Karen Gonzaga Walter Rodrigues

**Integralidade, Cuidado e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção
Básica (Nasf-AB): transformações de um dispositivo para a construção do
SUS**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho
Mesquita Ayres

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Rodrigues, Karen Gonzaga Walter
Integralidade, Cuidado e Núcleo Ampliado de
Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) :
transformações de um dispositivo para a construção do
SUS / Karen Gonzaga Walter Rodrigues. -- São Paulo,
2020.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita
Ayres.

Descritores: 1.Integralidade em saúde 2.Saúde
pública 3.Políticas públicas de saúde 4.Atenção
primária à saúde 5.Equipe de assistência ao paciente
6.Estratégia de saúde da família

USP/FM/DBD-092/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

*Dedico este trabalho a todos os
profissionais que de alguma forma
fizeram a história do NASF acontecer*

Ao Fabio, meu grande amor, amigo e incentivador

Ao Thiago, presente de Deus em nossas vidas

À minha querida e doce mãe, sua ausência nunca

apagará seu exemplo deixado a mim

“Saudade é amor que fica”

“É melhor ter companhia do que estar sozinho, porque maior é a recompensa do trabalho de duas pessoas” Eclesiastes 4:9

AGRADECIMENTOS

Ao querido orientador José Ricardo, que me inspira como pessoa e mestre e que com grande generosidade contribuiu para meu amadurecimento e trans-formação necessária para o entendimento do Cuidado em Saúde.

Aos profissionais NASF, gestores das OSS e gestores do Ministério da Saúde, que com liberalidade dispuseram de tempo para participação na tese. Tempo rico de conteúdos preciosos que permitiram a elaboração deste trabalho.

À Andrea Tenório e Marcia Ernani, pelos diálogos, incentivo e oportunidade de aprendizado que me deram em meio aos processos de trabalho do NASF, uma verdadeira escola!.

Ao Fabio, todas as palavras não dariam conta para expressar o quanto você é valioso para mim. Este trabalho só foi possível pelo seu envolvimento, suporte e amor. Desejo uma vida longa ao seu lado.

Ao Thiago, fruto do meu Cuidado. Você me inspira a ser melhor a cada dia.

Ao meu pai Cledison e Cristina, que sem o amor e o suporte, tudo seria mais difícil. É um privilégio ter este porto seguro!

À Nice e Nelson, presentes de Deus em minha vida. Agradeço todo suporte e amor dispendido, principalmente nas infinitas horas com o Thiago para que eu conseguisse desenvolver este trabalho.

Minhas queridas irmãs Kelly, Karyne, Juliane. Aquelas que, sem filtro, temos a liberdade da sinceridade. Nosso amor nos une e certamente fazem minha vida mais alegre.

À Lygia, minha mãe espiritual. Que com sabedoria, generosidade e um pouco de loucura, me ensina tanto.

Às grandes amigas desta vida: Madonna, Paty, Prika e Pri que com bondade e alegria me acompanharam e me fortaleceram neste processo do doutorado. A presença de vocês em minha vida me faz uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Meu cuidador!

Que “tudo isso” seja para glorificar o Teu Nome

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	24
1.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A MOTIVAÇÃO DA AUTORA PARA ESTA PESQUISA.....	24
1.2 INTEGRALIDADE EM SAÚDE E O APOIO MATRICIAL, A PRINCIPAL FERRAMENTA DO NASF-AB	25
1.2.1 Introdução e justificativa	25
1.2.2 O método do Apoio Matricial no NASF-AB	34
1.2.3 Organizações Sociais de Saúde na cidade de São Paulo	38
1.2.4 Algumas considerações, segundo a vivência da autora	43
2 OBJETIVO	47
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS.....	48
4 NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE NORMATIZAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	59
4.1 A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DO NASF NAS NORMATIZAÇÕES MINISTERIAIS	61
4.2 A NORMATIZAÇÃO DO NASF E A INTEGRALIDADE NA AB.....	66
4.2.1 A criação e sustentação do NASF	66
4.2.2 As proposições do NASF, do AM e a integralidade na leitura das necessidades de saúde: um horizonte ainda nebuloso	67
4.2.3 A integralidade e as finalidades do trabalho do NASF: questão de prioridade?	68
4.2.4 O NASF e o desafio das articulações: identidade profissional e participação na equipe de AB	71
4.2.5 Interagindo pelo NASF: projetos em disputa	74
5 NASF, INTEGRALIDADE E NECESSIDADES EM SAÚDE	80
5.1 O NASCIMENTO DE UMA POLÍTICA	82
5.2. NECESSIDADES DE CUIDADO INTEGRAL E O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DO NASF	87
5.3 AÇÕES ESTRATÉGICAS DO NASF EM RESPOSTA ÀS DEMANDAS DE SAÚDE.....	97
6 FINALIDADES EM SAÚDE	111

6.1 DA FORMAÇÃO À PRÁTICA: ENCONTROS E DESENCONTROS NA BUSCA DAS FINALIDADES DO TRABALHO	112
6.2 A GESTÃO E AS FINALIDADES DO TRABALHO.....	115
6.3 APOIO MATRICIAL: CONSTRUÇÕES E CONTRADIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE	119
6.4 DISPOSITIVOS DO NASF: RESPOSTAS ÀS DEMANDAS DE SAÚDE	125
6.4.1 Atendimento compartilhado	125
6.4.2 Intervenções específicas	126
6.4.3 Ações comuns e não específicas.....	130
7 ARTICULAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO NASF ...	137
8 EIXO DAS INTERAÇÕES.....	154
8.1 EQUIPE INTEGRAÇÃO OU EQUIPE AGRUPAMENTO? POSSIBILIDADES DE INTERAÇÃO NO TRABALHO DO NASF	154
8.2 ESPAÇO DE INTERAÇÃO: DA ÁREA FÍSICA À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	161
8.3 SINERGIAS E TENSÕES: O PAPEL DOS COORDENADORES E GESTORES	165
8.4 INTERAÇÃO COM AS ESF – TENSÕES E POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	199
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	212
REFERÊNCIAS.....	218
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com o profissional NASF	226
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com gestor da OSS.....	227
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista do gestor do DAB participante das discussões e elaboração das políticas do NASF	228

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APD	Acompanhante da Pessoa com Deficiência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
eAB	Equipe de Atenção Básica
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NIR	Núcleo Integral de Reabilitação
PAI	Programa Acompanhante de Idoso
PNH	Política Nacional de Humanização
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular.

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das STS por CRS	39
Quadro 2 - OSS parceiras em contratos de gestão da SMS-SP e respectivas Supervisões Técnicas	41
Quadro 3 - Críticas e contra-argumentos ao modelo de gestão pública por OSS	42
Quadro 4 - Perfil dos entrevistados	52
Quadro 5 - Síntese do perfil dos profissionais NASF entrevistados	53
Quadro 6 - Síntese do perfil dos gestores entrevistados.....	54
Quadro 7 - Portarias e produções do MS normatizadoras do NASF/NASF-AB	62
Quadro 8 - Principais orientações das Portarias NASF dispostas em linha do tempo	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro de metas das ações em áreas estratégicas	169
Figura 2 - Diagrama das interações do coordenador NASF no Sistema de Saúde	188

RESUMO

Rodrigues KGW. *Integralidade, cuidado e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): transformações de um dispositivo para a construção do SUS* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

Criados para atuarem na Atenção Primária à Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, equipe composta por diversas categorias profissionais, constituem-se em dispositivo considerado estratégico para a construção da integralidade do cuidado. Esse papel, contudo, nem sempre é compreendido pelas equipes e gestores, produzindo-se tensões e indefinições que tendem a comprometer a efetividade de seu processo de trabalho. Esse quadro se torna ainda mais complexo se considerarmos a diversidade de concepções e métodos de trabalho introduzida pela contratualização da gestão estabelecida entre Secretarias Municipais de Saúde e diferentes Organizações Sociais de Saúde. O presente estudo tem por objetivo identificar avanços e limites da incorporação do princípio da integralidade na atenção básica com a proposição e implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, posteriormente Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Toma-se, em particular, a perspectiva de sua articulação com os modelos de organização da atenção à saúde implementados no Município de São Paulo, no contexto da política de contratualização da gestão dos serviços. Trata-se de estudo qualitativo que combina a análise de portarias ministeriais regulamentadoras da proposta dos Núcleos e entrevistas em profundidade com vinte e seis informantes-chave inseridos em equipes dos Núcleos, em postos de gestão e no processo de elaboração e mudanças da proposta na Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. O processo de produção e elaboração do material empírico foi de caráter compreensivo-interpretativo, orientado pela Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, de Mendes-Gonçalves, conforme sua aplicação ao quadro conceitual sobre Integralidade do Cuidado, de Ayres e colaboradores. Entre os resultados, destacam-se a força de concepções fragmentárias e biomédicas na apreensão das *necessidades* de atenção à saúde, mas também leituras mais amplas e integradoras, resultando na proposição de respostas originais e criativas, particularmente direcionadas à promoção da saúde; dificuldade de fazer operar *finalidades* específicas do trabalho propriamente interdisciplinar, em especial o apoio matricial, convivendo, por outro lado, com experiências exitosas de condução interprofissional de casos complexos; ambiguidades em relação a identidades e competências profissionais nas *articulações* internas à equipe, mas com impactos positivos sobre a capacidade de organização do cuidado em redes; *interações* pouco facilitadas por perfis de atuação tradicionais, porém positivamente sensíveis a modelos de gestão mais hábeis em integrar a equipe e manejar a dinâmica do trabalho no sentido da integralidade. Conclui-se pela potência dos Núcleos para a construção da integralidade do cuidado na Atenção Básica. Sua efetividade como processo de trabalho plenamente operante mostra-se, não obstante, dependente de investimentos de diversas ordens. Do ponto de vista técnico, é necessário um maior amadurecimento e

legitimação de estratégias e instrumentos de intervenção, com destaque para o apoio matricial. Esse processo implica, porém, aspectos que extrapolam o plano estritamente técnico envolvendo a divisão social e técnica do trabalho em saúde, formação profissional, modelos gestão dos serviços de saúde e o próprio modelo de organização e financiamento do Sistema Único de Saúde, que se encontra em flagrante disputa, agudizada no contexto político atual do país

Descritores: Integralidade em saúde; Saúde pública; Políticas públicas de saúde; Atenção primária à saúde; Equipe de assistência ao paciente; Estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

Rodrigues KGW. *Comprehensiveness, care and the Extended Family Health and Primary Care Center (Nasf-AB): instrument transformation for the SUS construction* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2020.

Created to perform Primary Health Care, the Family Health Support, a team composed of several professional categories, constitute a strategic instrument for the construction of comprehensive care. This role, however, is not always understood by teams and managers, producing tensions and uncertainty that tend to compromise the effectiveness of their work process. This reality becomes even more complex if we consider the diversity of conceptions and working methods introduced by the contractualization of management established between Municipal Health Departments and different Social Health Organizations. The present study aims to identify advances and limits for the integrality principle incorporation in primary health care with the proposition and implementation of the Family Health Support, later Extended Family Health and Primary Care. The study is particularly focused in this process within the context of the contractualization of health management implemented in the city of São Paulo. This is a qualitative study that combines an analytical review of the ministerial regulatory documents concerning the Family Health Support proposal with in depth interviews with twenty-six key staff inserted in the Family Health Support teams, managers and policy influencers at the Health Ministry Primary Health Care Department. The construction of the empirical research materials and their analysis were based on a comprehensive-interpretive approach, supported by the Mendes-Gonçalves' Work Health Process Theory, according to its application to the conceptual framework of Integrality and Care, by Ayres and collaborators. Among the results, we highlight the strength of fragmentary and biomedical conceptions in apprehending health care *needs*, but also broader and more integrated ones, resulting in the proposition of original and creative responses, particularly aimed at health promotion;; difficulty in operating specific *purposes* of a routine of an interdisciplinary oriented work, especially the interdisciplinary advice for case management (matrix support), nonetheless some successful experiences of specific interprofessional management of complex cases were reported;; ambiguities in relation to professional identities and competences in the team internal *articulations*, but with positive impacts on the organization of services networks; poor quality of team members *interactions* (between themselves and between them and service users), related to traditional performance of professional roles, on the other hand, management models more skilled in integrating the team and managing the work dynamics showed to be influential to move teams interactions towards integrality driven health care models. We concluded that the Primary Health Care Support team is a powerful mean for the construction of integrality driven care in Primary Health Care. Its effectiveness as a fully operational work process depend, however, of some different improvements. From a technical point of view, greater maturation and legitimation of intervention strategies and instruments are needed, especially the “matrix

support". This process implies, however, aspects that goes beyond the strictly technical dimension, involving the social and technical division of health work, professional education, health service management models and the very organization and financing model of the Unified Health System, which is in flagrant dispute, sharpened in the current political context of the country.

Descriptors: Integrality in health; Public health; Public health policy; Primary health care; Patient care team; Family health strategy.

Parte I
Capítulo 1

1 APRESENTAÇÃO

1.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A MOTIVAÇÃO DA AUTORA PARA ESTA PESQUISA

As indagações e a aspiração em aprimorar o conhecimento das questões que foram levantadas nesta tese partiram de reflexões surgidas durante minha trajetória profissional, desenvolvida na Saúde Coletiva. Fonoaudióloga, com inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde a graduação, concluí em 2003 dissertação de mestrado que investigou o atendimento fonoaudiológico domiciliar na ESF. Trabalhei durante quatro anos em equipes de reabilitação que ofereciam suporte às famílias cadastradas em determinadas equipes de Saúde da Família na Zona Leste e posteriormente na Zona Sudeste do município de São Paulo. Esta experiência foi sucedida pela implantação e coordenação durante seis anos de quatro equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) consecutivamente nas regiões Leste e Oeste do município de São Paulo.

A aproximação com a ESF foi vivenciada em diferentes circunstâncias, quer seja como aluna, profissional da rede de saúde e gestora. Durante este processo, trabalhei sob a gestão de quatro instituições parceiras da Prefeitura do município de São Paulo, o que me possibilitou conhecer diferentes arranjos nos processos de trabalho devido às distintas visões sobre sua efetivação, quer seja por se tratar do panorama político presente, singularidades do território, visão de gestores e até mesmo de meu próprio amadurecimento profissional.

Este é o cenário motivador para o estudo. A motivação central é aclarar o modo como a proposta do NASF tem se articulado à construção do cuidado na Atenção Primária à Saúde no SUS, sob a perspectiva, que justifica sua criação, da efetivação do princípio da integralidade na atenção à saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

1.2 INTEGRALIDADE EM SAÚDE E O APOIO MATRICIAL, A PRINCIPAL FERRAMENTA DO NASF-AB

1.2.1 Introdução e justificativa

Na década de 1980, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira propôs significativas mudanças na atenção à saúde da população, lutando principalmente pelo direito à atenção integral à saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, realizou esta discussão, propondo, entre outros aspectos, que a saúde fosse considerada direito de todo cidadão, garantindo-se pleno acesso às ações de prevenção e/ou ações curativas, e que a gestão fosse descentralizada (administrativa e financeiramente), com controle social das ações de saúde (Luz, 2009). Este evento embasou a regulamentação da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 1990).

A Atenção Integral tornou-se, assim, um dos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), passando a fazer parte do vocabulário dos profissionais de saúde. Contudo, como aponta (Merhy, 2005), os profissionais “engravidam” da palavra integralidade, mas agem como se a palavra fosse portadora de sentidos e significados por si mesma. Porém a efetivação da integralidade das ações de saúde requer um esforço que exige mais do que a adesão ao princípio, abstratamente.

Entendemos então que, o termo integralidade não é uma palavra a ser conceituada, mas sim, um conjunto de valores ou noções que podem ser praticados e observados. E é neste sentido que gostaríamos de entender este termo. Não com o objetivo de esgotar ou sistematizar conceitos ou todos os sentidos em que a palavra integralidade pode ser usada na área da saúde, mas sim, trazer à luz alguns valores que a fundamentam e explicam e que irão

orientar a presente pesquisa (Ayres, 2009; Camargo Júnior, 2007; Mattos, 2006; Pinheiro, 2007).

Ao abordar os usos mais relevantes na construção dos sentidos da integralidade, Mattos (2006) diz que a integralidade, para além de ser uma diretriz do SUS, é uma “bandeira de luta”. Ele reflete sobre sua relação com três grandes conjuntos de significação: a prática dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e as respostas governamentais aos problemas de saúde. Nesses três planos, há em comum uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo.

No que diz respeito às práticas dos profissionais de saúde, o autor afirma que a integralidade se evidencia quando não há uma atitude fragmentária, o que acontece quando os especialistas “recortam” analiticamente seus pacientes e os reduzem tão somente aos aspectos ligados ao sistema ou aparelho no qual se especializaram.

O autor cita outros exemplos onde a integralidade da atenção à saúde pode ser exercida por qualquer profissional com disponibilidade de escuta e um olhar atento às necessidades dos sujeitos, como por exemplo, o cuidado ao levar informações aos familiares, utilização de técnicas de diagnóstico precoce que podem diminuir o risco de adoecimento, atividades preventivas, organização de um serviço infantil com possibilidades do brincar e outras dimensões das práticas que podem ser pensadas.

Integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, nas nossas práticas nos serviços de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços, ou nas discussões sobre as políticas (Mattos, 2006, p. 66).

No que se relaciona à cobrança de produtividade, o autor argumenta que tem sido um dos aspectos que dificultam a realização da integralidade. A maneira como as práticas estão socialmente configuradas podem impedir que se preste um atendimento integral.

Se a integralidade na prática dos profissionais de saúde está relacionada a uma atitude, um comportamento, a integralidade na organização dos processos de trabalho diz respeito à maneira de se programar as atividades de atenção à saúde. Quanto mais horizontalizadas e dialogadas com a necessidade da população forem, mais próximas estarão da noção de integralidade.

No que se refere à formulação de políticas públicas, a reflexão histórica referente ao século XX no Brasil, destaca que estas eram verticalizadas, voltadas quase que exclusivamente a tentativas de responder a certas doenças específicas. Após o movimento da Reforma Sanitária, nos anos 1970-80, a ideia de atenção integral à saúde, uma das suas “bandeiras de luta”, passou não só a orientar políticas, mas passou a fazer parte da própria constituição brasileira (Mattos, 2007).

Mattos busca identificar quais são as marcas ou atributos que uma política, ou proposta de política, orientada pelo princípio da integralidade deva apresentar.

Ressalta dois pontos importantes nesse sentido: A primeira se refere à articulação entre prevenção e assistência, onde:

as atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais (Mattos, 2007 p.55).

Adverte, ainda, que esta articulação entre prevenção e assistência deve respeitar o direito das pessoas, pois a prática assistencial - voltada para o sofrimento percebido como individual - garante o direito dos portadores da doença e, as ações preventivas beneficiam e garantem o direito dos não portadores da doença.

O segundo ponto destacado pelo autor é que uma política pautada pela integralidade:

[...] não pode definir [isoladamente] como devem ser realizadas as práticas das ações preventivas e curativas, posto que, do contrário, a verticalização resultante poderia dificultar a integralidade nas práticas concretas dos serviços de saúde (Mattos, 2007 p.58).

Este aspecto ressalta a superação da lógica tradicional de ações verticalizadas normatizadas na gestão dos processos de trabalho. A integralidade pressupõe estabelecer uma relação sujeito-sujeito, nas práticas nos serviços de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços, ou nas discussões sobre políticas” (Pinheiro, Mattos, 2009).

Em seu texto sobre a (IN)definição de integralidade, Camargo Júnior relata que este termo, assim como outros (“saúde”, “cuidados primários”, “medicina comunitária”, etc.), são palavras que não têm um significado preciso e que, portanto, integralidade não pode ser chamada de conceito. Para ele, a integralidade:

na melhor das hipóteses é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com algumas imbricações entre si, mas não completamente articuladas (Camargo Júnior, 2007 p.38).

Em linhas gerais, para ele a integralidade pode ser identificada como um conjunto de tradições argumentativas que desembocam em um agregado semântico, em três principais “lugares”:

1º - no discurso programado por organismos internacionais ligados à ideia de Atenção Primária à Saúde e de promoção de saúde;

2º - na demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas do Ministério da Saúde;

3º - nas críticas e proposições de autores acadêmicos sobre a assistência à saúde.

Ele nos faz refletir se, em meio a inúmeros significados, é possível, ou mesmo desejável, algum tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano. Em resposta a esta questão, argumenta que seria um risco de grau de controle sem precedentes, de perda de autonomia e uma medicalização também integral.

Assim sendo, propõe o termo não como conceito, mas como um ideal regulador, um dever. “Algo como o ideal de objetividade para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar” (Camargo Júnior, 2007, p.42).

Portanto, é

no cotidiano do exercício de práticas terapêuticas informadas e aparelhadas do ponto de vista técnico e teórico, mas sem estarem dominadas por estes, que se constrói a integralidade desejada (Camargo Júnior, 2007, p. 45)

A integralidade também pode ser entendida como um princípio fundamental do direito à saúde. É a materialização da saúde como direito e como serviço, originado do Movimento da Reforma Sanitária brasileira durante as décadas de 1970 e 80 - importante período na formulação de políticas específicas de atenção à saúde. Neste sentido, a integralidade é um princípio, meio e fim. Princípio do direito à saúde, meio de se concretizar o direito à saúde e fim na produção da cidadania no cuidado (Pinheiro, 2009).

É na organização dos serviços de saúde que podemos primeiramente observar a facilidade ou não do exercício de se colocar em prática este modo de produzir saúde.

Em relação à organização das ações de atenção à saúde, estes modelos e práticas podem ser entendidos como “convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações” (Ayres, 2009, p 12).

Uma vez operados, estes modelos se reconfiguram na medida em que são repensados, requalificados ou readaptados, evidenciando, assim, seus alcances, limites, sinergias e tensões. Ayres denomina este movimento como o devir prático. O autor refere dois sentidos atribuídos à noção de modelo, tal como comumente utilizado nas práticas diárias dos profissionais. O primeiro, que é o mais comum, adquire um sentido onde a diversidade é fonte de tensões, que desagrega e produz ruído. No segundo, a diversidade é sinal de vitalidade e as tensões produzidas no modelo são entendidas como uma oportunidade de reflexão, compreensão e reformulações práticas e teóricas, a partir da “busca de horizontes compartilhados para um diálogo produtivo entre as diversas tecnologias” nele implicadas.

Partindo desse segundo sentido, e apoiando-se na Teoria do Processo de Trabalho em Saúde de Mendes-Gonçalves (1992, 1979) em que o autor diz que o processo de trabalho se configura na relação entre os componentes objeto do trabalho, instrumentos, finalidade e agentes, Ayres propõe que a integralidade seja entendida como um princípio norteador de modelos de atenção à saúde em quatro eixos organizadores das práticas, não sem as diversidades e tensões que ocorrem no cotidiano da atenção à saúde: o eixo das necessidades, das finalidades, das articulações e das interações. Estes eixos são interdependentes e em cada um pode-se identificar valores que guiam a construção do SUS.

O **eixo das necessidades** diz respeito à capacidade dos serviços de, sem descuidar da prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, escutar, acolher e dar resposta às

demandas de atenção à saúde de modo a integrar essa dimensão morfofuncional a leituras mais contextualizadas nas experiências sociais e existenciais concretas dos processos saúde-doença de indivíduos e populações, ampliando seu escopo. O **eixo das finalidades** remete à capacidade de integrar as ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, atentando-se para a perspectiva da racionalização meios fins e do conforto e conveniência das ações propostas para responder à leitura das necessidades de indivíduos, famílias e comunidades, conforme acima exposto. O **eixo das articulações** aponta para a capacidade de promover diálogo entre saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais, de forma a responder adequadamente às necessidades e segundo as finalidades dos processos de trabalho conforme acima descritas. O **eixo das interações**, finalmente, quer destacar a importância de efetivo diálogo nas relações intersubjetivas no cotidiano do trabalho, quer seja entre os profissionais, quer entre equipes, indivíduos e comunidades, sem o qual torna-se inviável a realização da integralidade nos eixos anteriores.

Ayres discorre sobre a possibilidade de se construir modelos de atenção focados nesses desafios. Para isto, considera três planos: o saber, a técnica e a ética.

Ao falar sobre o plano do saber, o autor toma como exemplo o quadro de vulnerabilidade, a partir da experiência da pandemia de HIV/aids no cenário mundial, que contribuiu para a transformação do escopo da relação entre epidemiologia e estratégias de diagnóstico de situação e estratégias de prevenção em saúde pública.

Segundo o autor, a epidemia da aids mostrou a limitação dos saberes tradicionais da saúde pública e a necessidade da busca de outros saberes que ele descreve como “saberes mediadores”. A vulnerabilidade, neste caso, apareceu como uma possibilidade de busca por novas sínteses teóricas e levou a epidemiologia a dialogar com outras ciências e saberes não científicos e que, então, a partir da fusão de horizontes entre os diferentes discursos, surgiu a possibilidade de construção de “saberes compreensivos-interpretativos, produtores de síntese aplicadas”.

Analogamente, o autor faz uma crítica, no plano da técnica, a práticas baseadas em uma visão segmentada, com abordagem excessivamente centrada na patologia, onde há pobreza nas relações e interações entre os profissionais e usuários e entre os profissionais das equipes, e com frágil compromisso com o bem estar dos usuários. Aponta, então, para o conceito reconstrutivo de cuidado:

a ideia de cuidado vem justamente tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas (Ayres, 2009 p. 18).

Assim, destacam-se como elementos fundamentais para o cuidado o “ouvir, ver e tocar mais e diversamente”, para compreender as singularidades dos indivíduos e grupos por meio de suas narrativas, e também observar aquilo que não é falado, mas é dito por olhares, expressões corporais, respiração etc. É a importância do toque para além da palpação apreendida na semiologia, mas é o tocar considerando que a experiência do adoecimento é fortemente corporal, que tocar o corpo afetado é uma forma de potencializar o diálogo que contribuirá no processo diagnóstico e nos planos de intervenção (Ayres, 2009).

