos usuários no desenvolvimento do seu trabalho.

Então, as atividades específicas, **eu tento incentivar a comunidade a questão do controle social, da autonomia mesmo, de que a própria comunidade é capaz de exercer o seu papel de saúde**. Então, ela mesma interfere na organização do grupo, interfere na elaboração das atividades, na logística, no funcionamento dessas atividades" (NASF-I, Educador físico).

Nas situações que requerem núcleos de saberes/fazeres específicos, as quais ocorrem sob a responsabilidade de um único profissional, por exemplo o educador físico, o profissional do NASF-I busca a participação ativa dos usuários na organização e execução dessas ações. Ratifica o esforço pelo envolvimento dos usuários, defendido como uma das diretrizes da atenção básica, expressa em sua política – doc. 3, conforme trecho a seguir:

Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012, p. 22).

Acreditamos que a presença e a cooperação dos usuários tanto podem modificar suas percepções sobre os serviços e sobre o cuidado ofertado, ampliando a possibilidade de identificação dos macrodeterminantes do processo saúde-doença-cuidado; como também podem impulsionar o desenvolvimento de uma abordagem mais integral das suas necessidades sociais de saúde; além de fortalecer a comunidade.

Nesse sentido, para Merhy (2013b), no processo de trabalho em saúde, um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário. Esse encontro torna, o usuário, um objeto parcial da ação. No entanto, por ser objeto, o usuário não deixa de ser também um agente que, em ato, apresenta suas intenções, conhecimentos e representações, os quais são expressos na sua forma de sentir e elaborar suas necessidades de saúde, no momento do encontro.

Entretanto, essa integração entre NASF, EqSF e usuários não é uma realidade comum a todos os cenários pesquisados. De modo diferente do que fora apresentado pelo profissional do NASF-I, nas falas anteriores, o envolvimento dos usuários é considerado um desafio para a profissional do NASF-G, já que o usuário “não tem interesse”.

O grande desafio é envolver o usuário, ele mesmo se sentir empoderado. Não tem interesse, acha que isso tem que... não quer se responsabilizar, o grande desafio é o usuário. Os profissionais... já alcançamos isso, a clínica ampliada mesmo, essa estratégia de sentar cada um e entender seu papel na sua especificidade e de forma geral, na abrangência, como a gente chama. **Mas, o usuário é um grande desafio, trazer o usuário pra isso** (NASF-G, Psicóloga).

Em relação aos profissionais da EqSF, alguns são apresentados como mais atuantes e colaborativos do que outros. Os participantes do NASF evidenciam a atuação dos agentes comunitários de saúde – ACS e das enfermeiras no desenvolvimento do trabalho.

Trabalho diretamente com os agentes comunitários de saúde, que é um vínculo da gente, são os olhos da gente na comunidade, então com os agentes de saúde [...] E aí, a gente participa das atividades muito com as enfermeiras. Dependendo da unidade, a gente tem também o envolvimento do médico, dos técnicos, mas é mais com agente de saúde e enfermeira e a própria equipe NASF entre si (NASF-B, Fisioterapeuta).

A enfermeira é o carro chefe, que eu acho, nos postos, né? **Se a enfermagem não funcionar bem, eu acho que o negócio não anda.** Aliás, eu digo assim, também, que a enfermagem é o carro chefe onde ela tá, entendeu? (NASF-F, Fisioterapeuta).

A participante do NASF-B ressalta a importância do trabalho com os ACS, os quais são representados por ela como “olhos” dos demais profissionais dentro da comunidade. Para Pinto e Fracolli (2010), os agentes comunitários são como “molas propulsoras” do sistema de saúde, atuando tanto no atendimento e monitoramento das famílias – dimensão técnica, como na reorientação do modelo de atenção à saúde, no fomento a cidadania e na transformação social – dimensão política.

Por sua vez, as enfermeiras ocupam lugar de destaque nas falas das fisioterapeutas [NASF B e F]. Para a profissional do NASF-B, conforme a unidade de trabalho, técnicos e médicos podem participar do trabalho, mas predomina a atuação dos ACS e da enfermeira. Já a profissional do NASF-F afirma que “se a enfermagem não funcionar bem, [...] o negócio não anda”. Sobre isso, a fala da participante da ESF-E converge com as falas anteriores.

Assim, eles [o NASF] trabalham diretamente eu digo mais com a enfermeira e também com os agentes comunitários de saúde. Porque, às vezes, eles necessitam de informações que só os agentes podem tá passando. Até mesmo as visitas domiciliares têm que ter o acompanhamento do agente. Aí, eles sempre trabalham diretamente com a enfermeira e com o agente (ESF-E, Agente comunitária de saúde).

A própria política – doc. 3 (BRASIL, 2012) explicita que as enfermeiras da ESF prestam atenção aos indivíduos e famílias, por meio de consultas, procedimentos, trabalhos em grupos, entre outros.

O estudo de Rangel e outros (2011) refere que, além das práticas assistenciais, elas planejam, supervisionam e avaliam as equipes de enfermagem e os ACS, além de fazerem o gerenciamento dos serviços. Contudo, de acordo com Pavoni e Medeiros (2009), as práticas gerenciais são intrínsecas ao processo de trabalho da ESF, sendo responsabilidade de todos os membros da equipe, mas as enfermeiras acabam assumindo mais essa atividade.

Por vezes, as exigências do trabalho do profissional de enfermagem na ESF superam seus recursos e suas possibilidades de execução, o que vem gerando uma sobrecarga de trabalho e uma tensão constante, a qual é reconhecida pelos profissionais do NASF.

As enfermeiras são mais próximas. **Aqui em Feira de Santana, elas também são as gerentes das unidades, infelizmente, isso deixa elas muito sobrecarregadas, estressadas, tensas**, e me dá muito trabalho como psi administrar isso, ajudá-las a administrar isso, que é uma tensão, que é permanente, não tem nenhuma possibilidade de mudança, isso assusta, deixa elas muito tensas... **mas, enfim, com a enfermeira, não só na assistência, numa interconsulta ou num grupo, mas também na gerência, na discussão do processo de trabalho** (NASF-G, Psicóloga).

A enfermeira, então, tá assim... **eu vejo a enfermeira hoje como o profissional mais sobrecarregado e elas estão adoecendo**, elas estão adoecendo porque elas estão assim, passando tudo em cima delas (NASF-I, Educador físico).

Nas falas dos participantes e nas observações em campo, percebemos a centralidade e a importância do trabalho da enfermagem na ESF, e consequentemente, junto as equipes do NASF. Entretanto, de acordo com Pires e outros (2016), a precarização das condições de trabalho – fragilidades dos vínculos empregatícios, baixa remuneração e grandes jornadas de trabalho, exigências e sobrecargas de trabalho, excesso de demanda, problemas na estrutura física das unidades e falhas na rede de atenção – limita a atuação dessas profissionais e provoca insatisfação, desgaste e até danos à saúde.

No que diz respeito a categoria médica, os profissionais do NASF afirmam que a participação dos médicos nas atividades não é comum, fato atribuído ao próprio processo de trabalho do médico, conforme ratificam as falas a seguir:

[...] **NASF e médico, raro, raríssimo, raríssimo, raríssimo**. Com a enfermeira é mais fácil... mas, com médico é muito raro, acho que em todas as equipes. Acho difícil, uma equipe... (NASF-I, Educador físico).

Com a enfermeira muito, né? Com o médico, a minha equipe tem uma boa relação, mas **por conta do processo de trabalho dele mesmo, como é o vínculo dele com o próprio processo de trabalho dele mesmo na unidade, a gente nem sempre consegue ter reuniões ou debater**, mas se precisar ter contato, a gente entra, conversa, discute o caso, tenta fazer... (NASF-G, Psicóloga).

Tanto nas falas dos participantes, quanto nas observações, percebemos que os médicos desenvolvem as atividades específicas da sua categoria, como consultas médicas, pequenos procedimentos, encaminhamentos para serviços de referência, e pouco se envolvem nas demais atividades coletivas – sejam administrativas, sejam de educação em saúde. A fala da psicóloga do NASF-G refere certa dificuldade para reuniões e discussões em conjunto com o profissional médico. No entanto, tal participante aparentemente comprehende e parece aceitar essa dificuldade como parte do processo.

Contudo, divergindo das falas apresentadas, o profissional NASF-D relata estar “sozinho na condução da atividade”. Em momentos específicos, como “semana do diabético”, “semana do hipertenso”, “outubro rosa”, ele solicita o apoio das enfermeiras das unidades para desenvolver atividades extras e vice-versa.

Tô [sozinho na condução da atividade], todos os dias. Como te falei, só [cita o nome da fisioterapeuta], porque ela faz um dia, um dia é dela... então, um dia é reservado pra ela. Ela faz a prática dela... eu não convido assim alguns profissionais, não. **Não é que não convido não, sabe? Mas não tem interesse, se tivesse interesse, seria até bom.** Tem que ser delas. Porque, assim, não adianta você chamar e você não ver o interesse, né? ... então, elas não têm que pedir permissão, não tem que pedir pra mim, elas têm que ir lá e mostrar o trabalho delas. Não é pra mim que elas têm que pedir, o grupo é da unidade... então, acho que o interesse tem que partir do profissional, não de mim. Porque, se for de mim, eu sei que muitas delas [usuárias] precisam de uma médica, enfermeira, nutricionista, psicólogo, entendeu? Todo mundo precisa. Agora, tem que ter o interesse do profissional em querer trabalhar com o público (NASF-D, Educador físico).

De acordo com o educador físico do NASF-D, falta interesse dos demais profissionais do NASF para a realização de ações em equipe. No entanto, a oferta e a garantia da integralidade da atenção para os indivíduos e famílias estão diretamente relacionadas com a efetividade desse trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Para Araújo e Rocha (2007, p. 456), numa atuação interdisciplinar existe 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”.

Dada a complexidade dos objetos e as múltiplas determinações do processo saúde-doença-cuidado, entendemos que o processo de trabalho do NASF exige essa composição multiprofissional/ interdisciplinar e pressupõe uma construção de objetivos e projetos comuns, para que os agentes estabeleçam integração e articulação entre si, com as EqSF e com os usuários.

Todavia, comungamos com Araújo e Rocha (2007) que os obstáculos para o desenvolvimento do trabalho em equipe estão relacionados com as concepções sobre o mesmo, com a formação e capacitação de cada profissional, com as experiências profissionais e as experiências de vida, com as visões de mundo, além dos interesses e objetivos pessoais. Essas diferenças poderão influenciar o processo de trabalho, mas não devem impossibilitá-lo.

Ademais, destacamos que essa composição de equipes multiprofissionais, tanto no NASF, quanto na ESF, não é suficiente para superação do modelo médico assistencial, pois também são necessários novos dispositivos tecnológicos, **instrumentos de trabalho no NASF** e capacidade para criar novas formas de cuidado a partir do protagonismo e da autonomia dos trabalhadores voltadas para as necessidades dos usuários.

Ao analisarmos o processo de trabalho em saúde no manejo da produção do cuidado, percebemos a presença de diversos recursos tecnológicos, os quais servem como mediadores do processo produtivo. Merhy (2014) desenvolveu uma série de considerações a esse respeito, a partir do referencial da micropolítica do trabalho vivo em ato. A micropolítica corresponde ao lugar social em que cada profissional está inserido, onde são estabelecidas suas relações, seja na gestão, seja no cuidado.

Dentro dos limites deste estudo, retomamos Marx (2002) para apresentar a concepção de trabalho morto e trabalho vivo. Sem pormenores, o trabalho tem uma conformação tecnológica composta por trabalho morto, aquele correspondente ao resultado de um trabalho desenvolvido anteriormente e incorporado ao processo como meios/instrumentos de trabalho; e trabalho vivo, que é o trabalho em ato, o trabalho criador que se realiza no momento da ação sob controle do trabalhador, é a capacidade de apoderar-se das coisas, de arrancá-las da sua inércia e transformá-las de forma real e efetivo.

Conforme Merhy (2014), com a predominância do trabalho morto, haverá uma “captura” do trabalho vivo com diminuição das possibilidades de criação e controle do trabalho pelos trabalhadores. Porém, caso haja a predominância do trabalho vivo, aumenta a autonomia, protagonismo e criatividade dos trabalhadores sobre seu processo produtivo.

Nesse sentido, Merhy (2013a; 2014) classificou três tipos de ferramentas tecnológicas em saúde:

- Tecnologias duras, representadas pelas máquinas e equipamentos;
- Tecnologias leve-duras, equivalentes aos saberes estruturados;
- Tecnologias leves, presentes no espaço relacional do encontro entre profissionais de saúde e usuários do serviço.

Na organização do processo de trabalho do NASF, as *Diretrizes do NASF – doc. 2* (BRASIL, 2010) enumeram ferramentas de apoio a gestão e a atenção. No que concerne à gestão dos serviços, a pactuação do apoio, enquanto instrumento de trabalho, corresponde à avaliação, planejamento e desenvolvimento conjunto das ações pelos gestores, equipes NASF, EqSF e usuários.

Ainda de acordo com esse documento, o NASF também conta com ferramentas para apoio a atenção ofertada: a clínica ampliada, que é a composição das diferentes disciplinas para atender às necessidades dos usuários tendo em vista a superação decorrente da superespecialização dos saberes; o projeto terapêutico singular, que é a conjunto de propostas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar; por sua vez, o projeto terapêutico no território corresponde às propostas para o território; e o apoio matricial, essa organização da produção do cuidado a partir de equipes de apoio e equipes de referência, tanto em sua dimensão pedagógica, quanto assistencial (CAMPOS, 1999; 2003).

Desse modo, as ferramentas de trabalho preconizadas para o processo de trabalho do NASF devem estar diretamente relacionadas com o encontro entre os profissionais, entre profissionais e usuários, ou seja, com o trabalho vivo em ato, a partir de tecnologias leve-duras (conhecimentos) e das tecnologias leves (da corresponsabilização, por exemplo).

Esse encontro, enquanto instrumento de trabalho, aparece na fala dos profissionais do NASF B e do NASF H como necessidade, como um reconhecimento de que, sem essa relação entre os agentes, o desenvolvimento do trabalho não seria possível.

A gente precisa, na verdade, da equipe e da comunidade, dos locais da comunidade. Então, a gente faz muitas atividades fora, na comunidade (NASF-B, Fisioterapeuta).

Mas, assim, o meu, de fato, de forma geral, falando de mim especificamente, eu não preciso de muita coisa de material, sabe? O meu trabalho, eu tenho que ter uma farmácia básica, no local, eu consigo, **eu tenho que ter o usuário e a equipe**, de forma geral (NASF-H, Farmacêutico).

De modo complementar, participantes do NASF G e do NASF I identificam os núcleos de conhecimento enquanto ferramenta para o desenvolvimento do trabalho.

Na minha especificidade, na minha disciplinaridade, como psicologia, a graduação, a formação. Eu acho importante o entendimento, de forma geral, pra qualquer nasfiano, qualquer pessoa que trabalhe com saúde pública, **entender o que é saúde coletiva**. A minha formação também com facilitação de grupo me ajuda muito [...]. Toda política norteadora, os guias técnicos, tudo isso, tô sempre acompanhando, tentando acompanhar... (NASF-G, Psicóloga).

Eu utilizo a oralidade mesmo, o conhecimento que eu tenho pra... dependendo do espaço e independente do espaço. Tendo pessoas interessadas na proposta, pode ser dentro da unidade ou pode ser em qualquer espaço da comunidade. Que é isso, a estratégia mesmo é estar na comunidade, a estratégia não é ambulatorial, ela é no meio lá, dentro da comunidade, conversando com as pessoas, observando o território (NASF-I, Educador físico).

Tais trechos de falas ressaltam a relevância dos conhecimentos construídos durante a formação profissional, o entendimento da saúde coletiva, bem como da política e suas normas técnicas para o trabalho. A profissional da ESF-D converge com os profissionais do NASF [G e I] acerca do conhecimento enquanto instrumento de trabalho.

O NASF? Conhecimento. Porque ferramenta mesmo... a nutricionista vai ser o que ela sabe; a psicóloga também... o recurso é conhecimento, até agora, né? (ESF-D, Enfermeira).

Para o trabalho na ESF e, consequentemente no NASF, Nascimento e Oliveira (2010) corroboram com tal relevância e acrescentam a necessidade de conhecer o território, o perfil epidemiológico da população assistida e a rede de cuidados, bem como a necessidade de saber trabalhar em equipe, acolher, escutar, comunicar-se, construir vínculos e comprometimento. As autoras confirmam a pertinência das tecnologias leve-duras, mas apresentam também a premência das tecnologias leves.

Ao olhar para o processo de trabalho, Merhy (2013a) reforça que, para além das máquinas e equipamentos, os trabalhadores mobilizam saberes profissionais estruturados – clínica do psicólogo, clínica do nutricionista, como disse a enfermeira da ESF-D. Tais conhecimentos são considerados tecnologias leve-duras, são leves porque os diversos profissionais apreenderam e eles estão inscritos em seu modo de pensar e organizar a atuação em saúde. Mas também são duros na proporção em que se mostram estruturados, protocolados, normalizados.

Assim, entendemos que é preciso estar atento às conformações tecnológicas de modo que as relações entre profissionais, usuários e comunidades não estejam focadas apenas nas normas e prescrições técnicas, mas valorizem a singularidade dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado.

É preciso atentar que, historicamente, as tecnologias duras foram supervalorizadas. Quando isso ocorre, o processo de trabalho em saúde desenvolve-se na dependência dessas tecnologias, como atenção voltada para o adoecimento, sem considerar os seus determinantes sociais, o que leva ao comprometimento das relações entre profissionais e usuários (BRITO, 2016). Contudo, de modo divergente, nas falas dos profissionais do NASF A e D, suas ferramentas de trabalho traduzem as tecnologias duras.

Bom, hoje, eu venho utilizando balança, fita métrica pra fazer a avaliação física, cálculo do IMC, é... aferir pressão arterial, a gente afere a pressão arterial. Quando é campanha de diabetes, a gente usa glicosímetro para aferir glicemia de pacientes, né? (NASF-A, Educador físico).

Eu tenho... assim, o principal, que eu consegui, **são os bastões, os cabos de vassoura**. O básico. Mas, em um grupo, ainda tenho **os colchonetes, os halteres e o som**. Mas, conseguidos com recursos próprios, nada com recurso da... inclusive, a gente tá esperando material, que, segundo ela, já tá no almoxarifado, só falta fazer só a separação pra cada equipe de NASF (NASF-D, Educador físico).

No entanto, existe uma dificuldade de acesso para determinados materiais/ferramentas de trabalho, o que, às vezes, compromete o desenvolvimento e a qualidade do serviço prestado. Em algumas situações, os profissionais lançam mão de estratégias para arrecadar fundos, adquirir materiais e desenvolver suas atividades. Os profissionais do NASF-D e NASF-E relatam algumas iniciativas.

Na realidade, teve um ano, que eu tava fazendo uma atividade e umas enfermeirandas de uma faculdade tinham que fazer uma visita [...] elas tinham que fazer alguma coisa que beneficiasse o grupo. [...] aí só conseguiram duas bicicletas. [...] Eu peguei, transformei em rifa, a gente vendeu os bilhetinhos, a gente arrecadou na época um valor 'x', que eu não lembro, e aí, com esse valor 'x', eu comprei os colchonetes, os halteres, só... só foram os colchonetes, os halteres e o som também foi comprado também com recurso dessas bicicletas (NASF-D, Educador físico).

Mas, assim, só pra explicar que a gente não tem recursos pra trabalhar, **muitas vezes, a gente tira do próprio bolso pra poder dar um brinde, pra fazer um lanche, né? Tem também a estratégia do bazar**, que a gente tem feito em algumas unidades, [...] cada profissional faz doação de alguma coisa e a gente abre o bazar, [...] pra poder arrecadar fundos, pra gente manter o grupo de uma forma mais lúdica, vamos dizer assim... (NASF-E, Nutricionista).

Tais instrumentos de trabalho [tecnologias duras] são importantes para diagnóstico, tratamento e acompanhamentos de usuários portadores de determinadas patologias. No entanto, não deveriam ser de uso exclusivo ou predominante, mas de uso combinado e mediado por tecnologias leves. Na ausência desses materiais, muitos profissionais não reconhecem outras possibilidades de ação e, ao serem indagados sobre seu trabalho, alegam não ter recursos.

A gente não tem recursos pra trabalhar, não tem equipamentos, não tem um teste, você não tem uma sala de ludo, não tem nada nesse sentido (NASF – C, Psicóloga).

A gente não tem muito recurso, não. Infelizmente... inclusive, nós recebemos, no início do ano, um ofício, nesse ofício dizia que a gente ia receber tais e tais materiais, discriminando quantidade de... como é o nome? Bola suíça, de balança, de cartolina, de não sei o que, não sei o que... muitos materiais, davam duas folhas, o ofício dizendo a quantidade de material que a gente iria receber e até hoje a gente não recebeu nada. Então, não sei nem por que mandaram esse ofício (NASF-E, Nutricionista).

De acordo com Merhy e Franco (2013b), as mudanças nos modos de organizar o processo de trabalho decorrentes da inserção de inovações tecnológicas configuram uma reestruturação produtiva.

Ademais, quando tais alterações alcançam não apenas a organização do processo produtivo, mas a inversão das tecnologias de trabalho a partir da primazia das tecnologias leves e do trabalho vivo em ato na produção do cuidado, temos uma transição tecnológica.

Entretanto, temos clareza que todo processo produtivo pode agregar os diferentes tipos de ferramentas tecnológicas, mas o que diferencia é o predomínio exercido por uma delas sobre as demais, na correlação de forças entre o trabalho morto e o trabalho vivo. Assim, o trabalho em saúde precisa ocorrer no espaço da micropolítica e o cuidado deve realizar-se, sobretudo, por meio do trabalho vivo em ato, ou seja, no momento da própria realização da atividade.

Concordamos com Merhy (2014) a respeito das mudanças nos modos de produzir cuidado, as quais podem não estar associadas a entrada de novos e modernos equipamentos, mas ao próprio modo de gerir o cuidado – tanto na organização das políticas do setor, quanto nos estabelecimentos de saúde. Além disso, estão relacionadas ao modo de operar a produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos maquinários, ou seja, por tecnologias leve-duras e leves.

Neste sentido, acreditamos que o NASF pode ser um espaço micropolítico propício para construir mudanças significativas não só na organização dos processos de trabalho em saúde na ESF, mas em seus modos de produzir cuidado a partir do trabalho vivo em ato e das tecnologias leves. Para tanto, o doc. 3 elenca algumas ações/ **atividades** a serem desenvolvidas pelas equipes NASF.

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: **discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes.** (BRASIL, 2012, p. 70).

As ações dos núcleos de apoio não devem se sobrepor às ações das EqSF e nem se distanciar dos usuários. Desse modo, as *Diretrizes do NASF – doc. 2* (BRASIL, 2010) recomendam que as agendas tenham espaços/tempos destinados às atividades técnico-pedagógicas, atividades clínico-assistenciais diretas – quando necessário, e às atividades no território. Tais ações podem ser desenvolvidas nas próprias unidades de saúde da família, que as equipes NASF estão vinculadas, ou em outros espaços do território.

O objetivo comum a ser considerado por todos os profissionais do NASF é o apoio às EqSF para o cuidado da população. Mas cada profissional, em cada núcleo específico de conhecimento e de atuação, possui os seus objetivos particulares e as suas potencialidades, as quais precisam ser identificadas e aproveitadas em benefício das equipes e dos usuários. Para isso, é preciso pensar e organizar o processo de trabalho, planejar e construir agendas compartilhadas.

Segundo o *Projeto de Implantação do NASF – doc. 1* (FEIRA DE SANTANA, 2008), as ações do núcleo estão sob a responsabilidade de todos os profissionais, articuladas em conjunto com as EqSF, dentre elas: identificação, em conjunto com ESF e a comunidade, do público prioritário a cada uma das ações; atuação, de forma integrada e planejada; acolhimento dos usuários e promoção da humanização da atenção; ações que se integrem com outras políticas sociais; elaboração de estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização; desenvolvimento e implementação de ações sobre a situação de saúde e a medida de seu impacto; comunicação entre núcleos para troca de experiências; realização anual de encontro municipal para apresentação dos resultados alcançados.

A fisioterapeuta NASF-B enumera as atividades desenvolvidas pela equipe da qual faz parte, evidenciando as práticas junto à população, realizadas em espaços do território, e as práticas junto à equipe, realizadas na unidade de saúde.