O autor prossegue destacando que ouvir, ver e tocar são dispositivos fundamentais na perspectiva do êxito técnico do trabalho em saúde, isto é, de sua dimensão instrumental, mas que, entendidos na perspectiva do cuidado, devem ser entendidos também como parte fundamental do diálogo que articula êxito técnico ao sucesso prático, aos modos como os sujeitos entendem que deve ser a vida e a saúde no seu cotidiano.

Daí a ideia de “projeto de felicidade”¹ defendida pelo autor como o horizonte normativo implicado na noção de cuidado.

¹ O autor utiliza a palavra “projeto” no sentido existencial, tomado da filosofia de Heidegger (1995), entendido como o reiterado e inexorável tomar para si do eu, do outro e do mundo, que nos permite estar a cada vez reconhecendo nosso modo mais próprio de ser, atualizando

o projeto de felicidade é a referência que nos permite compreender o que as pessoas estão buscando em nossas capacidades instrumentais e, no mesmo movimento, permite às pessoas compreenderem o que temos efetivamente para oferecer a elas com nossas tecnologias (Ayres, 2009 p. 18).

O autor traz, ainda, outros aspectos implicados no cuidado em sua relação com a integralidade, como as noções de vínculo e responsabilização. A ideia de vínculo requer atitudes no sentido de tratar os usuários não como objetos de intervenção, mas como verdadeiros sujeitos; oferecer acolhimento e continuidade nos serviços na resposta a diferentes demandas de indivíduos e comunidades; promover envolvimento de profissionais, usuários e comunidades nos processos de cuidado. Ayres propõe pensarmos o vínculo não como uma escolha individual, mas como “a construção de oportunidade de encontros menos ou mais capazes de favorecer intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de compartilhamentos” (Ayres, 2009 p. 20).

A responsabilização, por sua vez, não pode ser vista como um imperativo moral, mas como resultado do vínculo estabelecido entre profissionais e usuários.

O compromisso com a resolutividade, central à ideia de responsabilização, tem sua integralidade e efetividade diretamente proporcionais à nossa capacidade de produzir encontros potentes e sensíveis à normatividade conformada pelos projetos de felicidade de quem cuidamos (Ayres, 2009 p. 20).

a compreensão de si e do mundo que nos situa e move existencialmente, racional e afetivamente”. (p.19).

O conceito de felicidade, por sua vez, é entendido como “uma ideia reguladora, isto é, é algo pelo qual orientamos nossas decisões, nossas ações, nossas atitudes e que sinalizam que estamos nos movendo conforme nossos projetos”. (p. 19). É uma ideia contrafática e assintótica, ou seja, só se sabe a direção em que ela nos move na medida mesma em que se vive, e nunca se atinge um “completo estado de felicidade”, pois que é um horizonte que se move na medida mesma em que nos movemos na sua direção.

No último plano, mas não menos importante, Ayres correlaciona a realização da integralidade do cuidado com uma dimensão ética, que identifica nas propostas de humanização do cuidado. É no investimento na autonomia dos sujeitos, no diálogo e na construção compartilhada com o usuário, considerando os saberes não especializados deste como vivência profunda e motivo central do encontro com o profissional e seus saberes técnicos e científicos, que se consegue fundir os horizontes e instruir os êxitos técnicos possíveis na direção dos sucessos práticos almejados.

Guiados pela perspectiva acima exposta, dos elementos fundamentais para a construção da integralidade do cuidado, é que compreendemos a importância das ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais na Atenção Básica (AB). É no trabalho em equipe que essas ações podem ser potencializadas. É sob essa lente que procuraremos estudar as equipes NASF-AB no presente estudo.

1.2.2 O método do Apoio Matricial no NASF-AB

Constituído como equipe multiprofissional, o NASF foi criado e orientado pelas diretrizes da AB para atuar junto a ESF/AB (Brasil, 2008). Esta equipe foi pensada para melhorar a qualidade e ampliar o escopo de ações da Atenção Básica, aumentando a capacidade resolutiva dos casos, compartilhando decisões e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade.

Sua grande potência está na possibilidade de auxiliar no manejo e resolução de problemas clínicos e sanitários, agregando práticas e ampliando as ofertas da AB. O referencial teórico-metodológico que embasa a proposta é o apoio matricial, que inclui aspectos clínico-assistenciais (ação clínica específica direta com o usuário) e técnico-pedagógicos (ação de apoio educativo com e para as eSF e eAB) (Campos; Domitti, 2007).

A partir das demandas identificadas pelas eSF, os NASF devem atuar de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), Redes de Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e redes sociais e comunitárias (Brasil, 2014).

Portanto, é na perspectiva da integralidade do cuidado que o NASF conseguirá agregar novas ofertas de cuidado à AB e auxiliar na articulação desta com os demais níveis de organização da atenção à saúde.

O Ministério da Saúde apresenta da seguinte forma a ideia de integralidade:

[...] para lidar com as demandas e as necessidades de saúde dos usuários, é necessário que as equipes tenham, cada vez mais, alta capacidade de análise e de intervenção, em termos clínicos, sanitários e no que se refere à gestão do cuidado, inclusive daqueles usuários que requerem acesso a ofertas e tecnologias em outros pontos das redes de atenção. A integralidade requer, para a sua materialização, políticas abrangentes e generosas, existência e organização de diferentes tipos de serviços articulados em rede para dar conta de diferentes necessidades, bem como práticas profissionais eficazes no sentido do aumento dos graus de autonomia dos usuários, da redução de danos, dos riscos e das vulnerabilidades, além do aumento da potência de vida. A agregação de profissões e ocupações propiciadas pelo NASF aumenta a possibilidade de resposta mais abrangente da atenção básica diante das demandas e necessidades dos usuários (Brasil, 2014, p.19).

Trabalhar com o apoio de equipes multiprofissionais significa para a ESF o aprimoramento do cuidado em seu território, pois essa relação entre equipes possibilita a troca de saberes entre as diferentes áreas de conhecimento e aumenta a capacidade resolutiva dos casos a partir do encontro e atuação destes profissionais. Neste encontro emerge o desafio que a integralidade do cuidado lhes impõe, que é o “que” e “como” fazer na prática, respondendo às mais diversas situações que se apresentam no cotidiano da comunidade, das famílias e das eSF/eAB.

O Ministério da Saúde orienta que os NASF utilizem como método de gestão de trabalho o apoio matricial. Esta ferramenta de trabalho traz consigo uma forte relação com os valores de integralidade do cuidado, pois prevê ações assistenciais diretas ao usuário, ações técnico-pedagógicas entre equipes e articulação com a rede intersetorial.

A nova PNAB orienta o trabalho do NASF-AB de forma horizontal e interdisciplinar:

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes (Brasil, 2017, p.14).

Apesar de ser parte das funções da APS a coordenação do cuidado dos pacientes, “filtrando” os usuários que necessitem de acesso a serviços e a profissionais especializados, no Brasil essas funções são pouco praticadas, o que dificulta ainda mais a integralidade do cuidado. Portanto, a proposta de Equipe de referência (no caso, as eSF/AB) e apoio matricial (equipes de NASF-AB) dialoga diretamente com o enfrentamento desses impasses, na medida em que propõe novas formas de contrato entre os serviços de saúde, desses com os profissionais e desses com os usuários (Cunha; Campos, 2011).

Em seu guia sobre matriciamento em saúde mental, o Ministério da Saúde traz este método como

uma nova proposta integradora, que visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde (encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação) em ações horizontais

que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (Brasil, 2013 p.13).

Portanto, o AM deve proporcionar retaguarda especializada, suporte técnico pedagógico, vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população.

[O] novo modelo de reproduzir saúde situa-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes (Brasil, 2013 p.16).

Em síntese, o AM

- ✓ É um método de gestão do cuidado, inicialmente adotada em serviços de saúde mental;
- ✓ Objetiva assegurar retaguarda especializada a equipe e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde;
- ✓ Se dá de maneira personalizada e interativa;
- ✓ Opera com o conceito de núcleo e campo de saber;
- ✓ Oferece tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

O conceito de núcleo e campo de saber foi descrito por Campos (2000). Explicando em linhas gerais, o conceito de núcleo de saber se relaciona a áreas específicas de competência profissional, em que o objeto de conhecimento e intervenção é de responsabilidade de determinada categoria. Podemos citar como exemplos a prescrição de medicamentos pelo médico, a

psicoterapia pelo sociólogo, a organização da dispensação de medicamentos pelo farmacêutico, etc. Por sua vez, o conceito de campo de saber refere a competências e responsabilidades compartilhadas por mais de uma disciplina e/ou profissional, como educação em saúde, ações de promoção da saúde, vigilância epidemiológica, etc. Nesses campos, como no campo da Saúde Coletiva de modo geral, articulam-se saberes e práticas de uma diversa gama de profissionais, como médico, dentista, fonoaudiólogo, enfermeiro, psicólogo, agente comunitário de saúde, entre outros.

Um fenômeno recente, mais ou menos concomitante ao processo de construção e implementação da proposta NASF, foi o processo de contratualização da atenção à saúde por parte das diversas instâncias públicas, federal, estaduais e municipais. A transferência da responsabilidade direta da gestão e dispensação de ações atenção à saúde às Organizações Sociais de Saúde (OSS) torna mais complexa a tarefa de construir a integralidade e aplicar o AM pelas equipes NASF. A descentralização e a heterogeneidade que as diferentes OSS produzem na ponta do sistema tornará a efetivação da proposta NASF dependente das diversas concepções dos gestores e profissionais responsáveis pela Atenção Básica, mesmo sob uma mesma diretriz política municipal. Por isso será importante destacar esse aspecto, que será o pano de fundo de toda a discussão a ser aqui desenvolvida.

1.2.3 Organizações Sociais de Saúde na cidade de São Paulo

O modelo de gestão de saúde no Estado de São Paulo, firmado pela Lei Complementar Nº 846, de 04 de junho de 1998, institui as Organizações Sociais de Saúde (OSS) como responsáveis diretas pela administração de Unidades de Saúde municipais (São Paulo, 1998)

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS), no site portal da transparência, descreve essas organizações como: instituições do setor

privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do SUS.

Desta maneira, desde 2007 a SMS vem utilizando este modelo para gerir os equipamentos de saúde. Anteriormente a isto, a expansão das OSS na cidade de São Paulo não estava sendo realizada na lógica territorial, o que foi se mostrando um dificultador do processo, pois podíamos observar em um mesmo território a gestão de mais de uma OSS e, em algumas situações, diferentes serviços, como AMA, UBS tradicional, centro especializado em reabilitação (CER), dividindo o espaço físico de uma mesma unidade de saúde sob a gestão de diferentes OSS para cada serviço. Desta forma, tornava-se difícil a organização da RAS, o acompanhamento dos processos de trabalho por parte da gestão e a gestão dos recursos humanos.

Então, com o intuito de centralizar a administração por território, entre os anos de 2014 a 2016, a SMS realizou os chamamentos públicos e a progressiva substituição do modelo anterior. Nestes, as OSS tiveram a oportunidade de se apresentar para concorrer à administração de cada uma das Supervisões Técnicas de Saúde (STS). Atualmente, na cidade de São Paulo, temos 22 (vinte e duas) STS, distribuídas em 6 (seis) Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) como mostra o quadro 1:

Quadro 1 - Distribuição das STS por CRS

CRS	STS
Norte	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisões Técnicas de Saúde Freguesia do Ó/Brasilândia e Casa Verde/Cachoeirinha - Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria/Vila Guilherme - Supervisão Técnica de Saúde Santana/Tucuruvi/Jaçanã/Tremembé - Supervisão Técnica de Saúde Perus/Pirituba
Sul	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisões Técnicas de Saúde Santo Amaro e Cidade Ademar - Supervisão Técnica de Saúde M' Boi Mirim - Supervisões Técnicas de Saúde M' Boi Mirim e Campo Limpo - Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro

Leste	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão Técnica de Saúde Ermelino Matarazzo - Supervisão Técnica de Saúde São Mateus - Supervisões Técnicas de Saúde São Miguel e Itaim Paulista - Supervisões Técnicas de Saúde Itaquera/Guaianases e Cidade Tiradentes
Oeste	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão Técnica de Saúde Butantã - Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros (Pinheiros) - Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros (Lapa)
Centro	- Supervisão Técnica de Saúde Sé
Sudeste	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão Técnica de Saúde Penha - Supervisões Técnicas de Saúde Mooca/Aricanduva e Vila Prudente/Sapopemba - Supervisão Técnica de Saúde Vila Prudente/Sapopemba - Supervisões Técnicas de Saúde Vila Mariana/Jabaquara e Ipiranga - Supervisão Técnica de Saúde Mooca/Aricanduva

Fonte: São Paulo, 2017.

Nota: Dados extraídos do portal da transparência em junho/2017 dos contratos vigentes.

Neste modelo de gestão, a prefeitura tem a responsabilidade de acompanhar e fiscalizar os dados do trabalho realizado pelas OSS, como a produção, contratação de equipes e a qualidade dos serviços prestados. Foram criados programas para facilitar este monitoramento, como o Sistema de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde (WEBSAASS), onde é possível a extração de dados de produção e acompanhamento das OSS parceiras (quadro 2), que são postos à análise pelas STS, CRS e pelo Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS) da SMS.

Quadro 2 - OSS parceiras em contratos de gestão da SMS-SP e respectivas Supervisões Técnicas

OSS	STS
Associação Saúde da Família (ASF)	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisões Técnicas de Saúde Freguesia do Ó/Brasilândia e Casa Verde/Cachoeirinha - Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro - Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros
Associação para o desenvolvimento da medicina – SPDM	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria/Vila Guilherme - Supervisão Técnica de Saúde Perus/Pirituba - Supervisão Técnica de Saúde Butantã - Supervisões Técnicas de Saúde Móoca/Aricanduva e Vila Prudente/Sapopemba - Supervisões Técnicas de Saúde Vila Mariana/Jabaquara e Ipiranga - Supervisão Técnica de Saúde Móoca/Aricanduva
Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde - IABAS	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão Técnica de Saúde Santana/Tucuruvi/Jaçanã/Tremembé - Supervisão Técnica de Saúde Sé
Associação Congregação de Santa Catarina	- Supervisões Técnicas de Saúde Santo Amaro e Cidade Ademar
Associação Comunitária Monte Azul	- Supervisão Técnica de Saúde M' Boi Mirim (Distrito administrativo Jd São Luiz)
Centro de estudos e pesquisas Dr. João Amorim – CEJAM	- Supervisões Técnicas de Saúde M' Boi Mirim e Campo Limpo (Distrito administrativo Jardim Angela e distrito Administrativo Capão Redondo)
Serviço Social da Construção Civil – SECONCI	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão Técnica de Saúde Ermelino Matarazzo - Supervisão Técnica de Saúde Penha
Fundação do ABC	Supervisão Técnica de Saúde São Mateus
Santa Marcelina	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisões Técnicas de Saúde São Miguel e Itaim Paulista - Supervisões Técnicas de Saúde Itaquera/Guaianases e Cidade Tiradentes

Fonte: São Paulo, 2017.

Os contratos assinados pelas OSS incluem metas de produção, metas de contratação de profissionais e metas de qualidade. O acompanhamento de metas e justificativas para o não cumprimento destas e aplicação de descontos cabíveis, são realizadas trimestralmente em reuniões das Comissões Técnicas de Avaliação (CTA) formadas por membros do NTCSS, da CRS, da STS e da OSS. Além disso, foram também criados instrumentos para auxiliar neste acompanhamento - o manual de acompanhamento, supervisão e avaliação assistencial e o manual de acompanhamento financeiro. Cada OSS tem certa liberdade para se estruturar, dentro dos parâmetros do contrato, possibilitando diferentes maneiras de compor e pensar seus processos de trabalho.

Política polêmica, os prós e contras desse debate estão bem sintetizados por Barata e Mendes (2007), resumidos abaixo (quadro 3):

Quadro 3 - Críticas e contra-argumentos ao modelo de gestão pública por OSS

Argumento dos críticos do modelo OSS	Contra argumentos dos defensores do modelo OSS
OSS como forma de privatização dos SUS.	<p>Esta crítica confunde as modalidades de gerenciamento dos serviços (gerente estatal x gerente filantrópicos). Não ocorreu em SP nenhuma privatização de serviços públicos – todos os bens são do Município.</p> <p>Toda a produção é realizada para o SUS (atendimento público) e todos os recursos são aplicados no serviço.</p> <p>Os serviços filantrópicos receberam em 2006 um valor de R\$5,5 bilhões, porém é insuficiente o que leva os serviços a priorizar os procedimentos mais lucrativos para garantir sua sobrevivência financeira.</p> <p>OSS são submetidas a controles muito mais rigorosos em sua produção, recebendo recursos de acordo com metas e, possuem centro de custo.</p>
Serviços de OSS não estão submetidos ao controle social.	<p>O controle é estabelecido por contratos de gestão que são avaliados pelo poder público (SMS) e relatórios gerenciais são disponibilizados para todos, por meio dos representantes do conselho municipais de saúde.</p> <p>As OSS são auditoradas pelo tribunal de contas.</p> <p>Muitas OSS têm conselho local com participação de representantes dos usuários.</p> <p>Possuem pesquisa de satisfação realizada com os pacientes e familiares.</p>
As OSS tem melhor qualidade por estarem sob proteção das entidades, seja por receberem mais recursos, seja por demanda restrita ou seleção de clientela.	<p>Não existe privilégio de financiamento para OSS. A análise deve comparar custo com produção e não usar valores absolutos.</p> <p>O custo das OSS é menor que os custos dos hospitais da administração direta.</p> <p>A maioria dos hospitais das OSS são referenciados (só recebem casos encaminhados por outros serviços), porém, não se trata de seleção de clientela ou de atendimento de casos mais baratos ou simples. É referenciado para organizar a demanda e para que casos que possam ser cuidados na AB não estejam em outro nível de atenção (regionalização e hierarquização).</p> <p>Não existe diferenciação entre a oferta das OSS e dos demais hospitais da administração direta.</p>

Fonte: Barata; Mendes, 2007.

Embora haja críticas e resistências relacionadas a este modelo de gestão, as políticas públicas atuais estão voltadas para o seu fortalecimento. No entanto, mesmo entre os defensores da contratualização, resta claro que, para que os contratos com as OSS possam ter bons resultados, é necessário que atendam a certos requisitos, como a adequada escolha do parceiro privado, que deve ter experiência gerencial e espírito público; o compromisso e integração dos novos serviços com o sistema público de saúde (SUS), garantindo-se o acompanhamento e controle social; um modelo de contrato de gestão adequado, com metas claras e de fácil quantificação; a existência de equipe profissional no setor público com capacidade de acompanhamento e avaliação dos serviços contratados; a superação da visão de que um serviço de saúde somente é público se for administrado diretamente pelo Estado; incorporação de um conceito de Estado formulador, controlador e avaliador dos serviços prestados, em substituição do modelo de Estado proprietário, empregador e prestador exclusivo; modelos de OSS que respeitem os princípios do SUS de acesso universal, integralidade e equidade (Barata; Mendes, 2007).

1.2.4 Algumas considerações, segundo a vivência da autora

Ao longo dos doze anos, desde a implantação das equipes NASF no município de São Paulo, a autora acompanhou discussões em várias esferas (locais, regionais, municipais e ministeriais) sobre o papel e funcionamento dessas equipes. Pôde observar que cada território estruturou o NASF de um jeito singular, tanto no modo de implantação e operacionalização, quanto no modelo de gestão dessas equipes. Um exemplo disso foi o modo de implantação de cada NASF: enquanto algumas UBS receberam equipes NASF sem um diálogo prévio sobre o trabalho que se iniciaria, outras tiveram o tempo de alinhamento das expectativas e discussão do modelo proposto pelo MS, antes da contratação dos profissionais e do modelo que viria a ser adotado (Silva et al., 2012).

Outro exemplo é o modo de captação de casos para o NASF. Apesar das diretrizes do MS postularem claramente que estas equipes não devem ser porta de entrada para os casos da AB, pois o objetivo é o compartilhamento e acompanhamento em discussão junto às eSF e eAB, algumas equipes se estruturaram com agenda aberta na recepção da UBS para categorias profissionais determinadas, como a fisioterapia por exemplo.

Pôde-se notar diferentes exemplos relacionados à gestão do NASF. Algumas OSS parceiras do município determinaram cargos específicos para coordenação e acompanhamento do trabalho. Outras incumbiram o próprio gerente da UBS desse papel, o que possibilita que este gestor administre o NASF pelo seu próprio discernimento sobre como deve ser feito o trabalho. Este modelo pode demandar diferentes modos de trabalho para uma única equipe NASF, pois atualmente, ao contrário do que orienta a Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, encontramos NASF com a sobrecarga de ser referência para 20 (vinte) ESF em até 6 (seis) UBS diferentes. A autora acompanhou NASF em que a gerência da UBS impedia os médicos de família de participarem de reunião de matriciamento, com o argumento de diminuição de produção. Entretanto, médicos que valorizavam a elaboração de um projeto comum, construído na relação entre as eSF e NASF, reivindicaram este espaço. Havia aqueles também que atribuíam ao NASF um papel ambulatorial, típico do nível secundário da saúde e neste caso, não se inseriam no trabalho compartilhado entre as equipes.

Com relação ao acompanhamento do trabalho do NASF pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões Técnicas de Saúde (STS) pôde-se observar que era realizado de distintas maneiras. Dependendo da relação estabelecida com cada parceiro, algumas CRS estabeleciam diálogos em discussões qualitativas para construção dos processos de trabalho, e outras, claramente se posicionavam em uma postura de estabelecimento e avaliação de metas quantitativas.

Estes são poucos exemplos descritos na vivência do dia a dia, mas que podem ser amplamente analisados e discutidos com relação aos seus impactos no cuidado em saúde, por observar que os modos de integração das equipes

NASF aos modelos de atenção estabelecidos pelos diferentes parceiros da prefeitura podem ser muito expressivos dos valores atribuídos à equipe NASF, e de como cada parceiro e equipe NASF se organiza para propor, na prática, a integralidade do cuidado.

É preciso, então, examinar mais de perto, a partir da experiência de gestores públicos, gestores de OSS e profissionais de saúde, como a experiência do NASF, da formulação de suas diretrizes ao exercício cotidiano do trabalho tem avançado na direção da efetivação do princípio da integralidade no SUS.

Parte I
Capítulo 2

2 OBJETIVO

Esta pesquisa tem como objetivo identificar avanços e limites da incorporação do princípio da integralidade na Atenção básica com a proposição e implementação do NASF-AB, na perspectiva de sua articulação com os modelos de organização do trabalho de atenção à saúde.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar a construção e mudanças da proposta do NASF por meio das normatizações do Ministério da Saúde ao longo de seus anos de existência.
2. Identificar os fundamentos conceituais da proposta dos NASF-AB e sua relação com o princípio da integralidade do SUS, considerando modelos de gestão e o processo de trabalho do NASF;
3. Analisar de que modo a diversidade dos processos de gestão, favorecida pelos contratos OSS-SMS, repercute sobre as diferentes dimensões da operação do princípio da integralidade (definição de necessidades, finalidades, articulações e interações na operação dos processos de trabalho).

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS

Trata-se de estudo qualitativo, baseado em análise documental e depoimentos de informantes-chave (formuladores de política, gestores, profissionais), que participaram da elaboração e/ou implementação das políticas do NASF.

A produção e elaboração do material empírico desta pesquisa é de caráter compreensivo-interpretativo, apoiado na perspectiva da hermenêutica filosófica (Gadamer, 2015).

Gadamer, na esteira de Heidegger, ao mesmo tempo em que recupera a importância de certas construções da tradição hermenêutica para estudar os fenômenos (a perspectiva compreensiva, mais do que explicativa, na apreensão dos fenômenos; a implicação daquele que estuda no objeto mesmo do estudo; a circularidade entre a totalidade - de sentido – e o significado das particularidades em estudo), rompe com a busca, operada por autores dessa tradição, como Schleiermacher e Dilthey, de princípios universais e constantes para a interpretação dos fenômenos. Para Gadamer, qualquer interpretação será sempre estritamente dependente da experiência singular de quem toma um fato humano para exame (seja um documento, uma produção artística, um depoimento, um processo histórico).

Na perspectiva da hermenêutica contemporânea, a compreensão de um fenômeno humano sempre parte da pré-compreensão de uma realidade na qual já estamos de alguma forma implicados (prefiguração), que reclama a elucidação (interpretação) de aspectos dessa realidade que de alguma forma nos despertam interesse ou estranheza (princípio da aplicação), interesse ou estranheza que nos levará a buscar elementos que permitam romper com o senso comum, com a recepção acrítica daquela realidade (configuração), em busca de recompor uma totalidade de sentido na qual se enriqueça a compreensão do fenômeno em questão (refiguração)(Ricoeur, 1976).

Nesse sentido, o tratamento do material da presente pesquisa será organizado como um diálogo entre minhas preocupações enquanto pesquisadora (o NASF-AB está promovendo integralidade?) e as narrativas (textos e depoimentos) sobre o tema.

A produção e a interpretação do material empírico, portanto, partem de meu conhecimento e experiências prévias como profissional de saúde e, guiados pelas minhas inquietações, buscarão refigurar e compartilhar a compreensão das relações NASF-Integralidade com o recurso a um diálogo com textos e pessoas mediado pelo quadro do interpretativo do Cuidado/Integralidade, desenvolvido por Ayres e organizado nos quatro eixos - necessidades, finalidades, articulações e interações.

Assim, esta investigação buscou, em síntese, compreender como o princípio da integralidade do cuidado é entendido e operado pelo NASF-AB, segundo a forma de sua articulação com modelos de organização do trabalho de atenção à saúde e as transformações da política em que este se ancora.

Para isso, partimos do levantamento e exame dos textos balizadores da política da Atenção Básica e da proposição e regulamentação dos NASF e entrevistamos informantes-chave que contribuíram no entendimento da elaboração e transformações das políticas do NASF e desenvolvimento dos processos de trabalho.

Para a *Parte 1* deste trabalho em que tratamos das transformações das políticas do NASF, nos baseamos em análise documental e depoimentos de informantes-chave. Foram analisadas dez portarias relativas ao NASF que definiram a implantação e modificações nas propostas de trabalho dessas equipes. A fim de contribuir para o entendimento dessas normativas, foram realizadas cinco entrevistas com gestores que ocuparam ou ocupam cargos no DAB (atualmente chamado de Secretaria de Atenção Básica - SAS) do Ministério da Saúde (MS) e que participaram das discussões para elaboração dessas normatizações.

Partimos dos pressupostos anteriormente explicitados, quais sejam, a aposta no sentido civilizatório do SUS, a importância conferida à

interdisciplinaridade na AB e ao princípio da integralidade para sua efetiva construção no SUS e, por fim, a assunção do papel estratégico da equipe interdisciplinar do NASF junto à AB para que o princípio da integralidade seja concretamente operado no SUS. Tomamos como base, também, o entendimento do NASF como um dispositivo tecnológico no sentido amplo em que aplicamos o conceito de tecnologia, segundo a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde (TPTS) (Mendes-Gonçalves, 2017). Tendo como referência estas pré-figurações, buscamos responder ao questionamento que levantamos acerca da relação entre NASF e integralidade na AB, explorando um aspecto que, ainda que parcial e limitado, nos parece sensível para apreender o papel atribuído a este dispositivo no contexto da construção do SUS: a orientação normativa do NASF tal como expresso nas portarias exaradas pelo MS.

O diálogo que estabeleceremos com esse material foi guiado por outro recurso analítico derivado da TPTS: o quadro conceitual do Cuidado/Integralidade, tal como apresentado por Ayres (Ayres, 2009). Buscaremos identificar em que medida e sentidos as normatizações ministeriais do NASF apontam para uma aproximação ou para o afastamento desse dispositivo de uma orientação tecnológica pautada pelo princípio da integralidade. Para isso, tomaremos por base os quatro eixos interpretativos citados na introdução deste trabalho.

O trabalho de campo (seleção e análise documental e realização das entrevistas) foram realizados no primeiro semestre de 2019.

A escolha dos entrevistados teve por critério a experiência anterior ou atual de trabalho no DAB do MS e a participação em reuniões de discussão para elaboração das políticas relativas ao NASF e que, por essa condição, pudessem ajudar a construir o pano de fundo dos debates em que as portarias estiveram envolvidas. A definição do número de entrevistas e do perfil dos entrevistados selecionados, conforme explicita o quadro 4, seguiu o exclusivo critério de suficiência para o delineamento desse pano de fundo. As entrevistas foram realizadas pela primeira autora, registradas com uso de gravador de voz,

e posteriormente transcritas por serviço terceirizado. As transcrições foram conferidas com a gravação original e editadas a partir do texto escrito.

Quadro 4 - Perfil dos entrevistados

Nome	Sexo	Formação	Período ligada ao DAB	Relação com a formulação da política do NASF
E.R	Feminino	Doutorado Nutricionista	5 anos	Cargo de gestão do DAB
C.B	Masculino	Mestrado Farmácia	5 anos	Cargo técnico do DAB
M.P.	Masculino	Mestrado Psicólogo	7 anos	Cargo de Assessoria ao DAB
O.M.	Feminino	Nutricionista	6 anos	Cargo de analista do DAB
K.C	Feminino	Mestrado Nutricionista	6 anos	Cargo de Consultoria ao DAB
A.P.	Feminino	Medicina Pós Doc.	Mais de 20 anos	Cargo de Consultora em Saúde Mental

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2020.

A *Parte 2* da tese trata do Processo de Trabalho na visão dos depoentes. Incluímos entre os entrevistados profissionais de diversas áreas de formação que já fizeram ou fazem parte do NASF e gestores de saúde que trabalham com essas equipes conforme mostra o quadro 5 e quadro 6. As entrevistas foram realizadas entre o segundo trimestre de 2017 e primeiro semestre de 2019. Este longo espaço de tempo entre as entrevistas derivou-se por conta de mudança de metodologia necessária em meio ao percurso deste trabalho.

Procuramos diversificar os participantes quanto à região e local de trabalho entendendo que assim obteríamos maior riqueza de informações.

Quadro 5 - Síntese do perfil dos profissionais NASF entrevistados

Nome	Sexo	Categoria profissional	Função	Tempo de experiência na APS	Tempo de experiência no NASF	Tinha experiência em saúde coletiva antes de entrar no NASF em que trabalha?
F.M.	Feminino	Fisioterapeuta	Profissional NASF	20 anos	9 anos	Sim
L.C.	Feminino	Terapeuta ocupacional	Profissional NASF	20 anos	9 anos	Sim
A.B.	Feminino	Nutricionista	Profissional NASF	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses	não
M.F.	Masculino	Fisioterapeuta	Profissional NASF	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses	não
A.A.	Feminino	Ed. Física	Profissional NASF	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses	não
L.M.	Feminino	Fonoaudióloga	Profissional NASF	1 ano	11 meses	não
M.R.	Feminino	Fisioterapeuta	Profissional NASF	1 ano	1 ano	não
A.S.	Feminino	Psicóloga	Profissional NASF	1 ano	9 meses	não
D.S.	Feminino	Assistente Social	Profissional NASF	5 anos	1 ano	Sim
J.A	Feminino	Nutricionista	Profissional NASF	9 anos	9 anos	Sim
L.G	Masculino	Psiquiatra	Profissional NASF	2 anos	1 ano	Sim
M.V.	Masculino	Psicólogo	Profissional NASF	3 anos e 5 meses	1 ano	Sim
M.B.	Feminino	Psicóloga	Profissional NASF	4 anos	1 ano	Sim

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2020.

Quadro 6 - Síntese do perfil dos gestores entrevistados

Nome	Sexo	Categoria profissional	Função	Tempo de gestão em saúde	Contato direto com o NASF
F.R	Feminino	Fonoaudióloga	Assessora técnica de reabilitação / Coordenadora NASF	9 anos	Sim
V.L.	Feminino	Fisioterapeuta	Coordenação NASF	1 ano	Sim
C.L	Masculino	Psicólogo	Coordenador NASF	4 anos	Sim
M. E.	Feminino	Médica de Família e Comunidade	Gestora / Coordenadora NASF	5 anos	Sim
I.S.	Masculino	Enfermeiro	Gerente UBS/coord. NASF	6 anos	Sim
J.L.	Masculino	Médico	Gestor	Mais de 30 anos	Não
P.C	Masculino	Dentista	Gestor	Mais de 30 anos	Não

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2020.

Entendemos que o tempo de trabalho é relevante para a consolidação do trabalho de um profissional ou gestor dentro de uma equipe NASF. Portanto, levamos em consideração o tempo de experiência maior que um ano dentro de uma mesma equipe ou Organização Social de Saúde (OSS), entendendo que este fator, o tempo de trabalho, potencializa a reflexão proposta no estudo. .

Em síntese, as respostas que buscamos nas duas partes (*Parte 1 e Parte 2*) deste trabalho, conforme os eixos analíticos adotados, são:

Eixo das necessidades – Que leitura de necessidades e preocupações estiveram explicitamente na base da formulação política e técnica dos NASF? Que motivações e razões não explicitadas podem ser associadas a esse processo? Como se pode acolher e responder às demandas de atenção à saúde integrando a dimensão morfofuncional a leituras mais contextualizadas nas experiências sociais e existenciais concretas dos processos saúde-doença de indivíduos e populações? Que experiências seriam essas? Qual o grau e tipo de compromisso da política dos NASF com esse tipo de preocupação? Na

prática, que tipo de escuta / leitura o NASF-AB faz das necessidades de saúde? Onde obtém sucesso? Por que? Onde fracassa? Por quê?

Eixo das finalidades – Que ações de saúde são priorizadas na organização dos processos de trabalho na AB? Como o NASF participa (ou não) dessa priorização? O que determina essa priorização? Há algum grau de integração entre essas diferentes ações nos processos de trabalho operados na AB? Como o NASF participa, ou não dessa integração?

Eixo das articulações – Como se articulam as RAS? Que papel os NASF têm (ou não) nessa articulação? Que características do trabalho de uma equipe NASF produz sucesso nessa articulação? O que atrapalha? Em que medida, e como, o NASF produz interdisciplinaridade? O que favorece isto e o que atrapalha? Em que temas ou áreas o NASF é mais potente para produzir articulação entre profissionais e setores? Onde fracassa? Por que?

Eixo das interações – como se dá o diálogo no cotidiano do trabalho entre os profissionais da própria equipe NASF, destes com os profissionais da UBS, das articulações com a RAS, outros setores e comunidade? O que favorece? O que obstaculiza?

Com base nessas questões gerais montamos roteiros de leitura dos documentos e de entrevistas semi-estruturadas apresentadas nos anexos. Ao máximo possível procuramos identificar situações práticas que concretizaram as narrativas (tanto nas propostas técnicas quanto nos depoimentos) e variadas situações de prática, como reunião com as eSF, reunião técnica e geral, fóruns, articulação com a RAS, atendimentos individuais na UBS e em domicílio, atendimentos compartilhados com outros profissionais, grupos de prevenção e promoção à saúde e outros.

Não foi possível definir a priori com precisão o *corpus* documental e a quantidade de depoentes. Em uma estimativa grosseira, estimamos inicialmente cerca de 20 participantes para cobrir de forma suficiente os perfis de maior interesse para a pesquisa, porém chegamos ao número de 26 depoentes: 6 (seis) gestores partícipes das discussões e elaboração das

políticas do NASF, 13 (treze) profissionais de equipe NASF e 7 (sete) gestores das OSS.

O convite à participação na pesquisa se deu por meio de contato telefônico e/ou email explicitando o objetivo da pesquisa. Esta participação foi voluntária, em caráter pessoal, não institucional, realizada presencialmente ou via internet (no caso dos depoentes do MS).

A entrevista semiestruturada foi composta por perguntas abertas. Esta escolha foi feita por esse tipo de entrevista poder “dar mais informações, proporcionando comentários, explicações e esclarecimentos significativos para se interpretar e analisar as respostas” (Souza et al., 2005, p. 147).

O tratamento do material empírico produzido foi baseado em categorias instruídas pelo quadro da integralidade do cuidado subdividido pelos eixos tal como explicado anteriormente.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, gravadas e posteriormente transcritas. O processo interpretativo contemplou as etapas:

1. Leitura compreensiva das entrevistas.
2. Identificação de conteúdos dos quatro eixos da integralidade e problematização dos elementos destacados nas narrativas.
3. Exploração dos significados apreendidos no encontro entre as preocupações da pesquisadora e as narrativas produzidas, no que se refere à elaboração das políticas que norteiam o trabalho do NASF-AB, e aos processos de trabalho nas diferentes equipes de NASF-AB e suas implicações para a atenção à saúde na perspectiva da Integralidade do cuidado.

Em relação à transcrição das entrevistas gravadas, o material foi enviado para serviço terceirizado. Cada entrevistado recebeu um código e os nomes mencionados pelos entrevistados foram registrados apenas com suas iniciais. Todas as palavras da entrevista foram transcritas na íntegra e foi

conferido por mim o trabalho com a gravação original e editado de maneira correta, quando necessário (Gomes et al., 2005, p.187).

A validade dos constructos de um estudo desta natureza não dispõe de nenhum critério *a priori* de *verificação*, mas reside na fecundidade do diálogo que pretende empreender, isto é, na sua felicidade performativa em “fundir horizontes” (Gadamer, 2015) entre intérprete (pesquisadores), *interpretandum* (as portarias e depoimentos) e os seus leitores (interlocutores virtuais). Isto significa desdobrar do material aqui trabalhado leituras empírica e logicamente *plausíveis* sobre a realidade estudada e dotadas de *interesse prático*, buscando uma segura distância do dogmatismo de pré-compreensões cristalizadas, tanto quanto da esterilidade de leituras falsamente independentes dessas pré-compreensões (Ricoeur, 1983).

Parte I
Capítulo 4

4 NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE NORMATIZAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Após mais de dez anos da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, os dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) mostram avanço com 5.573 equipes cadastradas até novembro de 2019 (Brasil, 2017). Sua criação visou a potencialização e aumento da resolutividade da Atenção Básica (AB) por meio do auxílio na reorganização da rede de atenção secundária e terciária, redução da medicalização, corresponsabilização do cuidado e atuação no ensino e educação permanente de profissionais (Silva et al., 2012).

O NASF consiste, de modo sumário, em um dispositivo tecnológico de fortalecimento da AB no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Com base na Teoria do Processo de Trabalho em Saúde (TPTS) (Mendes-Gonçalves, 2017), entende-se aqui tecnologia como um arranjo de saberes, instrumentos materiais e organização institucional que consubstancia necessidades sociais (políticas, econômicas, culturais) e finalidades técnicas na operação concreta do trabalho em saúde. Esse efeito tecnológico decorre, ao menos em tese, de sua capacidade de agregar e articular o trabalho de um conjunto de profissionais e seus respectivos núcleos de saber. Tal conjunto, atuando em consonância como cuidado exercido pelas equipes de Saúde da Família (eSF), responde à necessidade de integração das ações de atenção à saúde que são estruturalmente constitutivas das tecnologias da Atenção Primária à Saúde (APS) e impactam positivamente a performance dos sistemas de saúde nos quais a AB é fortalecida (Leach, 2017; Mickan, 2005).

Seja porque racionaliza a distribuição e utilização dos recursos do sistema de saúde, seja porque obtém impactos positivos sobre a saúde das populações, especialmente em contextos mais vulneráveis, seja porque melhora as relações entre usuários e profissionais – tudo isso já bem documentado na literatura; ou, de outro lado, porque amplia o consumo e,

portanto, a produção e circulação de serviços e bens de saúde, ao mesmo tempo em que responde à crescente compreensão social da saúde como direito de indivíduos e comunidades, a AB baseada no trabalho de equipes multidisciplinares tem expandido seu alcance nas propostas de organização tecnológica dos sistemas de saúde em diversas partes do mundo (NHS England, 2015; European Comission, 2017).

No Brasil, a proposta do trabalho interdisciplinar de apoio à AB realizado pelas equipes NASF apoia-se no princípio da *integralidade*, que compõe, em conjunto com os de universalidade e equidade, a orientação ética do SUS como um projeto civilizatório no âmbito do processo político de redemocratização do país, nos anos 1980 (Ayres, 2009). Uma definição precisa e tecnicamente operacional da integralidade é, contudo, matéria difícil e objeto de um amplo debate (Pinheiro; Mattos, 2009), mas há experiências práticas e construções conceituais que nos permitem delimitar um certo conjunto de valores que articulam arranjos tecnológicos aos ideais civilizatórios do SUS (Kalichman; Ayres, 2016; Mello; Viana, 2012; Pinheiro et al., 2007). Em termos sintéticos, podemos afirmar que tais arranjos passam por leituras ampliadas e não fragmentárias das necessidades de saúde e das demandas por cuidado; centradas na singularidade dos sujeitos que demandam cuidado, seus contextos sociais e suas interações; que buscam incorporar diferentes níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde; que integram de forma coordenada diferentes níveis e serviços de atenção à saúde e a atuação de outros setores relacionados.

A equipe NASF, com seu processo de trabalho mais característico, o Apoio Matricial (AM), joga um papel estratégico aqui, porquanto a integração de saberes e técnicas que oferece às eSF não apenas facilita a realização dos aspectos integradores na produção do cuidado prestado a indivíduos e comunidades como tem o potencial de criar sinergias e racionalização na operação do conjunto dos componentes do sistema de saúde (Campos; Domitti, 2007). No cotidiano das práticas, porém, são inúmeros os problemas e desafios a serem superados para que esse potencial se atualize em ações efetivas, desde aspectos estruturais, como uma alocação insuficiente de pessoas e recursos materiais frente às dimensões da demanda por cuidado,

até a falta de preparo e motivação dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar e uma ainda expressiva dificuldade de compreensão, por gestores e profissionais, do que seja o trabalho de matriciamento (Klein; D'Oliveira, 2017; Melo et al., 2018; Bispo Júnior; Moreira, 2017).

Durante essa década de existência, a normatização da proposta do NASF pelo Ministério da Saúde (MS) vem experimentando diversos acréscimos e transformações. Há que se perguntar em que medida essas modificações normativas dialogam com os desafios e obstáculos enfrentados na prática pelo NASF e o quanto mantêm no seu horizonte o compromisso original com a integralidade como princípio do SUS. Evidentemente as normatizações ministeriais não guardam uma relação direta e mecânica com o processo político e técnico de operação do NASF como dispositivo tecnológico na ponta do sistema, mas suas transformações podem ser indicadores sensíveis do lugar que ele vem ocupando na formulação de propostas para o SUS.

4.1 A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DO NASF NAS NORMATIZAÇÕES MINISTERIAIS

Processos de trabalho em saúde, como todo processo de trabalho, são dinâmicos, continuamente criados e recriados no modo como se atualizam no seu exercício cotidiano, em meio a disputa de valores e interesses dos diversos sujeitos sociais em interação (Mendes-Gonçalves, 2017). Contudo, na medida em que são socialmente legitimados, tecnicamente consolidados e integrados a políticas públicas, surge a necessidade de regular e dar transparência aos seus modos de atuação, na forma de orientações normativas. No caso do NASF, uma série de documentos e materiais educativos produzidos pelo MS cumpriram esse papel, conforme exposto no quadro 7.

Quadro 7 - Portarias e produções do MS normatizadoras do NASF/NASF-AB

Ano	Portarias ministeriais e produções do MS específicas para os Nasf / Nasf-AB
2008	Brasil. 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 União, Brasília (DF). 2008 25 jan.; Seção 1:47.
2010	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2010 21 set.; Seção 1:44.
2010	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Caderno de Atenção Básica, n. 27)
2011	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2011 22 out.; Seção 1:48.
2012	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2012 31 dez.; Seção 1:223.
2013	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2013 5 abr.; Seção 1:59.
2014	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
2016	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2016 16 jun.; Seção 1:59.
2017	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 276, de 27 de janeiro de 2017. Credencia municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2017 30 jan.; Seção 1:86.
2017	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a

	revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2017 22 set.; Seção 1:68.
2017	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas em reabilitação na AB : o olhar para a funcionalidade na interação com o território [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2017	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2017	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2018/ 2019	Vídeos comemorativos de 10 anos dos NASF-AB disponíveis no Youtube: Vídeo 1 – As diretrizes do NASF-AB https://www.youtube.com/watch?v=WSwtHKx2xlq&t=15s Vídeo 2 – Apoio Matricial – NASF-AB https://www.youtube.com/watch?v=4l4AIDRTpno&t=4s Vídeo 3 – Projeto Terapêutico Singular https://www.youtube.com/watch?v=dcC7Uh_zc0I Vídeo 4 – Curso Apoio Matricial na AB com ênfase no NASF https://www.youtube.com/watch?v=NRZuU_E-BF0 Vídeo 5 – O papel do NASF-AB na Coordenação do Cuidado https://www.youtube.com/watch?v=JDVQxJnmknU&t=24s Vídeo 6 - Ferramentas de gestão do cuidado/gestão da clínica https://www.youtube.com/watch?v=SGUXXPL_fLU Vídeo 7 - Os sistemas de informação da AB e o NASF https://www.youtube.com/watch?v=ZnpzzWVTVjw&t=4s Vídeo 8 - Atenção nutricional e práticas farmacêuticas https://www.youtube.com/watch?v=os7u_SAFG6w Vídeo 9 - Atuação do nasf-ab no campo da saúde mental e reabilitação https://www.youtube.com/watch?v=mZuSyHs4xMY&feature=em-uploademail Vídeo 10 - Resultados do nasf e agenda para a próxima década https://www.youtube.com/watch?v=8E8V5pNMI8&list=PLeMTebU9pGFxA_DxHJ4LsQ5GbSPG06cR&index=14&t=10s
2019	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os municípios deixam de receber incentivo financeiro por equipe NASF-AB implantada. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2019 13 nov.; Seção 1:97.
2020	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política

	Nacional de Atenção Básica. Amplia cobertura das ESF, UFS e UBS; estabelece financiamento de acordo com horário de funcionamento do serviço e quantitativo de equipes com ou sem equipe de saúde bucal. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2020 19 mar.; Seção 1:52.
2020	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2020 11 fev.; Seção 1:57.

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2020.

Tais normatizações estabelecem, não sem tensões e conflitos, pactuações que concorrem para dar organicidade e sustentabilidade (política, econômica, técnica) aos processos de trabalho na totalidade das práticas sociais. As orientações das portarias que regulam a criação e o funcionamento do NASF, tal como dispostas no quadro 7, serão tomadas como indicadoras dos sentidos assumidos por essa pactuação. O que elas dispõem, organizam e sustentam não se confunde com os processos de trabalhos concretamente operados, mas nos dão indícios do modo como estão sendo legitimados no horizonte de acordos e disputas que vêm construindo a proposta política do SUS.

Quadro 8 - Principais orientações das Portarias NASF dispostas em linha do tempo

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2020.

4.2 A NORMATIZAÇÃO DO NASF E A INTEGRALIDADE NA AB

4.2.1 A criação e sustentação do NASF

O teor da portaria de criação do NASF mostra sua afinação com o movimento mundial de valorização da atuação de equipes multiprofissionais e abordagens interdisciplinares para o bom desempenho dos sistemas de atenção à saúde, em particular da AB. No contexto do SUS, sua criação se apoia no princípio da integralidade do cuidado e o fortalece, uma vez que aparece claramente ali a leitura ampliada e inclusiva de necessidades a serem respondidas, com participação de gestores locais e usuários na definição de prioridades, a incorporação de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nas atividades recomendadas, o estímulo à articulação em rede e mesmo a ativa menção à qualidade das interações, com a preocupação com a humanização das práticas de cuidado.

O conjunto das portarias ministeriais sobre o NASF aponta, ainda, para a sustentabilidade e mesmo incremento da proposta, ao diminuir o número de referência de eSF para cada equipe NASF, ao ampliar o leque de categorias profissionais incluídas e ao aumentar o valor do repasse financeiro. Embora este valor não seja atualizado desde 2013, o fato desta verba corresponder a cada equipe implantada representou um incentivo concreto à continuidade dessa política.

Mas afinemos nossa análise, explorando, com ajuda dos quatro eixos da integralidade, acima definidos, e dos depoimentos dos informantes-chave, nossa revisita crítica à normatização ministerial do NASF.

4.2.2 As proposições do NASF, do AM e a integralidade na leitura das necessidades de saúde: um horizonte ainda nebuloso

O desafio fundamental que se coloca para o NASF é ajudar a responder às necessidades da população na AB por meio do AM. Esta metodologia de trabalho visa prestar assistência qualificada e integral com ações técnico-pedagógicas e assistenciais (Campos; Domitti, 2007), o que demanda clareza por parte dos profissionais sobre sua proposta. Informações obtidas nas entrevistas mostram que o modelo NASF é tributário de experiências anteriores à sua implantação (Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular), expandindo-se a partir da janela de oportunidade produzida pelo contexto político (Almeida, 2016) de então, mais favorável a políticas inclusivas e emancipatórias no SUS:

“O NASF surge, objetivamente, da experiência do Gastão [Gastão Wagner de Souza] e é janela de oportunidades, né? Ele estava secretário executivo, e aí eu sou o dono da bola, né? [...] Ele tinha uma experiência sobre isso em Campinas. O que aconteceu ali foi a oportunidade de se sistematizar e de se ter um financiamento para isso, mas já tinham experiências municipais que eram parecidas ou próximas.” (M.P. - Assessor DAB)

Contudo, seguiam predominando no país os modelos médico-centrados, conforme acima referidos, mesmo nas eSF, ainda que nestas já se façam notar deslocamentos tecnológicos importantes (Soratto et al., 2015). Assim, como um dispositivo deslocado dos modelos tecnológicos em que foram gerados, o AM enfrenta diversos tipos de dificuldade para ser incorporado aos processos de trabalhos concretamente operados na AB, que vão desde desinformação até barreiras de ordem política. O AM tende a horizontalizar a tarefa de identificação de necessidades de saúde entre profissionais diversos e tornar compartilhada a tomada de decisões sobre o que fazer.

Por definição, o AM é um modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes e profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada (Campos, 1999). Essa horizontalização e compartilhamento que busca ampliar a capacidade de cuidado das equipes de referência, mais que a divisão da execução de tarefas (o que as conformações tradicionais de equipe multiprofissional absorviam com certa facilidade), geram tensões em arraigadas divisões sociais do trabalho e, portanto, em relações de poder. Isso talvez ajude a compreender porque, apesar da existência de materiais educativos elaborados pelo MS e artigos científicos sobre AM, este não é um conceito apreendido e legitimado da mesma forma pelos profissionais do NASF, eSF, gestores e usuários.