Então, a gente faz muitas atividades fora, na comunidade, tanto atividades educativas, como outros tipos de atividades. Então, a gente faz atividade na praça, a gente faz atividade em igrejas, com grupos de prevenção, grupos de atividade física mesmo. A gente faz trabalho nas escolas, desde a parte de antropometria, de orientação sexual, diversos tipos de atividades nas escolas. Visitas domiciliares, onde a gente vai até o local onde tá a pessoa acamada pra orientar a família e a pessoa sobre os cuidados que ela deve ter. **E, na unidade, a gente faz muito é discussão de casos clínicos, que a gente chama projeto terapêutico singular, onde a gente tenta, em equipe, dar um direcionamento pra quele caso e, quando precisa, a gente faz atendimento individual.** Mas, a gente chama das interconsultas, a gente tenta compartilhar esse atendimento [...]. Então, seria um cuidado compartilhado pra dar, realmente, uma atenção integral pra essa pessoa (NASF-B, Fisioterapeuta).

Nesta fala, as ações estão voltadas para a prevenção de doenças e agravos, com atividades em praças, igrejas e escolas, desenvolvidas atividades preventivas, as quais não necessariamente fazem parte de um projeto para o território. As visitas domiciliares também têm como foco o indivíduo doente e os cuidados que lhes são necessários.

Outrossim, segundo Silva e Rodrigues (2010), as ações desenvolvidas no território presumem articulação intersetorial, uma relação entre o setor saúde e outros setores na busca da qualidade de vida de uma determinada população, sendo necessários espaços de comunicação e planejamento participativo entre as diversas organizações. No entanto, observamos que a alta demanda das unidades de saúde dificulta a construção de parcerias e ações contínuas, bem como o pouco diálogo entre as diversas políticas públicas. Desse modo, tais iniciativas acabam sendo pontuais e visam atender a determinações e metas.

Nas unidades de saúde pesquisadas, a atuação junto à equipe é apresentada por meio da discussão de casos clínicos e, em situações específicas, atendimentos compartilhados, tais ações são desdobramentos do apoio matricial. Segundo o doc. 2 (BRASIL, 2010), a discussão de casos corresponde à troca de saberes entre as equipes a partir de uma situação específica, o que propicia experiência para todos os participantes. Por sua vez, o atendimento compartilhado seria a intervenção conjunta, realizada pelo profissional de referência (EqSF) e pelo profissional de apoio.

Nesta pesquisa, percebemos que profissionais da ESF não são reconhecidos e não se reconhecem como objeto desse trabalho. Tal questão se reflete nas atividades desenvolvidas, as quais incidem sobre os usuários, como falamos anteriormente. Em vista disso, quando perguntamos sobre as atividades desenvolvidas, diferentemente do que vimos nos documentos e na fala anterior [NASF - B], os profissionais da ESF acentuam as práticas preventivas e os atendimentos individuais.

Eles trabalham mais com ações extramuros, elas trabalham com a parte educativa. Eu diria assim: eles desenvolvem ações e, por exemplo, a psicóloga, ela atende, por mês, seis pessoas aqui, nessa unidade. Individuais. Só que, assim, ela é aberta, eles têm um propósito, mas ela é aberta a atender qualquer paciente ou cliente que a gente, eu ou o agente comunitário, ou o médico, observe e entenda que necessite da consulta dela, né? (ESF-A, Enfermeira).

Eles trabalham mais com grupo e tem alguns com atendimentos na unidade. Atendimento individual. Mas, o forte deles mais é grupo, porque aí dá pra atingir um maior número de pessoas (ESF-C, Agente comunitária de saúde).

Efetivamente tem acontecido a sala de espera, como eu falei, o PSE, [...], os grupos de idoso, de gestante, de adolescente e outros grupos que eu não tô lembrando agora. Eles dão esse apoio e também eles fazem consultas, uma vez no mês (ESF-F, Enfermeira).

Da mesma forma, as usuárias, que contribuíram com nosso estudo, participam dos diversos grupos de caráter preventivo e dos atendimentos individualizados.

Tem... cinco anos (tempo que participa das atividades). É, cinco anos. Participo das atividades da [nome do grupo]. E aí, eu comecei a ir... comecei... a gente faz todo tipo de atividade que mexe com o corpo todo, né? Com os braços, com as mãos, com os pés, com tudo e aí, melhorei bastante. Mas, os exercícios físicos, em geral, eu não fazia porque eu não tinha, assim... não sabia que tinha, até então, esse movimento lá na [local de realização do grupo], né? Depois que eu passei a conhecer, eu não perco mais (USU-A, dona de casa).

Eu já passei pela psicóloga, já passei pela nutri. Assistente social, não. Assistente social lá na APAE. Mas nutri, sim. Psicóloga, sim. Por ter ela [a usuária tem uma filha com necessidades especiais], né? Que é especial. Eu tenho que ir pra APAE, ficar esperando. Nunca sobra tempo. Mas eu faço caminhada, todo dia (USU-D, dona de casa).

As práticas preventivas compõem o conjunto de ações de saúde que caracterizam a ABS, consequentemente o NASF, juntamente com as ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2012). Além disso, o NASF deve realizar ações de educação permanente junto às equipes, discussões de caso, atendimentos compartilhados e intervenções no território pautadas na intersetorialidade.

A proposta do NASF não impossibilita os atendimentos individuais. Entretanto, esses devem ocorrer em situações consideradas extremamente necessárias, de forma que os usuários não percam o vínculo com as equipes de referência – EqSF. Ademais, esses atendimentos devem ser pactuados com as EqSF e inseridos em um projeto terapêutico com corresponsabilização de todos os envolvidos (BRASIL, 2010; 2014). Reafirmamos ainda, como Cunha e Campos (2011), que a dificuldade de acesso a serviços especializados, induzem a utilização equivocada do NASF, assumindo ‘papéis’ substitutivos para responder a demanda.

Por fim, apresentamos algumas atividades realizadas fora das unidades.

A gente tenta tá mostrando o quê que Feira de Santana tem pra proporcionar [...]. A gente já levou elas no **Parque do Saber**, pra assistirem uma sessão de cinema lá. [...] **Parque da Lagoa** também, tem uma **Academia da Cidade** lá também, eu levei elas umas duas vezes já pra elas tarem conhecendo o espaço lá, tem uma academia da saúde, um espaço de lazer que elas podem usufruir. Então, uma vez a gente já fez **doação de sangue**, aquelas que ainda estão na idade entrarão como doadoras de medula óssea também, entraram no cadastro (NASF-D, Educador físico).

Uma outra preocupação [...] é com relação a afetividade, a integração dos sujeitos, porque em geral são pessoas que, às vezes, estão no isolamento, com vulnerabilidade social em diversos aspectos, é o idoso que é o provedor da família e acaba não tendo dinheiro pra ter um lazer fora. A gente tenta integrar todo esse pessoal que participa do grupo em **eventos de caráter cultural, mas também de caráter intelectual e lazer despretensioso.** [...] Porque isso é importante, essa questão do lazer inserido nesse processo. Eu não posso enxergar o sujeito como uma ferramentazinha que vai fazer dez repetições de um determinado movimento e só isso e achar que isso define meu papel. A parte biológica, a parte emocional, a parte intelectual desse sujeito. [...] **um passeio que abre as possibilidades, expande a mente e faz enxergar novos desafios, novos ares e sai um pouco daquele meio e quebra aquela rotina** (NASF-I, Educador físico).

Tais atividades se destacam pela utilização dos mais diversos recursos disponíveis no território, na cidade e até fora da cidade. Nelas, observamos a ampliação do alcance das ações da ESF e do NASF, tendo em vista a integralidade, enquanto negação do reducionismo e da objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2009).

Essa compreensão e atuação estão relacionadas com uma concepção ampliada de saúde e no reconhecimento dos seus determinantes sociais. Os determinantes do processo saúde-doença-cuidado requerem, das equipes de saúde, articulação com serviços/ organizações que, muitas vezes, estão fora do seu próprio setor, para superar a fragmentação dos sujeitos, dos conhecimentos e até mesmo das estruturas sociais.

Como podemos ver, os elementos estruturais do processo de trabalho em saúde, podem favorecer uma compreensão crítica dos modelos de atenção à saúde. Para Teixeira e Vilasbôas (2014), a forma de organização desses elementos, das relações entre os diversos sujeitos – equipes NASF, EqSF e usuários, permeados pelas diversas tecnologias, para intervir sobre as necessidades sociais de saúde, configuram modos de intervir em saúde, numa dimensão técnica e assistencial.

Mudanças na organização dos elementos do processo de trabalho em saúde – seja nos seus propósitos, sujeitos e objetos, seja nas tecnologias empregadas – podem facilitar e impulsionar transformações mais amplas. Nesse sentido, o NASF tem buscado desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde, para além do atendimento a demanda espontânea, inclusive fora dos limites das unidades de saúde, nos territórios, para ampliar as possibilidades e o alcance da atenção básica.

Os objetos de sua ação são as pessoas, seus modos e condições de vida, trabalho e lazer, os problemas de saúde e seus determinantes, trabalhados a partir de tecnologias diversas pertinentes aos seus objetivos.

Esses aspectos requerem atuação multiprofissional e interdisciplinar, como também a participação efetiva da própria população adscrita na definição das finalidades e instrumentos. No entanto, os serviços do NASF podem acabar reproduzindo o modelo médico assistencial, com ênfase no tratamento de indivíduos portadores de doenças específicas, por meio de atendimentos individuais e tecnologias duras, sob a lógica da demanda espontânea, em detrimento das ações coletivas de prevenção e promoção da saúde, ainda que isso represente uma resposta a uma demanda reprimida devido à insuficiência do próprio sistema de saúde.

Tais modos de intervenção, na perspectiva de Teixeira e Vilasbôas (2014), ainda possuem outras dimensões, a saber: a dimensão organizativa, a qual diz respeito à organização das relações entre os diversos serviços; e a dimensão gerencial referente à condução dos serviços. De modo que, as mudanças no modo de produzir cuidado e saúde passam por alterações, não só nos processos de trabalho, mas na organização e gestão dos serviços e do sistema como um todo.

Assim, para conseguir ampliar as possibilidades e o alcance das ações realizadas na atenção básica, acreditamos na necessidade de agregar propostas e estratégias que além do nível “micro” – das práticas, alcancem o nível da articulação e organização dos serviços, até o nível “macro”, da gestão e formulação de políticas, as quais conferem sustentabilidade à prestação de serviços. Esses aspectos serão apresentados nos próximos itens.

5 MICROPOLÍTICA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO NASF: lugar de (des) encontro e (des) responsabilização entre profissionais de saúde e usuários da Estratégia de Saúde da Família



Quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção de atos de cuidar, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. [...] E, além de reconhecer a existência desse processo singular, é fundamental [...] descobrir o tipo de interseção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior (MERHY, 2014, p. 57).

Para prosseguir a análise dos modos de produzir cuidado no NASF, precisamos considerar a sua micropolítica, como lugar social em que cada profissional está inserido e estabelece suas relações; portanto, lugar de encontro e de corresponsabilização desses profissionais e os usuários da ESF. Num processo de interações estabelecidas nas/ pelas práticas de saúde.

A partir dessa assertiva, reafirmamos que a nossa compreensão acerca do cuidado se aproxima das contribuições de Ayres (2004a, p. 74), para quem o cuidado é mais do que um conjunto de recursos, procedimentos e medidas terapêuticas, trata-se de “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”. Logo, o cuidado refere-se ao encontro terapêutico propriamente dito e este pressupõe relação entre os sujeitos partícipes.

Assim, compreendemos que a produção do cuidado é sempre relacional, uma vez que, o cuidado é construído e realizado no encontro/na relação com o outro, seja um profissional de saúde, seja um usuário. Consideramos tal encontro como um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado, pois ocorre, micropoliticamente, uma interação de vidas em mútua produção.

Concordamos com Merhy (2013b) que essas relações podem e devem ser intercessoras. Relações intercessoras porque aludem à construção de um espaço comum, no qual um sujeito intervém sobre o outro pela lógica de mútua produção em ato micropolítico. Nesse espaço, profissionais e usuários são portadores de necessidades socialmente construídas, mas são também fomentadores de novas necessidades. Logo, os profissionais de saúde são sujeitos, mas também objetos da ação. Da mesma forma que os usuários são objetos, mas não deixam de ser agentes, a partir das suas intencionalidades e representações.

Por certo, segundo Merhy (2013b), nessa interação terapêutica são utilizados diversos tipos de ferramentas tecnológicas em saúde, mas não devemos nos limitar a elas. A presença de tecnologias duras, por exemplo, pode tornar-se desinteressante, uma vez que os encontros intercessores não são dependentes de normas, estruturas e equipamentos, mas são regidos por tecnologias leves.

Ao reconhecer as condições que possibilitam um encontro terapêutico destinado ao cuidado, Ayres (2004b) privilegia a sua dimensão dialógica, enquanto interesse autêntico em ouvir o outro e fazer-se ouvir.

Essa possibilidade de diálogo tem sido relacionada com o dispositivo do acolhimento, que não pode ser confundido com recepção ou pronto atendimento, mas deve ocorrer no contínuo da interação entre profissionais e usuários a partir de uma escuta qualificada.

De acordo com Merhy (2013b), outro aspecto considerado relevante nessas relações é o processo de tomada de decisões, o qual relaciona-se com o dispositivo da responsabilidade. Os sujeitos envolvidos [profissionais e usuários] assumem a responsabilidade, um frente ao outro, de responder pelo cuidado. Desse modo, as tecnologias leves operam como um modo de gerir e governar os processos de trabalho, definindo suas finalidades, seus objetos e recursos; e também como um modo de agir para produzir cuidado. São elas que permitem as relações e a construção ou não de acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia.

A partir dessa compreensão e considerando as peculiaridades do processo de trabalho dos núcleos de apoio, delimitamos neste estudo o dispositivo da corresponsabilização como categoria de análise da produção do cuidado no NASF. Procuramos compreender como as equipes do NASF se articulam com as EqSF e como se vinculam com os usuários, famílias e comunidades.

Salientamos que, conforme a *Política Nacional de Atenção Básica – doc. 3* (BRASIL, 2012), acolher os usuários, promover vínculos e responsabilização são diretrizes da atenção básica, tendo em vista a continuidade do cuidado. A responsabilidade precisa ser mantida mesmo quando a atenção à saúde é realizada em outro ponto do sistema de saúde. Dessa forma, cabe ao NASF compartilhar essa responsabilidade com as EqSF e materializar a referida diretriz. A corresponsabilização entre equipes NASF e EqSF prevê

a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012, p. 70).

Para tanto, as equipes poderão criar espaços de discussão que propiciem o planejamento e a pactuação do processo de trabalho, a educação permanente e a produção do cuidado de modo compartilhado.

De acordo com as Diretrizes do NASF – doc. 2 (BRASIL, 2010), o planejamento do processo de trabalho abrange a programação das atividades conforme o território de abrangência e as necessidades de saúde da população adscrita, mas também a organização da própria agenda de trabalho, a definição de objetivos, critérios de prioridades, critério de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, discussões de casos/situações, entre outros.

Entendemos que o planejamento do trabalho e a organização das agendas são de grande importância já que só a presença de profissionais de diversas disciplinas, compondo as equipes, não garante qualidade da assistência e mudanças nos processos de trabalho e na produção do cuidado. Para isso, é necessária integração por parte dos profissionais envolvidos por meio de arranjos e instrumentos que privilegiem a comunicação transversal. Essa é uma situação desejável que talvez não ocorra espontaneamente, sendo preciso que os profissionais assumam responsabilidades em regime de cogestão.

No que diz respeito à educação permanente, a *Política Nacional de Atenção Básica – doc. 3* (BRASIL, 2012) explicita que ela deve contemplar a aquisição/ atualização de novos conhecimentos e habilidades, mas também o aprendizado que surge a partir dos problemas, conflitos e desafios enfrentados no cotidiano do trabalho. Tanto o planejamento, quanto a educação permanente são essenciais para o compartilhamento da produção do cuidado.

Nesse sentido, buscamos entender o desenvolvimento desses **espaços de encontro, discussão e pactuação**, visto que a micropolítica da produção do cuidado no NASF requer o estabelecimento de rotinas de planejamento e negociação em equipe – NASF, entre equipes – NASF/EqSF e entre equipes e usuários. Os profissionais do NASF e da ESF convergem nesse ponto de vista e destacam a realização de reuniões entre as equipes.

Então, a gente se vincula ao posto e às atividades do posto, proposta pelo posto. E, isso aí, a gente faz esse levantamento em equipe. **A gente se reúne em equipe, no posto, com a enfermeira, e a gente vê a necessidade do bairro, da localidade e a gente planeja nosso trabalho de acordo com as reuniões.** E aí, a gente se insere dessa forma, de acordo com a demanda da unidade, e cada unidade tem um perfil, cada unidade tem um perfil diferente de usuário, que tem um problema diferente de um posto pra outro. De acordo com a necessidade da comunidade (NASF-A, Educador físico).

A gente faz reunião mensal pra poder programar as atividades para o mês seguinte [...]. A gente participa também da reunião de equipe, pra marcar essas atividades, como também, às vezes, fora de reunião, a gente encontra a enfermeira na unidade, a gente pode combinar alguma coisa e acaba marcando atividade e passa pros colegas (NASF-E, Nutricionista).

Segundo esses participantes, o planejamento das atividades é realizado a partir das necessidades identificadas nas unidades de saúde e suas respectivas comunidades, concebidas em conjunto com a equipe da ESF por meio de reuniões, o que converge com a fala da enfermeira ESF-F.

Nós temos reuniões mensais, que toda reunião, que foi ontem mesmo, a gente coloca tudo no papel, a programação e aí, trabalhamos assim, o NASF, as agentes comunitárias e a enfermeira, a gente fecha o nosso cronograma e buscamos, dentro das necessidades da unidade, marcar essas atividades (ESF-F, Enfermeira).

De acordo com Campos e Domitti (2007), existem duas maneiras de estabelecer esse contato entre as equipes do NASF (apoiadores) e EqSF (equipes de referência para os usuários). Uma delas refere-se aos encontros periódicos e regulares para discutir casos, elaborar projetos e definir intervenções. Os autores recomendam ainda que haja espaço/tempo para dialogar sobre questões da saúde coletiva e gestão de sistema. Contudo, no que diz respeito a essas reuniões, há falas diferentes sobre a periodicidade e a participação dos profissionais.

A gente também faz reuniões só da nossa equipe NASF. Então **participa tanto da reunião da equipe da unidade, como só da equipe NASF pra planejar as ações pro mês seguinte**. E, dependendo do tipo de ação, a gente consegue planejar até pros dois próximos meses, próximos três meses, aí depende da demanda também (NASF-B, Fisioterapeuta).

A gente tem... precisa e tem a previsão de fazer uma reunião mensal por unidade. **No mínimo que tenha um ou dois profissionais do NASF pra poder articular isso, as atividades, planejar as atividades e passar pros outros profissionais, caso não estejam todos**. [...], mas o ideal é que a gente faça, e a gente consegue fazer, uma vez por mês, com os agentes comunitários, toda a equipe e com o profissional do NASF pra planejar as atividades do mês seguinte e ver demandas que estão por vir, poder tudo ser anotado e planejado (NASF-H, Farmacêutico).

Conforme os trechos das falas apresentadas [NASF- B e NASF-H], existem reuniões específicas entre os membros da equipe NASF e reuniões dessas equipes com as EqSF.

A fala da fisioterapeuta do NASF-B deixa claro que, conforme a demanda, as equipes planejam as ações para dois ou três meses subsequentes. Já o farmacêutico do NASF-H ressalta que nem todos os membros das equipes NASF conseguem estar presente durante as reuniões, havendo a participação de um ou dois representantes da equipe, responsáveis por passar as deliberações para os demais. Para esse profissional, o ideal seria que as reuniões para o planejamento das atividades acontecessem mensalmente, no entanto, há uma dificuldade para reunir as equipes e planejar as ações. A enfermeira da ESF-A e o médico da ESF-B atribuem essa dificuldade à quantidade de equipes vinculadas aos núcleos de apoio.

Tem as reuniões que a gente faz, só que, **como eles cobrem cinco PSF's, não é tão fácil a gente sentar pra articular essas ações**. Mas, a gente acaba fazendo quando tem um momento (ESF-A, Enfermeira).

Nem sempre é toda a equipe. **Porque é muito difícil reunir todos os profissionais no mesmo dia**. Geralmente, falta um ou outro. Mas, isso é questão da agenda. Mas, há casos também que a gente discute com todo mundo, mas são mais raros (ESF-B, Médico).

Os documentos analisados – doc. 2 e doc. 3 (BRASIL, 2010; 2012), referentes a portarias e normas técnicas que orientam a atuação do NASF junto à ESF, ressaltam a importância e o caráter periódico e regular dessas reuniões, mas não estabelecem prazos específicos para sua realização. A orientação que prevalece é que as atividades realizadas sejam, de fato, construídas coletivamente e pactuadas entre os diversos profissionais, mantendo o vínculo e a coordenação do cuidado com a estratégia de saúde da família.

Durante o processo de observação, tivemos a oportunidade de acompanhar uma reunião entre membros da equipe NASF. Assim como nos relatos dos profissionais NASF-B e NASF-H, percebemos que alguns dos membros da equipe estavam ausentes devido a incompatibilidade das agendas.

Naquela reunião, eles avaliaram o desenvolvimento de ações desenvolvidas em escolas do território. Contudo, o que nós observamos foi o preenchimento de dados acerca das atividades realizadas. Historicamente, a cultura organizacional do SUS tem priorizado a quantidade em detrimento da qualidade dos serviços. Para Nascimento e Oliveira (2010), o NASF é responsável por conferir mais qualidade ao cuidado e não apenas por suprir as demandas em seus aspectos numéricos para avaliação de indicadores de saúde.

A outra maneira referida por Campos e Domitti (2007) para estabelecer contato entre equipes NASF e EqSF está relacionada com imprevistos e situações urgentes que não podem aguardar a realização da próxima reunião. Eles recomendam o contato pessoal direto, por meio eletrônico e/ou telefônico, e não o encaminhamento impresso entregue ao usuário, solicitando intervenção do apoiador.

E hoje, a gente já tem um recurso, que é o WhatsApp e outros recursos, que vem uma ideia, dá um estalo e você já joga lá... só a ideia e deixa cada um amadurecer isso, mastigar e aí desenvolver (NASF-I, Educador físico).

No cenário desta pesquisa, o *WhatsApp* tem se tornado uma ferramenta de comunicação extremamente significativa. É um aplicativo para *smartphones* que permite, aos seus usuários, a troca de mensagens de textos, fotos, vídeos e áudios de forma instantânea com seus contatos, desde que esses também tenham o aplicativo em seus respectivos aparelhos e conexão com a *internet*. A participante da ESF-D também destaca a utilização do telefone e do aplicativo de mensagens em situações urgentes.

Uma vez por mês, pelo menos, eles vão passar por aqui. Se for uma coisa que possa esperar, eu fico anotando na minha agenda, no dia que o profissional que eu quero falar, vem: 'oh, preciso resolver isso e isso com você' [...]. Então, quando não é urgente, dá pra esperar eles virem aqui. Quando é, telefone. Liga, 'oh, me ajuda aí' [...]. Se for urgente, a gente liga. O paciente tá aqui, a gente vai ligar e vai resolver. [...] Mas, **a gente conversa assim, se precisar, eu vou ligar, eu vou falar por WhatsApp, quer que eu faço agora, no momento?** (ESF-D, Enfermeira).

Como vimos, por meio do *WhatsApp*, os profissionais apresentam ideias para serem avaliadas por suas equipes. Além disso, os apoiadores podem ser acionados pelas equipes de referência quando ocorrer uma situação imprevista que demande uma intervenção imediata. Ademais, segundo Campos e Domitti (2007), o apoio pode restringir-se, em algum momento, a troca de conhecimentos e orientações, a avaliação dos casos em questão, até mesmo a possível reorientação das condutas adotadas, mantendo o cuidado com a EqSF.

Contudo, apesar da possibilidade de realizar reuniões e estabelecer contatos por outros meios – como telefone e aplicativo de mensagens, divergindo do que fora apresentado até aqui, há profissionais que desenvolvem ações isoladas. Para o educador físico do NASF-D e a nutricionista NASF-E, a articulação tem ocorrido de modo pontual, em contextos específicos.

Na realidade, a articulação é uma troca, né? Eu peço o apoio delas [enfermeiras], na realidade, em algumas atividades extras, [...] atividades que saiam do corriqueiro da vida da minha atividade, entendeu? [...] Iniciativa. Tanto minha quanto das enfermeiras quando elas fazem alguma coisa voltada pro hipertenso e diabético ou quando tem o outubro, a semana da mulher, a gente também tá sempre envolvido (NASF-D, Educador Físico).

Assim... a articulação entre a equipe do NASF é regular, vamos assim dizer... porque algumas pessoas... assim, a maioria interage, né? Normalmente, trabalha junto eu, [...], a fisioterapeuta, [...], que é assistente social e [...], a psicóloga. Ah e tem [...], que também, às vezes, a gente se encontra e faz alguma atividade juntas. [...], que é o educador físico, já tem a atividade dele mais isolada (NASF-E, Nutricionista).