“[...]não só profissional do NASF, mas o próprio profissional da SF não entende o que é matriciamento. A gente fala muito de AM, mas na prática, o quê que é isso? Então, a gente tem feito muito o discurso de dizer: “Olha gente, AM também é atendimento individual, é educação em saúde, é qualificação do trabalhador, é mediação de conflito.” (E.R. - Gestora DAB)

4.2.3 A integralidade e as finalidades do trabalho do NASF: questão de prioridade?

A portaria fundadora do NASF, em consonância com a proposta de flexibilização e inclusividade na leitura de necessidades, defende que gestores, profissionais e comunidades devem definir as ações a serem prioritariamente desenvolvidas. Por isso mesmo, as finalidades do trabalho operado pelo NASF serão muito variadas e altamente dependentes do perfil da gestão das equipes. Há inúmeros modelos de processo de trabalho e maneiras de responder às demandas, o que confere a cada NASF um caráter singular, dependente dos atores envolvidos no processo. Na portaria de 2008 são sugeridas diversas áreas de ação, como atividade física, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da

mulher e assistência farmacêutica. Mas serão todas igualmente valorizadas e viabilizadas?

Tesser descreve que ocorre subvalorização do NASF quando este não realiza cuidado especializado. Atribui o não entendimento claro da proposta a ambiguidades e equívocos das normas, que induzem os profissionais do NASF a se envolverem rotineiramente em ações generalistas, não alcançando seu potencial de expansão das ações no âmbito da APS (Tesser, 2017).

Assim, a falta de entendimento, ou de compromisso, acerca do dispositivo tecnológico NASF e da estratégia de AM gera expectativas não realizadas e conflitos em todas as esferas de gestão, gerando reações muitas vezes regressivas, como a de sua extinção, ou adaptações conservadoras, como por exemplo, a mudança de nome do NASF com a intencionalidade de tirar o foco do AM para apoiar o trabalho ambulatorial:

“...a mudança de nome foi uma das saídas para tentar remodelar o NASF a partir do momento em que o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde) percebeu que não conseguiria passar com a proposta de extinção do NASF. A mudança de nomenclatura tinha a ideia de tirar a ideia de apoio. Eles entendiam que os NASF deveriam fazer mais ambulatorios.” (C.B. - Técnico DAB)

O risco aqui é que a hipertrofia das agendas de atendimento de retaguarda dos profissionais do NASF reproduza o modelo de “equipe agrupamento” (Peduzzi, 2001) que predomina nos modelos tradicionais de equipe multiprofissional, minando a construção de novas tecnologias voltadas à integralidade, ou trabalhando com a concepção mitigada de integralidade como simples oferta de multiprofissionalidade.

Outro aspecto da gestão que parece tensionar na ponta do sistema de saúde a proposta das portarias, imprimindo um sentido conservador na atuação dos profissionais do NASF, é o tipo de vínculo empregatício, que pode influenciar o modelo de cuidado assumido pelo NASF localmente:

“Em grande parte dos municípios do Brasil, os contratos são absolutamente precários. O contrato é de um ano, o contrato é de seis em seis meses. [...] Com essa capacidade de retirar ou não o emprego, é tranquilamente possível você induzir que os profissionais façam ambulatório, que nele faça qualquer coisa que você quiser.” (C.B. - Técnico DAB)

Diante dessas tensões conservadoras, emerge na fala dos entrevistados, como forma de proteção à metodologia de trabalho do NASF, a necessidade de indução de ações específicas via processos avaliativos, associados, eventualmente a financiamento:

“Eu acho que a partir do momento em que o MS conseguir avançar para um monitoramento das ações do NASF a ponto de olhar o que eles vêm produzindo... por exemplo, eu tenho um NASF cujo atendimento é somente realizado no âmbito da UBS, nunca foi feito um atendimento domiciliar, uma visita, algo de outra natureza, atividade coletiva fora da UBS, e tal. A partir do momento que a gente conseguir olhar para isso fazendo essa crítica – e talvez, a gente, infelizmente, tenha que fazer isso vinculando financiamento – a gente consegue dialogar, avançar na qualificação do processo de trabalho.” (C.B. - Técnico DAB)

Apesar da ideia deste informante de “proteger” ou organizar os processos de trabalho das equipes NASF via indução de financiamento, o que vimos acontecer nas mais recentes portarias ministeriais que modificam a forma de financiamento da AB, foi a retirada do incentivo financeiro para a implantação/manutenção do NASF, desmobilizando essas equipes e deixando-as à mercê do entendimento de gestores sobre a finalidade do trabalho ou mesmo a impossibilidade da manutenção do NASF, já que aponta para a priorização de outras ações descritas no Programa Previne Brasil². Este plano

² Estabelecido pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o programa Previne Brasil estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS. Financiamento de custeio passa a ser constituído pela capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A capitação ponderada considera a população cadastrada na eSF e eAP, a vulnerabilidade socioeconômica desta população, o

estabelece que o repasse financeiro para a AB dos municípios passe a ser condicionado ao desempenho de sete indicadores, que dispensam a ação de equipe multiprofissional na AB: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre; e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

4.2.4 O NASF e o desafio das articulações: identidade profissional e participação na equipe de AB

Incorporar e integrar tecnologias de atenção à saúde depende, como já apontado, da capacidade de articular diferentes profissionais, serviços e setores relacionados. Para isso uma regulamentação específica do NASF, por mais sensível que seja, mostra-se insuficiente, uma vez que esta tarefa é imediatamente relacionada à estruturação do Sistema de Saúde como um todo e, segundo a concepção vigente no SUS, coordenada a partir da AB. Esta preocupação é contemplada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017, que define a organização em RAS como estratégia para um cuidado integral e atribui à AB o papel de ordenadora dos fluxos e contrafluxos de pessoas nos diversos pontos de atenção.

Assim, como dispositivo tecnológico da AB, o NASF é chamado, tanto na portaria fundadora de 2008 quanto na PNAB, a desenvolver projetos e ações intra e intersetoriais, atuar na prevenção e promoção à saúde e articular os

perfil demográfico por faixa etária e a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O pagamento por desempenho considera os resultados de indicadores alcançados pelas equipes calculados a partir do cumprimento de metas estabelecidas por equipe e condicionado ao tipo de equipe. O incentivo para ações estratégicas considera as especificidades e prioridades em saúde, os aspectos estruturais das equipes e a produção em ações estratégicas em saúde que são diversas, entre elas, Programa Saúde na Hora, equipe de Saúde Bucal, equipe de Consultório na Rua, Programa Saúde na Escola, entre outros.

serviços de saúde mental e reabilitação no território, mobilizando os recursos comunitários. E, não obstante uma certa vagueza de definição nas portarias, os gestores entrevistados nos dão conta de que, no nível local, há experiências interessantes e exitosas em curso:

“... a gente conseguia ter muito mais articulação e agendas de tentar melhorar o acesso ao alimento, à cultura familiar, por exemplo, agendas com o Programa Saúde na Escola para pensar a inserção da educação alimentar nas escolas, então um exemplo aqui, a gente conseguiu que a contracapa [dos livros] dos alunos das escolas públicas fosse com mensagens do guia alimentar. Então, os alunos vão ter contato o ano inteiro, né, porque tá na contracapa do livro dele, com as mensagens de alimentação saudável... [...] No seminário de experiências exitosas tinha muita coisa de feedback, os NASF são super criativos. Eu lembro de NASF que articulava com a secretaria de construção e habitação e construía praças para melhorar a atividade física do bairro. Ou então, de fazer projetos de economia solidária e geração de empregos.” (O.M. – Analista DAB)

Há, porém, uma ambiguidade, uma crise de identidade relacionada ao limite da atuação especializada na AB. Voltamos, então, à discussão sobre o processo de trabalho, que deve ser planejado de modo que a equipe não apenas se torne um ambulatório na AB, mas que também não realize apenas ações generalistas como, por exemplo, a responsabilização por grupos de prevenção e promoção da saúde ou a coordenação do cuidado, sobrepondo assim funções das eSF/AB (Tesser, 2017).

A demarcação dos limites de atuação entre AB e cuidados especializados ambulatoriais frequentemente se borram e se configuram de maneira diversa em função do contexto em que operam – tamanho do município, estrutura de serviços, pressões de demanda, modelos de gestão, entre outros. Entretanto, compõe a articulação da rede pactuar ações na RAS, sendo imprescindível o encontro entre trabalhadores para definição das chamadas linhas de cuidado, que vinculam redes a processos de trabalho.

Nesse ponto, identidades profissionais construídas com base nos processos tradicionais de divisão técnica do trabalho vão provocar tensões na construção de articulações necessárias à integralidade do cuidado no interior da AB:

“A preocupação de fato foi que a AB continuasse AB, porém, com um maior grau de resolutividade (...). E a linha é muito tênue entre um profissional especialista, como um fisioterapeuta, um nutricionista, até mesmo um médico ginecologista, ele atuar na AB com cuidados primários de AB e atuar com cuidados especializados.”
(E.R. - Gestora DAB)

A organização do processo de trabalho no NASF oscila, como vemos, entre a adesão a perfis profissionais tradicionais e uma articulação ao trabalho que muitas vezes anula a expertise do profissional. Nas ações de atendimento individual, tende-se a manter o específico núcleo de conhecimento e domínio técnico do profissional, mas recaindo muitas nos padrões conservadores e atomizados que se busca superar. Nas atividades construídas e executadas coletivamente a tendência é o nivelamento da diversidade em um nível de generalidade que não explora os potenciais tecno-científicos dos membros da equipe, o que gera, especialmente nos gestores, uma sensação de “desperdício”. As orientações que vêm do MS, segundo os gestores entrevistados, oscilam em relação a isso e um ponto de equilíbrio ainda está por ser encontrado:

“O NASF inicia em 2008 super radicalizando o modelo de atenção, [...] iniciam rompendo a lógica do atendimento. No entanto, o MS diz: ‘Você vai atender em último caso!’ Depois, a gente fala assim: ‘Não, atendimento individual também faz parte.’ Então eu acho que um grande acúmulo para a gestão do NASF é explicar para eles que tudo compõe a agenda, que a realização de fluxo compõe, que o atendimento individual compõe.” (O.M. Analista DAB)

4.2.5 Interagindo pelo NASF: projetos em disputa

As interações constituem um eixo amplo e complexo na análise da integralidade no processo de trabalho, envolvendo diversos níveis e momentos de construção de intersubjetividade: interações entre diferentes profissionais, entre profissionais e gestores, entre ambos e usuários. Nesta parte da tese nos deteremos em pensar especialmente as interações entre formuladores de políticas e gestores municipais e suas implicações para a organização do processo de trabalho do NASF e, de modo mediado, a relação entre estes e os profissionais nos processos normativos mediados pelos materiais instrutivos e avaliativos. Demais níveis de interação serão explorados com mais detalhe na segunda parte do texto.

As mudanças da política do NASF são discutidas na Comissão de Intergestores Tripartite, composta por representantes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), CONASEMS e DAB. Em 2016, essa comissão iniciou discussões sobre a reformulação da PNAB/2017, que também envolveu a reformulação do NASF. Havia um discurso de representantes de estados e municípios de que o NASF não estava “dando certo”, era caro, sem resolutividade, com estudos inconclusivos e que não ampliou as práticas na AB como se pretendia. A defesa dessas entidades era acabar com o NASF e utilizar o dinheiro para outros fins dentro da AB.

“Cada mudança de gestão eles vêm como uma oportunidade de mudar. Se você tiver um poder político... e aí, justamente foi que o CONASEMS teve, um poder político imenso e aí começou a pautar a revisão da PNAB com propostas muito desesperadoras. Falando do NASF, especificamente, tinham certas coisas que assim, a proposta era discutida no grito, literalmente, no grito. Propostas que na verdade não queriam que existisse mais NASF.” (K.C. - Consultora DAB)

Apesar do DAB reconhecer que há lugares onde o NASF tinha dificuldade de manter a equipe coesa e entrar no processo de trabalho da AB,

acreditava-se na potência do NASF, fazendo o contraponto nesta disputa, buscando evidências científicas para comprovar a ampliação do escopo das práticas:

“Depois é que a gente conseguiu vencer essa etapa e aí, a gente conseguiu, de fato, trazendo dados concretos de produção das equipes, aí a discussão foi: ‘Então, vamos mudar o nome do NASF, porque o NASF tá se sentindo meio acessório, não se sente parte da equipe, então essa coisa de apoio, vamos tirar e vamos chamar de...’, teve vários nomes, né, teve a Equipe Multidisciplinar e Multiprofissional de AB, teve várias outras possibilidades, essa a gente foi bem contra e aí, especialmente, tinha-se um motivo central de que: ‘Olha, é muito jovem para a gente dar uma identidade nova, acho que o NASF ainda nem criou a própria identidade, então é precoce imprimir uma nova trajetória para essas equipes’. A gente ponderou muito essa questão e especialmente, porque a gente estava comemorando os dez anos do NASF. Então, a gente conseguiu na tripartite negociar a manutenção da sigla, mas cedeu especialmente, para o CONASS, o “apoio”, dando lugar ao “ampliado”. Muito numa perspectiva de que a equipe do NASF amplia a eSF, amplia os núcleos de saberes [...]. E a gente ponderou que dentre os males que podiam acontecer, esse seria um dos menores.” (E.R. - Gestora DAB)

A mudança de nome para Núcleo *Ampliado* de Saúde da Família – AB traz certa preocupação, pois se retira a palavra “apoio”, que vem da terminologia AM, esta tecnologia que trouxe tantas resistências por parte de gestores e eSF, que, impregnados pela clínica tradicional, hegemônica, pressionam a equipe na direção de um trabalho ambulatorial, curativo, centrado na doença, dificultando encontros entre equipes com o argumento da necessidade de se cumprir metas de produtividade (Souza; Calvo, 2016). Abrem-se, assim, brechas ao retrocesso na integralidade do cuidado, principalmente para os usuários da AB que não são cobertos por eSF.

Apesar da mudança do nome, descrito na PNAB 2017, as diretrizes do trabalho permaneceram as mesmas, o que se constata nas orientações do MS. Ressalte-se, porém, que a intenção da mudança de nome foi, de fato, a

tentativa de esvaziar a importância do AM no processo de trabalho, abrindo espaço para uma dinâmica mais ambulatorial.

“Essa intenção não apareceu velada durante todo o tempo, no início sim, no início tinha um discurso de que: ‘Vamos mudar para dar uma ideia de ampliação da equipe, o NASF como uma equipe ampliada’, mas a gente teve reuniões do grupo de trabalho durante um ano e meio e a gente se reunia semanalmente, e foi se construindo, de certa forma, uma confiança dentro do grupo. Então, o discurso revelou que tinha uma intencionalidade de: ‘Ah não, mas o NASF precisa atender.’ (E.R. - Gestora DAB)

Estes conflitos evidenciam divergências relacionadas ao modo de operacionalizar o trabalho, onde, de um lado, estão aqueles que pensam no NASF como um suporte às eSF e, no outro, os que pensam o NASF funcionando como ambulatório de especialidades. Esta contrariedade influencia a relação entre eSF e NASF e se traduz em embates diários no trabalho com falas do seguinte tipo:

“As eSF não sabem para que eu sirvo”; ‘Eu digo que vou matricular, eles querem que eu atenda’, e atender virou um problema; ‘Eu não sou ambulatório’, mas também não sou nada.” (M.P. - Assessor DAB)

Como se vê, uma única dimensão do aspecto relacional, dos formuladores da proposta do NASF com gestores (e, no pano de fundo, com os profissionais na ponta), perpassa todos os momentos do processo de trabalho e têm implicações sobre a construção da integralidade nos planos definição de necessidades, correlata eleição de finalidades e construção de articulações para o trabalho na AB. A difícil situação relacional decorrente das diferentes e mutáveis expectativas em relação a profissionais, de que ora se espera sejam matriciadores, ora consultantes, até o ponto de virem a sentir “nada”, reverbera embates ocorridos em um plano macropolítico, em esferas decisórias centrais –

e certamente repercute nas esferas micro das relações interpessoais, sejam dos profissionais entre si, seja destes com os usuários dos serviços.

Uma análise dos interesses políticos em jogo nesses embates extrapola o alcance deste estudo, mas certamente a consciência desta dimensão do aspecto relacional nos ajuda a compreender melhor processos conflitivos e dificuldades comunicacionais que, com frequência, são interpretados, em uma leitura imediatista, como simples disputas corporativas ou contradições inerentes às relações funcionais na gestão do trabalho – sem deixar de sê-los também. Empatia, respeito, sensibilidade ao outro, senso de cooperação, gregarismo, responsabilidade, abertura ao diálogo... entendemos que todos esses valores têm uma enorme importância para a construção de interações favorecedoras da integralidade do cuidado na micropolítica das práticas de saúde, mas se são tomadas isoladamente, de forma idealizada, desconectada da dimensão macropolítica em que estão consubstanciados os processos de trabalho, não passarão de meros preceitos abstratos, difíceis de serem atingidos e fáceis de se perder. O contexto de retrocesso de políticas de inclusão social e de desvalorização da perspectiva dos direitos humanos – quando não mesmo de demonização destes para justificar o abandono daquelas – que experimentamos no Brasil e em diversas partes do globo tornam ainda mais urgente a necessidade de estabelecer estas conexões entre o micro e o macro na compreensão das interações.

As portarias desempenham, contudo, um papel de pactuação não desprezível no processo político de formulação e legitimação do NASF, assim como no de orientar e fomentar sua implantação, funcionando como uma espécie de sinalizador de movimento e direção desses processos. Na justa medida em que essas portarias refletem uma proposição tecnologicamente defensável do ponto de vista tecno-científico e suficientemente legítima do ponto de vista político, a ponto de ser formalizada em portarias de responsabilidade do DAB-MS, é que devém a fecundidade hermenêutica desse sinalizador, da qual, com o auxílio do diálogo com formuladores da proposta e com bibliografia pertinente, buscou-se tirar proveito no desenho do estudo.

Observou-se que a portaria inaugural do NASF aponta para uma ousada e inovadora proposta de atuação das equipes na AB, envolvendo o enriquecimento de leitura de necessidades e demandas a serem respondidas, diversificação e democratização da incorporação e priorização de finalidades, proposição de trabalho em rede, incluindo ações intersetoriais, preocupação com aspectos éticos nas relações, entre outros aspectos. A ampliação da oferta e financiamento deste dispositivo, assim como melhorias na proporção entre eSF e equipes NASF acenaram também para o fortalecimento da proposta até 2013.

As mudanças no contexto político mais recente transpareceram no acirramento da tensão entre projetos em disputa revelada pelos entrevistados, que resultou na PNAB/2017, na recente Portaria nº 2.979/2019 que modifica a forma de financiamento da AB e consequentemente desfinancia o NASF-AB, e na Portaria nº 99/2020, que redefine o nome do núcleo para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP). Estas últimas modificações não foram exploradas nas entrevistas e na análise dos dados pelo fato destas portarias terem sido criadas em data posterior.

Contudo, se por um lado, a PNAB/2017 amplia a abrangência do NASF para além da ESF, por outro, concorre para tornar mais ambíguo e indefinido o sentido tecnológico deste dispositivo, favorecendo o fortalecimento de práticas assistenciais mais tradicionais. As que vêm posteriormente podem ser o prenúncio da extinção do NASF-AB, por inanição.

5 NASF, INTEGRALIDADE E NECESSIDADES EM SAÚDE

Todo processo de trabalho trata de responder a necessidades construídas historicamente, sob condições sociais particulares, fruto dos interesses contraditoriamente articulados dos diversos sujeitos sociais em interação. A partir dessas necessidades é que demandas por tecnologias, isto é, por processos de trabalho específicos, com seus instrumentos, seus agentes, seus produtos e os modos de vida e interação que tendem a construir, são continuamente criadas e recriadas. As tecnologias produzidas como resposta a essas demandas – e, ao mesmo tempo, tendencialmente reprodutoras e amplificadoras dessas demandas – podem assumir feições mais rígidas ou mais flexíveis, mais conservadoras ou mais emancipatórias, mais seletivas ou mais inclusivas. No campo da saúde, e no que se refere ao princípio da integralidade, interessa-nos, conforme o móvel civilizatório da proposta do SUS, sempre o segundo termo das polaridades acima. Por isso, ao analisar as entrevistas, queremos apreender a leitura de necessidades e demandas que gestores e profissionais do NASF expressam ao falar sobre seu processo de trabalho.

A macro e micropolítica explica uma realidade organizacional estabelecida pelas relações entre vários serviços e atores que formam uma rede complexa, cada um portador de seus valores, projetos, interesses em disputa que dão sentido para o trabalho em saúde. Os usuários são a parte central nesta relação, pois é para ele que se planeja, organiza e dirige o cuidado. A gestão do cuidado em saúde, pode ser pensada em 6 dimensões: individual (cada um de nós), familiar (família, ciclo de amigos, vizinhos), profissional (profissionais de saúde), organizacional (equipe de saúde, gerente), sistêmica (gestores) e societária (Estado e sociedade civil) (Cecilio, 2011).

Ao analisarmos estas relações com foco nas equipes NASF, suas normas e portarias ministeriais fazem parte da dimensão societária. A relação com os gestores das Organizações Sociais de Saúde (OSS), do MS, da SMS,

da STS que interagem de alguma forma com o NASF, se encontram na dimensão sistêmica; equipes da AB, equipe NASF, gerente da UBS e coordenadores de NASF, na dimensão organizacional; na dimensão profissional, claro, os profissionais de saúde – NASF e UBS, cada um com suas particularidades em termos técnicos, éticos e capacidade de estabelecimento de vínculos nas relações da assistência; por fim, continuando na direção do macro para o micro, temos as relações familiar e individual do sujeito ao qual se destina o cuidado em saúde.

O autor categoriza, ainda, a externalidade e internalidade da gestão do cuidado, sendo o “externo aquilo que opera mais distante do território do cuidado direto” e interno aquilo que se aproxima mais da micropolítica (cuidado dos usuários) em particular as dimensões organizacional e profissional do cuidado.

Isto posto, gostaríamos de propor para este capítulo uma construção, baseada em falas e ações que se relacionam com necessidades de saúde identificadas nas entrevistas realizadas, e partir de conteúdos que se relacionam mais à externalidade, como os, movimentos identificados na dimensão sistêmica, até as experiências de implantação dessas equipes vivenciadas pelos gestores e profissionais NASF e o trabalho realizado no cuidado direto à população.

Necessidades de saúde são tema central para uma análise do cuidado. Elas são em geral traduzidas para os serviços de saúde como “carecimento”, “algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital”, e é em relação a esta leitura das necessidades que se estabelece a assistência à saúde, embora as políticas de saúde possam pautar também necessidades não trazidas como carecimentos para os serviços (Schraibe; Mendes-Gonçalves, 2000).

Assim, o modo como se realiza o cuidado inicia-se já na elaboração das políticas públicas que pode garantir, de certa forma, as condições para uma adequada leitura de carecimentos e necessidades, na dependência do modo como os interpretam.

Iniciamos a discussão do processo de trabalho dos NASF sob a perspectiva deste eixo das necessidades trazendo algumas informações e reflexões sobre o momento pré-NASF relatados nas entrevistas, relacionados a que tipo de trabalho interdisciplinar era desejado à época pelos agentes formuladores de políticas públicas, para complementar a APS até culminar na Portaria nº154 de 24 de janeiro, que cria os NASF.

5.1 O NASCIMENTO DE UMA POLÍTICA

A.P. relata que na época em que atuava como consultora em saúde mental no MS (entre os anos 2002 – 2010), as políticas públicas eram construídas e as discussões pautadas nas necessidades de saúde da população com ampla participação da sociedade civil, trabalhadores e gestores:

[...] diferente do que a gente está assistindo nesse momento, em que as políticas públicas são implantadas de um modo absolutamente arbitrário, autoritário e sem discussão, todas essas políticas mereceram discussões exaustivas com os agentes e os sujeitos necessários para que elas se implementem

Políticas públicas estabelecidas com base no diálogo construído por diferentes agentes estarão mais próximas das necessidades de saúde da população. Pois é no encontro, não apenas entre indivíduos, mas entre profissionais, gestores e populações que se apreende e se constrói mecanismos mais efetivos de cuidado.

A.P. relata que a inserção de equipes de saúde mental na APS era uma discussão e reivindicação muito antiga, baseada em diversas experiências exitosas, sendo uma delas a do Projeto Qualis, de meados de 2000, que

contava com equipes robustas de saúde mental atuando em Saúde da Família em algumas regiões da cidade de São Paulo.

Ainda conta que, neste período, os diferentes campos, como saúde mental, reabilitação, educação física, odontologia, lutavam cada um deles pela sua inserção na APS, e o que se conseguiu à época do NASF foi um arranjo administrativo, por questões de limitações financeiras, e não o que de fato era discutido como ideal e desejado pelos gestores:

“... os orçamentos não são inelásticos, então aquilo que era reivindicado departamentalizadamente se une nessa proposta de integrar diferentes áreas. Os dentistas conseguiram, foram mais competentes, conseguiram inserir nas equipes os profissionais. As demais áreas foram aglutinadas e se teve com essa Portaria a primeira possibilidade concreta de financiamento como uma política pública nacional. [...] Porque eu digo que foi um arranjo? Porque, a depender da composição das equipes, a gente teve áreas bem contempladas e áreas mal contempladas. Mas, de qualquer maneira, eu considero o NASF como uma experiência bastante interessante, não foi o inicialmente desejado, mas foi o que foi construído como possibilidade.” (A.P. - Consultora em Saúde Mental)

Ao estudar a sociogênese do NASF, Almeida descreve quatro momentos distintos de sua construção no âmbito do MS:

O primeiro momento, compreendido entre 2000 e 2002, caracterizou-se pelas primeiras articulações em torno da necessidade de construção de uma proposta de ampliação das equipes de APS; o segundo momento, correspondente ao período de 2003 a 2005, apresentou como produto final o Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), cujo desenho era centrado em ações de caráter curativo e individual, com foco na integralidade da atenção, e desenvolvido por equipes com composição previamente definida; o terceiro momento, de 2005 a 2006, foi caracterizado pela revogação da portaria que instituiu o NAISF e por um “vácuo” no debate acerca da ampliação das equipes de APS; e o quarto momento,

compreendido entre 2007 e 2008, resultou no NASF, cuja proposta centraria suas ações no apoio às equipes de Saúde da Família, numa perspectiva de matriciamento de saberes e práticas (Almeida, 2016, p. 7).

Algumas condições que favoreceram a entrada do tema NASF na agenda da saúde foram definidas por fatores como: cenário político favorável ao fortalecimento das políticas sociais; exemplos de experiências de equipes multiprofissionais inseridas na AB em diversos estados e municípios; fortes laços institucionais e ideológicos bem como trajetórias na AB de agentes que compunham o DAB; movimentação e união em pautas comuns de categorias profissionais da área da saúde contra o Projeto de Lei do Ato Médico; necessidades de ampliação de mercado de trabalho em saúde devido ao expressivo aumento do número e possibilidade de acesso aos cursos de graduação da área da saúde na década de 1990; e pressão exercida sobre o MS por secretários municipais e estaduais da saúde que exigiam respostas voltadas à ampliação dos saberes e profissões na AB (Almeida, 2016, p.95).

A área de saúde mental teve um papel importante nesse processo. Após a reforma psiquiátrica, que desinstitucionalizou portadores de problemas mentais, passando sua assistência principalmente para os CAPS, surgiu a necessidade de que estes sujeitos também fossem cuidados no âmbito da APS por profissionais capacitados, em complemento às equipes de AB.

“[...] Então, a expectativa da avaliação de um programa de saúde ou um sistema de saúde é que realmente, ampliem-se o cuidado ambulatorial com programas de atenção primária, com programas de policlínicas, programas ambulatoriais competentes. [...] a proposta do NASF foi de dar sustentação, resolutividade aos serviços de atenção primária na maior parte dos problemas de saúde da população, físicos e mentais. E uma vez não sendo suficiente, que a gente tenha uma rede nos prontos-socorros, nos hospitais comunitários ou gerais, também uma retaguarda física e mental para todos.” (A.P. – Consultora em Saúde Mental)

Diante da complexidade do cuidado em saúde, o NASF vem para ser um dos pilares de suporte da RAS e, de fato, aumentar a resolutividade no âmbito da AB.

Quando a primeira portaria que cria os NASF é implementada, há a expansão gradual dessas equipes em território nacional, incentivada principalmente pela possibilidade de financiamento dessas equipes.

Este elemento – financiamento – aparece nas entrevistas como viabilizador de implantação dessas equipes, entretanto, as experiências de gestão da implantação são diversas, tanto do ponto de vista administrativo dos arranjos organizacionais relacionados ao número de equipes de referência, escolha de categorias profissionais, etc., quanto dos processos de trabalho estabelecidos a fim de responder às necessidades de saúde.

Obtivemos depoimentos bem variados com relação a estas experiências vividas junto ao NASF, mais adiante trataremos deste assunto. Porém, antes disso, queremos elucidar a questão do financiamento, e como ela se relaciona com concepções e prioridades sobre necessidades de saúde e como responder a elas, sempre com a preocupação da integralidade da atenção.

Conforme elucidado no capítulo anterior, de análise das portarias ministeriais do NASF, as entrevistas apontam que, apesar do financiamento viabilizar a inserção de equipes multiprofissionais na APS, este não foi suficiente e, a depender do número de equipes de referência em relação à população a ser assistida pelo NASF, coloca-o imediatamente numa posição de “incompetência”, pois não terá “pernas” para responder à complexa demanda das equipes e usuários do sistema de saúde.

“[...] a última alteração foi feita ali em 2013, com a criação do NASF 3 e a ampliação de financiamento, então a gente tem, de fato, hoje, 2019, a gente tem seis anos de déficit de ampliação de financiamento. [...] a gente tem equipes que atendem de cinco a nove equipes de saúde da família, e a gente observa, que não é um modelo adequado, que uma equipe de NASF ser referência para nove eSF, ele tá deixando de fazer alguma coisa para

uma das nove, ou ele tá fazendo parcialmente o que precisa ser feito para as nove equipes.” (E.R - Gestora DAB)

“Eu não considero que essa proposta foi decentemente implantada em lugar nenhum. Quer dizer, eu saí de São Paulo, ela não estava ainda existindo como uma expressão forte. Em alguns lugares, e aí, a depender das pessoas que estavam constituindo as equipes, a coisa estava fluindo. Quando eu chego aqui na Bahia, que encontro apenas duas equipes multiprofissionais para cobrir uma extensão territorial imensa, aí eu me dei conta [...] que essa é uma experiência abortada no Brasil, como várias outras. Na saúde mental, CAPS ainda não temos um número suficiente de cobertura e não temos a garantia de equipes completas e nem de financiamento potente para fazê-lo e aí, você avalia que é ruim. Então, para fazer essa avaliação que é ruim, é necessário ser muito ignorante, porque se você tem o mínimo de conhecimento de planejamento, do custo que é uma equipe, você não faria essa afirmação. Então, eu não considero que as equipes NASF tenham conseguido se viabilizar.” (A.P. – Consultora em Saúde Mental)

“E ele foi, para minha insatisfação, se transformando em mais um pedacinho, em mais uma expressão de como se vê a gestão de sistemas no Brasil. É uma gestão marcada por interesses corporativos e formatada em pacotes muito estanques do ponto de vista técnico, agravado pelo fato de serem extremamente centralizadas na conjuntura ativa do ministério e serem presos no sistema, serem amarrados no sistema pelo financiamento. Resultado? Ou você pega o NASF do jeito que ele é para pegar o dinheirinho e ter essa competência técnica, ou você não tem nada. O ideal seria você financiar modelagens de acordo com a capacidade de oferta e demanda, enfim, o básico do planejamento. Mas não é assim por vários motivos, não acho que seja ignorância de ninguém, o Brasil é muito complexo, tem diferenças territoriais brutais.” (P.C. - Gestão OSS)

O cenário atual pode ser ainda mais assustador quando na última portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, o governo muda a forma de financiamento à política de APS no Brasil. A partir de 2020, o repasse

financeiro para as cidades passará a ser de acordo com o cadastro das pessoas nas UBS e não mais de acordo com a população do município, rompendo um dos pilares fundamentais do SUS, a universalidade. A previsão é de que a verba de investimento em saúde sofrerá drástica diminuição, haverá queda na qualidade do atendimento à população, comprometimento de ações coletivas de promoção à saúde e ameaça a sustentabilidade dos NASF³.

5.2. NECESSIDADES DE CUIDADO INTEGRAL E O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DO NASF

Nos relatos de entrevista, foram apresentadas algumas diferentes vivências de apoio e implantação do NASF. Pudemos fazer duas divisões: a primeira relacionada aos movimentos de construção coletiva no âmbito das esferas públicas do governo, como o MS, SMS, e a segunda relacionada aos relatos de experiências em cinco diferentes OSS da cidade de São Paulo.

Em relação aos movimentos das instituições públicas, foram relatadas três experiências, duas do MS, de participação na elaboração do caderno de AB do NASF e apoio à inserção do NASF em alguns Estados brasileiros, e uma da SMS para a elaboração do documento de diretrizes e parâmetros do NASF em São Paulo.

Em 2010, o MS lança o primeiro caderno de AB para orientação do trabalho das equipes NASF. Para a elaboração deste caderno, o MS realizou oficinas com trabalhadores e gestores do SUS. Os sujeitos implicados neste processo foram divididos por temas (Saúde Mental, Reabilitação e saúde

³ Conteúdo retirado de vídeo postado em rede social denominado Instagram na página #café com Boulos – Destruição camuflada do SUS, em que Guilherme Boulos anuncia a nova forma de financiamento à política de APS no Brasil. Neste vídeo, Gastão Wagner de Souza Campos explica o contexto de política de cadastramento da população em outros países como Espanha, Portugal e Inglaterra que foi planejada em longo prazo, articulada e integrada com a expansão da rede e contratação de novas equipes, diferentemente de como vem acontecendo no Brasil. (Acesso em 13 de dezembro de 2020) Disponível em <https://www.instagram.com/tv/B5-wnReAy99/?igshid=1cxmnlea3cqu1>.

integral da pessoa idosa, Alimentação e Nutrição, assistência farmacêutica, e outros) para discussão e elaboração de propostas.

[...] tiveram duas oficinas de validação, uma no Ceará e a outra aqui em São Paulo. Então foi um dia que o Ministério chamou os gestores mais ligados com o NASF e aí, cada gestor levou um profissional do NASF pra discutir um pouco o que tinha sido elaborado, escrito para o caderno do NASF. Foram divididos vários grupos por capítulo do caderno.” (C.L - Gestão NASF)

“Eu participei acho que de alguns fóruns, dois ou três, para elaboração do manual de diretrizes do NASF pelo Ministério da Saúde. Foram algumas oficinas que aconteceram. [...] foi uma construção bem bacana do Ministério, indo para algumas cidades que já estavam com a equipe NASF implementando, sendo implantada. Passado alguns meses, ouviam um pouquinho o que essas equipes já pensaram, o que elas estavam pensando para poder construir o manual. Não foi uma coisa totalmente de alguém que estava lá longe no Ministério, não vendo o que estava acontecendo lá na base, no território. [...] teve oficinas de todas as linhas de cuidado, umas duas ou três discussões e a gente tinha um texto já pré-elaborado e fomos colocando mais sugestões, alterando algumas questões e aí foi feito esse manual.” (F.M. - Fisioterapeuta)

Observamos nestes exemplos, um movimento de construção coletiva e de encontro entre gestores da dimensão sistêmica com profissionais da dimensão organizacional que, por meio do diálogo, buscaram clarificar as necessidades de saúde e desenvolver instrumentos para a construção de respostas. Nesta fusão de horizontes entre estes atores produziu-se o caderno 27, que direciona o trabalho das equipes NASF. Não temos como afirmar aqui, apenas pelas entrevistas realizadas e memória da autora, que participou desses encontros, se profissionais das eSF e usuários do SUS, fizeram parte desta discussão. Pensamos que não.

Ainda em 2010, o MS convida alguns profissionais de diversos Estados que já estavam implicados, para contribuírem na discussão sobre o trabalho do NASF com ênfase na redução da mortalidade materno infantil.

“[...] o Ministério da Saúde começou a fazer algumas oficinas, alguma proposta de também juntar um grupo de pessoas que estavam envolvidas na implantação, na construção do NASF no Brasil, para levar essas pessoas lá para o espaço do ministério para discutir com esse conjunto de pessoas como é que ia se aproximar de outros, de outras equipes de NASF no Brasil. Naquele momento tinha uma inspiração que era o pacto de redução da mortalidade infantil” [...] “Então era um pouco a gente conseguir identificar como que estavam sendo implantadas as equipes de NASF no Estado e de que forma essas equipes poderiam ampliar as ações que a ESF fazia pra redução da mortalidade materno infantil.” (M.E. - Gestão NASF)

“[...] como tinha diferentes categorias profissionais, então eles também deram a oportunidade para gente pensar o que é que cada categoria profissional inserida no NASF poderia desenvolver na área de redução de mortalidade materno infantil. Então a gente fez uma descrição, uma discussão por área, fez uma descrição que isso se somou num material que a gente utilizava nas oficinas posteriormente. Então o ano de 2010, foi o ano onde essas oficinas foram desenvolvidas [...] a gente foi para o Acre, Ceará, Paraíba, Piauí, Minas Gerais, Bahia... então eles quiseram trazer diferentes realidades também. Então a gente se misturava. A gente não ia para o Estado onde a gente desenvolvia o trabalho, a gente ia para outros Estados porque cada um podia fazer uma leitura diferente.” (F.R - Gestão NASF)

Estas oficinas possibilitaram uma visão de como estavam sendo implantadas as equipes de NASF nos diferentes Estados brasileiros e os relatos apontam que os profissionais se surpreenderam com uma realidade completamente diferente de seu Estado original (São Paulo). O que se observou foi a tendência do NASF para o modelo ambulatorial, dada a

escassez da rede de atenção à saúde e o modo como essas equipes foram constituídas, refletindo a visão dos gestores locais:

“Em alguns municípios, eles começaram a pegar os profissionais que estavam pulverizados na rede, então eu tinha um fonoaudiólogo lá no centro de audição, eu tinha um fisioterapeuta numa clínica x. Então eles juntaram esses profissionais e formaram uma equipe NASF, mas não necessariamente essa equipe NASF trabalhava junto dentro da equipe da atenção primária. Eles continuavam nos seus locais. Então é um arranjo na verdade administrativo que o município fez pra poder entrar.” (F.R - Gestão NASF)

“Enquanto aqui na cidade de São Paulo a gente estava vivendo a realidade das organizações sociais, com 13 OSS, cada uma loteando a cidade né, nessa relação com a Secretaria, de ter certa autonomia para construir, a realidade que a gente via no Brasil não era essa. Então eram municípios lá que não tinham OSS, mas que estavam esvaziados também. E que aí a portaria que chegou para o município de São Paulo é a mesma portaria que chegou para todos os municípios do Brasil. E aí, tinha aquela coisa do repasse para implantação do NASF. Então também tinha o interesse dos Municípios de se cadastrar. Ninguém no Ministério estava preocupado em saber qual foi o caminho desse cadastramento, como é que se deu esse processo, começava lá a receber o repasse lá do NASF e vida que segue.” (M.E. - Gestão NASF)

Nesta mesma linha de raciocínio, em 2009, a SMS de São Paulo inicia uma discussão com os gestores que estavam nas OSS, ligados aos processos de trabalho do NASF. Foram muitos encontros com a finalidade de construção coletiva de um “manual” denominado “Diretrizes e Parâmetros norteadores dos NASF” que deu as linhas gerais do trabalho e estipulou um tipo de meta que compunha e protegia, de certa maneira, todas as ações que deveriam ser realizadas pelo NASF para cada categoria profissional, como reuniões com as eSF, atendimentos compartilhados e individuais, grupos, etc. Foi um

movimento bem interessante por parte de determinados atores dentro da SMS que estava contribuindo à época em uma construção coletiva a respeito de como deveria ser o trabalho da equipe NASF e seus respectivos coordenadores.

“[...] a gente foi primeiro participando de algumas reuniões lá na Secretaria Municipal de Saúde, onde se fazia a discussão do que era o NASF, o que ele se propõe, uma vez que a portaria falava pouco, num determinado momento ainda não tinha o caderno de atenção básica.” (M.E. - Gestão NASF)

“[...] São Paulo era um dos poucos municípios que tinha o modelo coordenador de NASF. [...] Então começou a delinear o papel desse coordenador, o que ele faria e também como que esse NASF funcionaria dentro da realidade do município, pensando nessa intersecção, nessa interface com a rede de referência. Essa discussão como foi em 2010, já fazia quase um ano que a gente já tinha as equipes implantadas. Então tinha também um desejo, acho que por isso que pegaram os coordenadores, de como que eu começo a registrar o trabalho desenvolvido pelo NASF. Então a primeira coisa era assim: bom, a gente não pode olhar para o NASF como a gente olha para a Equipe de Saúde da Família. Então o olhar sob consulta, né. Quantas consultas o médico faz? O que está no documento norteador da Equipe de Saúde da Família? E o que poderia estar no documento norteador das equipes de NASF. Então, a gente começou a discutir carga horária, parâmetros de agenda a partir do que as equipes NASF já faziam. [...] e o que a gente conseguiu implementar, que eu lembro que a gente discutiu muito, era a coisa da consulta compartilhada.” (F.R - Gestão NASF)

Estes encontros com a SMS possibilitaram certo alinhamento do que se esperava do NASF da cidade de São Paulo, segundo a realidade de cada território em um momento inicial em que pouco se sabia sobre o trabalho dessas equipes, elaborou a ficha de produção diária de cada categoria profissional e organizou o fluxo de coleta desta produção.

Das entrevistas realizadas, levantamos dados de cinco OSS diferentes, portanto são cinco regiões diferentes na cidade de São Paulo, representadas por gestores e profissionais do NASF. Diversas foram as experiências e obtivemos desde relatos de implantação do NASF com prévio estudo da demanda do território para a escolha da composição das categorias profissionais, até relatos de implantação que não foi devidamente planejada considerando as necessidades de saúde da população.

Os entrevistados lembram que a implantação do NASF em São Paulo foi muito rápida, com pouco tempo hábil para planejar e preparar as eSF e capacitar os profissionais para o desenvolvimento do trabalho. Em São Paulo, cada OSS teve sua experiência singular, tanto por estarem em territórios diferentes e impregnados historicamente por seus modelos e práticas de saúde, uns com experiências mais exitosas e outras com maior grau de dificuldade, quanto por terem sido construídas de modo diverso as relações entre os sujeitos partícipes deste processo - profissionais de saúde, gestores dos departamentos públicos da área da saúde como SMS, CRS e STS.

“Eu acho que isso acabou ficando descentralizado. Então, assim, o cuidado [na implantação das equipes NASF] dependeu muito do parceiro ali.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

“na verdade o NASF veio de cima para baixo, né? Na sua implantação, na sua proposição da Secretaria. Então, lá no começo de 2008 a Secretaria lança uma portaria dizendo da implantação do NASF, isso vira uma demanda para a Secretaria Municipal de Saúde e como essa Organização Social estava nessa parceria, surge então a necessidade de implantar esse NASF. Então como eu fazia parte dessa equipe, eu fui fazendo parte da discussão de como fazer isso, então tinha outros profissionais envolvidos na equipe, profissionais médicos, enfermeiros, né, também com experiência na Estratégia de Saúde da Família, e eu fui fazendo parte dessa discussão de como fazer essa implantação da melhor maneira possível, tentando primeiro entender o que era isso. A portaria falava muito pouco, esclarecia muito

pouco e aí a gente foi nesse processo de construir essa implantação.” (M.E. - Gestão NASF)

“Olha, acho que a implantação poderia ter sido mais zelosa, mais preocupada, mais responsável, porque foi feito a toque de caixa, foi feito de uma maneira muito rápida. Eu lembro que na época, foi uma coisa muito rápida assim: “Agora tá o NASF aí, vão ter os NASFs...”, na verdade, por exemplo, por que eu acho que foi descuidada e não foi nada zelosa? Ou quase nada zelosa, por quê? A gente sabe que as Portarias falam da seguinte preocupação: “Para elaborar o NASF, para elaborar e pensar quais categorias que cada NASF vai contemplar, é preciso ter uma conversa com a população, com os conselhos gestores, com os gestores locais, com os trabalhadores e a gestão precisa estar preocupada em identificar quais as necessidades reais do território para então pensar quais categorias nós vamos colocar e inserir nesses NASFs”. Isso aqui não aconteceu de forma alguma. Ninguém veio conversar com a gente, né, com os gestores locais ou com os profissionais, ou mesmo com os conselhos gestores, por exemplo, para pensar: Olha, que categorias que nós implantaremos aqui?” (C.L - Gestão NASF)

“Então, a gente ficou bem assim, assustado, porque como foi tudo muito corrido... ninguém conseguiu sentar com a gente e falar assim: “Olha gente, o NASF funciona assim, vocês têm que fazer assim”, não, a gente caiu na UBS sem saber a rotina, o que tinha que fazer, qual que era a proposta, quais eram as reuniões, o que era uma Ata, como fazer a Ata de reunião... foi meio desesperador, assim, o começo. A gente olhava um pra cara do outro e falava: Socorro!” (A.B. – Nutricionista)

Outro ponto que se apresenta quando o NASF chega nas UBS, é uma associação entre a especialidade do profissional NASF com o atendimento direto (assistência individual) à demanda reprimida, realidade nos territórios da cidade de São Paulo devido a grande demanda e ofertas de cuidado insuficientes.

“[...] a impressão que eu tive é que na verdade a implantação do NASF veio muito no sentido de tentar solucionar uma questão que o ministério identificava que era a relação entre a atenção primária e o nível secundário, com grande número de encaminhamentos né, e que aí a atenção primária não estava sendo resolutive e o nível de especialidade não estava conseguindo dar conta. Então essa história da equipe do NASF vir para qualificar o trabalho, tinha na verdade como plano de fundo, aumentar essa potência, essa resolutividade das equipes de saúde da família, diminuindo os encaminhamentos para o nível secundário.” (M.E. - Gestão NASF)

Continuando nossa reflexão acerca do momento de implantação do NASF, não é consenso entre os entrevistados de que o NASF foi implantado sem o devido planejamento. Outras experiências mostram o início dessas equipes a partir de uma oficina “preparatória” que discutiu com diferentes entidades o papel, constituição, funcionamento e relação com a ESF, na tentativa de organizar a instituição a fim de diminuir os possíveis problemas relativos à implantação de uma nova equipe na AB (Silva et al., 2012).

“Internamente a gente foi pensando num processo de também fazer uma discussão com os outros profissionais da rede, das equipes de saúde da família, então a gente fez algumas reuniões, para discutir o que seria num primeiro momento um desenho interessante na questão de ter uma coordenação do NASF, da composição desse NASF, porque a portaria falava lá em um determinado cardápio de profissionais, então também discutir quais incluir, e aí tinha a questão da carga horária, com que carga horária, como é que ia ser a operacionalização mesmo do processo de trabalho, como é que essa equipe do NASF ia se encontrar com as equipes de saúde da família, em que momento, em que horário, para fazer o quê, como é que iria ser o fluxo dessa discussão. Então a gente fez uma oficina.” (M.E. - Gestão NASF)

“Então o parceiro que conseguiu ter sensibilidade, que precisava ter alguém que entendesse um pouco mais sobre aquilo para pensar o planejamento, ou que

entendeu que você primeiro precisa planejar antes da equipe entrar no território e começar a atender, começar a desenvolver ações, esses parceiros que tiveram esse cuidado, na minha avaliação, tiveram experiências mais tranquilas e mais exitosas do que outros parceiros que apenas se preocuparam mais com a questão burocrática, de contratar... assim, não tiveram preocupação nem na contratação dos profissionais, de procurar profissionais que de fato tivessem um perfil interessante... eh... então acho que é isso, né? Podia ter sido mais planejado mesmo, fazer levantamento de estudo de território, de demanda... isso praticamente não se viu. As equipes foram compostas a toque de caixa, você não sabia... se perguntasse: "mas por que tem esses profissionais dessa equipe de NASF?", ninguém sabia dizer. Ah, porque tem, né? Não tinha: "não, tem porque é a demanda nesse território, essas equipes têm essa característica". Assim, poucas OSS tiveram esse cuidado." (L.C. - Terapeuta Ocupacional).

Os profissionais do NASF relataram experiências diferentes (com menor ou maior grau de satisfação) com relação à implantação do NASF nas OSS. A qualidade do diálogo, funcionamento da instituição, interação entre os atores intrínsecos ao processo, perpetraram experiências singulares de aproximação ou afastamento das necessidades de saúde da população.

Quando olhamos para a composição de cada equipe NASF, imaginamos que esta seja dada a partir da necessidade local, ou seja, contratar a categoria profissional de acordo com as deficiências de assistência do território e as carências da população. Esta conclusão que nos parece muito óbvia nem sempre foi totalmente considerada por estarem sujeitas as determinações dos sujeitos que se constituem na externalidade do cuidado micropolítico.

“sim, a gente conseguiu pensar em território. Então como a gente conhecia muito bem os territórios, as unidades, as equipes, então a gente conseguiu pensar quais as unidades mais próximas para que as equipes pudessem rodizar, né, e quais categorias. Mas a gente tinha também uma pressão da secretaria de certa forma para a não entrada de algumas categorias ou para entrada de

algumas categorias. Então, algumas supervisões de saúde, por exemplo, eu lembro de uma região de Itaquera, foi uma região que pressionou para que a gente colocasse os profissionais os médicos. Então que a gente colocasse ginecologista e pediatra nas equipes que acompanhava aquela supervisão. E aí a gente não via a necessidade disso, porque a gente tinha uma série de UBS que a gente tinha esse profissional de referência e etc. Então eu lembro que foi uma certa... Não foi assim totalmente livre né.” (F.R - Gestão NASF)

“Então, isso aí veio da própria secretaria, né? A gente teve pouca inserção, as propostas que nós sugerimos não foram acatadas, por exemplo, eu não queria 80 horas de Psicologia, preferia que tivesse pelo menos 30 de Fisioterapia, 20 de fono e 40 só de psicologia, para mim, já era o bastante, tendo em vista que eu tenho uma TO, tenho psiquiatra, assistente social, mas até hoje ninguém me explicou porque fizeram essa composição aí. Mas a gente continuou na luta, tenho feito a sugestão de revisão do quadro, né, tanto que eu consegui agora uma equipe de estagiários de fisioterapia que tem dado uma contribuição enorme pra gente e tem demanda. Tem demanda.” (I.S. - Gestão UBS e NASF)

“Então ao invés de ser uma coisa mais pensada, voltada para o território mesmo, quais as necessidades, acho que foi uma coisa muito... é pra ontem que a gente tem que fazer, então vamos fazer rápido. Então aí quando as equipes já estavam prontas a gente se deparou com equipes NASF sem fisioterapeuta, né, sendo que uma das grandes queixas de todas as unidades básicas é dor. Dor crônica, né. É acho que poucas equipes NASF tinha profissional de educação física, o educador físico que no final, ao longo do processo, principalmente na fundação, que eu pude trabalhar com o educador físico, pude perceber que é um profissional coringa. Ele pode tanto entrar muito na parte de prevenção de doenças cardiovasculares, pensando em qualidade de vida, em prevenção mesmo de doenças, de morbidade, quanto auxiliar na reabilitação e trabalhar nas questões de saúde mental. É um profissional que consegue transitar em várias áreas.” (F.M. - Fisioterapeuta)

Nestes três excertos acima, podemos identificar claramente como as proposições se articulam entre as dimensões do cuidado em saúde. O modo como foram escolhidas as categorias profissionais, por exemplo, pode ser considerado um indicador da leitura de necessidades realizada em cargos diferentes: gestor de OSS, gerente de UBS e profissional NASF. O gestor da OSS relata que apesar de conseguirem pensar no território para definição das equipes NASF, não tiveram tanta flexibilidade por sofrerem pressão de posições mais conservadoras de centralização do cuidado na figura do médico. São agentes que compõem a macropolítica que se localizam mais externos ao processo de cuidado do usuário, operando à distância e deixando de produzir resultados mais profícuos para a população, na medida que impõe a contratação de uma categoria menos necessária na equipe NASF.