Nas falas dos profissionais do NASF-D e do NASF-E e nas observações realizadas, vimos que nem sempre o planejamento e trabalho são desenvolvidos em conjunto, os diálogos momentâneos e as interações seletivas configuram-se como um grande desafio para ampliação das ações e do alcance dos serviços da ESF e do NASF. Para Furtado (2007), quanto maior a superespecialização e a fragmentação entre os saberes e fazeres, menor a efetividade dos serviços de saúde, o que parece sugerir a necessidade de ampliar o diálogo horizontal entre as profissões, e não apenas o seu desenvolvimento e aprofundamento solitário.

Para que o apoio das equipes NASF para as EqSF seja efetivo, Matuda e outros (2015) destacam que é preciso fortalecer o diálogo e o compartilhamento de responsabilidades entre as equipes, até porque, todos os sujeitos são importantes e podem determinar, de acordo com suas intenções e representações, disposições que favorecem ou não o trabalho colaborativo.

Para além das disposições individuais, acreditamos que a consolidação da estratégia do apoio depende também de transformações na organização e no funcionamento dos serviços. Para Campos e Domitti (2007), o apoio matricial é uma metodologia de trabalho, mas também um arranjo organizacional que visa diminuir a fragmentação do processo de trabalho em saúde. Eles ainda consideram que, além de facilitar a comunicação entre os profissionais, é preciso que os serviços e o sistema de saúde, como um todo, produzam compartilhamento, responsabilizando-se pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços.

Assim, conforme Matuda e outros (2015), a articulação multiprofissional e interdisciplinar deve ser entendida não apenas como resultado de um esforço individual, mas como um esforço coletivo dos diversos agentes envolvidos no processo de trabalho e na produção do cuidado; deve ser entendida também como um componente do trabalho que exige uma gestão comprometida com a superação desses impedimentos.

Para garantir o cuidado integral, além da integração entre os diferentes profissionais e disciplinas, cabe ao NASF e a ESF promover articulação com diversos setores sociais para fortalecer as ações de saúde. Para Ferro e outros (2014), esses setores precisam se comunicar para criar uma rede de interdependência e corresponsabilização para proteger e assistir os usuários.

Acerca dessa articulação, os participantes do nosso estudo retratam a atuação com associações comunitárias, instituições religiosas, educacionais e serviços de assistência social.

A gente tem contato com associação, com representantes de várias igrejas e diversas religiões. A gente já fez também atividades em conjunto com donos de lojas e supermercado daqui. Então, sempre que precisa, a gente faz visitas institucionais também (NASF-B, Fisioterapeuta).

A gente faz articulação com as escolas, [...] associações, a gente parou um pouco por conta de que tava uma questão muito política aqui, a gente deu uma diminuída, mas **a gente fazia muito grupo também na associação [...].** Mas, a gente também parou por conta dessas questões políticas que tava misturando as coisas. **O CRAS, a gente também parou de ter um pouco mais de contato.** [...] O que nos liga ainda ao CRAS é o bolsa família, a gente, quando faz a ação do mutirão do Bolsa Família, que a gente não consegue identificar algumas famílias, a gente pode buscar através do CRAS, mas não tem mais tanto contato, não (NASF-E, Nutricionista).

Nas falas dos profissionais do NASF B e do NASF-E, percebemos que algumas atividades são esporádicas e outras já não acontecem por motivações políticas. A efetividade e a continuidade de ações têm ocorrido no espaço escolar e estão associadas ao cumprimento de metas. Até porque, a *Política Nacional de Atenção Básica – doc. 3* (BRASIL, 2012) prevê a ampliação das ações intersetoriais e uma das iniciativas é a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE), uma articulação intersetorial entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades de saúde.

O Relatório de Gestão – doc. 5 (FEIRA DE SANTANA, 2015) do município apresenta as atividades realizadas pelo NASF no PSE, dentre elas, palestras educativas sobre violência e preconceito; alimentação saudável, atividade física e obesidade; avaliação antropométrica; trabalho com grupos de adolescentes sobre orientação afetiva e sexual; fomento a promoção da cidadania e direitos humanos, cultura da paz; orientação vocacional; reunião de pais e mestres para intermediação de tensões e interesses entre escola e famílias.

Diferentemente dos profissionais do NASF [B e E], os profissionais da ESF ressaltam a participação pró ativa dos agentes comunitários de saúde na articulação com as diversas instituições presentes no território.

Tudo que a gente precisar, [...] conseguir coisas com a comunidade, os agentes de saúde fazem isso tudo. Eu tenho agente de saúde tanto que é evangélico, como que é católico. Então, eles conseguem se articular com tudo que a gente precisar aqui [...]. **Elas [agentes comunitárias] fazem intermediação de tudo. A agente de saúde é quem faz.** Se eu tiver conhecimento, telefone, eu mesma resolvo. Mas, se eu não tiver, eu vou mandar ofício? Não. São elas que vão resolver, conhecendo ou não conhecendo, são elas que vão. Até, às vezes, quando ninguém conhece. Aí, vai fazer o primeiro contato, quando tá tudo melhorzinho, aí, eu vou lá (ESF-D, Enfermeira).

Assim, através... **sempre tem esse vínculo com o agente comunitário de saúde, né? A gente que passa a informação pra eles, até porque eles não é fixo, eles não conhecem muito bem a área** e a gente tá sempre disposto a tá auxiliando nesse aspecto (ESF-E, Agente comunitária de saúde).

De modo geral, com base nas entrevistas dos participantes do estudo e nas observações em campo, percebemos que a articulação com outros setores sociais tem ocorrido na perspectiva de utilização de espaços fora das unidades de saúde para desenvolvimento de atividades. Porém, no espaço de tempo em que permanecemos nas unidades, não houve a elaboração conjunta de ações entre os profissionais desses setores, nem com os usuários dos mesmos.

A partir do reconhecimento dos espaços de encontro, a análise da produção do cuidado no NASF, a partir da sua micropolítica, requer algumas considerações acerca das relações interpessoais que são desenvolvidas nesses espaços. Isso porque, além do encontro entre os diferentes saberes, também ocorre o **encontro de diferentes subjetividades**. Para Cardoso (2004), é na interseção dessas diferenças – profissionais e interpessoais – que surgem muitas dificuldades.

Como em todas as relações, aqui tem mil conflitos também. [...] são conflitos de interesses, entendimento do papel, do seu papel pessoal, a compreensão do que é especificismo, da especialidade, da disciplina, da sua categoria profissional, o que é de área de abrangência, o que é saúde coletiva, quando uma atividade deve ser de cunho individual ou quando ela deve ser de cunho coletivo... é bem conflito de interesse com relação ao papel profissional, eu vejo bem forte. Às vezes, aparece alguma questão pessoal, no sentido de simpatia ou empatia, questões mesmo comportamentais, mas, geralmente, o grande cabo de guerra é o papel mesmo (NASF-G, Psicóloga).

Existem, hoje, profissionais de equipe básica que recebem muito bem o NASF, sentam com facilidade pra dialogar e desenvolver outras estratégias que não a ambulatorial, que conseguem estar na comunidade e enxergar os problemas sociais e tentar resolver isso junto com a comunidade. **Mas existem ainda equipes que são extremamente resistentes, que dificultam muito o processo de trabalho,** não acreditam que a inserção do NASF seja tão útil e até porque a função principal do NASF ainda é a de matricular, de ajudar na elaboração das estratégias da unidade. Isso, de certa forma, causa um desconforto porque é uma briga de umbigo, né? Meu umbigo é mais bonito que o seu, não sei (NASF-I, Educador físico).

Nas falas dos profissionais do NASF – G e do NASF – I, identificamos alguns aspectos que influenciam o estabelecimento de relações interpessoais significativas entre os membros das equipes. No primeiro trecho, a participante do NASF-G chama a atenção para a incompreensão do papel de cada profissional, tanto na especificidade da sua formação/profissão, quanto na área da saúde coletiva.

Por sua vez, o participante do NASF-I ressalta a resistência dos membros das EqSF, que pode ser resultante dessa incompreensão acerca dos ‘papéis’ e/ou do que ele chama de “briga de umbigo”, a qual parece fazer referência à disputa de poder entre os profissionais. Tais disputas atrapalham o processo de trabalho e não contribuem para o planejamento e desenvolvimento conjunto das ações em saúde.

A respeito dos ‘papéis’ e dificuldades profissionais, Campos (2001) refere-se à conformação de núcleos e campos de saberes e sua organização nas práticas de saúde: os núcleos equivalem a áreas de saberes e práticas profissionais específicas, que compõem uma identidade profissional; e os campos correspondem a espaços sem limites definidos, onde os saberes específicos buscam em outros saberes suportes para o desenvolvimento do trabalho.

Nesse sentido, considerando o campo da saúde coletiva, compreendemos que os núcleos de saberes precisam se estabelecer de modo flexível e aberto às diversas influências tanto dos demais saberes profissionais, como dos saberes dos usuários. Para isso, os profissionais devem trabalhar em equipes e as práticas devem ser estruturadas de modo democrático, participativo e dialógico.

No que tange às disputas de poder, Campos e outros (2014, p. 986) recomendam o “estabelecimento deliberado de relações dialógicas, com compartilhamento de conhecimentos e de poder”, de modo que as questões referentes a clínica e a gestão possam ser construídas a partir dos diferentes saberes e interesses presentes no processo do trabalho.

Acreditamos que o apoio matricial, enquanto recurso organizacional e metodológico do NASF, configura-se como uma possibilidade de resposta às disputas internas. Por meio deste, é possível levar a lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais e interpessoais, substituindo as relações burocráticas e com desequilíbrio de poder por relações mais democráticas e horizontais. Não se trata de negar as diferenças de papéis de poder, mas reconhecê-las e buscar modos construtivos de promover a interação entre os diversos atores.

Ainda assim, os profissionais da ESF complementam e também evidenciam certa dificuldade no âmbito dessas relações.

Oh, antes tinha esse mesmo... a falta de comunicação, né? Aí, agora, como a gente estabeleceu um dia fixo pra gente se reunir, aí, melhorou. Porque antes não tinha comunicação, tanto é que a gente marcava grupo e, se a gente não tomasse a frente, não acontecia o grupo. Porque ficava um esperando pelo outro. Se a gente, nós, agentes de saúde, não tomasse a frente não acontecia o grupo (ESF-C, Agente comunitária de saúde).

Eu acho, assim, todos somos profissionais, todos sabemos do nosso papel no nosso local de trabalho. Você faz se você quiser, eu faço se eu quiser. E, se você não quiser fazer, eu vou ter que respeitar porque eu não sou dona de ninguém, tem que respeitar que vai ser assim e pronto. Então, briga aqui não tem. As técnicas não vão se meter... podem até ficar chateada com alguma coisa ou outra. Mas, não... tudo bem aqui (ESF-D, Enfermeira).

Nas duas falas, percebemos dificuldades no estabelecimento das relações entre as equipes, principalmente a falta de comunicação entre os diversos agentes. Na primeira, vemos um movimento de mudança a partir do estabelecimento de dias fixos para realização de reuniões. Tais reuniões podem se tornar ainda mais produtivas se, além dos aspectos objetivos do trabalho, também forem discutidas as questões subjetivas que permeiam o processo de trabalho.

A segunda fala, aparentemente, mostra certa desresponsabilização frente a essa dificuldade, o que pode influenciar negativamente a atenção prestada à população. Concretamente, sem comunicação, as equipes se tornam agrupamentos de profissionais desenvolvendo ações isoladas e fragmentadas.

Entretanto, o estímulo à comunicação entre os diferentes sujeitos não implica na construção de um discurso único, tido como correto, mas na valorização das diferentes perspectivas em prol do desenvolvimento do trabalho. Para Peduzzi (2001), a comunicação deve ser o denominador comum do trabalho em equipe, o qual é caracterizado pela interação entre agentes e intervenções. É pela prática comunicativa, da mediação exercida pela linguagem, que ocorre a interação e a articulação dos sujeitos e das ações multiprofissionais.

Embora a política e as normas técnicas que orientam os trabalhos sejam as mesmas, nessa confluência de objetividades e subjetividades, cada equipe se desenvolve e se relaciona de modo particular. Em divergência ao que fora apresentado acerca dessas relações, alguns profissionais – tanto do NASF quanto da ESF – e usuários acentuam o seu caráter colaborativo e amistoso.

Uma relação sensacional com todos os profissionais mesmo. [...] eu, por exemplo, **tenho amigos que eu fiz desse tempo pra cá em algumas unidades, enfermeiro e técnico, amigos mesmos, e tenho boa relação com todos**. A gente consegue se comunicar, converso bastante com eles, tiro dúvidas, me perguntam bastante coisas, consigo. E minha equipe, de forma geral, também não queixa. [...] então, assim, eu considero a relação muito boa, as coisas conseguem fluir, marcamos atividades em conjunto e são realizadas. Então, isso faz com que o trabalho flua corretamente (NASF-H, Educador físico).

No primeiro trecho, sobressai uma relação de caráter pessoal, baseadas em sentimentos de amizade entre os membros das equipes. A partir da fala do participante do NASF, depreendemos que essa condição amistosa facilita a comunicação, a troca de informações, o planejamento e o desenvolvimento conjunto das atividades. O mesmo pode ser observado na fala da usuária B, quando retrata a relação com o profissional como uma relação de mãe e filho.

A relação deles com a gente, com todo mundo, com o grupo é maravilhosa. São muito educados, **a gente fala que [o educador físico] tem várias mães, todo mundo agregou ele** e [a fisioterapeuta] também, é uma festa (USU-B, dona de casa)

No que diz respeito a fala do médico da ESF – B, ele também se refere positivamente as relações interpessoais desenvolvidas entre as equipes. Mas, não as reconhece enquanto relação de amizade, mas como relação profissional. Nesse contexto, as relações e a comunicação parecem ocorrer estritamente em função do desenvolvimento do trabalho, como explicitado a seguir:

Muito boa! Uma equipe que convive há algum tempo, cada um com suas diferenças, e **a gente consegue, ao menos que eu percebo, ter uma boa relação interpessoal, não sei se de amizade, mas de profissionalismo** muito, muito, muito forte e muito intensa, sabe? (ESF-B, Médico).

Compreendemos que a construção de espaços destinados à discussão do processo de trabalho e as relações interpessoais desenvolvidas nesses espaços são condições fundamentais para a corresponsabilização. Outrossim, o doc. 3 (BRASIL, 2012) apresenta a corresponsabilização como fundamento e diretriz da atenção básica, a qual é possibilitada pelo vínculo, pela relação de afetividade e confiança entre os diversos sujeitos envolvidos na produção do cuidado.

No NASF, a principal expressão da corresponsabilidade é o matriciamento. De acordo com Campos e Domitti (2007), o **apoio matricial** corresponde à oferta de suporte técnico especializado, nas dimensões pedagógica e assistencial, às equipes de referência, as quais são encarregadas pela condução dos casos, pela atenção e cuidados ofertados de modo longitudinal.

Para Dimenstein e outros (2009), além do suporte técnico especializado, o apoio matricial visa estabelecer o compartilhamento de responsabilidades. Esse arranjo organizacional pretende ampliar as possibilidades de integração e diálogo entre as distintas especialidades, bem como investir na construção da autonomia dos usuários. Se efetiva principalmente pela discussão de casos/formulação de projetos terapêuticos, inclusive com capacitação e orientações, e pelo atendimento e intervenções compartilhados.

Discussão de casos é uma coisa que a gente faz diariamente, né?
 Discussão de casos... inclusive, quando tem algum agente comunitário na unidade, que geralmente sempre tem, fazendo uma coisa ou outra, sempre traz casos pra ser discutido, a gente tenta avaliar pra ver se faz uma visita domiciliar, se traz o paciente pra unidade pra poder resolver aqui ou se apenas uma instrução pro agente comunitário consegue resolver lá na casa dele. **Então, discussão de caso é uma coisa que a equipe faz bastante, entre nós mesmos do NASF, entre a equipe NASF e enfermeiro, NASF e equipe de forma geral, com técnico um pouco menos, mas com agente comunitário bastante porque tá vendo nas casas e tá trazendo as demandas** (NASF-H, Farmacêutico).

Em reuniões. Aí, **a gente coloca as questões que a gente tem. Os demais profissionais, eles orientam, dão um norte pra quem atendeu**, se foi um grupo específico ou um caso específico e é assim que a gente faz, sempre em reunião (NASF-J, Assistente social).

Os participantes NASF H e J assinalam a frequência e a constância da prática [discussão de casos], que tem sido realizada entre a equipe NASF, entre a equipe NASF e enfermeiros, entre a equipe NASF e toda a equipe de referência – incluindo os profissionais de nível técnico. Mas, principalmente, com os agentes comunitários de saúde, devido a sua proximidade com as condições de vida da população adscrita, seja no território, seja nas residências.

A participante da ESF-E assegura que as discussões ocorrem durante as reuniões das equipes. Em casos urgentes, o apoiador é acionado e solicitado diretamente.

Sempre na reunião de equipe. A gente traz os casos, a gente passa e discute. Ou, às vezes, também... não necessariamente. Se for uma coisa muito, assim, de urgência, a gente comunica com a enfermeira, se o profissional específico da área tiver, a gente também já tem aquela liberdade de chegar e falar pra gente tá resolvendo o problema mais breve, com mais brevidade" (ESF-E, Agente comunitária de saúde).

De acordo com as *Diretrizes do NASF – doc. 2* (BRASIL, 2010), a discussão de casos e, consequentemente, a formulação de um projeto terapêutico, baseiam-se nesse encontro entre apoiadores e profissionais de referência. A ideia é problematizar os casos em questão, considerando todos os suportes disponíveis, e estabelecer um plano de ações com base nas necessidades dos usuários. A partir dessa pactuação, é preciso ainda manter um fluxo de acompanhamento e monitoração dessas ações.

É inegável que a discussão de casos pode abrir muitas possibilidades para produção do cuidado, considerando a diversidade de saberes e subjetividades presentes nos espaços de encontro entre NASF, EqSF e usuários. Matumoto e outros (2011) ressaltam que tais discussões poderão representar ainda espaço para que as equipes lidem com a ansiedade e insegurança frente à complexidade das demandas que surgem nos territórios da ESF.

Para Campos e Domitti (2007), a elaboração do projeto terapêutico, para indivíduos ou para o território, também tem se mostrado útil na mediação dessas relações interprofissionais e interpessoais. O projeto terapêutico refere-se a esse conjunto de propostas resultantes da discussão e avaliação conjunta dos casos. Por meio dele, as responsabilidades de cada sujeito envolvido são definidas e acordadas.

Outrossim, compreendemos que o papel de cada profissional precisa ser claro, alguém terá que se responsável pelo acompanhamento longitudinal do caso, preferencialmente, um dos membros da equipe de referência, partícipe do projeto terapêutico.

O projeto terapêutico singular. Então, a gente, na reunião, a gente pede pra trazer quais são os casos que acham que são necessários ter um olhar multidisciplinar, porque tem casos que são específicos, só precisa do psicólogo ou só precisa do fisioterapeuta... então, **a gente pega casos que são multidisciplinares, que tem vários contextos, a gente discute o caso, a gente coloca no prontuário essa discussão, e aí, a gente delega como é que a gente vai fazer. [...] E aí, a gente vai colocando no prontuário. Aí, a gente vai acompanhando até ver se a gente consegue dar um resultado**, né? Tem casos que às vezes foge a nossa competência, né? Mas, a gente fica monitorando (NASF-C, Psicóloga).

A participante do NASF-C adverte que a discussão de casos e a construção de projetos terapêuticos têm sido realizados a partir de casos que demandem um olhar multiprofissional. Do mesmo modo, no *Diretrizes do NASF – doc. 2* (BRASIL, 2010), o projeto terapêutico é indicado para situações mais complexas, que exijam intervenção multiprofissional e interdisciplinar para alcançar uma atenção integral.

Ainda no que concerne ao projeto terapêutico, embora já existisse a prática de discutir os casos e definir o conjunto de ações a serem realizadas, observamos que os profissionais não costumavam registrar as atividades executadas. Todavia, esse procedimento passou a ser cobrado. Assim, o projeto e todas as ações subsequentes passaram a ser documentadas nos prontuários dos usuários e a compor a consolidação das atividades desenvolvidas pelas equipes NASF.

Então, cada profissional vai ter sua conduta conforme sua área, né? Primeiro, a gente faz a visita domiciliar, conversa entre si e cada qual toma suas medidas. Por exemplo, fisioterapeuta faz orientação de atividades que porventura o paciente esteja necessitado, necessitando de algumas atividades de fisioterapia, aí pode ensinar ao cuidador como fazer ou ao próprio paciente coisas que ele pode tá fazendo em casa... assistente social, encaminhar pra fazer documento que esteja perdido ou pra receber algum benefício, orientar como fazer isso... nutricionista, passar recomendação nutricional de acordo também a condição financeira dessa família, que muitas vezes são famílias muito carentes e a gente tem que fazer um jogo de cintura, mas a gente orienta, né? **A gente evolui no prontuário e discute, em equipe, cada qual faz a sua conduta e a gente retoma pra visita pra poder orientar a família mesmo** (NASF-E, Nutricionista).

Segundo a participante do NASF-E, a construção do projeto terapêutico tem sido desenvolvida a partir da área de formação e da atuação especializada de cada profissional.

Tal fala nos remete à tipologia de trabalho em equipe proposta por Peduzzi (2001), especificamente à equipe do tipo agrupamento, cuja principal característica das equipes é a fragmentação, resultante do agrupamento de agentes e da justaposição de ações.

No entanto, temos clareza que a superação desse quadro passa necessariamente pela interação comunicativa entre as equipes, pela articulação entre as ações, para ultrapassar o isolamento dos saberes. Para Campos e Domitti (2007, p. 402), o apoio matricial busca exatamente “diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento”.

Por sua vez, Silva e outros (2013) ressaltam a importância da inclusão dessas ferramentas [discussão de casos, projeto terapêutico] na rotina dos serviços de saúde, visto que os profissionais enfrentam situações complexas cotidianamente, não apenas de ordem biológica, mas também de ordem psicossocial. Apesar disso, em algumas equipes, essas atividades ocorrem ocasionalmente.

Como eu já disse, se for um caso que envolva mais... a gente pode discutir o paciente. **Mas não é uma coisa [discussão de casos] que você tenha assim no cronograma**, dependendo da demanda (NASF-F, Fisioterapeuta).

Não é muito frequente essas discussões, normalmente nas reuniões. Deveria ser mais. Eu acredito que os projetos terapêuticos, eles são essenciais, **não acontecem com tanta frequência quanto deveria**, muito porque a equipe básica, que é a porta de entrada, o agente comunitário, eles estão extremamente sobrecarregados. [...] então, o profissional sobrecarregado, que já tem tantas demandas pra discutir, parar uma manhã inteira pra discutir um caso específico, então não acontecem com tanta frequência. Mas, sempre em casos especiais, em casos excepcionais, que o NASF entra nisso, a gente senta pra discutir uma estratégia pra quele sujeito ou praquela família específica, mas não é rotina (NASF-I, Educador físico).

Conforme a complexidade do caso, as equipes podem discutir o caso. Todavia, de acordo com a profissional do NASF-F, essa atividade não faz parte do seu cronograma de trabalho. Para o profissional do NASF-I, a não realização de discussões e a falta de projetos voltados para os sujeitos e para os territórios estão relacionadas com o excesso de demandas na ESF e, consequentemente, com a sobrecarga de trabalho dos seus profissionais. No entanto, a complexidade das demandas que chegam à ESF requer atuação multiprofissional e o uso de ferramentas que estimulem a integração e a comunicação entre profissionais e usuários.

Para tanto, concordamos com Campos e Domitti (2007) quando destacam que a efetivação do apoio matricial, a partir dessas ferramentas [discussão de casos, projeto terapêutico], pressupõe reformas na organização e funcionamento dos serviços. Caso contrário, a inserção de novas metodologias e ferramentas de trabalho contribuirá ainda mais para sobrecarga de trabalho.

O apoio matricial se efetiva também por meio dos atendimentos compartilhados. Segundo as *Diretrizes do NASF – doc. 2*, corresponde à “intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em regime de coprodução” (BRASIL, 2010, p. 15). Tal intervenção poderá constituir uma oportunidade para o contato entre apoio e usuário, sob mediação do profissional de referência. Desse modo, o apoiador conhecerá a realidade do usuário sem precisar, necessariamente, estabelecer uma relação terapêutica direta.

Mas, assim como a discussão de casos, os atendimentos compartilhados também correspondem a práticas esporádicas nas unidades e equipes pesquisadas.

Acontece do médico com a nutricionista, com o educador físico, ou do educador físico com a nutricionista, educador físico com a psicóloga... então, em algumas situações, o farmacêutico também interage, nós temos farmacêutico no nosso grupo e o farmacêutico também interage. **Então, tipo assim, acontece esporádico, não vou te dizer que [atendimento compartilhado] é algo que está no processo sempre, na rotina sempre, né? Porque, na maioria das vezes também, a rotina acaba sendo mais individualizada**, como você viu aqui hoje (NASF-A, Educador físico).