O gerente da OSS, no caso, não sabe quem definiu e não entende por que fora realizada tal composição de equipe NASF. Ele tenta a transformação por meio do diálogo, porém parece não ter respostas.

O profissional do NASF diante de tal situação não consegue fazer muita coisa além de identificar a falta de determinadas categorias profissionais e “sofrer” junto com as eSF por não conseguir dar respostas a determinadas demandas da população. Aí, o que resta é a criatividade do profissional de saúde, exigência para a produção de saúde na APS. Criatividade entendida aqui para as ações em saúde necessárias, mas que se ressentem da falta do profissional mais adequado para sua realização. Esta pode ser uma das respostas para as críticas de que o NASF produz muitas ações genéricas e/ou reducionistas da promoção à saúde. (Klein; D’Oliveira, 2017; Souza; Medina, 2018; Tesser, 2017).

5.3 AÇÕES ESTRATÉGICAS DO NASF EM RESPOSTA ÀS DEMANDAS DE SAÚDE

Processos de trabalho em saúde, como todo processo de trabalho, são dinâmicos, continuamente criados e recriados no modo como se atualizam no

seu exercício cotidiano. O tempo de trabalho em um mesmo local importa para o conhecimento e reconhecimento do território, das pessoas, para o amadurecimento diante das ações e conjunções que se apresentam. Assim, as necessidades de saúde tornam-se mais compreensíveis e reflexões e mudanças nos processos de trabalho podem ser realizados.

Observamos modelos mais flexíveis de processo de trabalho quando os profissionais NASF se reorganizam nas reuniões com as eSF para atender as necessidades de saúde de determinado território, por identificarem que certa categoria está mais apta a responder a determinadas demandas desta área:

“A princípio, [a organização dos profissionais na reunião com as eSF] foi por agenda, por causa de grupos e tal. E agora, a gente já parou para pensar por demanda, assim: um território que é muito mais vulnerável, por questões de negligência e violência, a gente pensou na assistente social estar presente. Tem um território que tem vários pacientes que têm dieta enteral, essas coisas, a gente pensou na nutricionista estar nesse matriciamento. Então, a princípio, foi agenda e agora, a gente tá vendo as demandas.” (M.B. – Psicóloga)

Neste exemplo, podemos observar um movimento de uma relação mais genérica que um NASF pode dar à eSF para uma atenção mais especializada, na medida em que considera a formação profissional para o perfil de determinada área da UBS. Este movimento representa uma flexibilidade na tentativa de responder melhor às necessidades de saúde, potencializando objetivamente ações do NASF junto às eSF.

Outra resposta objetiva às necessidades de saúde são os trabalhos realizados com as pessoas em longas filas de espera para outro nível de atenção, em razão da demanda reprimida. Um dos depoimentos exemplifica a situação referindo-se a um caso de fila para atendimento em ortopedia (nível secundário de atenção) de quase 360 pacientes. Neste caso, o gerente da UBS e equipe NASF propuseram uma ação considerada exitosa:

“[...] essa da ortopedia tem sido exitosa no meu ponto de vista, porque eram pessoas que estavam ali, desenvolvendo outros problemas. O problema da Ortopedia dela estava sendo o menor. Eram pessoas muitas vezes diabéticas, hipertensas, que estava se queixando... mas que para ela, o que incomodava era o problema das dores e com esse trabalho, a gente conseguiu inseri-las dentro de atividades para controlar a diabetes e a hipertensão, a gente conseguiu trabalhar hábitos alimentares que consegue dar uma estabilidade melhor para eles, para controlar outros problemas. Então, na minha avaliação, eu acho que essa experiência é bem bacana, me dá um grande orgulho de ter participado.”
(I.S. - Gestão UBS e NASF)

Outro exemplo nesta mesma linha de atuação da equipe NASF junto à demanda reprimida, nesse caso para fisioterapia:

“[...] uma das unidades tinha uma fila de espera que chegava a um pouco mais de uma centena de pessoas na fila para fisioterapia. E aí, uma cobrança muito grande de evasão desses pacientes, de atendimento, enfim, e aí, uma das equipes do NASF lidou com essa questão de maneira muito responsável, eu entendo. Não foi simplesmente atendendo esta fila individualmente ou de maneira específica, mas foi abordando, problematizando a questão da fila de espera e do que é a regulação dentro de uma unidade com os encaminhadores ou com as equipes que estavam encaminhando. E aí, existiram momentos dentro das reuniões de saúde da família junto com o NASF, de problematizar e de falar sobre que realidade é essa da fila de espera daquele jeito. E aí, os apoiadores matriciais dessa equipe do NASF convidaram os profissionais nucleares, especialmente os médicos que eram os grandes encaminhadores para a fila de espera para fisioterapia, para exercer um outro olhar do cuidado em saúde, convidaram esses profissionais para rever um pouco o quê que eles poderiam pensar e fazer diferente com esses pacientes que estavam na fila. Aí como é que foi feito isso, né? Voltando um pouco aos princípios da estratégia, a falar um pouco do papel do NASF naquele momento, frente àquela situação e foram realizados, assim, muitos atendimentos compartilhados, né? No caso,

assim, mais especificamente, do fisio com o médico, por exemplo. E esta série de atendimentos compartilhados que foram acontecendo ao longo do tempo conseguiram ampliar a capacidade de cuidado do profissional nuclear. Houve ali uma ampliação do cuidado para essas pessoas que estavam com uma necessidade em reabilitação, por exemplo. E com isso, ao longo do tempo, a fila foi diminuindo, assim, drasticamente.” (C.L - Gestão NASF)

Em ambos os casos, vemos duas maneiras distintas de se trabalhar o mesmo problema da fila de espera para atendimento no nível secundário. A “solução” de um NASF/UBS foi de rever os casos e inseri-los em atendimento de grupos desenvolvidos pela própria equipe de NASF. O foco central aqui é a assistência ao usuário em sofrimento. A estratégia do outro NASF/UBS foi de trabalhar a demanda reprimida por meio do atendimento compartilhado do fisioterapeuta com os principais encaminhadores para esta fila, os médicos de família e comunidade. Além da assistência ao usuário em sofrimento, o foco neste caso, foi o trabalho matricial a fim de potencializar um aspecto da integralidade (médico e fisioterapeuta trabalhando juntos; assistência médica e educação em saúde articulados) para responder mais adequadamente a necessidades de cuidado. Abordaremos esses aspectos das finalidades e articulações do trabalho para a integralidade mais adiante, mas ressalte-se aqui o enriquecimento da leitura de necessidades e criação de respostas propiciado pela atuação do NASF junto à eSF.

De maneira alguma pretendemos aqui comparar ou dizer que uma ação foi mais ou menos pertinente do que a outra, até porque, temos a informação privilegiada de que no primeiro caso, não há o profissional de reabilitação, o fisioterapeuta que seria o mais indicado para “trabalhar” uma fila de espera de ortopedia. Em ambos os casos se produziu o cuidado com as ferramentas disponíveis – materiais e imateriais.

Selecionamos mais quatro exemplos de ações realizadas pelo NASF com focos diferentes, mas todos idealmente respondendo de forma integradora a necessidades e demandas de saúde.

O primeiro exemplo é o de um NASF cuja primeira ação após sua contratação, foi uma atividade com as eSF denominada “árvore cartográfica”. Esta ação foi efetuada com a finalidade de entender as potencialidades e necessidades do território. Os temas identificados como prioridades pelas eSF nortearam as ações do NASF:

“Saltou muito a questão das mulheres, muita violência contra a mulher, muitos jovens saindo em atividade e uso de droga, né, uso de droga em todas as idades, apareceu a questão do idoso, idoso muito sozinho, às vezes, negligenciado, a questão de muita gente procurando atendimento psicológico e não ter, psiquiátrico e várias outras coisas, Ortopedia, várias coisas assim...”

Entrevistadora: E dessas coisas, o que vocês conseguiram colocar na agenda de vocês para trabalhar?

Resposta: A gente montou um grupo de mulheres, que assim, ele começou no território, a gente tem uma igreja parceira que tem um salão, a gente começou a fazer o grupo lá, só que a gente foi percebendo algumas coisas que não foram rolando, primeiro o horário que a gente fez, a gente fez um horário mais confortável para gente e não para as pessoas e depois, na igreja, a gente achou que ia ser melhor fazer na igreja, mas a gente percebeu que não foi melhor, porque era perto da casa onde as pessoas viviam a situação, então, elas não se sentiam confortáveis. Então, a gente mudou o dia, mudou o horário e voltou para cá. E agora, tá rolando. A gente fez o grupo de jovens no território, também que é na igreja, na verdade, a gente começou itinerante, então cada semana, a gente fazia em um lugar, mas aí, a gente se fixou na igreja e agora, a gente tá voltando para UBS também. A gente bolou um grupo de acolhimento de saúde mental, para tentar pelo menos, fazer uma classificação de risco dessas pessoas que chegam procurando psiquiatria e psicologia, principalmente, que é um grupo semanal, a gente faz de adulto, de crianças e de jovens. São os dois psicólogos e a terapeuta ocupacional que fazem esse acolhimento. A gente fez o grupo de Hábitos Saudáveis, que é com a educadora física e com a nutricionista, grupo de caminhada que é um grupo que já existia aqui, que continua. A gente fez os grupos terapêuticos de crianças, que a princípio, a gente moldou por idade, mas agora, as idades já estão misturadas, então é um grupo heterogêneo. A gente fez

um grupo que a gente chamou de ‘Costurando o Tempo’ que é assim, os agentes comunitários conhecem muitas pessoas que têm vários conhecimentos, várias sabedorias e aí, eles identificam essas pessoas que têm esses saberes e convidam para ir nesse grupo do ‘Costurando o Tempo’ para ensinar as outras pessoas. Então, tem aparecido mais mulheres que têm habilidades manuais, então tá formando essa cara de ser mais artesanal, que é no território, também.” (M.B. – Psicóloga)

O segundo exemplo, foi a criação de um grupo batizado como “Educando com carinho” elaborado para responder às demandas de queixas escolares.

“Eram dois grupos, um de pais e cuidadores e o das crianças que tinham alguma questão comportamental, de aprendizagem. [...] a pediatra assumiu o grupo de pais, e quando necessário, ela já fazia essa interface com a ESF. Começou tímido, ia umas três, quatro crianças, de repente teve dias que eu ficava louca, em cinco profissionais a gente não dava conta, porque eram doze crianças, né. E doze crianças nada calmas e tranquilas (risos). Então eu acho que o grupo, a gente percebeu uma evolução. E quando a gente foi fazer o encerramento, sabendo que a equipe ia terminar, os profissionais iam embora, o feedback que a gente tinha dos cuidadores, foi muito legal, né. Acho que foi uma coisa bem bacana assim. Foi um dia que todo mundo da equipe chorou pra falar tchau. Porque mesmo as crianças falavam: Nossa, eu melhorei! Foi bem bacana [choro da profissional].”

Entrevistadora: e a que você atribui o sucesso?

Resposta: Eu acho que a gente conseguiu casar as demandas das famílias, com aquilo que a gente conseguiu oferecer. Acho que foi um casamento legal, assim. A gente conseguiu traçar alguns objetivos. Acho que a equipe que estava fazendo acho que era bem coesa, a gente conseguiu participação de alguns profissionais da equipe de saúde da família também, acho que isso deu um outro tom para o grupo. Foi um grupo de longa permanência, a gente conseguiu mostrar pra todo mundo que não é de um dia para o outro que as coisas acontecem. Durou 5 anos.” (F.M. - Fisioterapeuta)

O terceiro é o exemplo de grupo elaborado como estratégia para trabalhar a educação do trabalhador, inserindo no cotidiano das eSF outros modos de prática de cuidado:

“[...] quando a gente conseguiu implementar as oficinas lúdicas junto com a equipe de Saúde da Família. Então isso acho que foi um ganho bem bacana, primeiro de produzir a discussão de que criança com dificuldade de comportamento pode e deve ser cuidada dentro da atenção básica e pela equipe de saúde da família, que isso tem uma dimensão de competência desses profissionais. Segundo, você conseguir envolver os profissionais de estratégia de Saúde da Família em ações que são completamente fora do que é o campo de segurança deles. Então está lá brincando com as crianças, discutindo o contexto de vulnerabilidade com os pais... de fato, fazendo parceria com a equipe NASF. Que essa é outra questão, muitas vezes a equipe NASF tem todo um olhar e muitas vezes ela acaba desenvolvendo ações sozinhas, né? Ela não consegue efetivar as parcerias, as equipes não conseguem se engajar, de fato, nas ações. E terceiro, pela conquista do espaço mesmo, né? Então geralmente... é que nem eu estava falando dessas ações, elas são destinadas pelo contexto fora da unidade, você tem que desenvolver... o que é interessante, se apropriar do território, isso é bacana. Mas é bacana que esse tipo de ação tenha lugar dentro da unidade de saúde. Justamente para contar que ali também é um espaço, que brincar dentro da unidade também é cuidar, da mesma forma que a consulta, da mesma forma que a vacina, da mesma forma que o curativo, né? Que uma não está numa hierarquia inferior à outra.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

E o último exemplo, mas não menos importante, de caso em que profissional NASF responde a demanda específica da região, que amplia e potencializa a integralidade nas ações na APS:

“casos de pacientes acamados faço as visitas de dieta enteral da assistência domiciliar. Antes eu fazia de outras unidades também, porque como não tem nutricionistas

em todas as Unidades Básicas, quando tem um paciente que precisa de dieta enteral, eles pegam emprestado a nutricionista de outra unidade, porque a gente precisa fazer toda a avaliação nutricional, fazer um protocolo para mandar para a Secretaria. Então, quando eu vim para [nome da UBS], eu acabei ficando com o território daqui, porque o território daqui é muito maior do que todos os outros e tinha bastante paciente de assistência domiciliar com uso de dieta enteral.” (J.A. – Nutricionista)

Uma equipe multiprofissional que almeja responder às necessidades de saúde, considerando a integralidade da atenção, propicia em seus encontros a troca ou a confluência de seus vários saberes. A entrada de uma equipe NASF na UBS não é uma tarefa fácil, dado os atravessamentos que ocorrem nas relações entre as diversas dimensões. Iniciar o trabalho do NASF, como no primeiro exemplo, construindo uma “árvore cartográfica” foi uma maneira de dizer para a eSF: - “Olha, estamos aqui para responder às necessidades de saúde da sua população. Quais são elas e como será o melhor jeito de trabalhar?” Assim, o processo de trabalho explicita seus componentes (objeto, instrumentos – materiais e imateriais, finalidade, agentes) aproximando o NASF da realidade do território, possibilitando a construção do Cuidado (Mendes-Gonçalves, 1992; Peduzzi e Schraiber, 2009).

O segundo exemplo nos remete à identificação dos valores contidos integralidade do cuidado, quando a profissional do NASF atribui o sucesso do grupo ao casamento da demanda com o que conseguiram oferecer. Ressaltamos aqui também o vínculo (a)efetivo entre os usuários e profissionais de saúde e a produção possível de Cuidado no encontro das subjetividades, marcados pelo feedback dos usuários e a emoção contida que se revela em choro do profissional ao lembrar o término do grupo (Mattos, 2006, p.119).

Ainda neste exemplo caberia a discussão do trabalho entre equipes da ESF e NASF como composição da integralidade do cuidado, porém, trataremos disso mais de perto quando conduzirmos a análise pelo eixo das interações.

Já no terceiro exemplo, ressalte-se a visão médico centrada e o cuidado em saúde direcionado à consultas e prescrições rotineiras realizadas nas UBS

- modo de produção de cuidado historicamente construído. Este “algo” que havia “antes” transformado intencionalmente em “outro algo” que há “depois” (Mendes-Gonçalves, 1992; Paim, 2017), demonstrado pela visão da entrevistada, se traduz na necessidade de transformação das práticas de saúde dentro das UBS por meio da mudança de visão dos profissionais de saúde sobre a importância do brincar, como forma de cuidar.

No último exemplo selecionado, gostaríamos de ressaltar a necessidade de ações específicas das especialidades presentes no NASF. Se o objetivo da implantação de equipes multiprofissionais na APS era o de aumentar a resolutividade e o escopo das ações dentro deste nível de atenção, não seria com as ações generalistas como grupos de promoção, prevenção e planejamento ou hipervalorização da atuação interdisciplinar presencial, como fazem muitas equipes NASF. As ações específicas das especialidades contidas no NASF são igualmente importantes para o enfrentamento da pressão assistencial junto às eSF, inerente à prática do apoio matricial, respondendo a demandas antes desassistidas, ou mal assistidas (Tesser, 2017).

Nos quatro exemplos selecionados, nota-se a importância dos atributos do SUS para o processo de trabalho das equipes NASF. A longitudinalidade se faz necessária, pois é preciso o tempo da identificação, formação, maturação e reformatação das ações. O tempo necessário de plantar e de colher os frutos e então continuar a caminhada em direção do cuidado – que se move, se transforma e que carece de outros tipos de cuidado, tarefa difícil para os mais ansiosos; a equidade na seleção das prioridades diante da grande demanda e ações pertinentes às equipes de NASF, tanto de caráter assistencial, como técnico pedagógico.

O olhar do profissional se imprime em seu trabalho. Conseguimos observar isso nos exemplos dos profissionais NASF e gestores. O que estão fazendo, diz da noção de integralidade do cuidado que este trabalhador possui. Como exemplo, temos uma profissional NASF que nos conta de um caso em que a queixa inicial era depressão, e durante o atendimento compartilhado foram investigados diversos aspectos da vida do sujeito e descobriram que, às vezes, o paciente apresentava muco e sangue nas fezes. A equipe NASF se

articulou no mesmo instante com o médico de família e o paciente já saiu com pedido de exames, constatando posteriormente úlceras no intestino. O paciente foi tratado com médico especialista no nível secundário, continuou sendo assistido pelo NASF e eSF, com intervenções relacionadas à dinâmica familiar, mudança de hábitos de vida - parou de beber e fumar pois entendeu o quanto estes hábitos estavam sendo nocivos no processo estomacal e intestinal, e os sintomas da depressão sumiram. Segue o que este profissional pensa sobre integralidade:

“Olha, eu entendo que falar de integralidade tem duas dimensões essenciais. De um lado, exercer um olhar integral, cuidado integral é realmente conseguir acessar o usuário e encontrar com esse usuário de maneira a considerar todos os elementos ou todas as dimensões que fazem dele quem ele é. Então, as dimensões afetivas, religiosas, biológicas, familiares, culturais, financeiras, territoriais, étnicas, daí pra frente. Integralidade pra mim eu acho que é um conceito que tá muito ligado a um olhar que cuide de pessoas, de gente e não de um olhar que cuide de uma doença ou de um sintoma específico. Por outro lado, tem uma dimensão da integralidade que eu acho que tem a ver não só com o encontro entre o trabalhador e o usuário, mas que tem mais ligação também com o olhar da unidade para o território. Será que a unidade, por exemplo, consegue prover, ou consegue ofertar serviços ou ações de saúde que realmente atendam tudo que o usuário precisa? Todas as necessidades dos usuários? Então, enquanto unidade de saúde, eu preciso saber, preciso entender que exercer um olhar integral é, por exemplo, compartilhar alguns casos com outros níveis de assistência, com outros níveis de complexidade do SUS quando isso se faz necessário, então essa outra dimensão da integralidade fala, ao meu ver, de entender e identificar quando o que a gente enquanto atenção primária tem para oferecer, não é o suficiente para o paciente. Pensar em cuidado integral é pensar nisso também, em articular com outros níveis de complexidade quando se faz necessário, quando se esgotaram as nossas possibilidades de ação com ele, né? Eu acho que é um pouco disso.” (A.S. – Psicóloga)

Se não fora o entendimento sobre o cuidado integral, provavelmente este paciente sairia ou com algum encaminhamento para psiquiatra para prescrição de psicotrópicos, ou seria encaminhado para algum tipo de grupo genérico ofertado pela UBS/NASF. Porém, este exemplo demonstra a fusão de horizontes entre profissional de saúde e usuário, produzindo um acolhimento (Teixeira, 2001) e uma leitura integrada de necessidades que tornou possível o Cuidado (Ayres, 2009).

O desenvolvimento de projetos terapêuticos se inicia já no modo de gerir os processos de trabalho. Como pensam e interpretam gestores da dimensão sistêmica, certamente refletirá na dimensão organizacional e consequentemente no cuidado no plano da micropolítica. Assim, este é um dos fatores que marcam a diferença dos processos de trabalho em diferentes OSS/UBS. O excerto é longo, porém achamos interessante para retratar e marcar como o conceito de integralidade pode interferir na micropolítica.

“ [...] a integralidade está na capacidade de leitura da demanda no primeiro contato com o sistema de saúde. Pra mim, é ali que se define quanto e quão integral vai ser aquele cuidado. Se isso for dado por um acesso estreito só pela consulta médica a partir da queixa principal, não tem mais salvação, um caso ou outro por interesse depois um segundo profissional, mas vai ficar na benevolência, vamos dizer assim, né? [...] Os equipamentos, os prontos-socorros e hospital dia, nós colocamos a direção técnica médica para médicos de saúde da família e comunidade. [...] vamos estreitar essa conversa e vamos parar com esse mimimi de pessoal da Atenção Básica falar que pessoal da média não sabe fazer e pessoal da média fala que o pessoal da Atenção Básica não sabe fazer. Então vamos fazer o seguinte? Não vamos saber quem não sabe fazer. Vamos fazer tudo junto. [...] E agora, a gente tá oferecendo variações do acesso com essa concepção de que o primeiro contato tem que ser o mais integral possível, tanto que começa com a recepção da pessoa pelo próprio agente comunitário na unidade. E agora, a gente vai partir para a revisão dos protocolos da visita domiciliar, porque na radicalidade da integralidade do cuidado, isso deve se dar em domicílio. Se você puder desenhar isso de forma acadêmica e a gente tá fazendo um esforço para isso no ato da visita de um auxiliar que

você vai de A a Z, nas condições específicas daquele membro e a posição dele na família, se é criança, se é filho, se tá grávida, se é idoso, se é um agregado, enfim, tá numa certa funcionalidade naquela família e aquilo que ele apresenta de queixa. Então, o domicílio é um lugar por excelência, onde se deve fazer uma abordagem integral. [...] é o lugar onde as condições de determinação daquele estado de saúde brilham. A partir do contato da unidade já vem uma tradução disso, da queixa da pessoa, né, do olhar do profissional que recebeu, se acessou imediatamente uma consulta médica, a chance era sair com uma conduta baseada num medicamento quase de 100%, pronto, já acabou a integralidade. Você vai socorrer isso numa situação ou outra, e tal. Agrava-se isso quando se abre uma agenda de NASF numa Unidade Básica de Saúde, aí que a integralidade foi para o tacho de vez. Eu vou acessar uma boa fonoaudióloga, mas e o resto? E os dentes que estão não sei o que... e o meu problema neurológico? E a minha situação de fala que tem a ver com um processo que precisa de um suporte psicoterapêutico, etc. [...] quando você vai para o domicílio, você não vai tratar disso no domicílio, mas você vai organizar o projeto terapêutico a partir de uma visão integral. [...] o quê que a gente pactuou agora para aplicar já, a partir desse ano? Nós vamos fazer uma validação das agendas a cada três meses e vamos examinar o conteúdo das UBs, então isso entrará para esse processo de educação permanente, essas situações virão para um fórum, um debate. Nós traçamos três grandes projetos estruturantes, né, que reúnem um pouco desse picadinho dos programas, um de gestão da clínica, um de gestão do acesso, outro de gestão do território. Nenhuma novidade nós temos, inclusive, são muito familiares, a questão que o arranjo matricial que a gente fez dessas ações técnicas tá bonitinho. Então, a gente faz uma aposta alta na gestão da informação, porque esses arranjos em si não são muito novidade. Novidade é fazer e medir o seu impacto e a sua qualificação. Isso a gente tá preparado para fazer com tecnologias informatizadas, inclusive. Então fazemos uma aposta alta que a gente consegue evidenciar algumas questões desse tipo. O time de gerentes tá bem formado pra isso, as respostas pontuais são bem-vindas, como eu disse, quando você conversa com o pessoal do NASF, eles estão mais entusiasmados, né? Estão na expectativa que a gente rompa mesmo essa barreira da casinha e do conjunto normativo, sem feri-lo, não tem problema, a gente entrega tudo isso, até porque ele não é burro. Ele é burro quando ele restringe essa ação. Se eu for lá e usar o caderno técnico do NASF, o 27 e depois o 39, bonitinho, muito bem feito, só que se isso não for um

arsenal vinculado à gestão da clínica de forma ampliada e com uma abordagem mais integral, então aquele mesmo conjunto normativo presta uma função e tem um impacto, esperamos, muito maior. E a gente tá preocupado em medir isso, então a gente desenvolveu ferramentas e medidas simples numa escala inédita, ao meu ver, para você medir, de fato, a qualidade da assistência baseado nesse paradigma da integralidade, né? Então, um pouco é isso da integralidade.” (P.C. - Gestão OSS)

6 FINALIDADES EM SAÚDE

Qualquer processo de trabalho traduz a resposta às necessidades e demandas que o constituem na forma das suas finalidades, ou seja, dos produtos e arranjos tecnológicos que este precisa oferecer (Mendes-Gonçalves, 2017). Tomando em consideração a leitura das necessidades de saúde conforme ao compromisso com a integralidade, precisamos considerar, na análise das entrevistas, se (e como) os diversos planos de atenção à saúde – promoção, proteção e recuperação – estão contemplados e relacionados nas tecnologias operadas pelo NASF, em particular no AM.