A gente faz interconsulta com a enfermeira e com o médico. **Não é muito, é bem pouco, mas as vezes acontece.** Às vezes, tem um caso, coincidentemente a gente tá na unidade, porque não é sempre que a gente tá também, né? E, às vezes, a gente consegue... mas, geralmente, eles trazem o caso, conversa com a gente (NASF-C, Psicóloga).

De acordo com tais falas, percebemos que os atendimentos compartilhados podem assumir diversos formatos e diferentes configurações conforme as necessidades identificadas e as finalidades definidas para os mesmos. Mas, embora seja instrumento para efetivação do apoio ofertado pelas equipes NASF, essa prática não apresenta regularidade, isto é, não faz parte da rotina de trabalho das equipes.

Quando a gente acha necessário. Nutricionista e psicólogo então... quando a gente faz pré-natal, quando a gente faz saúde hiperdia, hipertensão e diabetes com o nutricionista. **É interessante. Não é rotina, mas estamos abertos a fazer.** Quando a gente sente a necessidade, eu chamo e elas participam, elas me chamam também, a gente participa, entendeu? **Mas não é uma rotina da unidade, não.** É coisa mesmo que a gente percebe a necessidade e aí, atua (ESF-F, Enfermeira).

Corroborando esse fato, as usuárias que participaram desse estudo afirmaram nunca ter participado de um atendimento compartilhado, como reforçado nas falas a seguir:

Não. Só com a enfermeira (USU-C, Estudante).

Não. Não. Só com um [profissional] (USU-E, Doméstica).

Não. Só com o médico (USU-Professora).

Durante o processo de observação, notamos a ausência de usuários e famílias, junto às equipes, nos espaços de discussão, com seus saberes e práticas de saúde, criando estratégias de intervenção. Acreditamos que tal participação poderia ampliar as possibilidades de identificação e manejo dos problemas, inclusive com a valorização desses saberes e práticas dos usuários, além de estimular o seu protagonismo e a autonomia.

Para Silva e outros (2013), a falta de tempos e espaços para que as equipes discutam e compartilhem os projetos terapêuticos com os usuários estão entre os obstáculos ao desenvolvimento e a efetivação do apoio matricial na ESF. Tais obstáculo podem repercutir na capacidade das equipes para entender e atender as necessidades dos usuários. Nesse sentido, Campos e Domitti (2007) complementam que o apoio matricial depende de um compartilhamento entre os distintos profissionais e destes com os usuários.

Ao levarmos em consideração a ausência dos usuários nos espaços de encontro, discussão e pactuação entre as equipes, assim como na elaboração dos projetos terapêuticos, ponderando ainda a pouca frequência dos atendimentos compartilhados entre equipes do NASF e EqSF, faz-se necessário compreendermos como tem acontecido o **encontro entre equipes de apoio e usuários**.

Uma das finalidades do trabalho do NASF é prestar apoio especializado às EqSF, as quais são referências na atenção e no acompanhamento da população adscrita. Embora faça parte da atenção básica, o doc. 2 (BRASIL, 2012) nos adverte que o NASF não funciona como um serviço independente – uma estrutura física – de livre acesso para atendimento individual e coletivo. Desse modo, quando tais atendimentos são necessários, eles poderão ocorrer sob mediação da equipe de referência, que não se comprometeria com o usuário e manteria um padrão de seguimento compatível ao cuidado oferecido pelo NASF.

Tal mediação – explicitada *no doc. 2 e 3* – intenciona a revisão das práticas de encaminhamentos baseado nos processos de referência e contrarreferência em favor de um processo de compartilhamento dos casos, corresponsabilização e acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2010; 2012).

Outrossim, conforme Serra e Rodrigues (2010, p. 3580), o sistema de referência e contrarreferência é um elemento importante para integração das redes de atenção à saúde, refere-se a esse “mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços”, havendo uma transferência de responsabilidade no momento do encaminhamento.

Para Campos e Domitti (2007), o apoio matricial busca personalizar esse mecanismo ao estimular e facilitar o contato direto entre especialistas de apoio e equipes de referência.

Os pacientes não chegam por demanda espontânea. Eles chegam, na grande maioria das vezes, encaminhados ou pelo agente comunitário de saúde, ou pelo médico, ou pelo enfermeiro, ou pro outro colega do NASF que tava dando algum tipo de assistência e viu a necessidade. Então, é sempre um encaminhamento entre a equipe. Raramente, ele vai chegar por demanda espontânea. O que não é nosso objetivo [...]. Então... mas, assim, a grande maioria quem encaminha são os agentes comunitários de saúde (NASF-B, Fisioterapeuta).

A gente não é porta de entrada, então, entende-se que não deve ser demanda espontânea, a pessoa chega aqui, se apresentar e dizer: ‘Quero ir pro psicólogo’. Isso tem que ser uma demanda já... tem que ter tido um acolhimento por algum outro profissional de nível superior ou o ACS, que conhece a realidade da comunidade, desse usuário, dessa família. Então, entende-se que ele deveria passar, ser triado, por alguma dessas pessoas, que já percebendo que não tem instrumentos pra lidar com isso, encaminharia pra uma especialidade, que somos nós, né? **Então, eles chegam, geralmente, advindos da enfermeira, do médico, do ACS ou do técnico em enfermagem, do administrativo também, se conhecer a situação pode trazer uma demanda que ele identificar que necessite da especialidade, de uma das especialidades do NASF** (NASF-G, Psicóloga).

As falas das participantes do NASF B e G convergem sobre a mediação dos usuários, pelas equipes de referência, para acesso aos serviços dos núcleos de apoio. Segundo elas, os usuários não chegam por demanda espontânea. Eles são acolhidos e triados pelos profissionais das EqSF e/ou por outros profissionais da própria equipe NASF. Para a participante do NASF-B, trata-se de um “encaminhamento entre a equipe”. No entanto, esse encaminhamento nos remete à lógica da referência e contrarreferência exercida no mesmo serviço, no mesmo nível de complexidade do sistema de saúde.

Esse encaminhamento interno pode ser compreendido como reflexo das discussões momentâneas e das interações seletivas, o que revela certa dificuldade de integração entre os diversos profissionais. As falas dos profissionais da ESF convergem com essa lógica dos encaminhamentos internos.

Assim, tem o cronograma deles, que é mensal e tem aquela quantidade de vagas pro atendimento dos profissionais que atendem, como nutricionista, psicólogo, assistente social. [...] E também tem a parte da enfermagem, [...] ela mesmo detecta e ela já direciona, marca pro profissional. E a gente também, os agentes de saúde, quando a gente tem conhecimento de algum caso na nossa área, que precisa de uma atenção, de um atendimento, a gente comunica a enfermeira e ela vê se tem a vaga e faz a marcação. Se o paciente vier diretamente na unidade, a assistente administrativa, ela também olha o livro, que tem o livro de marcação do NASF, e ali, tendo a vaga, pode marcar (ESF-E, Agente comunitária de saúde).

Ele trabalha muito voltado pras necessidades que nós enxergamos, tanto o enfermeiro, quanto o médico. **Se sentimos necessidade de um paciente para o psicólogo, nós encaminhamos; pra fisioterapia, a gente encaminha para o fisioterapeuta fazer a visita, fazer as orientações necessárias; nutricionista, né? E todos os demais. Então, a gente vê as necessidades dos pacientes, encaminha** (ESF-F, Enfermeira).

Como observamos, a proposta do NASF não impede a realização de atendimentos individuais. Entretanto, o NASF não é um serviço independente, é parte da estratégia. Portanto, a mediação dos usuários pressupõe discussão e negociação prévia dos casos, com continuidade do diálogo e do cuidado, bem como responsabilização de todos os envolvidos (BRASIL, 2014). Até porque, enquanto núcleo de apoio, o NASF se propõe a potencializar a atenção básica, ampliando as possibilidades e o alcance das ações das EqSF.

Assumir processos de trabalho referentes a outros níveis de atenção – a lógica dos ambulatórios especializados, por exemplo – representa um desempenho equivocado do apoio. Cunha e Campos (2011) salientam que a escassez de serviços pode conduzir o NASF a esse tipo de equívoco, o que dificulta a compreensão da sua atividade, empobrece e fragmenta o atendimento.

Além do mais, a fragmentação da atenção decorrente da especialização crescente nas diversas áreas do conhecimento pode constituir desafio não apenas para o NASF e para ESF, como para todo o sistema de saúde. Cunha e Campos (2011) defendem o apoio matricial construído a partir do diálogo e da proposição de novos arranjos organizacionais entre os profissionais e usuários.

Além disso, pensamos que uma equipe do NASF não tem como substituir uma rede de serviços.

Tem pessoas que a gente vê a necessidade mesmo. Peço um exame e vejo que a pessoa tá com colesterol alto e triglicérides alto, toda pepinada... ou então, um hipertenso que a gente descobriu agora a hipertensão... diabético, descobriu agora... tudo, a gente vai mandar pra nutricionista. Problema! Só pode marcar quatro, no mês, pra uma comunidade de quase cinco mil pessoas. Entendeu? Aí, começam os entraves. **Mas, assim, pra nutricionista mesmo, eu marco quatro, mando voltar trinta... ou deixo de encaminhar mais vinte... porque eu já sei que não tem vaga, nem vou. Mas, trinta que venham: ‘queria marcar pra nutricionista’, ‘não tem mais vaga, venha no início do mês’.** Entendeu? (ESF-D, Enfermeira).

Mas, ainda assim, de modo divergente, a profissional do NASF-E apresenta a possibilidade de busca livre e espontânea dos serviços por parte dos usuários.

Agora a gente tem um caderno de marcação, [...] agora já pode ter marcação pro NASF... então, a gente tem um caderno de marcação, que é da equipe toda, quando chega o cronograma mensal, que deve ficar na parede pra a comunidade poder ter acesso, coloca o cronograma na parede, os dias de atendimento, o administrativo coloca no caderno e abre as vagas. Normalmente, eu já coloco, como te falei antes, se for no turno matutino, coloco cinco pessoas, se for vespertino, três pessoas. Pronto. Aí, abre lá... (NASF-E, Nutricionista).

Para facilitar esse livre acesso aos serviços do NASF, as unidades disponibilizam o cronograma mensal dos profissionais e um caderno para agendar esses atendimentos entre os profissionais apoiadores e os usuários.

Todo mês é agendado. Sempre chega o cronograma deles com a data que eles vão atender. Aí, **as pessoas podem ir diretamente na recepção e marcar ou então falar com a gente ou com a enfermeira.** Para os atendimentos individuais (ESF-C, Agente comunitária de saúde).

Para Barros e outros (2015), as ações compartilhadas, que devem ser prioridade para as equipes NASF, nem sempre se configuram como prioridades para as EqSF devido a demanda espontânea da população por atendimentos individuais especializados. Consoante a *Política Nacional de Atenção Básica – doc. 3* (BRASIL, 2012), a atenção básica deve coordenar o cuidado integral articulando a demanda espontânea com as demandas programadas. O NASF, por sua vez, deve apoiar esse trabalho, ampliar a abrangência e a qualidade das ações, aumentando a capacidade de cuidado das EqSF e não apenas suprir a demanda assistencial.

Conforme o *Caderno de Atenção Básica – doc. 4* (BRASIL, 2014), o apoio deve se efetivar por meio das discussões de caso, com elaboração de condutas que a própria EqSF possa realizar; pelas intervenções conjuntas e/ou específicas, desde que pactuadas; e pela construção de projetos terapêuticos para as situações mais complexas.

Contudo, o debate acerca dos atendimentos individuais pelos profissionais do NASF ainda não está finalizado e precisa ser mais aprofundado. Silva e outros (2012), ao estudarem as potencialidades e desafios do funcionamento do NASF, também não encontraram consenso a esse respeito. Nesse estudo, alguns participantes afirmaram que tais atendimentos devem ocorrer após a discussão e pactuação com a EqSF, outros defenderam a possibilidade de agendamento direto para o profissional do NASF, via acolhimento e/ou grupos de promoção de saúde.

Concordamos com Sampaio e outros (2012) quanto à variedade de interpretações acerca da organização do trabalho do NASF e os vários modelos de atuação decorrentes dessas interpretações. Todavia, além dessas interpretações, as necessidades dos territórios e as características da rede de serviços também influenciam a ocorrência e a frequência dos atendimentos. Mas, compreendemos que, independentemente do modo de atuação, a pactuação, o diálogo contínuo e a corresponsabilização são imprescindíveis.

Diferente das intervenções individuais, onde predomina a mediação das EqSF, no que concerne às intervenções coletivas, verificamos diversas formas de estabelecer o encontro entre apoiadores e usuários.

De todo jeito! [...] no observar... às vezes, a pessoa tá passando e gostou do que viu e vai, a convite de outras pessoas que, realmente, participam também da atividade física e, às vezes, quando eu faço um bate-papo em algum posto de saúde, eu sempre tô convidando os pacientes a participarem, entendeu? (NASF-D, Educador físico).

A diversidade se expressa particularmente naquelas atividades desenvolvidas em espaços públicos, como praças e quadras de esporte. Além da indicação dos profissionais da ESF ou de outros profissionais da própria equipe NASF, há usuários que observam o desenvolvimento das ações, gostam e resolvem participar. Outros encontram os apoiadores devido à divulgação dos agentes comunitários de saúde. Há ainda aqueles que conheceram o NASF por meio da referência de outros usuários, que já participavam das suas práticas, e passam a ser referência para tantos outros, como vemos nos trechos seguintes.

Uma amiga minha, que mora aqui no caminho, [...]. Eu andava muito na rua fazendo fisioterapia, né? Lá no [...]. Aí, [...] falou pra mim: ‘Oh [...], vai lá na praça que tu vai melhorar dessas dores tudo’. A gente começou a ir. E aí, eu comecei a ir... comecei... a gente faz todo tipo de atividade que mexe com o corpo todo, né? Com os braços, com as mãos, com os pés, com tudo e aí, melhorei bastante [...]. Depois que eu passei a conhecer, eu não perco mais e levo mais gente ainda (USU-A, Dona de casa).

Através de minha irmã. A agente de saúde aqui, [...], é amiga da gente há muito tempo, falou com ela. Ela tava sentindo muito problema de coluna e aí, falou com ela e ela veio e gostou. E aí, ela falou comigo e eu vim e gostei e já trouxe mais três ou quatro também comigo (USU-F, Professora).

As usuárias (USU-A e USU-F) conhecaram as atividades desenvolvidas pelo NASF por intermédio de outras usuárias. O encontro aconteceu sem mediação da unidade de saúde da família, sem discussão ou pontuação prévia. Notamos que, nessas situações, os profissionais do NASF acabam desempenhando ‘papel’ de mediadores entre as usuárias e as EqSF.

Como eu trabalho fora do posto, então, **eu tenho que, às vezes, trazer os pacientes pra que a enfermeira possa também tá auxiliando eles pra alguma coisa, alguma precisão dentro do posto**. Porque, às vezes, fica aquela paciente longe e a enfermeira na unidade e, às vezes, a enfermeira tem o paciente ali, mas a enfermeira não conhece que ele tá ali, entendeu? **Então, às vezes, a gente tenta essa aproximação [...]. Na realidade, eu tento fazer uma aproximação entre paciente e enfermeira, paciente e equipe, médico também, entendeu?** Às vezes, o paciente tá com dor, tá com dificuldade pra marcar alguma coisa, eu entro em contato com a médica, com a enfermeira pra tá sinalizando: ‘oh, tem uma pessoa que tá assim, assim, assim, dá pra você atender? Dá pra você ver?’ . ‘Dá’. Então, a gente tenta fazer essa interação [...]. Então, **a gente tenta articular essa... paciente e equipe**. (NASF-D, Educador físico).

De certo modo, o NASF acaba atuando como porta de entrada, isto é, como serviço de acolhimento e atendimento inicial, como deixa implícita a fala dessa usuária.

Ele procura ajuda. Ele procura muito ajuda. **Ele sempre encaminha pra enfermeira**, tenho hora que ele tá lá ligando: ‘Oh, tá acontecendo tal coisa aqui’. ‘Manda passar aqui’. Aí, manda a gente passar lá no posto (USU-B, Dona de casa).

Segundo Azevedo e Costa (2010), a ampliação da cobertura da atenção básica não significou acesso efetivo dos usuários. O excesso de famílias adscritas, a demora para marcar consultas e para receber atendimentos são apresentados como alguns dos aspectos que dificultam o acesso. Tais aspectos podem estreitar a porta de entrada, o que explica, de certo modo, essa atuação dos profissionais do NASF.

Assegurar acesso e acolhimento é objetivo da atenção básica e pressupõe uma organização das unidades que possibilite a escuta das pessoas que procuram o serviço (BRASIL, 2012). O NASF deve oferecer suporte para o desenvolvimento desse trabalho, o foco das suas ações deve ser o fortalecimento das características da ESF e não a transferência de responsabilidade.

Por fim, considerando o encontro entre apoiadores e usuários, procuramos entender como ocorre o **acolhimento e o vínculo entre os sujeitos**, bem como a adesão às atividades propostas. Para Assis e outros (2010), o acolhimento está relacionado com a escuta e a comunicação; com as relações de aproximação dos usuários em todo seu percurso de busca por atenção; com a identificação das necessidades implícitas; bem como a inserção e valorização do sujeito e da sua singularidade.

O vínculo, por sua vez, está relacionado com o acolhimento, com a interação entre os sujeitos na organização e na produção do cuidado; com afeto e suas possibilidades de potencialização do processo terapêutico (ASSIS et. al., 2010). Além disso, para Nascimento e outros (2010, p. 114), “o vínculo é um dispositivo utilizado para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução de seus problemas. Na verdade, o que se quer é ajudar o usuário a adquirir autonomia”.

Porém, ao NASF, não cabe torna-se referência, nem responsável pela condução de casos específicos. Entretanto, no momento das intervenções, compete o desenvolvimento de posturas acolhedoras e construção de vínculo. O acolhimento estimula o vínculo entre profissionais e usuários, o que, por sua vez, poderá promover a corresponsabilização pelo cuidado. As falas, a seguir, convergem nesse sentido.

Como a nossa equipe, ela é quase a mesma, desde o início, **então a gente tem um vínculo já grande com a comunidade**, eles sabem quem somos nós, eles procuram [...]. E, como a gente tem muito contato com eles através de atividades educativas e de grupos, **eles se sentem, às vezes, mais a vontade de conversar conosco do que com a própria equipe de saúde da família**, que tem um encontro mais de consulta, algo mais rápido. Então, a gente fica muito na comunidade... a gente sai muito da unidade e eles nos veem nas ruas... (NASF-B, Fisioterapeuta).

Vínculo com a comunidade. Já. Bem grande. Até por uma questão de tempo que a gente tá aqui, né? As atividades que são feitas fora da unidade, por exemplo, tem atividades físicas, de fisioterapia, uma série de coisas, a comunidade já conhece bastante a gente (NASF-C, Psicóloga).

A partir dessas falas, vemos que a construção de vínculos tem ocorrido ao longo do tempo, com a permanência das equipes do NASF nas comunidades, principalmente por meio de ações desenvolvidas fora dos muros das unidades. A profissional do NASF-B ressalta ainda que, por vezes, os usuários se sentem mais confortáveis com a equipe NASF do que com a própria EqSF. Ela atribui esse fato às características do atendimento nas unidades, nos moldes das consultas médicas, com muita rapidez.

Acerca do acolhimento no processo de trabalho das EqSF, para Garazi e outros (2014), muitas vezes, o acolhimento e o vínculo são entendidos como atividades que tem como finalidade conduzir o usuário à consulta médica, o que revela uma concepção reduzida, focada na organização da oferta do serviço médico, o que talvez enfraqueça a dimensão cuidadora do trabalho em saúde.

Nas falas a seguir, as usuárias complementam essa perspectiva, uma vez que, é possível perceber o vínculo estabelecido entre elas e os profissionais do NASF. Esse vínculo se expressa inclusive na disposição para construir mobilizações em benefício da manutenção dos vínculos de trabalho dos profissionais nas respectivas comunidades. Essas usuárias reconhecem a seriedade e o interesse dos profissionais pelo trabalho.

É assim. **E toda vez que o prefeito tira, as meninas fazem abaixo-assinado pra ele [educador físico] não sair** (risos). É bom demais. Se ele é um bom professor, bom profissional, pra que tira? Se são bom profissional... (USU-A, Dona de casa).

Ahhh!!! **Muita seriedade. Mostram interesse... se preocupam.** Mostra sempre boa vontade. Eu gosto do atendimento aqui. Eu sempre gostei, sempre falo bem. Porque é verdade (USU-D, Dona de casa).

Diferentemente, os profissionais da ESF referem que o vínculo entre NASF e usuários varia conforme a frequência das atividades.

Assim, o NASF, ele não tem vínculo. Era pra ter, pela quantidade de tempo que tem. É isso. **Uns tem mais vínculo com a comunidade do que outros, pelo contato, até pela frequência das atividades. Outros, não** (ESF-D, Enfermeira).

O NASF, ele é volante, não fica aqui todo tempo. Então, nem todas as pessoas da comunidade conhece os profissionais do NASF, só mais aqueles que precisam mesmo de um atendimento, que já tem aquela rotina. Mas, nem todos conhecem. Então, **eu acredito que, por conta disso, por eles não serem fixos, o vínculo com a comunidade não é tão grande** (ESF-E, Agente comunitária de saúde).

Aqueles profissionais que desenvolvem ações mais frequentes com os usuários, desenvolvem um vínculo maior do que aqueles que realizam ações mais pontuais. Sobre isso, Rezende (2015) retrata, em seu estudo, que a relação de vínculo entre profissionais e usuários é favorecida pelo tempo de trabalho.

Desse modo, a construção do vínculo pode resultar em maior adesão às atividades propostas e, consequentemente, potencializar o processo terapêutico. Os grupos de atividade física e prática corporal são atividades permanentes que possibilitam o vínculo entre profissionais e usuários, contam grande adesão e participação, o que é reforçado nas falas a seguir:

Tanto que elas, no meu primeiro ano, **primeiro e segundo ano, eu colocava as atividades pra elas, pra elas fazerem. Hoje, elas procuram fazer as atividades e só me comunicam.** [...] Um dos princípios do NASF é esse, criar uma independência, sabe? [...]. Então, não fica só comigo essa responsabilidade, entendeu? A gente faz com que elas também tenham essa responsabilidade (NASF-D, Educador físico).

Então, ela [a comunidade] mesma interfere na organização do grupo, interfere na elaboração das atividades, na logística, no funcionamento dessas atividades (NASF-I, Educador físico).

O educador físico do NASF-D destaca a evolução na participação das usuárias no grupo que conduz. Segundo ele, inicialmente, as atividades desenvolvidas eram sugestões suas. Mas, ao passar do tempo, as usuárias assumiram um papel mais ativo dentro do grupo, passaram a propor e organizar ações. Do mesmo modo, o profissional do NASF-I destaca a interferência da comunidade na organização e desenvolvimento das atividades.

Outrossim, o controle social dos usuários, exercido por meio da sua participação, é uma oportunidade para a construção de ações concretas e efetivas, tanto na definição de prioridades e na tomada de decisões, como na organização e implementação das atividades, de acordo com as suas reais necessidades. Mas, para Machado e Vieira (2009), cabe a equipe de saúde mobilizar os recursos e empregar esforços para possibilitar essa participação.

Diferentemente das demais falas, a adesão dos usuários às ações realizadas pelo NASF foi associada, entre outras coisas, à renda dos usuários – quanto menor a renda, maior a participação – e à oferta de lanches e brindes.

Depende da unidade... tem uma adesão maior ou outra. Por exemplo, **algumas comunidades que tem uma renda menor, eles acabam participando mais das atividades, procurando mais o serviço.** Já tem **unidade, mesmo aqui, no mesmo bairro, tem muitas pessoas que tem plano de saúde, então, a adesão já é menor** às atividades que a gente realiza, a procura já é menor por conta disso, já faz uso de outros serviços, serviços particulares (NASF-B, Fisioterapeuta).

Porque a gente pode ter brindes, **a gente pode ter lanche e, infelizmente, o grupo que não tem nada disso, também não tem participação da comunidade...** (NASF-E, Nutricionista).

No que concerne à oferta de incentivos e recompensas, concordamos com Machado e Vieira (2009) que a necessidade do uso desses recursos pode comprometer a participação. Quando tais recursos deixam de existir, a comunidade deixa de participar, conforme relato da participante do NASF-E.

Pelo que observamos, nas atividades voltadas para a educação em saúde, a adesão não é tão significativa. Tais atividades baseiam-se na transmissão de orientações para grupos específicos e populações adoecidas e na busca pelo desenvolvimento de habilidades individuais e mudanças de comportamento.

Nessas situações, observamos a responsabilização dos usuários não só pelos problemas de saúde apresentados, mas também pelo sucesso ou insucesso das propostas terapêuticas. Assim, os profissionais atribuem a falta de adesão e participação à desvalorização do serviço público pelos usuários e à resistência dos mesmos ao novo modelo de trabalho desenvolvido pelo NASF.