No que se refere às potencialidades e entraves da prática do apoio matricial das equipes NASF, os achados desta pesquisa vão ao encontro da literatura dos últimos anos. Se por um lado, o apoio matricial tenciona mudança nas relações de poder – cogestão, construção democrática do cuidado – exercita a interdisciplinaridade, propõe apoio educativo para as eSF a partir de discussões clínicas e intervenções concretas junto as eSF/AB, contribui no aumento da capacidade resolutiva das equipes, considera as ações clínicas diretamente com os usuários, realiza operacionalização das RAS, constrói e fortalece vínculos com equipes, usuários e território; Por outro lado, os principais problemas apontados na prática do AM são: a grande demanda por cuidado em saúde; falta de especialistas na APS e nos serviços de retaguarda especializados, gerando sobrecarga no sistema de saúde; resistências das eSF no compartilhamento dos casos e do NASF em prestar assistência específica, desempenhando ações mais generalistas ou, no polo oposto, tornando-se um ambulatório na APS; metas diferentes entre as eSF e NASF; entendimentos diversos da execução da AM, dependente da formação/perfil do trabalhador; e falta de articulação entre gerências da ESF e do NASF (Barros, et al., 2015; Campos et al., 2014; Klein; D'Oliveira, 2017; Matuda, 2012; Souza; Calvo, 2016; Tesser, 2017; Tesser; Poli Neto, 2017).

Diante desses aspectos, podemos entender que o apoio matricial é orientado por certo grau de intersubjetividade que leva em conta a formação e

como este sujeito pensa o cuidado em saúde. Assim, uma das questões fundamentais que regula a qualidade da assistência é a formação destes sujeitos envolvidos na prática do cuidado em saúde.

6.1 DA FORMAÇÃO À PRÁTICA: ENCONTROS E DESENCONTROS NA BUSCA DAS FINALIDADES DO TRABALHO

Compreendemos que os processos de formação dos profissionais os modos de cuidar das pessoas e as formas de gerir os serviços de saúde são indissociáveis, mesmo que configurando momentos distintos da construção dos processos de trabalho em saúde. A experiência nos mostra que esses diversos modos se aproximam mais dos valores da integralidade quando o profissional consegue fazer uma reflexão crítica sobre os aspectos saúde/doença, compreende a organização dos processos de trabalho e percebe o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma não fragmentada (Heckert; Neves, 2010). Ademais, o que encontramos na prática são experiências variadas, cada uma com suas próprias histórias e razões para se “estar assim”, ou seja, a qualidade do profissional em serviço varia não apenas em relação a seu processo de formação profissional e a organização do serviço em que atua, mas também depende de seu *ethos*, seu modo de estar no mundo, sua capacidade de escuta, diálogo e solidariedade de equipe.

Estes dois excertos de entrevista retratam a visão da formação em saúde no Brasil que se traduz na atuação do profissional de saúde. Há a necessidade de uma formação que instrumentalize qualquer profissional a trabalhar na APS, para um agir específico que qualifique a atenção oferecida nesse nível do sistema de saúde.

“Eu não estou desmerecendo ninguém, mas aqui eu vejo a formação dos colegas, eu falo mais por médico, porque sou médico e conheço melhor. Não é das melhores, tem assim, enquanto lá [outra região de saúde] eu tenho o

médico da família, aqui eu tenho um recém-formado e tenho um urologista de 82 anos que trabalha com a gente. Ele estava em um hospital aqui, o hospital fechou e ele começou a trabalhar com a gente e foi uma das saídas que ele teve. E tá trabalhando até hoje. É um bom médico, não tô negando isso, mas do ponto de vista de família, ele não... mas ele atende lá os pacientes dele todos. Tem o seu papel. Isso queira ou não, dá diferença de qualidade, o tipo de interesse que as pessoas têm.” (J.L. - Gestão OSS)

“[...] eu queria poder fazer muito mais ações compartilhadas com as equipes de saúde, consultas, visitas, mas isso se torna difícil. Uma das questões é o tempo, e em geral é a mais usada como justificativa para não se fazer. Mas também tem a formação dos profissionais da atenção básica, né? Que muitas vezes estão ali e também não têm o pé... não têm o pé, assim, não têm o conhecimento, não tem afinidade com a atenção básica, do que é ser médico de família, ou ser um enfermeiro de família...” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

Administrar e executar o trabalho na saúde parte da potencia do humano, ou seja, a capacidade do indivíduo em lidar com as variáveis, os imprevistos e ir criando estratégias para que se possa responder de maneira mais próxima às necessidades de saúde. Neste sentido, a constituição do sujeito determina suas ações no trabalho. Essa constituição do “eu no trabalho” é dependente da sua formação tanto no mundo das ciências e técnicas – especificidades de uma categoria profissional – como também dos modos de estar no mundo, do posicionamento ético-político frente às demandas e relações no cotidiano do trabalho e fora dele. Assim, a formação em saúde não pode se restringir ao treinamento técnico-científico. Ela se dá também no próprio desenvolvimento do trabalho, e deveria ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho no sentido de responder às necessidades de saúde dos usuários (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p.43).

“Olha, integralidade, até antes de eu entrar nesse mundo de saúde pública, era uma coisa que eu não tinha comigo. Porque principalmente eu que venho da área da reabilitação, quando nós pensávamos no paciente, nós pensávamos na parte do sofrimento, na angústia do momento. Então era dor no joelho, nós tratávamos o joelho. Quando você começa a trabalhar em saúde pública, que você pensa em integralidade, de pensar no paciente como um todo, não pensar muitas vezes só no paciente, mas toda a família que tem ao redor e pensar nesse cuidado integral de toda a família, de pensar no paciente que ele pode ter diversas questões e que a queixa principal é o mínimo que nós temos que tratar. Aí eu comecei a entrar nesse mundo de integralidade, porque não tinha essa visão ainda. Fui conhecer depois. E muda, mudou muito o meu modo de pensar, o meu modo de atender.” (M.F. – Fisioterapeuta)

“Entre a gente [equipe NASF], a gente consegue tentar pensar dessa forma [pensando na integralidade], até para quando vai fazer esses atendimentos. Mas acho que ainda tem um pouco de dificuldade, talvez, de outros profissionais [da ESF] de enxergarem isso. Eu digo hoje, nós temos essa... talvez essa facilidade hoje, mas se for pensar quando nós começamos, era esse olhar específico, cada profissional na sua categoria. Hoje é mais tranquilo. A gente consegue lidar mais fácil com isso, mas eu ainda acho que tem algumas questões que eles [profissionais da ESF] ainda têm esse olhar mais direcionado e aí, você percebe isso quando você faz um atendimento que a queixa inicial era uma e quando vem para o atendimento, àquilo era só o fiozinho, necessita do olhar de outros profissionais pra poder cuidar desse paciente.” (A.A. - Profissional de Educação Física)

“Então, é porque é assim, quando nós pensamos em integralidade, até no NASF era nessa parte de, como eu vou ser fisio e eu vou orientar outras coisas pras famílias ou outras áreas? Como que eu vou orientar uma melhor alimentação, eu sendo fisioterapeuta? Como eu vou orientar na queixa mental ou na queixa... em diversas áreas? Que foi essa parte que nós tivemos que sentar muito tempo e conversar porque era muito novo quando nós entramos. E aí, você começa a enxergar nessa parte de um profissional, se você pensar: ‘fisioterapeuta, mas eu posso ampliar o meu leque para um melhor cuidado’.

Então, eu acho que nessa parte do NASF, isso é muito importante: só pode ir o fisio na VD, mas você vê uma queixa alimentar, e você consegue desenrolar isso e melhorar essa parte de alimentação do paciente, muitas vezes, você vai para uma parte de reabilitação e você acaba orientando só a alimentação, uma alimentação mais saudável, uma melhor qualidade de vida, fugindo um pouco dessa parte de reabilitação. Acho que nessa parte do NASF isso é muito importante. Muito importante.” (M.F. – Fisioterapeuta)

Assim como a longitudinalidade do cuidado, uma das características centrais da APS pressupõe a continuidade da relação entre usuários e profissionais, o tempo de trabalho de um determinado profissional é essencial neste processo, pois há que se considerar a formação de vínculo com as pessoas envolvidas e o tempo de amadurecimento deste profissional frente às demandas e desafios enfrentados. Para que o trabalhador se aproprie do sentido da integralidade no seu cotidiano de trabalho são importantes a relação entre pares do dia a dia no exercício no trabalho, a atuação do gestor, que direcionará ou dará liberdade para que se cumpram as diretrizes e orientações do MS, a cultura organizacional onde trabalha, a compreensão do que é o serviço público, para ele e para o município onde atua.

6.2 A GESTÃO E AS FINALIDADES DO TRABALHO

(Barbosa; Elias 2010), ao realizarem estudo comparativo entre hospitais da administração direta da prefeitura com hospitais gerenciados por OSS no Município de São Paulo, apontaram que as OSS possuem melhor gestão em relação à administração direta por ter maior autonomia administrativa e financeira frente ao processo de aquisição de bens e serviços e contratação de recursos humanos, melhor estruturação do processo de trabalho e possibilidade de utilização de tecnologias gerenciais inovadoras. Lembre-se, contudo, que esta autonomia administrativa e de gestão dos processos de trabalho devem ser utilizadas para o cumprimento das metas estabelecidas

junto à SMS. As ações que visam o cumprimento dessas metas, em certa medida, são dependentes dos valores e modos de gerir os processos de trabalho, principalmente no que tange às ações dependentes de operações intersubjetivas de práticas, como maneiras de articulação em rede – que vão desde ações mais simples, como o encaminhamento de um paciente de um serviço a outro, até a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em conjunto com outros serviços em momentos rotineiramente definidos de matriciamento, a providencia de organização de ações e serviços no sentido das necessidades em saúde, maneiras de pensar as relações institucionais, que podem variar das mais hierarquizadas às mais horizontalizadas, etc.

“[...] a minha crítica e a minha disposição, ela tem a ver com o compromisso do acesso universal da qualidade integral. E eu faço o que eu posso onde eu posso, mas eu tenho que reconhecer que isso não é paradigmático, eu acho que a maior parte dos gestores hoje se contém nos quesitos formas, no conjunto normativo, não sai disso. Não rompe com essa barreira da burocracia. E digo mais, acho que tem pouca condição de fazer isso. Quais as condições excepcionais e recentes pra mim? O contrato de gestão, que é um convite a você fazer uma gestão mais integrada, mais inteligente, no sentido de associar recurso. [...] Não é para fazer mais do mesmo. Se lá atrás você tinha um conjunto normativo que introduzia isso, porque era introdução, hoje não é mais, você tem que aceitar outros desafios tecnológicos, mas infelizmente, tirando as coisas *meio episódicas assim, eu acho que varia pouco a postura do gestor, acho que varia pouco a performance do NASF e isso fica absolutamente construído pelo conjunto normativo, Portarias e protocolos e uma certa cultura nossa, que é um pouco assim mesmo: delega. Você não faz gestão compartilhada.*” (P.C. - Gestão OSS)

Compreendemos que o gestor que direciona, incentiva e investe na qualificação dos trabalhadores a fim de desenvolver uma melhor assistência, é aquele que de certa forma entende a finalidade dos processos de trabalho como meio para responder às necessidades dos usuários.

“[...] eu tenho uma assessoria técnica hoje de dez assessores assim, que estão hiper qualificados para fazer apoio, a gente trabalha com modelagem de apoio. [...] a menina que veio do NASF, é uma psicóloga que implantou [o NASF] [...] é tão forte isso pra mim, que eu falei pra ela: ‘Você vai ter o maior desafio de toda equipe, [...] vai precisar ser outra daqui dois anos, você precisa estudar mais’. Ela aceitou o desafio e hoje é uma das principais assessoras e eu sempre brinco com ela, eu falo: ‘mirem na [nome da coordenadora NASF], ela conseguiu fazer esse caminho crítico e tal’. Mas a máquina ainda não fez, o NASF ainda tá muito preso por uma relação corporativa com os gerentes das unidades básicas de saúde que de alguma forma se veem vendidos por um processo de delegação e competência clínica técnica. ‘Manda para o NASF!’. O matriciamento fica reduzido ao repasse de casos. ‘Deixa que o NASF cuida!’. ‘Quando o NASF disser que tá prontinho, dá pra mim de volta’. Tem unidade de saúde que reserva a sala do NASF, tem unidade que tem um telefone do NASF e isso, pra mim, o desafio é desconstruir isso tudo e eu bato muito numa imagem que diz: ‘Olha, eu não tenho mais que prestar conta do NASF, eu não tenho mais o convenio do NASF, eu tenho uma produção que a gente tá fazendo.’”
(P.C. - Gestão OSS)

Como dissemos anteriormente, a formação do profissional é contínua e se aperfeiçoa durante seu exercício no trabalho. Durante o processo de implantação e implementação do NASF, houve entendimentos controversos a respeito de como seria o trabalho dessas equipes, tendo sido necessário um período de aprendizagem para todos e lapidação dos processos de trabalho.

“Olha, acho que por um lado foi uma das épocas na vida em que eu mais aprendi sobre gestão SUS, sobre política pública de saúde. Época que eu mais aprendi sobre SUS, enfim, SUS no geral, porque isso exigiu da gente, na época, uma proatividade para montar esquemas de educação permanente, para montar aulas sobre o que seria apoio matricial, clínica ampliada, elaboração de projetos terapêuticos singulares. Hoje, depois de quase dez anos, isso tá muito mais evidente, se fala muito mais

dessas coisas. Na época, não se falava tanto assim. Então, se por um lado, essa implantação foi muito legal e nessa época eu aprendi muito assim, de maneira muito intensa, foi um aprendizado muito grande para mim receber dezenas de profissionais no NASF e tentar falar um pouco o quê que era isso que a gente fazia já anteriormente, né, o que era fazer projeto terapêutico singular, falar de apoio matricial.” (C.L - Gestão NASF)

Se por um lado, o trabalhador em saúde está em contínuo processo de formação, por outro, o gestor em saúde deveria ter função de problematizar as questões que se colocam no dia a dia, identificar lacunas na formação, tanto técnica como individual, do trabalhador.

“[...] o olhar para integralidade no cuidado da saúde é um olhar que eu sempre tento levar e que costumeiramente, usualmente eu tenho levado para as discussões com os profissionais, né? [...] A nossa herança enquanto profissionais de saúde, o que a gente tem de formação de profissionais em saúde hoje em dia no Brasil, por exemplo, ele peca muito no que diz respeito a como que eu instrumentalizo um profissional na graduação ou em outros, ou em pós-graduação, como que eu instrumentalizo, como que eu sensibilizo profissionais a exercerem um olhar mais integral? Tradicionalmente, nas escolas de formação dos profissionais que compõem o NASF, escolas de Fisioterapia, de Psicologia, de Assistência Social, enfim, não é tradição que eles tenham nas suas formações um olhar afinado com integralidade em saúde. Então isso causa uma questão pra gente aqui na prática, porque eu tenho que, de certa maneira, sempre lembrá-los sobre a importância da integralidade em saúde, porque eles na maior parte das vezes, eles não têm isso... eles não veem com esse olhar, a gente tem que sensibilizar e construir a importância desse olhar no dia a dia. Então, enquanto gestor, integralidade é um dos pontos que eu mais pauto nas reuniões com o NASF porque eles tendem a levar um olhar que é um olhar que eles estão treinados mais para o específico e eu falo: “Enquanto vocês olharem muito para o específico, vocês não vão conseguir realizar um olhar integral, uma prática integral em saúde. Vocês têm que ampliar, discutir, se rever enquanto profissional, entender os limites do seu recorte disciplinar, tem que fazer isso a toda hora, então

enquanto gestor, eu entendo que a toda hora eu estou lembrando eles da importância do cuidado integral, do olhar integral em saúde. [...] ele tem que admitir que o conhecimento que ele tem não é o suficiente para dar conta da necessidade do usuário na atenção primária, só que a gente tá com uma grande dificuldade de isso acontecer lá, porque esses profissionais que eu coordeno, eles têm uma tendência muito forte de se manterem dentro do seu recorte disciplinar, de saberes e práticas. Então isso tem sido um grande desafio pra gente, conseguir pautar integralidade em saúde com os profissionais lá, porque eles têm uma grande dificuldade de exercer essa integralidade no cuidado.” (C.L - Gestão NASF)

Outro exemplo encontrado nas entrevistas de que o papel do coordenador NASF pode ser potente em qualificar a assistência é na identificação das necessidades dos profissionais de saúde para a plenitude do trabalho com populações. Seria como colocar areia nos buracos para que estes se tornem mais rasos, investir no outro que tem a capacidade de reflexão para o aperfeiçoamento da prática no sentido da integralidade do cuidado.

6.3 APOIO MATRICIAL: CONSTRUÇÕES E CONTRADIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE

O MS recomendou que os NASF se utilizassem do conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial na relação com as UBS. Trata-se de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico pedagógico às eAB, construindo de maneira horizontalizada ações em saúde de maneira personalizada e interativa. O projeto terapêutico Singular (PTS) neste caso é seu principal instrumento de trabalho, pois é por meio deste que equipes se debruçam para traçar um melhor caminho para o cuidado junto ao usuário. Assim, opera com o conceito de núcleo e campo de saberes que considera tanto os saberes específicos de uma categoria profissional, como os saberes que podem ser compartilhados, conduzindo profissionais a uma capacitação durante o

processo de trabalho (Campos; Domitti, 2007; Campos, 1999; Cunha; Campos, 2011).

Esta prática entre NASF e eSF/AB tem sido documentada há cerca de uma década e muitas experiências já foram relatadas de modo que não pretendemos aqui explorar suas definições, mas problematizar alguns aspectos que dizem respeito à construção da integralidade.

“Eu não fui a primeira defensora do NASF. Eu tive que aceitar como arranjo econômico, de financiamento possível, porque eu gostaria que a gente tivesse mais chance de aprofundar todas as experiências. Por que eu tô dizendo isso? Para sustentar uma psicose na comunidade, não vale uma visita mensal porque eu sei que o cuidado mental, o cuidado necessário do surto psicótico é algo cotidiano, é estar junto, ir com a equipe que se sentirá apoiada estando minimamente com uma outra pessoa e não estando sozinha para fazer aquele enfrentamento [...] Então, eu acho que os NASFs nascem com essa tarefa como missão, estarem a postos para atenderem as demandas diversas, plurais das equipes de saúde da família, das equipes das unidades básicas de saúde.” Então, melhor fazer desse modo, que pelo menos você coletiviza e cria reuniões entre a atenção primária e as equipes NASF. Toda vez que a gente reúne, coletiviza, a gente humaniza no sentido de botar gente junto discutindo os problemas mais concretos e buscando solução. [...] É não guardar dentro dos seus bolsos, da sua algibeira o saber suficiente para todos, mas criar estratégias para juntar pessoas que possam ter essa tarefa como missão.” (A.P. – Consultora em Saúde Mental)

O que se espera de uma equipe multiprofissional na APS, é que assuma juntamente com as equipes de AB os casos mais complicados do território que necessitem de um olhar específico, com todas as ações que se fazem necessárias para o cuidado na APS. Atualmente, depois de uma década de trabalho, este conceito já estava melhor absorvido para grande parte dos profissionais de saúde e gestores. Porém, faz parte da história do NASF um início conturbado que acabou por estigmatizar estas equipes:

“uma crítica que se fez a algumas equipes, as equipes contratadas, às vezes, recém-formados, que era feita uma seleção, as pessoas se habilitavam. Inseguras, ficavam prescrevendo para as equipes de saúde da família o que fazer. E o que fazer se a gente tá no território? Se a gente tá lidando com pessoas concretas é algo que você tem que inventar muitas vezes o que fazer nas cenas concretas, ou nos problemas concretos que estão vivendo.” (A.P. – Consultora em Saúde Mental)

“Quando a equipe NASF surgiu, entrou a questão do matriciamento, né, do apoio matricial que se entendeu como apenas discussão, capacitação e não o atendimento em si. Eu acho que em algumas equipes NASF ainda tem essa função, esse papel. Eles falam: ‘Não, a gente veio para matricular, não para atender’. Então eu lembro que logo no comecinho, eu tive muito contato com os ACS lá da região de Sapopemba, eles me mandavam mensagem dizendo: ‘a gente está com um bebe aqui, que a profissional fala que eu que tenho que fazer assim, assado, mas não sou eu que tenho que fazer. Fazer a estimulação dele. Eu vou orientar a mãe, vou fazer junto com a mãe, mas não sou eu que vou lá, sem a pessoa [profissional NASF] conhecer, sem eu ver como que faz, para eu fazer’. Então eu fiquei um pouco receosa, porque naquela época eu estava na gestão do NASF e o meu pensamento não era que o NASF fosse somente o matriciamento. Mandar o outro fazer do jeito que eu acho que deveria ser. Eu acho que a gente tem que fazer junto com a ESF e não falar pra equipe fazer só.” (F.M. - Fisioterapeuta)

“acho que foi difícil a maneira como as equipes NASF foram apresentadas para as eSF, porque de alguma maneira, para as eSF: ‘ah, essa equipe nova vai apoiar em tudo.’ Eles que vão me ajudar, mas ajudar no sentido de que eles que vão cuidar pra mim, e não cuidar comigo, né, dessa população. Então em alguns momentos a eSF fez um movimento de: ‘olha...esse caso é teu. É um paciente esquizofrênico que você vai cuidar, psicóloga (risos)’. Ao mesmo tempo, essa equipe NASF falou assim: ‘opa!’ A fisioterapeuta ou algum profissional que não tinha uma relação muito próxima com saúde mental: ‘Isso não é meu! É da psicóloga mesmo’. E não tinha aquela questão

de tentar se abrir para atuar em vários campos. Era cada um realmente no seu quadrado. Então tinha várias questões que tinham que ser trabalhadas antes. Tinha que trabalhar a eSF pra pensar nessa coisa do compartilhamento da responsabilidade dos casos. A eNASF, entre eles, entre a gente né, se começasse a se apoiar enquanto equipe. O caso não é só do psicólogo, ou o caso não é só do educador físico, o caso é da equipe NASF, e o que a gente vai fazer com isso, ne? E junto com a eSF pensar. Então acho que são várias maneiras de olhar a questão que a gente não estava acostumada.”
(F.M. - Fisioterapeuta)

O apoio matricial rompe com o processo de trabalho que as pessoas estavam acostumadas na lógica do atendimento centrado na doença, porém as orientações iniciais do MS no caderno de atenção básica nº27 (Brasil, 2010, p.20) foram contraditórias e trouxeram prejuízos no campo das práticas por despriorizar o atendimento individual (Tesser, 2017, p.567).

“eu vou falar para você uma reflexão que eu fiz quando eu saí da gestão do programa, que para mim gerou muito amadurecimento como gestora, mesmo, como uma pessoa aqui do departamento. O quê que acontece? O NASF ele inicia em 2008 super radicalizando o modelo de Atenção. Os NASFs iniciam rompendo a lógica do atendimento, no entanto que eles [MS diz]: ‘Você vai atender em último caso’, depois, a gente fala assim: ‘Não, atendimento individual também faz parte’, então eu acho que um grande acúmulo para a gestão do NASF é explicar para eles que tudo compõe a agenda, que a realização de fluxo compõe, que o atendimento individual compõe, então me parece acelerar uma coisa e vem a outra, porque depois vira uma confusão no recado, depois fala: ‘Não gente, é isso também’, então eu acho que isso foi um problema assim, e para mim, gerou muito amadurecimento, eu acho que a gente tem que colocar as coisas do tipo: se é complexo e se compõe, vamos falar assim desde o começo.” (O.M. – gestora MS)

Após 11 anos de experiência das equipes NASF – data da entrevista com alguns profissionais - encontramos equipes e profissionais que se sentem

mais maduros frente à postura teórica do apoio matricial, no sentido do entendimento da tecnologia e posicionamentos diferenciados, mais próximos das práticas que justificam conceitualmente o matriciamento, mais próximas da integralidade do cuidado em saúde.

“Eu acho que isso tá muito presente na forma criativa com que a gente vai bolando estratégias de intervenção. Eu acho que é uma equipe muito criativa, isso é um bom sinal. Então, a gente vai trocando, vai pensando cada um na sua especificidade, no seu campo e aí, a gente vai pensando em estratégias de intervenção acho que a partir disso. Acho que eu vejo a integralidade nesses processos de matriciamentos em que tem essas trocas, que a gente é matriciado e aí tem muitas coisas de Nutrição que eu não sabia, de Educação Física, de Terapia Ocupacional, aprendo com os agentes comunitários. Eu acho que matriciamento é um espaço próprio pra isso, né, porque aí eu acho que envolve muita coisa. Envolve essa integralidade no sentido mais rico, é inclusive você tentar viver relações de poder que entendem a saúde de uma forma horizontal, não hierarquizada, então eu acho que os espaços de reunião, de troca, de matriciamento, acho que dá para explorar mais, acho que as coisas vão aparecendo de uma forma mais horizontal.” (M.V. - Psicólogo)

“Eu acho que pensando no apoio matricial com as equipes que estão mais vinculadas à Estratégia, os espaços de matriciamento que são esses encontros semanais com as equipes de Estratégia, os matriciamentos no CAPS que eles envolvem, que eu acho que já é um matriciamento com toda rede e eu acho, daí eu já não sei se isso... se tá dentro de uma definição de apoio matricial, mas eu acredito que indo para dentro do território, acho que envolve também esse processo de ir para as escolas, pensar as questões da saúde mental dentro das escolas e para a rede como um todo, esses CCAs, as ONGs...” (M.V. - Psicólogo)

Há, sem dúvida, dificuldades de sustentação política e técnica do AM, pois ele rompe com o processo de trabalho que as pessoas estão

acostumadas, borra fronteiras disciplinares, rompe fluxos decisórios centralizados, propõe ações não tão centradas no adoecimento, não contabiliza produtividade do mesmo jeito, não tem a mesma visibilidade e legitimidade social que o atendimento médico, o que muitas vezes desagrade os interesses do gestor e dos políticos.