O que eu vejo é isso, às vezes, **você tem um serviço bom, de graça e às vezes, as pessoas parece que não valoriza, só valoriza quando paga.** É estranho isso, né? [...] Eu acho que poderia ser mais atuante... pode até ser... mas, eu acho que... às vezes, é a **comunidade mesmo que não dá esse retorno. Eu acho, às vezes, eles meio acomodados, eles só querem mesmo os serviços rápidos,** entendeu? (NASF-F, Fisioterapeuta).

A gente, às vezes, percebe que mudar a concepção da importância da consulta, que é da abrangência curativa do cuidado, pra promoção a saúde... tá bem melhor, só que ainda assim, eles têm resistência ao debate, até se você não fizer nesse tom mais formal de palestra, se você fizer uma roda de conversação, ainda eu percebo: 'Ai, que saco! Quero logo minha consulta!' (NASF-G, Psicóloga).

Num processo de responsabilidade compartilhada, como se propõe o NASF juntamente com as EqSF e usuários, todos os sujeitos implicados devem analisar o seu compromisso frente às diversas situações.

Contudo, Gelinski (2011) indica que os profissionais de saúde têm uma lista de atribuições bem definidas. No entanto, os usuários e as famílias não sabem que também são responsáveis pelo cuidado e não são capacitados para executar sua parte na corresponsabilização, tornando os serviços e ações de saúde mais coerentes com seus interesses e necessidades.

Por sua vez, Lemos (2016) destaca que, na perspectiva da micropolítica da produção do cuidado, os sujeitos [profissionais e usuários] devem desenvolver novas posturas para um melhor cuidado em saúde, a partir de tecnologias leves, ações humanizadas e compromissadas. Entretanto, para essa autora, esses sujeitos do processo de trabalho em saúde não estão separados da história e, por isso, sujeitam-se e são sujeitados à lógica do capital.

Desse modo, soa contraditório “efetuar uma reestruturação produtiva no trabalho do SUS em consonância com o interesse dos usuários, porém não antagônica aos interesses do capital” (LEMOS, 2016, p. 918). Alguns desses interesses e disputas que atravessam e influenciam a produção do cuidado no NASF e, muitas vezes, inviabilizam a resolubilidade na ESF serão discutidos a seguir.

6 MACROPOLÍTICA E SUAS INFLUÊNCIAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO NASF: interesses e disputas que atravessam e inviabilizam a resolubilidade na Estratégia de Saúde da Família



Se não houver uma direção política para uma mudança efetiva da sociedade, corre-se o risco da roda girar sobre o próprio eixo. Mobiliza-se, desta maneira, trabalhador e usuários para mudanças circunstanciais ao trabalho, ou às demandas locais, sem se considerar a luta mais ampla de transformação, não só dos serviços como da sociedade (LEMOS, 2016, p. 918).

A análise da produção do cuidado no NASF requer a compreensão da relação que o núcleo de apoio estabelece com aspectos políticos, gerenciais e econômicos do contexto mais amplo do qual faz parte – a macropolítica. Esses aspectos atravessam os modos de produzir cuidado e se configuram, muitas vezes, como desafios para a resolubilidade na estratégia de saúde da família.

A macropolítica se configura como uma dimensão imprescindível nesta análise, pois nela operam determinações fundamentais para a construção e estruturação do NASF. Tais determinações são importantes para o desenvolvimento e sustentabilidade da sua micropolítica de produção do cuidado. Desse modo, entendemos que a macropolítica e a micropolítica não se opõem, mas se atravessam e se influenciam mutuamente.

Concordamos com Teixeira e Vilasbôas (2014) quando afirmam que, pela análise macropolítica, é possível averiguar até que ponto as políticas, em suas estratégias gerenciais e econômicas, contribuem para que ocorram mudanças na organização dos serviços e nos processos de trabalho em saúde; ou se contribuem para manutenção da ênfase historicamente concedida ao modelo médico assistencial e privatista. Sobre isso, Magno (2015) acrescenta ser impossível realizar uma análise das políticas de saúde desvinculada da análise dos projetos de desenvolvimento propostos a cada período histórico.

Não pretendemos aqui trazer longas considerações a esse respeito, mas apresentar alguns elementos que podem auxiliar a análise da produção do cuidado no NASF, no interior do sistema de saúde. Inicialmente, destacamos que o Sistema Único de Saúde, enquanto política pública, se desenvolve em um momento histórico, político e econômico desfavorável, no qual predomina o projeto de desenvolvimento neoliberal (PAIM, et al. 2011).

Por conseguinte, de acordo com Almeida (2012), a organização da relação do Estado com a sociedade, a partir do projeto neoliberal, representa uma reação teórica e política ao projeto de desenvolvimento que tem como base a intervenção do Estado na vida social, política econômica de um país (Estado de bem-estar social). Projeto que é caracterizado pelo papel socialmente ativo do Estado na condução do crescimento econômico e na promoção e garantia de direitos sociais.

Por sua vez, o projeto e a reforma resultante da ideologia neoliberal se caracterizam, segundo Cardoso e Campos (2013), pela redução substancial do tamanho do Estado e de suas responsabilidades sociais, pela privatização de empresas e serviços públicos, pela mercantilização dos serviços. Assim, os gastos públicos com direitos sociais são limitados e as políticas sociais passam a ser focalizadas nos setores de extrema pobreza.

Inserida na conjuntura da crise do capitalismo e da recessão econômica dos anos setenta do século XX, essa reforma visava atender as exigências dos programas de ajustes macroeconômicos impostas pelos agentes financeiros internacionais como Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e outros, para superar a crise e reproduzir o capital (CORREIA, 2007). No Brasil, a reforma se intensifica na década de 1990 e o Estado se coloca a serviço dos interesses do capital, passando a exigir protagonismo da sociedade nas respostas às questões sociais.

Tal reforma é considerada uma contrarreforma dado seu caráter regressivo do ponto de vista dos direitos sociais conquistados, inclusive do direito à saúde. Segundo Correia (2007), a contrarreforma exige, da política pública de saúde brasileira, a flexibilização da gestão por meio das privatizações, terceirização dos serviços e precarização do trabalho em saúde. Uma segunda exigência refere-se ao incentivo e a ampliação da participação da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde; a contrarreforma demanda ainda o rompimento com a universalidade do sistema de saúde, o qual deve prestar atenção apenas aos mais pobres, baseado na oferta de atenção básica e racionalização da média e alta complexidade.

Para Martiniano e outros (2010), a ênfase dada à atenção básica, no âmbito da contrarreforma, permite um descuido intencional com os demais níveis de atenção. Essa dinâmica tende a impulsionar a construção de pacotes mínimos de assistência, com custos reduzidos, para a população mais pobre. A busca pelos serviços de média e alta complexidade, por sua vez, ocorre por meio do setor privado, sendo regulada pelo mercado e pela capacidade de compra de cada sujeito.

O NASF, enquanto dispositivo da atenção básica, surge em um período caracterizado por Paim e Almeida Filho (2014) como “conservação-mudança”. A eleição de um governo considerado governo de trabalhadores trouxe a expectativa de uma nova correlação de forças, com a possível retomada do projeto da reforma sanitária, o qual tem a saúde como direito de todos e dever do Estado.

No entanto, esse governo manteve uma linha de continuidade das reformas neoliberais, ainda que buscasse ampliar os gastos públicos com políticas sociais. Nos mandatos seguintes, o governo dos trabalhadores consolidou um projeto de desenvolvimento conhecido como neodesenvolvimentismo: uma política econômica que visa crescimento econômico, com avanço do capital e alguma transferência de renda, sem romper com os limites impostos pela política econômica neoliberal (MAGNO, 2015; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Desse modo, percebemos a persistência de políticas de ajustes econômicos, o fortalecimento do setor privado associado a redução de gastos públicos e subfinanciamento global dos direitos sociais. Conforme Cardoso e Campos (2013), os gastos públicos limitam-se às políticas focalizadas de transferência de renda em detrimento de políticas sociais mais amplas e universais, como o sistema único de saúde. Em simultâneo, os governos contemplam os interesses do setor financeiro e do capital, grandes beneficiários dessa política.

Com o impedimento do governo do partido dos trabalhadores, em agosto de 2016, de acordo com Rizzato (2016), os projetos em curso fortalecem ainda mais a agenda neoliberal. Essa agenda tem se materializado por meio de propostas de redução de direitos (reforma da previdência, teto de gastos para saúde e educação) e de ampliação da precarização e flexibilização das relações de trabalho (reforma trabalhista), um cenário regressivo que compromete a vida e a saúde da população.

Por conseguinte, a análise da produção do cuidado no NASF requer a identificação dos diversos interesses políticos e econômicos que atravessam e influenciam a sua micropolítica. O reconhecimento desses atravessamentos e influências é essencial para compreensão dos limites e desafios que se colocam para sua implementação, mas também é imprescindível para desenvolver o potencial de transformação dos núcleos de apoio.

Concordamos com Martiniano e outros (2010) que, nesse cenário de redução de direitos, a inserção do NASF na atenção básica pode colaborar com as determinações da macropolítica neoliberal. O NASF pode fortalecer a lógica do pacote mínimo, baseado em ações focais e seletivas, ao assumir a responsabilidade pela demanda reprimida por serviços de média complexidade, por custos menores do que seriam necessários para investir nesse nível da assistência. O núcleo pode contribuir ainda para que o Estado assuma os serviços menos lucrativos, enquanto o setor privado explora os serviços de alta complexidade.

Para Nascimento e Oliveira (2010), o trabalho no NASF requer uma consciência acerca da responsabilidade política e social envolvida na ação profissional e não apenas um conhecimento técnico especializado. Assim, buscamos compreender o processo de **educação permanente dos profissionais do NASF**. Como Ceccim (2005), entendemos que o processo educativo possibilita a análise do cotidiano da saúde, por meio de espaços coletivos de reflexão, discussão e avaliação.

Além da atualização das práticas de saúde – a partir dos referenciais teóricos, científicos e tecnológicos disponíveis – a educação permanente deve responder à necessidade de estabelecer relações que vão desde o interior das equipes, passando pelas práticas organizacionais, até as políticas que regulamentam os atos de saúde (CECCIM, 2005). Entretanto, identificamos que muitos profissionais adentraram no serviço sem conhecer a sua proposta de trabalho.

A gente entrou, assim, meio que, é... sem saber o que era o NASF. A gente não tinha ainda... O NASF não existia ainda concretamente, o NASF existia só no papel (NASF-A, Educador físico).

Então, eles [a gestão] não sabiam muito ao certo como era o trabalho do NASF, né? Era uma coisa inovadora, aqui em Feira, então, eles ainda não estavam 100% sabendo como é que seria o NASF. **Então, a gente foi meio que jogado assim nas unidades, meio que jogado aos leões, porque nem eles mesmo sabiam o que era pra gente realmente fazer**, nossa atuação no NASF em Feira de Santana. Na realidade, aquele negócio... tava precisando do educador físico, da psicóloga, da nutricionista. Pegou esses profissionais e joga lá, entendeu? (NASF-D, Educador físico).

As falas dos profissionais [NASF-A e NASF-D] convergem com essa percepção. A respeito da fala do participante do NASF-A, vemos que, sem conhecimento e entendimento da proposta, o núcleo de apoio não existe de modo efetivo, mas apenas enquanto uma norma. O participante do NASF-D acrescenta ainda que mesmo a gestão desconhecia o ‘papel’ do NASF. Esse desconhecimento tornou-se um grande desafio para os profissionais, frente às demandas e exigências impostas pelo trabalho.

Vale salientar que, segundo Nascimento e Oliveira (2010), a formação dos profissionais que atuam no SUS ainda está muito atrelada ao modelo biomédico, às práticas hospitalocêntricas, fragmentadas e especializadas, com caráter privatizante, as quais não atendem às necessidades sociais de saúde. Tais características da formação predispõem uma prática ambulatorial, na qual os profissionais de saúde desenvolvem suas atividades de modo individual e isolado dos demais.

O profissional da ESF-B também reforça essa insuficiência da formação inicial, como podemos verificar na fala a seguir.

A nossa formação, tanto técnica, como humana, está se perdendo bastante. **Eu digo sempre que o profissional tem que ser bom de ciência e consciência e, hoje, tem se perdido muito [...].** É exceção, os bons profissionais, nesse sentido. Técnico e humano. Minha formação foi essa, ciência e consciência. Sem ciência, você não pode ter consciência e sem consciência, não pode ter ciência (ESF-B, Médico).

A importância dos aspectos técnicos e humanos na formação fica evidenciada nessa fala do médico da ESF-B, bem como a necessidade de articular tais aspectos com uma consciência crítica. Pois, ao associar uma formação com forte influência biomédica, com o desconhecimento da proposta do NASF, e com a demanda reprimida dos usuários por atendimentos especializados, as unidades de saúde acabam reclamando e esperando uma prática ambulatorial por parte dos profissionais dos núcleos de apoio, como relata a participante do NASF-B.

No início, a gente teve muita dificuldade porque era um programa novo, pra poder a gente entender o que era o NASF. **As unidades achavam que a gente ia fazer ambulatório, porque eram profissionais de especialidades diferentes e até entender teve um pouco de atrito** (NASF-B, Fisioterapeuta).

A fala da participante retrata essa expectativa por atendimento especializado e ambulatorial por parte das unidades de saúde da família. Porém, concordamos com Nascimento e Oliveira (2010) que esse tipo de prática ambulatorial, no contexto da atenção básica, pode dificultar a compreensão e a intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, limitar a qualidade e a integralidade da atenção à saúde, além de contribuir para a oferta de pacotes de serviços mínimos, focais e seletivos para a população mais necessitada.

Para Andrade e outros (2012), não adianta aumentar a disponibilidade de profissionais, sem pensar o tipo de atendimento que se pretende ofertar e a finalidade do mesmo. Entendemos que o processo de trabalho do NASF deve priorizar o apoio matricial às EqSF, com intervenções coletivas de promoção, prevenção, acompanhamento e, em algumas situações, os atendimentos individuais. Outrossim, tais atividades exigem competências e habilidades próprias dos profissionais de saúde das EqSF e dos núcleos de apoio.

Apesar das exigências impostas pelo trabalho, vemos que alguns profissionais, participantes do estudo, desconheciam a proposta do NASF quando iniciaram o trabalho. Eles, inclusive, complementam e informam que não tiveram qualquer preparação específica para o desenvolvimento desse trabalho.

Não. Apenas recebi um livro com as diretrizes do NASF, na época.
Recebi não, emprestado, né? A atenção básica me emprestou o livro pra dar uma lida, mas não tive nenhum tipo de treinamento, não (NASF-E, Nutricionista).

Pela secretaria, não. **Eu fui buscar a minha, pessoal.** [...] os eventos da rede, que a gente chama de eventos da rede, né? Seminários, congressos, às vezes tem discussão de casos mesmo, público, né? No hospital especializado tinha, faziam com os residentes, fazia com os estudantes, quando eu cheguei no NASF, eu participei [...]. Hoje em dia, ficou muito tecnocrata, ficou muito assim assistência, assistência, assistência. Se a gente for pra esses espaços, a gestão mesmo, às vezes, entende que a gente tá fugindo do serviço na unidade. Como se o NASF, numa má interpretação, entendimento, de que NASF é pra ficar dentro da unidade de saúde (NASF-G, Psicóloga).

O contato inicial da participante do NASF-E com a proposta do NASF ocorreu mediante a leitura do caderno de diretrizes do NASF, o qual foi emprestado pelo setor responsável pela atenção básica. Já a participante do NASF-G buscou se qualificar para o trabalho por conta própria. Acrescenta ainda que a participação em eventos externos, como congressos e seminários, não é interpretada de forma positiva pela gestão, o que, segundo ela, acaba fortalecendo as práticas assistenciais desenvolvidas dentro das unidades de saúde.

A mesma realidade foi encontrada entre os profissionais da ESF, os quais assumem os serviços sem uma preparação prévia, condizente com a especificidade do trabalho. Porém, no decorrer do trabalho, o “aprendizado” faz-se na prática.

Eu acho que, na verdade, como quase tudo... nunca tem essa formação pra trabalhar com o SUS, né? Eles têm a formação deles, todos são nível superior, mas nunca são capacitados... **igual a gente, minhas colegas começaram a capacitação, mas eu, como cheguei depois, não fiz essa capacitação dos agentes de saúde.** Então, nunca é como deveria ser... (ESF-C, Agente comunitária de saúde).

Pra entrar, não. Durante? A gente tem, né? Atualizações em várias coisas, treinamento de várias coisas. **Mas, pra entrar, eu me formei e quinze dias depois, eu tava aqui... cruel!!! Fui aprendendo na prática, mesmo** (ESF-D, Enfermeira).

Compreendemos que, mais do que uma opção didático-pedagógica, a educação permanente em saúde (EPS) é uma opção política. Não se trata apenas de adquirir mais conhecimentos. Acreditamos que a formação, durante o processo de trabalho, visa transformar o cotidiano do trabalho em saúde por meio do despertar ético-político dos sujeitos. De acordo com Ceccim e Ferla (2009), é a educação permanente que possibilita a transformação dos grupos de trabalho em coletivos organizados.

Para os autores, a EPS traduz a importância de entender e aceitar que a realidade não está dada, a realidade é produzida. Desse modo, é preciso organizar espaços de discussão e problematização dessa realidade, para que a atuação seja reflexiva, crítica, propositiva e compromissada (CECCIM; FERLA, 2009). Nesse sentido, divergindo do que fora apresentado, houve profissionais que participaram de processos formativos tendo em vista o processo de trabalho junto ao NASF.

Quando foi iniciar, quando foi implantar o NASF, a gente teve um treinamento pra poder se familiarizar com a saúde da família e tudo. A gente teve um treinamento, antes de entrar. Eu entrei junto com a implantação do NASF (NASF-B, Fisioterapeuta).

No começo, antes da gente tá assumindo o ‘posto’, a gente passou por uma capacitação. Mas, na época, era tudo novo. Então, foi uma coisa bem básica. Coisas assim, sabe, mais voltadas pra como é que funcionava um posto de saúde, entendeu? (NASF-D, Educador físico).

Os profissionais que participaram desse processo formativo foram aqueles que assumiram o NASF o momento da sua implantação. Pelos trechos das falas apresentadas, a temática central dessa qualificação foi a funcionalidade das unidades de saúde. Acerca dos saberes necessários para o trabalho do NASF, o *Caderno de Atenção Básica – doc. 4* (BRASIL, 2014) recomenda que, além dos conhecimentos sobre o trabalho das equipes, a qualificação contemple a organização da rede, as competências para o trabalho de apoio (tais como gestão compartilhada do cuidado, trabalho em equipe multiprofissional, disposição), entre outros.

No entanto, para Nascimento e Oliveira (2010), há um desencontro e uma certa limitação dessa preparação em relação à realidade concreta dos serviços. O trabalho na ESF e, consequentemente no NASF, requer a construção de espaços rotineiros de discussão, que incentivem a reflexão crítica e possibilitem a tomada de postura frente às exigências impostas pelo cenário macropolítico, favorecendo o desenvolvimento da cidadania de todos os sujeitos envolvidos.

Nesse contexto, segundo Lemos (2016), a educação permanente em saúde tem grande relevância no processo de reorganização dos serviços frente à necessidade de novos modelos de atenção à saúde. Mas, para isso, é preciso superar dois grandes limites: a ênfase na responsabilidade individual dos sujeitos, enquanto elemento de mudança; e a desconsideração das condições macropolíticas e seus impactos na consolidação e na qualidade do sistema de saúde.

No âmbito da macropolítica, a implementação da reforma neoliberal, conforme Faria e Araújo (2011), tem produzido efeitos nocivos sobre o mundo do trabalho, inclusive nos serviços públicos, efeitos que não podem ser ignorados. Dentre as principais consequências dessa reforma, destacamos a extinção dos concursos públicos, o avanço da terceirização de serviços, a flexibilização das relações de trabalho e, por conseguinte, sua precarização.

De modo geral, a precarização do trabalho refere-se à perda de direitos trabalhistas e previdenciários, e está associada também com baixos vencimentos e condições de trabalho inadequadas, o que fragiliza e compromete a qualidade dos serviços e a produção do cuidado. Em tal conjuntura, uma análise das **condições de trabalho do NASF**, ainda que sem compromisso com sua exaustão, é imprescindível.

Acerca da infraestrutura necessária para o funcionamento do NASF, o *Caderno de Atenção Básica – doc. 4* (BRASIL, 2014) preconiza, dentre outras coisas, a desprecarização e qualificação do vínculo e do processo de trabalho. Para tal, sugere o ingresso por meio de concurso ou de seleção pública e a garantia de condições seguras de trabalho. É necessário ainda que haja espaço físico, equipamentos e materiais adequados para a realização das ações; além de condições para o deslocamento dos profissionais do NASF entre as unidades da ESF cobertas e para a realização de visitas domiciliares.

Entretanto, tanto nas entrevistas, como nas observações, percebemos um descompasso entre as recomendações e a realidade de trabalho dos profissionais.

A gente não tem uma sala pra o NASF, a gente não tem um armário pra o NASF, a gente não tem, por exemplo, balança pra equipe [...]. Tem unidade que não tem, por exemplo, estadiômetro de parede, que é uma coisa básica pra atendimento nutricional [...]. Na hora de montar o cronograma, [...] a gente marca esses atendimentos no dia da folga do médico ou da enfermeira pra poder ter uma sala. Mas, às vezes, a gente... não sobra nenhum espaço nesses dias de folga do médico e da enfermeira e a gente precisa encaixar, no meio da semana, a consulta. E a gente não tem onde fazer essa consulta, a gente atende na cozinha, na recepção, na sala de espera, na farmácia, porque a gente não tem espaço próprio pra isso (NASF-E, Nutricionista).

O número de profissionais pra atender a comunidade ainda é mínimo. A gente, hoje, vê... quando eu entrei no NASF, a gente atendia, em média, dez unidades, mas tinha equipes que atendia treze unidades, quatorze unidades e a gente não dava conta disso. E a gente, hoje, atende cinco unidades, em média. Eu atendo seis, porque eu tenho a academia da saúde e vai aumentar mais porque vai abrir mais duas unidades. **Mas, assim, mesmo cinco, a gente percebe que a demanda ainda é muito grande, a gente sabe que a gente não vai abraçar o mundo. Então, é uma carência muito grande de profissionais pra atender** (NASF-I, Educador físico).

Para a participante do NASF-E, as dificuldades vivenciadas por sua equipe estão relacionadas com falta de uma estrutura física e equipamentos necessários para o desenvolvimento do seu trabalho. Segundo ela, pela falta de um espaço adequado, os atendimentos são realizados nos mais diferentes lugares, como recepção, cozinha e farmácia das unidades de saúde da família.

De acordo com o *Relatório de gestão – doc. 5* (FEIRA DE SANTANA, 2015), a maioria das unidades de saúde da família do município de Feira de Santana estão instaladas em casas alugadas, adaptadas para receber a ESF [algumas delas]. Desse modo, entendemos que a chegada das equipes do NASF pode ter agravado um problema já existente referente ao espaço físico das unidades.

Durante a realização da pesquisa no campo, constatamos essa realidade e, em algumas unidades de saúde, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais do NASF. As entrevistas, por exemplo, foram realizadas no consultório médico, na sala de enfermagem, na sala de procedimentos, na copa e, até mesmo, na varanda e no quintal das casas, devido à falta de um espaço específico para o NASF.

Por sua vez, o participante do NASF-I ressalta a dificuldade para conseguir atender as demandas e necessidades das EqSF, visto que as equipes do NASF prestam apoio a cinco unidades de saúde da família diferentes. Os profissionais da ESF convergem com essa percepção, tanto no que se refere à carência de espaços e materiais adequados, quanto à insuficiência de profissionais para atender a demanda, como podemos verificar nos trechos a seguir:

Agora, se eles cobrissem só três unidades, seria melhor. Então, tem horas que eu sinto falta, porque [...] vem aqui duas vezes no mês, a psicóloga. A nutricionista, acho que só também duas vezes (ESF-A, Enfermeira).

Seria interessante que todos os profissionais do NASF estivessem aqui todos os dias, mas, infelizmente... é uma equipe pra 20h, 40h, pra várias unidades. Depende muito da agenda de cada um... as vezes, tem um caso, a gente conversa por telefone, tipo assim... depois, a gente marca um dia (ESF-B, Médico).

Eles têm que se adaptar com a situação que tiver no momento. **Se tiver uma sala... tipo, a sala da médica tiver desocupada, eles podem tá ali atendendo. Mas, se tiver ocupada, eles não vão ter aquela sala, eles têm que procurar um lugar pra atender.** E aí, às vezes, não tem a privacidade, acho que isso precisa melhorar. E também nos aspectos de... às vezes, **precisa de um material que a secretaria deveria disponibilizar e não tem. Aí, às vezes, tem que se virar da forma que pode**, tem que fazer o trabalho com aquilo que tem no momento (ESF-D, Agente comunitária de saúde).

Tanto a ESF, como o NASF tem enfrentado uma série de obstáculos para alcançar a efetividade. Muitos obstáculos, como aqueles retratados pelos participantes da ESF – falta de espaços e materiais adequados, número insuficiente de profissionais – de acordo com Rosa e Coelho (2011), decorrem de um obstáculo ainda maior que é o subfinanciamento das ações de saúde, havendo problemas relacionados ao montante ou à alocação dos recursos.

Os participantes da ESF A e B chegam a sugerir um número menor de unidades de saúde da família sob responsabilidade de cada equipe NASF, considerando a necessidade das EqSF e a possibilidade de oferecer resolubilidade por parte dos profissionais de apoio. Mas, para isso, seria preciso ampliar o número de equipes do NASF.

No entanto, Flegele e outros (2010) destacam que, a partir da contrarreforma neoliberal, o processo de municipalização das ações de saúde fez com que os municípios se tornassem responsáveis pelo gerenciamento dos serviços e pela contratação dos trabalhadores. Ao mesmo tempo, a Lei de Responsabilidade Fiscal estabeleceu percentuais máximos para gastos com a folha de pagamento dos servidores, limitando a possibilidade e a autonomia do setor público na admissão de um número maior de profissionais.

Tais fatos – a municipalização das ações de saúde associada a Lei de Responsabilidade Fiscal – podem favorecer a busca por alternativas contratuais e contribuir para utilização de formas diversas de contratação e vínculos empregatícios. Assim, além das dificuldades resultantes da indisponibilidade de infraestrutura e materiais para o desenvolvimento do trabalho, os profissionais do NASF complementam essa perspectiva, ao relatarem a não garantia de direitos e baixos vencimentos atribuídos ao trabalho.

Essa realidade está relacionada com a precarização do trabalho dos profissionais do NASF e vem afetar diretamente a resolubilidade das ações de saúde desenvolvidas na atenção básica.

Nosso salário já tá congelado há uns sete anos. [...] A única coisa da coordenação que melhorou pra NASF foi férias, que a gente não tinha no primeiro ano. E a folga semanal. Pronto. Fora isso, mas nada. **Como nosso vínculo é cooperativado, a gente não tem carteira assinada, a gente não tem aumento de salário, a gente não tem alguns outros benefícios**, que poderia ter, mesmo que você seja cooperativado... a gente não tem benefício nenhum, entendeu? (NASF-D, Educador físico).

Você quer que eu comece pelo quê? Pelo salário? [...] Mas, assim, melhorar as condições financeiras pra gente, **o profissional trabalha... às vezes, é até vergonhoso o que a gente ganha** (NASF-F, Fisioterapeuta).

Pois é... a pior possível. Isso aí... **as condições de trabalho são terríveis**. [...] A forma da nossa contratação, tanta coisa que eu posso falar... **já começa pela forma da contratação, não tem concurso, é indicação política**. A renda que vem do ministério, ela é dividida por três entidades que é a cooperativa, a prefeitura, até chegar na gente. Vem metade do que tinha que receber e por conta disso, **não posso me queixar, não posso levar problemas, não posso pedir coisas que eu precise, porque isso gera um desgaste, você é tido como uma pessoa que tá questionando o sistema** (NASF-G, Psicóloga).

Falamos anteriormente que a política neoliberal tem provocado uma série de efeitos danosos sobre o trabalho. Muitos deles aparecem nas falas dos profissionais do NASF D, F e G: como a fragilidade dos vínculos empregatícios; a ausência de direitos trabalhistas e previdenciários; e o congelamento dos salários.

Dada a reprodução de práticas clientelistas por meio da concessão de benefícios e a consequente vulnerabilidade do emprego, a profissional do NASF-G entende que não pode questionar ou reivindicar melhores condições de trabalho. Sobre isso, Magalhães (2015) afirma que a precarização dos vínculos de trabalho é uma ferramenta para controle dos trabalhadores, afim de aumentar a exploração da força de trabalho, condição essencial para reprodução do capital.

Compreendemos que, a fragilidade do vínculo causa insegurança e expõe os trabalhadores a uma subcondição que os impede de articular-se coletivamente e lutar por seus direitos. Diferentemente, as enfermeiras da ESF D e F entendem que, mesmo com as condições existentes, “ninguém vai deixar de ser atendido” porque “dá pra fazer um bom trabalho”.

Não é o que deveria. Não é o perfeito. Não tô aqui no ar condicionado, nada disso. **Mas, dá pra gente atender**. Eu também não tô no meio da rua, nem no sol quente, né? Dá pra atender... eu não reclamo muito, não. Eu acho que podia tá pintada, acho que podia ter um ar, acho que podia ser tudo muito chique. Mas, se não é, **ninguém vai deixar de ser atendido por causa disso**, eu gosto da minha casinha... eu acho que tem gente muito pior que eu, então, eu não vou reclamar (ESF-D, Enfermeira).

As condições de trabalho... dá pra fazer um trabalho [...] Mas, a gente vê também que a secretaria de saúde se preocupa muito, sabe? Em facilitar o trabalho, em dar um apoio, em não faltar materiais, não faltar aparelhos, não faltar farmácia e esse suporte ajuda bastante. A gente não é um país de primeiro mundo pra ter uma saúde básica como a gente sonha, infelizmente, né? Ainda falta algumas coisas pra chegar, mas o que a gente tem recebido, **o que a gente tem encontrado nas unidades de saúde dá pra fazer um bom trabalho.** A gente tem que criar também. Então, quando a gente cria, a gente favorece bastante a saúde da comunidade. Então, a gente tem tido um suporte que dá pra gente atuar bem (ESF-F, Enfermeira).

Outrossim, as participantes da ESF até reconhecem algumas carências em relação às condições de trabalho. Mas, de acordo com a participante da ESF-F, a secretaria de saúde tem disponibilizado recursos básicos, os quais são suficientes e condizentes com a realidade, divergindo das demais falas apresentadas. Entendemos que essa percepção acerca da oferta de recursos básicos reforça, mais uma vez, a perspectiva do pacote de serviços mínimos de uma política focalizada e seletiva.

Por outro lado, a mesma participante ressalta que, na ausência de recursos, os profissionais devem criar alternativas que favoreçam o desenvolvimento do trabalho. Contudo, acreditamos que a iniciativa e criatividade dos trabalhadores não deve ser confundida com responsabilidade individual pela resolução de problemas. Assim, como Faria e Araújo (2011), entendemos que negligenciar as condições de trabalho ao analisar o processo e a produção do cuidado é um risco, uma vez que tais condições repercutem sob a vida e o trabalho dos profissionais de saúde e, consequentemente, sob a vida e a saúde dos usuários.

Para além da oferta de espaços e equipamentos, a garantia de condições concretas para o trabalho e para a continuidade do cuidado em saúde pressupõe ainda uma organização eficiente dos serviços, que possibilite aos profissionais desenvolverem suas práticas de modo efetivo e aos usuários, um atendimento integral a partir das suas necessidades.

Assim, **os mecanismos de referência e contrarreferência** buscam fortalecer as relações que a atenção básica estabelece com os demais níveis de atenção à saúde do SUS, proporcionando o fluxo dos usuários entre os serviços (SERRA; RODRIGUES, 2010). Conforme com o doc. 3 (BRASIL, 2012), a atenção básica deve ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação da rede. Ao NASF, cabe apoiar a inserção da ESF na rede de atenção, fortalecendo e ampliando a sua resolubilidade.

Para isso, a metodologia de trabalho do NASF, segundo Campos e Domitti (2007), deve ser complementar aos mecanismos de referência e contrarreferência, ampliando tais mecanismos na direção de um acompanhamento longitudinal de responsabilidade das EqSF. Ou seja, o apoio matricial personaliza o sistema de referência e contrarreferência, de modo que, a decisão sobre o acesso de um usuário a um serviço especializado deve ser tomada, de forma interativa, entre profissionais da ESF e profissionais do NASF.

Contudo, ainda de acordo com esses autores, o modo como os serviços estão organizados – fragmentados a partir da lógica das profissões e especialidades – tornou-se um obstáculo para uma prática interdisciplinar e dialógica. Estruturas fragmentadas tendem a diluir a responsabilidade sob os casos acompanhados, o que inviabiliza a integração das abordagens diagnósticas e terapêuticas, bem como a continuidade do cuidado.

Além disso, para Martiniano e outros (2010), a reforma neoliberal tem preconizado os serviços de atenção básica, na perspectiva da oferta de pacotes mínimos de assistência, com custos reduzidos, para a população mais pobre. Por sua vez, os serviços de média e alta complexidade acabam ficando a cargo da iniciativa privada. Assim, se a atenção básica tem sido tomada como prioridade no setor saúde, o mesmo não pode ser dito em relação a atenção de média e alta complexidade. Na prática, os usuários têm grandes dificuldades para ter acesso a esses níveis de assistência, influenciando a resolubilidade das necessidades de saúde.

As falas, a seguir, retratam essa realidade.

Esse, hoje, é um dos grandes problemas, da referência e contrarreferência. O que dificulta é a questão da marcação, que é algo que... vem pouca vaga... a população reclama... principalmente pra especialidades determinadas, como oftalmo, cardiologista, neuro... **então, vem pouca vaga pras unidades, a demanda é grande, a procura é grande e a população não fica satisfeita.** Acho que, hoje, o grande problema daqui é esse. [...] essa questão do encaminhamento é uma coisa morosa, é uma coisa que realmente remota a gente ao passado do SUS, da fila. É uma fila que a gente não vê, mas é uma fila que existe (NASF-A, Educador físico).

A própria rede é desarticulada, então, não tem como a gente caminhar, tramitar na rede segundo a política. Mas, já tive algumas experiências bacanas, assim, de conseguir chegar até a ponta, [...]. Mas, infelizmente, são poucos momentos. Aqui, só a esfera da atenção básica mesmo, ficar por aqui. (NASF-G, Psicóloga).

Para o participante do NASF-A, a dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade configura-se como um dos grandes problemas identificados em seu contexto de trabalho. Em sua fala, relata que o número de serviços especializados é insuficiente, mas a demanda é consideravelmente grande, o que provoca insatisfação na população assistida. Salientar que, grande parte dessa população, que depende exclusivamente do SUS, é submetida a uma longa espera por atendimento, diagnóstico e tratamento, o que gera uma grande demanda reprimida e inviabiliza a resolubilidade da atenção e do cuidado.

Já a participante do NASF-G ressalta a desarticulação entre os serviços. Segundo ela, experiências positivas de trânsito na rede acabam sendo raras. Conforme Martiniano e outros (2010), por um lado, a atenção básica tem se mostrado pouco resolutiva. Por outro, as ações de média e alta complexidade – sem investimentos adequados – tornam-se praticamente inacessíveis para a população que depende do SUS e não pode pagar pelos serviços. Tal perspectiva parece corroborar com a lógica de uma atenção básica para a população mais pobre.

Os participantes da ESF B e D tem falas convergentes com os participantes do NASF, frente às dificuldades enfrentadas pelos usuários para que possam transitar na rede em busca da resolubilidade das suas necessidades de saúde.

Olha só, hoje é um problema no sistema de saúde, essa questão da outra via, da secundária e da terciária. **Há uma demanda muito grande, a gente consegue resolver muitas coisas aqui, só que, às vezes, a gente precisa e tem que recorrer pra regulação.** O paciente tem que colocar a guia, a guia tem que ir pra regulação, a regulação marcar a data pro paciente ir... então, isso quando é consulta marcada, quando é consulta pra ambulatório. Aí, demora muito, demora meses, muitas vezes, e isso prejudica a relação. [...] **Mas, existe essa barreira ainda entre o sistema primário, a parte primária e secundária, terciária** (ESF- B, Médico).

Porque a quantidade de vagas ainda é muito pouca e a quantidade de pessoas é muito grande, que necessita. Aí, às vezes, só vem uma ou duas vagas pra uma especialidade de mais urgência, que tem mais pessoas que precisam e aí, tem que ficar na espera. E, às vezes, tem coisas que não dá pra esperar. Às vezes, tem pessoas que não tem as condições de fazer um exame particular, aí tem que ficar esperando. Já teve casos até de pessoas que mandou exame, esperando por uma consulta, a pessoa chegou a falecer, depois que o exame foi chegar. Então, essa questão de vagas ainda é um problema que precisa melhorar muito (ESF- D, Agente comunitário de saúde).

Para o profissional da ESF-B, o processo para marcação de uma consulta com um especialista pode demorar meses. Na impossibilidade de recorrer aos serviços a partir da iniciativa privada, a participante da ESF-D declara não haver outra alternativa para os usuários, apenas esperar.

Contradictoriamente a essa realidade do fluxo de atendimentos entre os serviços de média e alta complexidade, as usuárias declararam que, apesar da dificuldade, até conseguem transitar, realizar exames e consultas, mas com uma longa espera.

A gente consegue. É um pouquinho difícil. Eu tô com exame pra fazer... não, eu tô com cardiologista pra... que todo ano, eu tenho que fazer o eco normal [...] Faz esforço, aquilo tudo, né? Aí, só que pra consegui vaga... as meninas falou que primeiro tem que passar no cardiologista, depois ele que vai encaminhar esses exames. Aí, eu tô esperando o cardiologista, já tem mais de 90 dias, esperando pra marcar o cardiologista. Já pediram até as xerox dos documentos, já tem uns 20 dias já que pediram, já levei... mas, até agora nada (USU-B, Dona de casa).

Tem aquele tempo, né? Como todos os outros que vai pra secretaria e tal, mas consegue. No meu caso, como são exames, coisas simples... não demora. Mas tem pessoas que eu vejo se queixando, que demora até um ano. Eu acho isso um absurdo, uma agressão com o ser humano. Ficar esperando um ano pra poder fazer... minha vizinha mesmo esperou um ano pra vim um eletroencefalograma, né? Achei isso desumano (USU-D, Dona de casa).

Concordamos com Protasio e outros (2014) que, essa dificuldade não deveria acontecer em um sistema de saúde que tem a atenção básica como pilar, a qual deveria coordenar e assegurar os fluxos de atendimento. A existência de impedimentos para o acesso aos serviços de média e alta complexidade, ainda na porta de entrada, diminui a credibilidade do sistema e suscita processos de acesso diferenciados, como pela iniciativa privada, como relata a participante USU-E.

Exame, eu não consigo porque o negócio da marcação não faz... mas, elas me dá a guia e eu consigo fazer fora [...]. Porque, antigamente, marcava por aqui mesmo, né? Mas, agora não marca, lá na secretaria que tem que resolver tudo [...]. **Quando eu não consigo, eu faço no dinheiro. É assim... vai levando a vida** (USU-E, Empregada doméstica).

Além da dificuldade no encaminhamento dos usuários para atendimentos especializados, os profissionais da ESF ainda ressaltam a inexistência de um procedimento formal de contrarreferência.

Assim, quando a gente encaminha, a gente encaminha na guia de referência e contrarreferência, né? Cada caso, cada um pra sua especialidade e o **retorno vem através dele [do usuário], que a gente não recebe, infelizmente, essa... a gente recebe a informação do paciente, de como foi**. Porque a gente já sabendo que essa guia não retorna, a gente pede que quando ele volte, que ele venha conversar. Então, eles sempre me trazem um retorno (ESF-A, Enfermeira).

Só tem referência. Contrarreferência, não. A gente manda, mas só vai ter o retorno se o paciente voltar. O médico não vai fazer... pra falar o que ele fez, não. Isso nunca teve. Geralmente, eles [os usuários] vem falar. Vem falar porque ficam agradecidos, porque conseguiu, vem falar: "oh [...], consegui resolver", entendeu? Geralmente, vem. Quando é uma coisa assim que a gente tava preocupado, que a gente tava lutando pra consegui marcar. Eles vêm. Mas, quando é uma coisa comum, não. Endócrino, tem gente que tem problema de tireóide, que fica indo direto, é difícil de marcar, mas quando ele vai, não precisa dizer. Agora, quando é aquela coisa que tava batalhando, eles sempre vem dar um retorno (ESF-D, Enfermeira).

Muitas vezes, as informações decorrentes do atendimento realizado são repassadas pelos próprios usuários. Ciente da inexistência de uma contrarreferência, a profissional da ESF-A, ao realizar o encaminhamento do usuário para um serviço especializado, já solicita que, após o atendimento e/ou exames, ele retorne para fornecer informações para a EqSF. A profissional da ESF-D ainda acrescenta que, em situações que envolvem maior dificuldade para conseguir o acesso ao serviço, os usuários retornam, aparentemente, motivados pelo sentimento de gratidão. Essa gratidão nos remete à lógica do direito à saúde como 'favor' prestado, refletindo o não reconhecimento da saúde enquanto direito de cidadania.

Pela forma como o mecanismo de referência e contrarreferência foi apresentado, entendemos que as EqSF, mesmo com o apoio das equipes do NASF, ainda não têm conseguido desempenhar a coordenação do cuidado. Apesar da presença do NASF, os encaminhamentos para serviços mais especializados ocorrem sem acompanhamento e longitudinalidade da assistência prestada, o que reduz as possibilidades de oferta de cuidado com integralidade e resolubilidade no âmbito da ESF.

Para Assis e outros (2010), a resolubilidade implica na oferta de soluções efetivas para as necessidades de saúde da população, em termos clínicos e/ou sanitários. Nessa perspectiva, segundo o doc. 3 (BRASIL, 2012), o NASF foi pensado e desenvolvido exatamente para ampliar a cobertura, as possibilidades de ação e a **resolubilidade dos serviços** da atenção básica, atuando de forma integrada com as EqSF, equipes de atenção básica para populações específicas, academia da saúde, com a rede de atenção à saúde e demais redes sociais e comunitárias.

Para alguns participantes [NASF A e B], o NASF tem conseguido atingir esse objetivo.

Ao longo desse tempo que a gente veio atuando, a gente contempla a procura. É... acho que, da forma que a gente trabalha em grupo e tá sempre constante... Tipo assim: o paciente vem até a gente e ele não passa três ou quatro meses sem ver a gente. Ele vem até a gente, toda vez que ele vem no posto, ele participa do grupo, grupo de idoso, grupo de atividade física e olha ele de novo... E a gente sempre reforçando, sempre nos grupos práticos, a gente reforça a questão da atividade educativa, das orientações nutricionais, da postura que você tem que tomar pra ter uma vida mais ativa (NASF-A, Educador físico).

O NASF, ele acaba que ajuda a transformar o serviço em um pouco mais humanizado porque dá um atendimento integral, porque dá uma resposta maior aos problemas da comunidade. Então, a comunidade, às vezes, só tinha uma resposta do médico e do enfermeiro e saia insatisfeita. Então, o NASF começou a dar um suporte maior, na verdade, um encaminhamento maior (NASF-B, Fisioterapeuta).

Na perspectiva do educador físico [NASF-A], o NASF tem ofertado respostas para as demandas dos serviços, principalmente, por meio das práticas educativas realizadas no trabalho com grupos. A fisioterapeuta [NASF-B] complementa que o NASF conseguiu transformar os serviços. Segundo ela, a presença dos núcleos de apoio deixou o atendimento mais humanizado, ampliou as possibilidades de resposta, na perspectiva da integralidade. As falas de algumas usuárias convergem com os profissionais do NASF sobre o caráter resolutivo das ações, tomando como exemplo os trabalhos de fisioterapia e psicologia.

Tem cinco anos, vou fazer seis anos em setembro já lá na [...]. Muita gente que tava duro em cima da cama... tem uma mesma, conhecida, [...]. [...] tava em cima dum a cama. Hoje, [...] é outra. [...] é 10, hoje. [...], antes, não dobrava nem os pés, nem as pernas, ela não dobrava. E, hoje, ela faz tudo. Movimenta o corpo todo. O exercício é excelente. As pessoas que bem souberá procurar o grupo [...], que a pessoa pra chegar a idade, tem que chegar a idade em forma, não caindo os pedaços (USU-A, dona de casa).

A primeira luz que eu tive em relação a minha filha, assim... levar [...] em tal especialista saio daqui do PSF. Quando a enfermeira chefe agendou uma consulta com a psicóloga, aí foi que ela veio descobrir. Porque, até então, eu fazia assim... vista grossa, olhos cegos, eu não achava que [...] tinha nada. E ela sempre teve, desde pequenininha. [...] Mas, foi a partir daqui, foi aqui que deu o clique. Eu comecei a encaminhar, andar com ela, levar na APAE, pedi pra fazer uma avaliação. Mas, tudo começou por aqui. Eu não tenho queixa nenhuma daqui, pelo contrário (USU-D, dona de casa).

Como podemos ver, as usuárias fazem avaliações positivas acerca da presença e atuação dos profissionais do NASF. Mas, para elas, a resolubilidade está associada com resultados individuais, com orientações e encaminhamentos recebidos.

No entanto, essa percepção dos profissionais do NASF e das usuárias não é compartilhada por todos.

Eu acho ainda meio precário porque eu não tenho... assim... a interação [...]. Você percebe que existem pessoas que são mais comprometidas do que outras. Então, assim, quando fragmenta a coisa não fica, de fato, tão... né? Mas, a gente vai levando desse jeito, só que não supre a necessidade [...]. Falta um certo comprometimento de alguns [...]. Então, eles vêm nas reuniões e tal, só que algumas coisas são mais desenvolvidas com alguns profissionais do que com outros. **Então, assim, como falta a participação ativa de alguns e são deles que, às vezes, a comunidade precisa, então, infelizmente...** (ESF-A, Enfermeira).

Não acho, não. Por exemplo, você consegue ir pra nutricionista, hoje. Tudo bem, ela vai passar uma dieta. Quando é que você vai conseguir marcar pra você dizer que você melhorou ou que você não melhorou, que seu colesterol baixou, se só são quatro por mês? A prioridade é de quem nunca foi e tá precisando, entendeu? [...] então, **a resolutividade é verdadeira ou a gente tá mascarando uma realidade?** Entendeu? Fica a interrogação aí para o futuro (ESF-D, Enfermeira).

No que tange à resolubilidade alcançada a partir da atuação dos núcleos de apoio, as profissionais da ESF divergem dos profissionais do NASF. Em suas falas, elas ressaltam que, para ser resolutivo, é preciso avançar na integração entre os profissionais. De acordo com o doc. 4 (BRASIL, 2014), a integração da equipe não implica em estar juntos o tempo todo, mas em desenvolver ações a partir do encontro, de discussões e pactuações compartilhadas.

É preciso ainda superar a lógica dos atendimentos individualizados com práticas prescritivas. A esse respeito, a profissional da ESF-D chega a questionar se estão oferecendo respostas efetivas ou mascarando a realidade. Por um lado, percebemos que o NASF pode se desenvolver enquanto estratégia para o fortalecimento da atenção básica e, consequentemente, da ESF. Mas, por outro lado, a depender do modo como as ações são desenvolvidas, os núcleos de apoio podem acabar fazendo o contrário.

Além disso, concordamos com Martiniano e outros (2010) que, ao assumir a responsabilidade pela demanda reprimida por serviços de média complexidade, o NASF pode fortalecer a lógica do pacote de ações focais e seletivas para populações mais pobres. Por conseguinte, entendemos que programas pobres para pobres, com baixa eficiência e resolutividade, são resultantes de uma redução drástica no tamanho e no papel do Estado na condução das políticas sociais.

Acreditamos que todos os aspectos apresentados até aqui – a reorganização dos processos de trabalho; a garantia do acolhimento, da construção de vínculos e da corresponsabilização entre equipes e entre equipes e usuários; a necessidade de uma educação permanente que conte com conhecimentos técnicos, éticos e políticos; a desprecarização e qualificação dos vínculos empregatícios e a garantia de condições dignas e seguras de trabalho; a oferta de novos serviços e novas tecnologias; a organização e articulação entre os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde – vem a influenciar o processo de ampliação da resolubilidade da atenção à saúde.

Outrossim, reconhecemos os diversos interesses e disputas que vem atravessando o sistema de saúde, que contribuem para inviabilizar a garantia do direito e a efetivação dos princípios do SUS. Considerando as exigências e determinações do processo de trabalho e da produção do cuidado no NASF – tanto na perspectiva macropolítica, quanto micropolítica – os profissionais dos núcleos de apoio precisam atuar sempre a partir de uma lógica contra-hegemônica de trabalho em saúde. Entretanto, tais profissionais precisam corresponder à responsabilidade pela ampliação das ações e da resolubilidade na atenção básica, mesmo diante da fragilidade dos vínculos empregatícios e das condições precárias de trabalho.

De acordo com Leite, Nascimento e Oliveira (2014), as particularidades do cotidiano de trabalho do NASF podem comprometer a qualidade de vida e o trabalho desses profissionais, além de repercutir na qualidade do serviço prestado. Os participantes do nosso estudo apresentam, em suas falas, sentimentos de ansiedade, impotência e até culpa frente a situações de trabalho.

Eu tava comentando com uma enfermeira aqui, às vezes, **eu fico muito preocupado... às vezes, eu tenho ansiedade com muita coisa por conta dos problemas que elas [as usuárias] trazem que eu não consigo resolver**. Mesmo você fazendo o PTS, que é o projeto terapêutico singular, você não vai conseguir resolver. Então, acaba eu ficando com essa coisa na cabeça, pensando nelas, entendeu? Como resolver esses problemas. **E aí, não dorme, fica sem dormir por conta dos problemas delas, é difícil**. Por ser posto de saúde, saúde pública, você vai encontrar problemas de todos os tipos. Eu já presenciei problema de todo tipo (NASF-D, Educador físico).

Gera um sentimento de impotência. Gera porque, assim, você quer resolver, né? Você quer chegar lá [...]. Você chega em casa que as pessoas moram quase dentro de uma lagoa, a umidade nas paredes, sabe? Você fica olhando e como que a pessoa mora numa condição dessa? [...] entendeu? **Então, assim, você, às vezes, fica impotente mesmo** (NASF-F, Fisioterapeuta).

Então, eu fico desgostosa. Então, eu fico desinteressada. Então, eu fico apática. Então, meu serviço não fica legal. Então, eu me culpabilizo e eu sou uma nódoa desse sistema. E eu, várias vezes, já me vi como incompetente, que eu não consigo fazer... e eu entendi que eu tenho limitações pessoais, que eu preciso disso, disso e disso pra trabalhar e eu não tenho. [...] uma apatia, um desgaste, que também me desqualifica enquanto profissional [...]. Eu, como psicóloga, tenho alguns conhecimentos racionais, mas não tô livre de passar por esse processo e já passei por esse processo. Muito fortemente (NASF-G, Psicóloga).

O profissional do NASF-D relata a sua ansiedade e insônia frente a impossibilidade de oferecer respostas efetivas às mais diversas e complicadas situações e problemas identificadas no ambiente de trabalho e aquelas apresentadas pelas usuárias. Por sua vez, a profissional do NASF-F sente-se impotente principalmente no que tange as condições de vida dos usuários. Já a profissional do NASF-G, sente-se incompetente e, por vezes, se culpa diante das condições de trabalho. Em sua percepção, esse desgaste desqualifica o profissional.

É preciso que façamos uma reflexão sobre tais condições de trabalho. De acordo com Carvalho, Araújo e Bernardes (2016), as exigências da atuação nos moldes de trabalho dos núcleos de apoio não têm sido acompanhadas pelo adequado processo de formação e preparação dos trabalhadores. Desse modo, as situações identificadas no trabalho acabam produzindo um sofrimento significativo nesses profissionais.

Outrossim, essas autoras, ao estudarem os transtornos mentais comuns entre trabalhadores da Atenção Básica, identificaram maior prevalência entre os trabalhadores do NASF. Elas atribuem tal resultado ao fato dos profissionais do NASF não conseguirem visualizar os resultados do seu trabalho em curto prazo, possuírem vínculo de trabalho frágeis, sem as garantias trabalhistas básicas como férias e décimo terceiro salário. Além disso, esses trabalhadores vivenciam, na prática diária, níveis excessivos de responsabilidades somados a condições inadequadas de trabalho, tempo insuficiente para planejar e preparar a assistência.

Tal problemática evidencia a necessidade de atenção especial aos trabalhadores e às suas condições de demandas de trabalho, tendo em vista a elaboração e implementação de medidas de intervenção nesse grupo. Portanto, a melhoria das condições de trabalho dos profissionais do NASF poderá impactar positivamente as ações desempenhadas por toda a EqSF, com potencialidade para uma assistência à saúde de qualidade para as populações assistidas.

Contudo, apesar dessa problemática de trabalho, os participantes identificaram uma série de **avanços e desafios** para consolidação do trabalho do NASF. De acordo com Paim e outros (2011), o SUS aumentou consideravelmente o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população. No contexto da atenção básica, o NASF ampliou ainda mais as possibilidades de atuação da ESF, fato reforçado nas falas a seguir:

Eu acho que é um trabalho bom, entendeu? Teve uma paciente que disse assim que isso 'é até um luxo'. Porque a gente foi na casa da paciente, a nutricionista e eu junto. Depois, poderia ir a psicóloga. Então, assim, **um atendimento top, não é todo mundo que tem até plano de saúde que vai fisioterapeuta e nutricionista na sua casa** (NASF-F, Fisioterapeuta).

A própria proposta do NASF já é um grande avanço, né? [...] uma política de saúde que agrupa essas novas categorias profissionais na atenção básica, que essencialmente era só médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e depois veio odonto. A própria proposta já é inovadora, já é fantástica. O cabedal de ações, o potencial que é uma equipe volante que vai tentar identificar o que a unidade mais precisa na sua composição técnica e na comunidade, tentar ajudar junto com essa unidade, junto com esses profissionais, montar planos de ação pra melhorar essas condições de vida e também oferecer assistência na sua especialidade, isso é uma concepção de saúde, de cuidado que é fantástica (NASF-G, Psicóloga).

As participantes do NASF destacam a presença e a atuação de profissionais de diferentes categorias na ESF, as possibilidades e as potencialidades de uma equipe multiprofissional que identifica e trabalha a partir das necessidades de saúde dos territórios sob sua responsabilidade, tendo em vista a melhoria das condições de vida e saúde das populações. Por sua vez, os profissionais da ESF complementam e ressaltam o aumento da adesão dos usuários aos tratamentos e atividades propostas a partir da contribuição dos núcleos de apoio.

Não tinha adesão do hipertenso e diabético. O programa hiperdia praticamente não existia na unidade. Então, o que aconteceu? Com eles [profissionais do NASF], eu pude resgatar isso aí, porque eu não tinha uma consulta, um agendamento com nenhum deles [usuários com hipertensão e diabetes]. [...] então, eu consegui, eu já tenho comigo um bom número de hipertensos e diabéticos, que já fazem parte do programa. **A adesão é um ganho maravilhoso.** Eu não tinha ninguém, eu tenho isso aqui hoje (mostra documentos sobre a mesa). Tem mais, é porque eu só tô com essa pasta aqui... Tem muito mais do que esses aqui. Então, pra quem não tinha ninguém atendendo, [...] pra mim isso aí foi maravilhoso. Um ganho tamanho (ESF-A, Enfermeira).

Diferentemente, algumas participantes identificaram a melhoria das suas condições de saúde enquanto resultado do trabalho dos profissionais do NASF, justificando ainda a importância de ter diversos profissionais tão próximos, o que podemos entender como um provável fortalecimento do vínculo.

Contudo, para que possa continuar avançado em direção à corresponsabilização e à resolubilidade no âmbito da ESF e demais serviços da atenção básica, o NASF precisa enfrentar e superar uma série de desafios. De certo modo, tais desafios não pertencem apenas aos profissionais do NASF, mas cabe a todos os gestores, trabalhadores do sistema de saúde e cidadãos, a luta pela garantia do direito a saúde.

Um dos desafios abordados pelos profissionais do NASF é o processo de medicalização social. De acordo com Tesser (2010), o fenômeno abarca uma série de experiências e situações cotidianas que são transformadas em questões de saúde. Ou seja, as circunstâncias antes administradas pela própria pessoa e sua comunidade passam a ser geridas por especialistas, principalmente médicos, fortalecendo o consumo de procedimentos e intervenções.

Trabalhar com educação em saúde, no Brasil, ainda é uma coisa complicada. **Infelizmente, a população ainda quer remédio e atendimento**, ainda tem uma grande dificuldade em querer o conhecimento. Então, é uma coisa que a gente ainda tem que batalhar bastante pra poder mudar culturalmente (NASF-C, Psicóloga).

Infelizmente, não é só Feira [de Santana], é no Brasil, ainda tem uma característica de ambulatório muito forte, **a gente ainda vem com aquela cultura do hospital muito presa, a comunidade ainda acredita muito na medicalização, no remédio, que o remédio é que vai trazer o processo de cura** (NASF-I, Educador físico).

O processo está associado também à globalização e à influência dos valores do mercado nos espaços de cuidado, transformando o saber e as práticas em procedimentos comercializáveis, aumentando a dependência dos usuários pelas instituições médicas, procedimentos e consumo farmacêutico. Dentre as atividades desenvolvidas no SUS com potencial desmedicalizantes, Tesser (2010) destaca o matriciamento das EqSF. A proximidade e a interação permitida pela ESF pode ser uma chance para reorientar o processo de medicalização no sentido da autonomia dos sujeitos. Contudo, compreendemos que o trabalho da ESF e do NASF só será efetivo se houver integração e interação entre as equipes.

Enquanto equipe, é aquele negócio... **se, realmente, fosse uma equipe muito, muito participativa, toda equipe, no mesmo pensamento, no mesmo ritmo, com certeza, o trabalho ia fluir bem melhor, entendeu?** (NASF-D, Educador físico).

Concordamos com Araújo e Rocha (2007) sobre a urgência acerca da construção de tempos/espaços para o diálogo, para o planejamento e desenvolvimento conjunto das ações. O trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar deve agregar e ampliar a capacidade de identificação, análise e intervenção nas demandas e problemas de saúde. Nessa perspectiva, destacamos também a necessidade de maior envolvimento da comunidade. As próprias usuárias, participantes do nosso estudo, complementam essa perspectiva e revelam a importância de uma participação mais ativa.

O que tá impedindo mais é que tem lugar que o grupo é muito pequeno. E tem pessoas que não querem ir, tem preguiça de ir. Eu falo assim: '**Se a gente desistir, isso aí vai acabar**' (USU-B, dona de casa).

E fico chateada quando vem uma ou duas pessoas, porque **um trabalho tão bom, uma coisa que a gente tem direito, uma coisa de graça, não paga e as pessoas não vem, sabe?** Eu fico chateada. **Tem que aproveitar uma coisa tão boa dessa pra saúde da gente [...]. E as pessoas procurar também conhecer melhor o trabalho e participar** (USU-F, professora).

Vale salientar que, segundo a *Política Nacional de Atenção Básica – doc. 3* (BRASIL, 2012), os serviços da atenção básica devem estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e sua capacidade de cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Para Crevelim e Peduzzi (2005), um dos maiores desafios da ESF é exatamente o desenvolvimento de práticas, onde a população seja participante efetiva, desde o processo de construção até a execução das ações.

Diferentemente, os profissionais da ESF, ao serem questionados acerca dos desafios para implementação e consolidação do trabalho do NASF e, consequentemente, da atenção básica, chamam atenção para as condições precárias de trabalho, a carência de espaços e a insuficiência dos recursos.

O NASF deveria tá mais presente. Não, os profissionais, digo NASF como conjunto, deveria estar presente. **Os profissionais têm que ir a outras unidades porque não podem se ater a uma, na atual conjuntura, a uma só unidade, devem estar em outras unidades.** [...] porque a gente tem uma demanda muito grande de pessoas impossibilitadas de ter acesso ao serviço privado e depende muito daqui e sobrecarrega, muitas vezes, um só profissional (ESF-B, Médico).

Então, eu acho que o maior desafio deles é esse, **falta de estrutura e de recursos também**, porque, às vezes, precisa, né? A gente não vai fazer um grupo só pra levar informação, porque não é só isso, a comunidade precisa de mais coisas, que não é só informação (ESF-C, Agente comunitária de saúde).

Tem a equipe, que a gente sabe que não é fixa, elas têm tipo um tempo pra ficar aqui, um dia ou dois na semana e, às vezes, tem situações que precisa com urgência e, às vezes, não pode porque eles tem as regras dos atendimentos deles estabelecido. **O desafio é justamente isso, acho que é mais na questão da gestão mesmo, proporcionar um trabalho digno, um espaço físico melhor, materiais adequados e suficientes pra que eles possam desenvolver o trabalho junto com a equipe e com a população.** Eu acho que o maior desafio é esse (ESF-E, Agente comunitária de saúde).

De acordo com Teixeira, Souza e Paim (2014), vários problemas do SUS – por exemplo, número insuficiente de profissionais, falta de estrutura e recursos adequados para desenvolvimento do trabalho, condições dignas e seguras de trabalho – são decorrentes de um problema ainda maior que é o subfinanciamento. Para esses autores, o subfinanciamento permanece e aumenta na medida em que se mantém uma política de redução de gastos públicos em função do ajuste fiscal e do crescimento econômico.

Nesse sentido, precisamos nos atentar também à vulnerabilidade da gestão dos sistemas e serviços de saúde frente às mudanças de governos e gestores. Quanto a isso, os autores sugerem que é preciso buscar a sustentabilidade institucional do sistema de saúde, para além da luta pelo financiamento adequado. Essa sustentabilidade busca superar as limitações imposta pela lógica do mercado e pelo clientelismo político (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Concordamos com Paim e outros (2011) que, o maior desafio enfrentado pelo SUS e, portanto, pelo NASF é o desafio político e ideológico, isto é, o desafio de mobilizar as pessoas, ampliar as bases de sustentação social e política do sistema, e coletivamente lutar por um sistema universal e igualitário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Esse estudo teve como um dos seus objetivos analisar **produção do cuidado do NASF, a partir da corresponsabilização e da resolubilidade, na estratégia de saúde da família**. Nos baseamos na compreensão do cuidado em saúde concebida por Ayres (2001, 2004a), segundo a qual, mais do que um conjunto de medidas terapêuticas, procedimentos e técnicas, o cuidado está na relação estabelecida entre dois ou mais sujeitos que buscam um bem-estar e/ou a atenuação dos sofrimentos. Trata-se, portanto, de uma interação nas e pelas práticas de saúde.

Considerando as particularidades dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família e os de Assis e outros (2010), delimitamos os mecanismos de corresponsabilização e a resolubilidade como dimensões para análise da produção do cuidado no NASF. A corresponsabilização entre as equipes por ser condição para o desenvolvimento do trabalho e a resolubilidade enquanto uma das finalidades do trabalho do NASF junto as equipes de saúde da família.

Os estudos já publicados sobre o NASF, abordados em nosso trabalho, versam sobre competências profissionais requeridas aos profissionais que atuam nos núcleos de apoio; limites e perspectivas dessa atuação; organização e vivência subjetiva do trabalho; percepção dos usuários; entre outros. Com base nesses estudos, identificamos desafios, mas também potencialidades nesse serviço, as quais nos fazem acreditar que a proposta de trabalho do NASF pode impulsionar os mecanismos de corresponsabilização e a ampliação da resolubilidade na estratégia de saúde da família.

A partir desse contexto, analisamos a produção do cuidado em saúde dos profissionais do NASF, as possibilidades de ação junto as equipes de saúde da família e os usuários da estratégia. Por entendermos que a produção do cuidado em saúde ocorre no interior de um processo de trabalho, consideramos o processo de trabalho dos profissionais do NASF.

Assim, a partir dos documentos e entrevistas, identificamos algumas finalidades do trabalho: ampliar a abrangência e o alcance das intervenções da atenção básica, bem como sua resolubilidade; realizar ações segundo o apoio matricial; desenvolver processos de educação permanente e educação em saúde; contribuir com a mudança nos modos de produzir o cuidado.

Para tanto, preconiza-se que o NASF além de atuar no apoio matricial às equipes que está vinculado, no território dessas equipes e junto aos seus usuários, por meio de ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de agravos, voltadas à integralidade da atenção, com interdisciplinaridade e intersetorialidade, para revisão gradativa dos encaminhamentos burocratizados e desnecessários. A atividade junto aos usuários deve ocorrer sob mediação das equipes de referência, tendo em vista a manutenção do vínculo com a estratégia de saúde da família.

Contudo, alguns profissionais do NASF ainda desenvolvem suas ações a partir da doença, ou seja, eles se voltam para o atendimento/acompanhamento de indivíduos portadores de doenças crônicas. Outros atuam a partir de grupos populacionais específicos, o que pouco colabora para a construção da integralidade, já que para cada indivíduo (crianças, mulheres, gestantes, idosos) ou problema de saúde (diabetes, hipertensão) existe uma proposta, um grupo, os quais nem sempre estão articulados. Nesse sentido, o NASF ainda precisa superar a lógica da assistência fragmentada, curativa, centrada na produção de procedimentos.

No trabalho dos núcleos de apoio, equipes de saúde da família e usuários devem se constituir tanto como objetos, quanto como agentes do processo de trabalho, o qual exige integração entre os sujeitos, planejamento conjunto, corresponsabilização e articulação das ações. Entretanto, não observamos atividades específicas voltadas para as EqSF. Já a presença e a participação dos usuários, embora possa impulsionar o desenvolvimento de uma abordagem mais integral das necessidades sociais de saúde, ainda é apresentada como um desafio a ser superado.

No que concerne às ferramentas de trabalho preconizadas para o processo de trabalho do NASF, elas estão diretamente relacionadas com a relação estabelecida entre profissionais e usuários, a qual deve ser mediada por tecnologias leve-duras (conhecimentos) e principalmente por tecnologias leves (de vínculo e corresponsabilização, por exemplo). No entanto, muitos profissionais acabam desenvolvendo atuações mais individualizadas e apresentam modos de operar a produção do cuidado por núcleos tecnológicos dependentes de instrumentos e maquinários, isto é, por tecnologias duras.

Considerando essas peculiaridades do processo de trabalho do NASF, buscamos compreender **como as equipes do NASF se (des) articulam com as equipes de saúde da família e como se vinculam aos usuários na corresponsabilização para resolubilidade da produção do cuidado em saúde.** Vale salientar que, essa responsabilidade precisa ser mantida mesmo quando a atenção for realizada em outro ponto do sistema de saúde. Para isso, as equipes têm criado espaços de discussão – dentro da própria equipe do NASF e entre NASF e equipes de saúde da família – seja por meio de reuniões periódicas, seja pelo contato pessoal direto e/ou telefônico.

Porém, a integração e a articulação entre os sujeitos ainda não são uma realidade concreta nas equipes e unidades de saúde da família pesquisadas. Por vezes, as interações são seletivas e os diálogos são momentâneos, configurando-se como mais um grande desafio para ampliação das ações e do alcance dos serviços dos núcleos de apoio e da estratégia de saúde da família, uma vez que, sem comunicação, as equipes se tornam agrupamentos de profissionais desenvolvendo ações isoladas e fragmentadas.

No que tange à articulação com as comunidades, percebemos que a relação com outros setores sociais tem ocorrido na perspectiva de utilização de espaços fora das unidades de saúde para desenvolvimento de atividades. Não verificamos, no espaço de tempo em que permanecemos nas unidades, a elaboração conjunta de ações, nem com os profissionais de outros setores, nem com os usuários.

Nessa perspectiva, o apoio matricial pode ampliar as possibilidades de integração e diálogo entre distintas especialidades, bem como investir na construção da autonomia dos usuários. Esse arranjo organizacional poderá se efetivar, sobretudo, pela discussão de casos/formulação de projetos terapêuticos e pelo atendimento e intervenções compartilhados. Todavia, a discussão de casos e os atendimentos compartilhados correspondem a práticas esporádicas nas unidades pesquisadas.

Desse modo, o encontro entre equipes do NASF e usuários – que requer mediação, discussão e negociação prévia dos casos, com continuidade do diálogo e do cuidado – tem ocorrido a partir de encaminhamentos entre as equipes de saúde da família e equipes do NASF, seguindo uma lógica semelhante aos processos de referência e contrarreferência, sendo exercida dentro do mesmo serviço, no mesmo nível de complexidade do sistema de saúde, o que demonstra a dificuldade de articulação entre os diversos profissionais.

Por outro lado, nas atividades desenvolvidas em espaços públicos, como praças e quadras de esporte, observamos diversas formas de estabelecer o encontro entre apoiadores e usuários, desde a indicação dos profissionais da ESF ou de outros profissionais da própria equipe NASF, passando pelo interesse e iniciativa das próprias usuárias ao observar o desenvolvimento das atividades, até mesmo o convite de outros usuários, que já participavam das ações e passam a ser referência. Nessas situações, os profissionais do NASF acabam desempenhando ‘papel’ de mediadores entre as usuárias e a estratégia de saúde da família.

Nesse sentido, a compreensão das práticas desenvolvidas pelas equipes do NASF, articuladas com as EqSF e sua relação exige a consideração dos aspectos políticos e econômicos do contexto mais amplo do qual os núcleos de apoio fazem parte, os quais atravessam os modos de produzir cuidado e se configuram, muitas vezes, como desafios para a resolubilidade na estratégia de saúde da família.

Por esse ângulo, destacamos que o sistema único de saúde, enquanto política pública, se desenvolveu em um momento histórico, político e econômico desfavorável, no qual predominava o projeto de desenvolvimento neoliberal. Outrossim, os projetos atualmente em curso fortalecem ainda mais a agenda neoliberal, que tem se materializado por meio de propostas de redução de direitos (como a reforma da previdência e o teto de gastos para saúde e educação) e de ampliação da precarização e flexibilização das relações de trabalho (reforma trabalhista), em um cenário regressivo que compromete diretamente a vida e a saúde da população.

Compreender a produção do cuidado no NASF pressupõe a identificação dos diversos interesses políticos e econômicos que atravessam e influenciam as interações estabelecidas nas/pelas práticas de saúde. Outrossim, o reconhecimento desses atravessamentos e influências é essencial para compreensão dos desafios que se colocam para implementação e efetividade do trabalho dos núcleos de apoio, mas também é imprescindível para desenvolver o seu potencial de transformação.

Por esse ponto de vista, destacamos que a formação inicial dos profissionais parece ainda estar muito atrelada ao modelo biomédico, às práticas ambulatoriais, fragmentadas e especializadas, com caráter privatizante. Por vezes, tais profissionais adentram os serviços sem conhecer a sua proposta.

Ao adentrar nos serviços, eles se deparam com o trabalho precário, mediante fragilidade do vínculo empregatício, ausência de direitos trabalhistas e previdenciários, baixos vencimentos, condições de trabalho inadequadas. Além disso, não há garantias para a continuidade do cuidado em saúde devido a insuficiência da rede de serviços e a ineficiência dos mecanismos de referência e contrarreferência.

Essa realidade fragiliza e compromete a qualidade dos serviços, a produção do cuidado, impossibilitando um atendimento integral das necessidades dos usuários e, consequentemente, a sua resolubilidade, além de comprometer a qualidade de vida e saúde dos profissionais.

Com esse estudo, percebemos que os núcleos de apoio têm objetivos amplos, objetos complexos e múltiplas possibilidades de ação. Estamos falando de um trabalho que requer uma atuação conjunta, a partir de tecnologias leve-duras e de tecnologias leves, com vínculo e responsabilidades compartilhadas. No entanto, o que deveria ser um facilitador, se configura como um desafio dado às dificuldades de integração e articulação entre as equipes, os diversos profissionais e usuários, configurando um grande descompasso entre o que se preconiza e o que se realiza. Além do mais, frente aos atuais ataques aos direitos sociais, principalmente no que tange à saúde, a oferta de respostas concretas e efetivas para as necessidades de saúde da população se torna cada vez mais insuficiente.

Desse modo, entendemos que são necessárias novas investigações e discussões acerca das práticas desenvolvidas pelo NASF, as quais devem acontecer não só nos ambientes acadêmicos, mas no lugar social em que cada profissional está inserido, estabelece suas relações e desenvolve seu trabalho. A continuidade das discussões deve ocorrer na perspectiva de ampliar a compreensão acerca das potencialidades dos núcleos de apoio, mas também os limites e desafios à sua implementação.

Para isso, a prática já acumulada desde a implantação do NASF associada com avaliações já realizadas acerca do seu processo de trabalho pode favorecer a revisão de algumas contradições, tais como o não reconhecimento das equipes EqSF como objeto de trabalho do NASF; a manutenção da assistência individual e fragmentada em moldes ambulatoriais; e a ausência de espaços de discussão e pactuação de responsabilidades e tarefas.

Assim, devemos considerar a inseparabilidade entre o plano das práticas e o plano social e político que os serviços e o sistema de saúde estão inseridos, investindo não só na transformação das relações interpessoais, mas também na identificação e reconhecimentos dos aspectos políticos e econômicos que atravessam e influenciam os modos de produzir cuidado.

É preciso ainda avançar com as discussões acerca da formação e educação permanente dos profissionais da ESF e dos núcleos de apoio; horizontalizar os mecanismos de gestão; reorganizar a rede de serviços de média e alta complexidade; construir a articulação política entre os profissionais para que possam buscar melhorias nas condições de trabalho. Estamos cientes de que todos esses percalços são eminentemente políticos e demandam acúmulo de forças para promover mudanças na situação desfavorável que estamos inseridos.

Nesse contexto, cabe rememorar o histórico de lutas que possibilitou a construção do sistema único de saúde e retomar a mobilização para ampliar as bases de sustentação social e política do sistema e, consequentemente, dos seus serviços, mediante a conscientização das pessoas acerca da saúde enquanto direito de vida e cidadania. Para tanto, acreditamos ser necessário construir articulações entre os mais diversos setores sociais de modo a organizar lutas conjuntas em defesa da segurança social, dos demais direitos sociais e, sobretudo, na defesa da democracia.

REFERÊNCIAS



ALMEIDA, C. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 759-801.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

AMORIM, A. C. C. L. A.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p. 539-554, jul. set. 2014.

ANDRADE, L. M. B. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

ANJOS, K. F. dos et. al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, dez. 2013.

AQUINO, R. A. et al. Estratégia de saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.) **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-209.

ARAÚJO, J. D. de. Polarização Epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, out. dez. 2012.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ASSIS, M. M. A. et al. **Resolubilidade na estratégia saúde da família em dois cenários da Bahia, Brasil**: processo de cuidar versus responsabilização da equipe e dos dirigentes do SUS. Projeto de Pesquisa. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2013.

ASSIS, M. M. A.; et. al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA; 2010. p. 13-38.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, 2010. p. 139-159.

AYRES, J. R. de C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, jun. de 2009.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004a.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004b.

_____. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p.797-810, out. dez. 2010.

AZEVEDO, N. S.; KIND, L. Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília-DF, v. 33, n. 3, p. 520-535, 2013.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Planejamento Regional Integrado**. Observatório Baiano de Regionalização. 2016. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=regiao_de_saude&COD_IBGE=291080®IAO_DE_SAUDE=FEIRA%20DE%20SANTANA>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BARROS, J. O. et. al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.

BOCK, A. M. B. (org.). **Psicologia e compromisso social**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009.

BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de Apoio a Saúde da Família: As ações de Promoção da Saúde no cenário da Estratégia da Saúde da Família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 2, abr./ jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Datasus: **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 13 de jun de 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 8 de novembro de 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 25 de janeiro de 2008.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de setembro de 1990a.

_____. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Doutrina e Princípios. Brasília, 1990c.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília, DF. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitucacao.htm>. Acesso em 6 jun. 2015.

_____. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 6 jun. 2015.

BRITO, G. E. G. de. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**: um estudo de caso. 2016, 200 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016. 200 p.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____, organizador. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2001.

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

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

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v. 18, Supl 1, p. 983-95, 2014.

CARDOSO, C. L. Relações interpessoais na equipe do programa saúde da família. **Revista APS**, v. 7, n. 1, p. 47-50, jan./jun. 2004.

CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. S. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr./jun. 2013.

CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, n. 17, p. 1-13, 2016.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface, comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/ fev., 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em 14 mar. 2017.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. de. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, Natal - RN, v. 20, n. 1, p. 31-39, jan./ mar., 2015.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o banco mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**. Ano VII, n. 13, p. 11-38, jan. /jun. 2007.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, dez. 2014.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, 323 -331, 2005.

CRUZ NETO, O. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária a Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p.961-970, 2011.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p.39-53.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 195-223.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Mediações**, Londrina, v. 16, n.1, p.142-156, Jan./Jun. 2011.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde 2016**. Feira de Santana, 2016.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – 2015**. Feira de Santana, 2015.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, exercício 2014-2017**. Feira de Santana, 2014.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica de Saúde. **Projeto para Credenciamento de Equipes NASF (IX, X, XI, XII, XIII, XV, XVI, XVII) do Município de Feira de Santana - BA.** Feira de Santana, 2013.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica de Saúde. **Projeto de Implantação dos núcleos de apoio a saúde da família - NASF.** Feira de Santana, 2008.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014.

FLEGELE, D. S. et al. Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 2, p. 5-11, 2010.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr. 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 151-163, abr. 2012.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n. 22, p.239-5, mai/ago 2007.

GARUZI, M. et. al. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Panamerica de Salud Publica**, v. 35, n. 2, 2014.

GELINSKI, C. R. O. G. A questão da co-responsabilidade prevista na estratégia saúde da família. **Política & Sociedade**. Florianópolis, v. 10, n. 19, out. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed., São Paulo, SP: Atlas, 2010.

GOMES, M. da G. S. Pesquisa em seres humanos: algumas reflexões éticas. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, 2010. p. 179-203.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2016. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2910800>>. Acesso em 14 dez. 2016.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da saúde mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jul. 2011.

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

LEITE, D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, dez. 2013.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis**, v. 24, n. 2, p. 507-25, 2014.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, mar./ abr. 2009.

MAGALHÃES, A. G. A. Precarização do trabalho: reflexos e impactos na política de saúde brasileira. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, VII, 2015, São Luís. **Anais eletrônicos**, São Luís, UFMA, 2015. Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/precarizacao-do-trabalho-reflexos-e-impactos-na-politica-de-saude-brasileira.pdf>>. Acesso em 17 mar 2017.

MAGNO, L. D. **Dos clamores das ruas aos rumores no congresso**: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. 2015. 105fl. Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2015.

MARTINIANO, C. S. et. al. O núcleo de apoio à saúde da família no contexto da organização dos serviços de saúde: elementos para o debate. In: Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade, 1, 2010, Natal. **Anais eletrônicos**, Natal, UFRN, 2010. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/anais.html>. Acesso em 04 mar 2017.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. In: _____. **O capital: crítica da economia política**: livro 1. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 19^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 211-231.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed., São Paulo/Rio de Janeiro; HUCITEC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2009, p. 39-64.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

MATUMOTO, S. et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 45, n. 3, p. 603-10, 2011.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013a.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013b.

MERHY, E. E. et. al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, C. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 2002, p. 113-150.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 138-148.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013b. p. 109-137.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed., Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 83-107.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MOURA, R. H. de; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface – Comunicação, saúde e educação (Botucatu)**, v. 18, supl. 1, p. 957-970, dez. 2014.

NASCIMENTO, M. A. A. Correntes do pensamento na pesquisa social: positivismo, fenomenologia e dialética. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, 2010, p. 35-57.

NASCIMENTO, M. A. A. et. al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no programa saúde da família. In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. (org.). **Produção do cuidado no programa saúde da família**: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA; 2010. p. 113-125.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**: São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, dez. 2004.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica**. Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. Cap. 11.

ONOCKO CAMPOS, R.; CAMPOS, G. W. de S. Co-construção de Autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. de S. et. al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC/ Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 669-688.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 459-491.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N.de. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.) **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 203-209.

PAIM, J. S. et. al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The lancet**. London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, maio 2011.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 2. p. 265-71, mar./ abr. 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. V. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. v. 12, n. 4, p. 766-9, out/dez 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>>. Acesso em 17 mar 2017.

PIRES, D. E. P. et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24: 2677, 2016.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 209-220, out. 2014.

RANGEL, R. F. et. al. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**. Santa Maria, v. 16, n. 3, p 498-504, jul./ set. 2011.

REZENDE, G. P. **Vínculo na estratégia saúde da família na perspectiva de usuários e profissionais de saúde**. 2015. 100 fls. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. 2015.

RIBEIRO, M. D. A. et. al. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 224-231, abr./ jun. 2014.

RIZZOTTO, M. L. F. O cenário depois do golpe. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 5-8, jul-set 2016.

ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, 2011.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. da S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (Online), v. 32, n. 2, p. 345-351, jun. 2011.

SAMPAIO, J. et. al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Paraíba, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

SANTANA, F. R. et. al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet], v. 15, n. 2, p. 422-429, abr-jun, 2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16936>. Acesso em jan de 2016.

SANTANA, J. S. S. Percurso metodológico. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, 2010. p. 87-119.

SANTANA, J. dos S. et al. Núcleo de apoio a saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, João Pessoa, v. 7, n. 2, p. 2362-2371, abr./ jun. 2015.

SANTOS, W. T. M. **Da precarização do trabalho às potencialidades do cuidado.** A inserção de profissionais da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). 2015. 165 fl. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2015.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3579-3586, 2010.

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

SILVA, E. P. et. al. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.

SILVA, C. R. de C.; MENDES, R.; NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-41, mar. 2012.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-9, set/out. 2010.

SILVA JÚNIOR, A. G. da; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006, p. 241-257.

SILVA JÚNIOR, A. G. da; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2007. p.113-128.

SOUZA, F. L. D.; et. al. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, jun. 2013.

SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.) **Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 49-68.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P; (org.). **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família.** Salvador: Edufba; 2006. p. 19-58.

TEIXEIRA, C.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema único de saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.) **Saúde Coletiva:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 121-138.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.) **Saúde Coletiva:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

TESSER, C. D. (Org.). **Medicalização Social e atenção à saúde no SUS.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

TORRES, L. M. et al. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 822-828, out. 2012.

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

TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, out-dez 2012.

APÊNDICES



APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semiestruturada: profissionais de saúde



Universidade Estadual de Feira de Santana/ Departamento de Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ Mestrado Acadêmico
 Pesquisadoras responsáveis: Prof.^a Dr.^a Maria Ângela Alves do Nascimento
 Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues

DATA	ENTREVISTA (N.º)	CÓDIGO DO ENTREVISTADO	INÍCIO	TÉRMINO

1 Caracterização da (o) entrevistada (o):

- Sexo: _____
- Idade: _____
- Formação profissional: _____
- Tempo de formação: _____
- Pós-graduação: _____
- Qualificação profissional: _____
- Local de atuação: _____
- Ocupação/ Cargo: _____
- Tempo de serviço neste local: _____
- Outros vínculos empregatícios: _____

2 Pontos norteadores:

2.1 Produção do cuidado

- Objeto; Finalidade; Instrumentos; Agentes;
- Encontro terapêutico: Demanda espontânea; Oferta organizada de ações; Encaminhamentos; Busca ativa;
- Postura da equipe frente às necessidades de saúde dos usuários;
- Articulação profissional (Equipe de trabalho; Equipe de matriciamento ou equipe de referência, conforme cada situação; Rede de serviços e com o território; Usuários);
- Atividades desenvolvidas e tecnologias utilizadas.

2.2 Corresponsabilização e Resolubilidade

- Definição do projeto terapêutico e compromisso pelos problemas apresentados pelos usuários;
- Relações interpessoais (Entre membros das equipes; Entre equipes e usuários): diálogo, escuta, acolhimento, vínculo, comunicação.
- Núcleo comum de atenção e núcleos específicos de intervenção (Cooperação interprofissional, trabalho em equipe);
- Processos de referência e contrarreferência (Integralidade);
- Dimensão pedagógica do apoio matricial: discussão e orientação de casos;
- Dimensão técnico-assistencial do apoio matricial: atendimentos compartilhados e acompanhamento longitudinal;
- Formação do trabalhador para o SUS;
- Condições de trabalho;
- Informação/ Comunicação;
- Percepção acerca da oferta de respostas e soluções para os problemas;
- Autonomia dos usuários;
- Identificação de avanços, limites, perspectivas e desafios.

3 Outros comentários.

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada: usuários dos serviços



Universidade Estadual de Feira de Santana/ Departamento de Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ Mestrado Acadêmico
 Pesquisadoras responsáveis: Prof.ª Dr.ª Maria Ângela Alves do Nascimento
 Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues

DATA	ENTREVISTA (N.º)	CÓDIGO DO ENTREVISTADO	INÍCIO	TÉRMINO

1 Informações da (o) entrevistada (o):

- Sexo: _____
- Idade: _____
- Escolaridade: _____
- Profissão/ Ocupação: _____
- Local de residência: _____
- Tempo de residência: _____
- Local de atendimento: _____
- Tempo de cadastramento: _____

2 Pontos norteadores:

2.1 Produção do cuidado

- Como conheceu o serviço – busca voluntária; informação acerca das ações realizadas; encaminhamentos; visita domiciliar;
- Postura da equipe frente às necessidades de saúde dos usuários;
- Articulação dos profissionais com o território, com as famílias;
- Relação do usuário com a equipe;
- Atividades que participa.

2.2 Corresponsabilização e Resolubilidade

- Quem decide as atividades a serem realizadas? Quem é responsável pelos problemas apresentados pelos usuários?
- Relações interpessoais.
- Quando precisa de encaminhamento para um serviço de especialidade médica ou para fazer exames, consegue o atendimento. Quanto tempo demora para ser atendido? Houve retorno para equipe de referência?
- Atendimento compartilhado;
- Acompanhamento ao longo do tempo.
- Condições do serviço;
- Informação/ comunicação;
- Percepção acerca da oferta de respostas e soluções para os problemas;
- Adesão e satisfação dos usuários;
- Identificação de avanços, limites, perspectivas e desafios.

3 Outros comentários.

APÊNDICE C – Roteiro para observação sistemática



Universidade Estadual de Feira de Santana/ Departamento de Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ Mestrado Acadêmico
 Pesquisadoras responsáveis: Prof.^a Dr.^a Maria Ângela Alves do Nascimento
 Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues

CÓDIGO DO SERVIÇO	NOME	TEMPO DE ATIVIDADE

1 Pontos norteadores:

1.1 Produção do Cuidado

- Demandas e ofertas de ações;
- Acolhimento dos usuários;
- Disponibilidade de informações, esclarecimentos, linguagem;
- Postura da equipe frente às necessidades de saúde dos usuários e vice-versa;
- Articulação dos profissionais com a sua equipe de trabalho; com a rede de serviços e com o território;
- Articulação dos profissionais com os usuários;
- Atividades desenvolvidas e tecnologias utilizadas.

1.2 Corresponsabilização e Resolubilidade

- Acolhimento e vínculos das equipes com a comunidade;
- Definição do projeto terapêutico e responsabilização pelos problemas apresentados pelos usuários;
- Ações compartilhadas e ações exclusivas de cada profissional;
- Horários de chegada e saída dos profissionais, horários das atividades, tempo de duração das atividades;
- Relações interpessoais entre membros da equipe, equipe e usuários;
- Processos de referência e contrarreferência;

- Dimensão pedagógica do apoio matricial: discussão e orientação de casos;
- Dimensão técnico-assistencial do apoio matricial: atendimentos compartilhados e acompanhamento longitudinal.
- Infraestrutura;
- Instrumentos de trabalho;
- Participação dos usuários na definição e planejamento das ações;
- Organização das atividades;
- Adesão e satisfação dos usuários.

2 Outras observações.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nós, professora Maria Angela Alves do Nascimento e Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues (pesquisadoras responsáveis), convidamos você para participar de uma pesquisa com título **“PRODUÇÃO DO CUIDADO NO NASF: INTERRELAÇÃO DAS EQUIPES DO NASF, EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E USUÁRIOS NA CORRESPONSABILIZAÇÃO E RESOLUBILIDADE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**, do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Nosso objetivo é compreender as práticas de cuidado do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Os resultados da pesquisa poderão contribuir para melhor compreensão do serviço e do trabalho das equipes do NASF, além de fornecer contribuições para revisão das políticas e melhoria dos atendimentos. O levantamento das informações será realizado por meio de observações, entrevistas e análise de documentos. Os possíveis **riscos/desconfortos** relacionados à participação referem-se ao receio de tratar dos assuntos propostos, constrangimento ou desconfiança da pesquisadora e incômodo por estar sendo observado. Se algum risco/desconforto for identificado, o estudo será interrompido imediatamente. Os prováveis **benefícios** do estudo envolvem a consideração da experiência do profissional de saúde e da visão do usuário para a construção das reflexões, a maior compreensão do funcionamento do NASF, possibilitando um maior entendimento do trabalho das equipes; a perspectiva de construção de novos modos de produzir cuidado em saúde. De todo modo, você terá liberdade para recusar ou desistir da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum problema. Caso aceite participar, a entrevista acontecerá de acordo com a sua disponibilidade, em local, dia e horário previamente agendados. As informações só serão utilizadas com sua autorização e ninguém saberá quem forneceu as informações, para preservar a sua identidade e evitar qualquer impedimento à livre expressão de suas opiniões, garantindo a confidencialidade, o seu anonimato, privacidade e sigilo. Comunicamos ainda que não haverá qualquer despesa ou pagamento decorrente da participação em nosso estudo, a participação é voluntária e a decisão é livre. Se for prejudicado pela participação na pesquisa, a pesquisadora lhe acompanhará na situação, havendo possibilidade de compensação dos possíveis gastos e danos comprovadamente causados pela pesquisa. Desde que concorde, a entrevista será gravada e você poderá escutar, modificar e excluir trechos ou a entrevista completa, a seu critério. Desde que autorize, as informações serão digitadas e arquivadas, respeitando completamente seu anonimato, no NUPISC – UEFS, durante 5 anos e depois serão destruídas. Nos comprometemos a apresentar os resultados desta pesquisa para comunidade universitária e para os participantes. As discussões também serão apresentadas em congressos e seminários, publicadas em revistas científicas e livros, somente para fins científicos, sem qualquer finalidade avaliativa ou fiscalizatória. Caso haja qualquer dúvida antes, durante ou depois da realização da pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras no NUPISC, no prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, módulo VI - UEFS, localizada na Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, Feira de Santana-BA. Ou ainda pelo telefone (75) 3161-8162. Caso tenha dúvidas relacionadas às questões éticas, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS através do e-mail: cep@uefs.br ou telefone (75) 3161- 8067. Se concordar em participar, você deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, permanecendo uma cópia com você e a outra cópia com as pesquisadoras.

Feira de Santana -BA _____ de _____ de 20_____

Maria Angela Alves do Nascimento
Pesquisadora responsável

Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues
Pesquisadora responsável

Entrevistado (a)

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde



**Secretaria Municipal de Saúde
Seção de Capacitação Permanente**

**E-mail: edupermanentesms@gmail.com
(75) 3612-6608/Ramal 6608**

Feira de Santana, 01 de Março de 2016.

**DA: Seção de Capacitação Permanente SMS
PARA: Atenção Básica SMS/NASF
ATT: Drª Valdenice Queiroz
C/C: Comitê de Ética em Pesquisa UEFS**

**Tipo: Encaminhamento Pesquisa
Acadêmica/TCC/MONOGRAFIA/MESTRADO/DOUTORADO**

Informamos que se encontra autorizado o Projeto de Pesquisa da mestrandia em Saude Coletiva: **Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues**, juntamente com a Pesquisadora Orientadora Prof^a Dr^a Maria Ângela Alves do Nascimento, intitulado: **“Produção do cuidado no NASF: Corresponsabilização e Resolubilidade na Estratégia de Saúde da Família”**, tendo como objetivo analisar a produção do cuidado em saúde dos profissionais do núcleo de apoio a saúde da família, com as equipes de saúde da família e usuários, a partir da corresponsabilização e da resolutividade. A coleta de dados será realizada por meio de análise de documentos pertinentes ao objeto de estudo, observações e entrevistas.

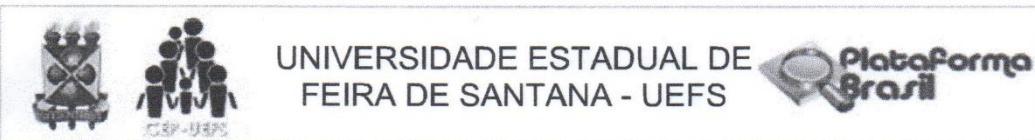
Em tempo informamos que a coleta de dados ocorrerá após análise e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS.

Atenciosamente,

Ariella Karla Covas
Coord. da Seção de Capacitação Permanente

CNPJ 14 043 574/0001-51
Secretaria Municipal de Saúde
Feira de Santana/Bahia

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO NO NASF: Corresponsabilização e resolubilidade na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador: Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53784916.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.512.195

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); que tem relação com área de atuação do pesquisador e orientadora. Tem sua relevância social por tratar de tema atual. Faz uma justificada muito coerente e traz referencias atualizadas e adequadas à temática investigada.

Essa dissertação é um subprojeto da pesquisa "RESOLUBILIDADE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS CENÁRIOS DA BAHIA, BRASIL: PROCESSOS DE CUIDAR VERSUS RESPONSABILIZAÇÃO DA EQUIPE E DOS DIRIGENTES DO SUS" (ASSIS et. al., 2013), financiada pelo CNPQ, desenvolvida no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da UEFS, sob a coordenação da Prof. Dr.^a Marluce Maria Araújo Assis.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com enfoque no método dialético. Para a pesquisa, foram selecionadas 10 unidades de saúde da família com atuação do NASF pelo maior tempo de funcionamento, do município de Feira de Santana-BA. O estudo terá como participantes o grupo de profissionais de saúde (grupo 1) e o grupo dos usuários (grupo 2), com critérios de inclusão

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

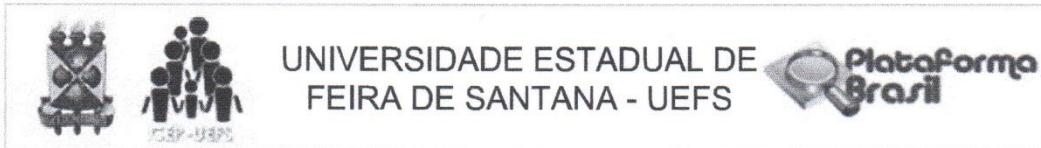
UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br

Leticia



Continuação do Parecer: 1.512.195

bem definidos. As técnicas de coleta de dados a serem utilizadas serão a Entrevista Semiestruturada, Observação Sistêmica e Análise de Documentos. Na Análise de Dados, a Hermenêutica pressupõe interpretação, estabelecimento de relações e conclusões, utilizando a Triangulação de Dados.

Apresenta cronograma com execução entre janeiro/2015 e março/2017. Orçamento informa contrapartida da UEFS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

- Analisar a produção do cuidado em saúde dos profissionais do NASF, com as EqSF e usuários da ESF, a partir da corresponsabilização e da resolubilidade;

Objetivos secundários:

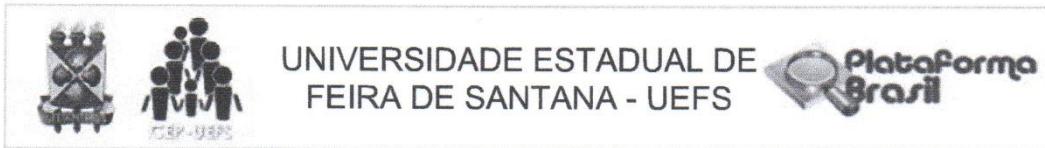
- Discutir como as equipes do NASF se (des) articulam com as EqSF e usuários para corresponsabilização na produção do cuidado em saúde;
- Descrever as práticas desenvolvidas pelas equipes do NASF, articuladas com as EqSF, tendo em vista a resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários (individuais/coletivas)" (Projeto completo, pg. 17).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta os riscos e benefícios da pesquisa, esquematizados em uma Quadro (Projeto Completo, p. 45). Cita os seguintes Riscos: “-Receio em tratar dos assuntos propostos e sofrer represálias (profissionais) ou dificuldades em futuros atendimentos (usuários); -Constrangimento ou desconfiança do pesquisador no momento da entrevista; - Desconforto por estar sendo observado no seu espaço de trabalho (profissionais) ou por estar sendo solicitado no momento da busca por atendimento médico (usuários); e Benefícios: “- Resgate da experiência do profissional da saúde e a percepção do usuário para a construção de reflexões acerca da produção do cuidado; -Compreensão da funcionalidade do serviço, possibilitando uma maior visibilidade do processo de trabalho das equipes do NASF e, consequentemente, ampliação da resolubilidade da ESF; -Efetivação de um novo modo de produzir cuidado em saúde, centrado nos indivíduos, de caráter universal, com qualidade, integralidade e resolubilidade.”

Também apresenta riscos e benefícios no TCLE.

Endereço:	Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS		
Bairro:	Módulo I, MA 17	CEP:	44.031-460
UF:	BA	Município:	FEIRA DE SANTANA
Telefone:	(75)3161-8067	E-mail:	cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.512.195

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está delineada de forma clara e coerente, tem viabilidade ética, apresenta estratégias para aproximação e saída do campo de coleta, o que demonstra uma preocupação social da pesquisadora. Apresenta claramente os riscos e possíveis benefícios da pesquisa para os colaboradores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos documentos necessários e exigidos pelo CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_640359.pdf	03/03/2016 14:59:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	03/03/2016 14:51:27	Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Resolucao466.pdf	03/03/2016 14:34:24	Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues	Aceito
Outros	Autorizacao_da_SMS.pdf	03/03/2016 14:30:43	Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues	Aceito
Outros	Roteiro_para_entrevista_semiestruturada_e_observacao.pdf	03/03/2016 14:25:54	Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

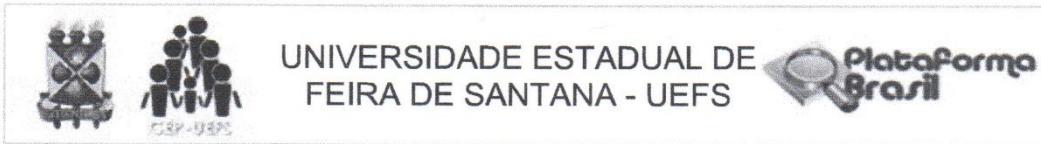
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.512.195

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/03/2016 14:11:10	Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues	Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento.pdf	03/03/2016 14:02:19	Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/03/2016 13:50:12	Lilian Ticiane de Oliveira Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 25 de Abril de 2016

Pollyana Pereira Portela

Assinado por:
Pollyana Pereira Portela
(Coordenador)

CEP - UEFS
Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Estadual de Feira de Santana

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br