“Acho que ainda não conseguimos fazer uma gestão do acesso aos recursos que o NASF oferece como ampliação no formato de que é uma abordagem, de fato, ampliada da Atenção Básica. Acho que a mudança do nome⁴ [de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB] inclusive, força um pouquinho nessa linha de raciocínio, né? [...] núcleo ampliado acho que força as Portarias caminharem nesse sentido, mas na prática, ainda ficou como um lugar de especialistas que recebem os casos. Olham o matriciamento, mas por delegação. ‘O caso é seu, me devolva ele resolvido’. ‘Eu trouxe aqui, conversei com você, montei prontuário, mas a partir daqui, ele é seu, não é mais meu, né’? Ou então, pior, com agenda aberta mesmo, ‘a Karen tem uma agenda, vai trabalhar bastante, vai ser muito dirigente, mas vai atender casos de fono e isso’. Então, isso ainda é preponderante. Tá em processo, tá em análise, tem intenções importantes, não tá abandonado, mas essa virada eu não consegui ainda... estou na esperança que esse ano a gente consiga.” (P.C. - Gestão OSS)

⁴ Definida pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que modifica o nome para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e que passam a ser referência para as eAB.

6.4 DISPOSITIVOS DO NASF: RESPOSTAS ÀS DEMANDAS DE SAÚDE

As principais atividades potencialmente realizadas pelo NASF no apoio matricial são: os *atendimentos compartilhados*, que almejam intervenções interdisciplinares, troca de saberes entre profissionais e corresponsabilidade, gerando experiências para ambos os profissionais; as *intervenções específicas* do NASF com os usuários, posterior à discussão com a equipe de referência; *ações comuns*, articuladas com a UBS, como apoio e desenvolvimento de grupos, trabalho educativo, enfrentamento de problemas e situações que emergem do território, ações em equipamentos públicos, articulação com serviços, etc.

6.4.1 Atendimento compartilhado

A seguir, relata-se um caso bem sucedido em que claramente percebemos a fusão de horizontes entre profissional de saúde e usuário (Ayres, 2009), pois a demanda do indivíduo e o que a equipe de saúde conseguiu ofertar, respondeu às necessidades do paciente. Apesar do fisioterapeuta ter sido resolutivo neste caso, ele demonstrou insegurança quando se pergunta: “Como vou cuidar dele sem ter essa parte do atendimento específico?” Então, tenta encontrar meios de cuidar sem se limitar à especificidade do trabalho da fisioterapia, mas se utiliza obviamente dela quando monta um “tratamento de RPG adaptado”, constrói a interdisciplinaridade, ao trabalhar em conjunto com a profissional de educação física, e atinge o objetivo da reabilitação, comprovando que o trabalho do NASF expande as ações da APS.

“[...] um senhor que teve um AVC e ele estava com a estrutura osteoarticular bem comprometida. Ele teve um lado sequelado, então o corpo dele perdeu bastante

função muscular e começou a ter uma escoliose bem importante, não conseguia andar direito. Encaminhei para o CER, só que ele ia ficar muito tempo na lista de espera. Tive que pensar num cuidado melhor pra ele, como que eu iria tratar ele, orientando, sendo que quem cuidava na maior parte das vezes dele era um vizinho, um menino de menor idade? E aí, eu pensava: ‘como que eu vou cuidar dele sem ter essa parte do atendimento específico e de duas, três vezes por semana’? Montei uma linha de tratamento para ele com RPG adaptado, com a parte de fortalecimento muscular, uma estrutura melhor até de alimentação, de mudança de rotina. E aí, ele melhorou bastante, começou a vir no grupo e aí, hoje é legal que nós vemos ele andando aqui na unidade. Uma boa evolução, se você olha a parte da escoliose, ele melhorou muito. Se você olhava as estruturas, tinha uma alteração importantíssima postural, isso melhorou muito, quem olha fala assim: “Nossa, não é a mesma pessoa”, acho que esse é um caso de sucesso mesmo assim, que valeu a pena de eu conversar, de orientação, da parte da [nome da profissional de educação física] entrar também e ajudar nessa parte de elaboração de exercícios, de mudança de vida pra esse paciente. É um caso de sucesso.” (M.F. – Fisioterapeuta)

6.4.2 Intervenções específicas

Alguns gestores tendem a privilegiar a versão mais assistencialista do NASF, marcada por atendimentos específicos individuais, mais visíveis na quantificação da produção, reduzindo a potencialidade dessas equipes (Tesser, 2017).

“Grupo, por enquanto, não participo. A gente tentou fazer casar isso, mas a demanda aqui é muito grande. Aqui tem outro psiquiatra que é contratado 20 horas na UBS tradicional, mas ele é recém-chegado [...] do final do ano passado e o começo desse ano, era só eu. Então, eu estava com duas agendas assim, e estava uma loucura. Então a gerência optou por priorizar os atendimentos individuais, tanto que eu atendo mais pessoas da UBS, mas que não são cobertos pela Estratégia, do que áreas efetivamente, da Estratégia. [...] porque aqui se a gente pegar a área de abrangência da unidade Básica, só 30%

mais ou menos que eu sei está coberta pela Estratégia, 70% da população tem como referência aqui, mas não é coberta pela Estratégia.” (L.G. – Psiquiatra)

Por outro lado, há equipes que se utilizam desta ferramenta como uma das ações possíveis, se necessário, para o cuidado. Percebemos que, quando bem aplicado, o cuidado individualizado por especialistas na APS reduz encaminhamentos para outros pontos de atenção, ampliando, de fato, as ações no âmbito da AB.

“Olha, acho que envolvem atendimentos individuais com consulta agendada, atendimentos individuais mais pontuais, quando a gente, ou nas reuniões de matriciamento, ou nas reuniões de rede, ou nas reuniões da própria UBS, a gente entende que precisa de um acolhimento. Então, tem esses atendimentos individuais mais pontuais, tem os atendimentos, digamos assim, mais em psicoterapia, que aí eu acho que eu tenho utilizado em alguns casos, a psicoterapia breve, então, tem uma quantidade de encontros que eu contrato junto com a pessoa, pensando numa articulação para processos de grupo, isso não é algo que é muito rígido, e tem pacientes que eu acompanho há mais de dois anos porque eu entendo que tem essa necessidade, né?” (M.V. - Psicólogo)

“[...] é um paciente que tem 42 anos e é esquizofrênico desde os 25. Ele já é afastado do trabalho, recebe auxílio doença e mora ele, a mãe e a irmã. Então, é um paciente que ele está numa situação que ele teria que se relacionar com pessoas, sair um pouco fora de casa e ele está numa situação de ostracismo, ele quer ficar só dentro de casa, ele não quer sair. Então é um paciente que ele vinha em consultório, e enquanto eu estava atendendo individualmente ele estava aderindo bem tranquilo. Quando eu percebi que a questão dele também é um pouco fazer esse exercício de se relacionar, de estar em grupo, de conversar, adquirir novas habilidades, ele começou a se afastar um pouco. Então ele não aderiu a nenhum grupo, ele já se fechou no apartamento de novo, mas sempre eu preocupada com a questão também da ideação suicida, até que ponto ele vai fazer alguma coisa contra ele mesmo, então afastei essa possibilidade,

porque ele é religioso, a mãe também apoia, a irmã, mas eu não consegui fazer, porque eu fiquei sempre com aquela... como que eu posso dizer? Com aquela... pensando como que ele estaria lá na frente se ele conseguisse passar essa barreira de se relacionar, ele poderia, de repente, voltar a trabalhar, fazer um trabalho mais sozinho, ali, um trabalho mais manual, alguma coisa mais autônoma, mas eu não consegui ainda passar com ele dessa barreira. Então na última VD que eu fui fazer com a equipe, até porque sumiu assim, três meses e aí, eu conversei com a agente de saúde e falei: “[nome da ACS], como que tá o [nome do paciente], a família?” Ah, ele não quer sair de casa, aquela história toda”, falei: “Então, vamos marcar uma VD e vou lá ver como que ele tá”, e aí, na VD, ele já comentou: “Não, eu quero que você marque consulta individual, porque eu quero conversar com você no consultório”, “[nome do paciente], eu posso até marcar individual, mas você precisa também, vamos fazer ali um combinado de você vir num grupo, fazer uma atividade física, participar do alongamento”. Então é um caso que ele tá empacado, assim, eu não consegui ainda passar essa barreira e eu percebo o quanto que vai ser importante, o quanto que ele vai ganhar de ferramenta ali, de habilidade, competência pra poder conseguir ter uma vida um pouco com mais qualidade, né, com mais autonomia. Mas é uma doença também muito séria, é uma questão bem complicada. Então, esse aí eu considero ainda assim, um caso de fracasso, porque eu idealizei ali algumas questões para ele e vi que a gente não conseguiu chegar nesse ponto.” (A.S. – Psicóloga)

Apesar de a psicóloga ter se utilizado deste exemplo como um caso de fracasso, por não ter conseguido o objetivo almejado por ela, percebemos uma clara vinculação terapêutica entre profissional de saúde e usuário, uma potencialidade existente para o cuidado integral, que articula sua área de expertise específica com o trabalho de outros profissionais para uma mesma finalidade geral de bem estar do paciente.

[...] “se de repente nós tivéssemos um grupo com atividade manual, sabe, de você fazer alguma coisa com cerâmica, barro, argila, alguma coisa que a gente pudesse... porque hoje na unidade, a gente não tem nada assim, manual, de pintura em tela, então de repente,

poderia chamar a atenção dele nesse sentido, dele vir, trabalhar um pouco mais em grupo, né? Então, às vezes, eu sinto um pouco essa deficiência da gente ter outras formas. Às vezes ele não quer vir falar, ele quer falar de uma outra forma, né, então falar por meio de uma arte, por meio de uma tela e a partir daí, a gente vai trazendo um pouco esses conteúdos internos. Então, eu atribuo a isso, né, e também a questão de ser uma doença séria, que é uma doença que ela impacta assim, nessas questões de relacionamento.” (A.S. – Psicóloga)

Há certa cultura entre os profissionais do setor público, que parece sempre permear os interstícios do dia a dia de trabalho, de que quanto mais pacientes se conseguir atender, melhor profissional se estará sendo, dando-se conta da demanda. É notório nas entrevistas realizadas um desconforto quando o profissional realiza ou diz que realiza atendimento específico individual. Parece haver uma culpa velada quando não realizam este tipo de ação, justamente por saberem que faz parte essa forma de cuidado.

Quando pedimos para a profissional do NASF relatar o que faria diferente, como poderia melhorar seus processos de trabalho, ela aponta para a falta de maior periodicidade dos atendimentos individualizados.

“o que eu sinto assim falta é de mais seguimento, de estar vendo esse paciente com uma periodicidade maior. Mas como o volume é muito grande da demanda... [...] porque vem paciente muito crítico e como a agenda tá muito lotada, às vezes, a gente tem que dar 40 dias para rever esse paciente. Então assim, às vezes, uma visita que é bem assim, necessária, a gente só consegue a cada, vai, 45 dias. Então, isso eu sinto que se a gente tivesse mais tempo nessa UBS... a gente atende duas UBS, então a agenda fica bem apertada por conta da demanda de grupos, reuniões e tudo. Então, tempo pra consulta e visita acaba sendo pequena, então acho que se a gente tivesse mais tempo numa UBS só, de repente a gente conseguia fazer um dia só de visita, um dia só pra atendimento e aí, atenderíamos mais pessoas e a gente conseguiria ver essa pessoa com mais tempo dentro do mês, assim, não sei. [...] Também não é uma proposta do

NASF, né, não sei, mas tem casos que a gente sente que...” (A.B. - Nutricionista)

Além deste exemplo, foi percebida a necessidade de tornar mais claro os critérios para o atendimento específico.

“eu acho que tem muitas coisas dos processos de trabalho que eu faria diferente, né? Eu não sei se das ações efetivamente, assim, por exemplo, de grupos diferentes, atendimentos diferentes, eu acho que isso não, mas eu acho que em relação ao processo de trabalho eu acho que sim. Então ter processos mais claros, mais qualificados, de como discutir, de critérios para quando deve ter o atendimento específico do profissional ou não, [...] quando que a gente aciona...” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

6.4.3 Ações comuns e não específicas

Tínhamos como hipótese que o funcionamento das equipes de NASF poderia estar diretamente relacionada com a visão sobre o cuidado em saúde do gestor, podendo ser mais ampliadas com o livre desenvolvimento do AM ou mais restritas, com maior dificuldade do desenvolvimento do trabalho. O curioso é que isto não ocorreu. Mesmo em OSS na qual o gestor produz um discurso coerente com o trabalho que o NASF deveria desenvolver, o NASF ainda encontra dificuldades na consecução das finalidades do seu trabalho. O que nos parece é que a “máquina” gira em torno de uma cultura enraizada onde apenas ações específicas são valorizadas e que, portanto, são estas que ampliam o escopo de ações da APS.

“Primeiro, você tem que qualificar o acesso e discutir o suporte do NASF a partir da visão da clínica ampliada. Isso tem que ser uma discussão NASF/ PSF que não tem

que ter identidade de quem é quem. Então, o que é cuidar da referência de fono para este território, para esta demanda qualificada deste jeito? Você tem que fazer um projeto, discutir com as equipes todas, qualificar o protocolo e fazer a gestão disso pouco atendendo, tem uma expertise que é sua, né? Mas muito mais qualificando as outras práticas que dizem respeito às outras saúdes associadas a Fonoaudiologia, saúde mental, saúde bucal... e não ficar, por exemplo: “Ah, tem um morador do SRT [Serviço de Residência Terapêutica] que está precisando da fono”. Então, manda para a fono, abre a agenda da fono, marca o morador do SRT... embora isso, em algum momento ele vai ser atendido numa dificuldade dele associada à questão da saúde mental, isso é delegado para você e isso não pode acontecer, porque você é uma fono para nove equipes supondo que a portaria esteja sendo atendida, tá certo? A tua responsabilidade é fazer a gestão desta clínica com parceria ampliadíssima, que aí, você quer discutir aspectos relacionados a Fonoaudiologia, ou do campo da Fonoaudiologia relacionados a linguagem, você tem conhecimento para isso e o seu conhecimento precisa ser usado para qualificar esse acesso e esse cuidado. Você não vai prestar só assistência, você vai prestar também assistência. Isso implica seriamente o ajuste das agendas, que é outro quesito que a gente acabou de formalizar. Fizemos a reunião com os gerentes formalizando isso. Agora a gente vai fazer a revisão das agendas a cada três meses baseados nesse tipo de construção. Se você tá num território que por uma questão x percebe que o viés que você tem que dar assistência em Fonoaudiologia é traçando um caminho técnico voltado ao idoso, deve fazer isso. E a agenda da unidade deve saber disso. Hoje não é assim, hoje o NASF abre uma agenda de fono que se enche por uma demanda. [...] a tendência, a pressão é para que abra-se a agenda da fono. Há tendências dessa fragmentação que vem desde a formação das pessoas, passa pela faculdade. [...] Aí, você soma isso com o relacionamento com a média complexidade e um caso de repente, tá sendo estudado pelo neuro, pela fono, pelo dentista e pelo médico acompanhado pela enfermagem e pelo agente comunitário de saúde. Se você faz esse rearranjo, você primeiro vai melhorar muito a capacidade diagnóstica, vai melhorar muito a sua capacidade terapêutica, muito e vai dar uma racionalidade nos recursos.” (P.C. - Gestão OSS)

Entre as possibilidades de ação da equipe NASF, estão aquelas pensadas para atender às demandas internas dos próprios profissionais das eSF. No relato abaixo, vê-se um caso em que, ao serem levantadas dificuldades do trabalho das eSF, a equipe NASF propôs uma estratégia de cuidado da equipe:

“A gente tentou estabelecer junto com as equipes um espaço de cuidado para as equipes, isso desde o começo, que foi uma coisa que a gente se antecipou, eu acho. Acho que foram muitas fases da gente saber que é um trabalho sofrido e é mesmo, né? Principalmente os agentes comunitários que estão nessa linha muito tênue entre o morar e o trabalhar, então, a gente estabeleceu com equipes uma vez por mês, em um dos espaços de matriciamento, fazer um espaço de cuidados. E foi um espaço que não deu nada certo (risos). [...] porque às vezes, dá briga, a angústia a gente não conseguia contornar, assim, eu acreditei muito que a gente iria dar conta de contornar o problema e a gente não conseguiu. [...] Então, acho que foi nesse sentido de o NASF e o apoio matricial... eu acredito de verdade, assim, que também é um espaço de cuidado, né? A gente lidar com as nossas questões, né? Mas...” (M.V. - Psicólogo)

Pudemos entender, pelo conjunto das entrevistas realizadas com os profissionais e gestores desta UBS, que o NASF tomou para si este encargo por identificar o sofrimento mental, principalmente dos ACS, ao lidar com necessidades praticamente insolúveis no território, como a questão do tráfico, usuários de drogas e a absorção por estes profissionais de saúde do complexo sofrimento enfrentado por algumas famílias assistidas pelas eSF. Além disso, a identificação da necessidade de um interlocutor para as dificuldades interpessoais no interior das eSF fizeram com que os problemas de relacionamento interpessoal emergissem o que causou angústias e o pedido para que não houvesse mais este espaço de cuidado nas reuniões entre as equipes.

Os espaços de reuniões com as equipes se constituiu como a principal porta de entrada dos casos para o cuidado do NASF. Desta maneira, consegue-se elaborar os PTS – principal ferramenta do NASF para o estabelecimento de ações diante das situações que se apresentam.

“Tem vários caminhos, um deles que eu acho eu é o que a gente quer apostar mais é nas reuniões de matriciamento, que é discutir com os agentes comunitários, com os enfermeiros, trazerem o caso e a gente discutir e pensar juntos no que fazer. [...] a frequência de reunião com cada equipe é semanal. [...] A gente começou com uma hora, mas aí estava muito angustiante, porque a gente não estava dando conta, aí a gente mudou para uma hora e meia. [...] Até o ano passado, entravam todos. Mas agora, a gente se organizou até para dar conta dessa agenda, né, então a gente vai em trios. Cada matriciamento tem três profissionais do NASF.” (M.B. – Psicóloga)

Outra forma das equipes de NASF ampliarem as ações da APS e consequentemente responderem às demandas em saúde, é se fazer disponível para os profissionais da UBS

“às vezes, um gestor que chama para dar um apoio, aqui não deveria acontecer, mas às vezes, a gente tem um caso ou outro de emergência, um paciente que vem numa crise, um enfermeiro que precisa de um apoio, uma auxiliar de enfermagem que às vezes, recebe um paciente no acolhimento, esse paciente vem numa situação bem de crise, choro e desespero, converso com a enfermeira, então eu atendo. [...] E além de dar apoio também para os profissionais, para os trabalhadores, então, se tem um trabalhador que às vezes, chega numa situação de crise, tem um problema, ou às vezes, em casa, ou alguma questão, então às vezes, também tem essa questão de fazer um atendimento para uma pessoa, para um trabalhador, para um colega de trabalho.” (A.S. – Psicóloga)

É fato que quando as equipes de NASF iniciaram seus trabalhos nas UBS, essas ampliaram consideravelmente a estratégia do cuidado em grupo. Nas entrevistas evidenciamos este acontecimento, da participação dos profissionais de NASF em muitos grupos, porém na sua grande maioria, são grupos onde o NASF se responsabiliza sozinho, sem a participação das eSF. Todos estes descritos no próximo excerto são grupos de responsabilidade do NASF, com exceção de um, o Grupo de Aleitamento Materno (GAME).

“então todos os grupos que a gente tem na UBS, eu participo. Então a gente tem a Linha de Cuidado e Sobrepeso que eu participo com uma fala, às vezes, acompanho o grupo. Tem Alimentação Infantil, Peso Saudável Adulto, tem o da Terapia Comunitária, tem o grupo da Família, tem o grupo de alongamento e fortalecimento, às vezes, eu participo. Esses são um pouco mais difíceis, mas aqueles grupos aqui da unidade de modo geral, eu costumo participar. Às vezes, entro no GAME, Introdução Alimentar.” (A.S. – Psicóloga)

“Eu faço processos psicoterapêuticos de grupo e modalidades de grupos diferentes. Então, tem os grupos mais verbais, que é o modelo do cooperativo, tem as rodas de conversa, que eu acho que é numa perspectiva mais da terapia comunitária, tem os grupos de jovem, que aí a gente passa pelo verbal, mas passa também por processos mediadores, seja foto linguagem, às vezes, a gente usa uma poesia, alguma coisa como meio de produção, tem os grupos de crianças, aí eu acompanho digamos assim, dois grupos diferentes, um que é de mais novos, tem crianças desde os 6 anos até uns 12, daí eu estou com a [nome da psicóloga NASF], a gente aposta muito na questão da arte, mesmo, como mediadora do encontro, um universo mais lúdico e tem um outro grupo de pré-adolescentes, digamos assim, a gente usa mais questões de atividades esportivas que eu tô junto com a [nome da profissional de educação física NASF] e instrumentos lúdicos para mediar o encontro. Tem os grupos de adolescentes que são os de jovens, e tem também os grupos de acolhimento em saúde mental, que a gente faz, eu, a [nome de mais duas profissionais NASF] que é semanal, a gente acolhe as pessoas que procuram o serviço de saúde mental na unidade. Então é um grupo que vem com essa demanda, né, e a gente

acolhe crianças em um dia e adultos em um outro.” (M.V. - Psicólogo)

Além dos grupos e reuniões com as eSF, os profissionais com visão integral do trabalho em saúde, conseguem se organizar para o trabalho de articulação com a rede, como finalidade do cuidado ampliado em saúde.

“ [...] tem as reuniões de matriciamentos externos com a rede, tem matriciamento no CAPS Infantil, que a gente coloca toda a rede para conversar, tem os atendimentos... acho que tem o projeto Saúde na Escola que a gente tem feito intervenções junto às escolas do território, a gente tem feito bastante, eu tenho feito bastante isso, se aproximar das escolas e pensar estratégias de intervenção junto com a comunidade escolar, tem as demandas espontâneas, por exemplo, uma pessoa chega em um processo de crise no acolhimento da enfermagem e vem me procurar, eu oferto uma escuta qualificada, tem as consultas compartilhadas com os clínicos, com a equipe de enfermagem, com os auxiliares, as visitas domiciliares... Nossa, é tanta coisa! Tem as visitas a equipamentos do território, seja equipamentos formais, por exemplo, em um Centro da Juventude, Centro da Criança e Adolescente - é um espaço da assistência social, estou indo lá conversar com a equipe, pensar em reuniões, parcerias. Esses equipamentos mais formais, o SPVV do Jaçanã, que é um serviço de Proteção à Vítimas de Violência, a gente tem ido a esses espaços para formar rede que é um pessoal que tá meio fora da rede de saúde, né? E a equipamentos não formais, também. Não formais, não sei se é esse o nome, né? Que não estão nas políticas públicas, oficialmente, igrejas, tem um coletivo aqui de intervenção do território, que é a Casa (incompreendido).” (M.V. - Psicólogo)

Parte II
Capítulo 7

7 ARTICULAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO NASF

Incorporar e integrar tecnologias de atenção à saúde depende da capacidade de articular diferentes profissionais, serviços e setores relacionados. Esta tarefa é imediatamente relacionada à estruturação do Sistema de Saúde como um todo e, segundo a concepção vigente no SUS, coordenada a partir da AB. Esta preocupação é contemplada na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), que define a organização em RAS como estratégia para um cuidado integral e atribui à AB o papel de ordenadora dos fluxos e contra fluxos de pessoas nos diversos pontos de atenção.

Assim, como dispositivo tecnológico da AB, o NASF foi chamado a desenvolver projetos e ações intra e intersetoriais, atuar na prevenção e promoção à saúde e articular os serviços de saúde mental e reabilitação no território, mobilizando os recursos comunitários.

Assim, uma das grandes potencialidades do NASF é a contribuição no enfrentamento da fragmentação da rede de serviços. A partir de sua criação, vimos um importante movimento de equipes multiprofissionais na APS trabalhando no sentido da integração da rede de serviços, quer seja pela construção ou fortalecimento de fóruns regionais (saúde mental e reabilitação), discussão de casos entre serviços que compõem a RAS, ações em creches, escolas e rede comunitária, tudo visando, principalmente, um trabalho de prevenção e promoção da saúde.

Durante a entrevista com gestores e profissionais do NASF, procuramos entender como é valorizada a orientação do trabalho em redes de atenção à saúde e como lidam com isto no cotidiano de trabalho.

No exemplo abaixo, é notória a liberdade de trabalho do gestor de OSS que escolheu ir além dos processos cobrados pela prefeitura, por entender ser importante uma AB básica forte, que responda a grande parte das demandas e desenvolva uma modelagem de rede pensando nas necessidades do território.

“Eu coordeno uma equipe de cerca de 45 pessoas, nível técnico e área administrativa, eu sou responsável por todos os processos de gestão da rede, todos. Absolutamente todos. O governo hoje fica com a parte programática, né e com a verificação do contrato [...] Mas de tudo o que eu faço, o que é mais importante, de fato, é tentar implantar um padrão técnico de gestão de rede, buscando aprimoramento dos resultados mais tradicionais, que o próprio contrato de gestão prevê, né, metas de produção, qualidade, cobertura e tal e nós estamos introduzindo lá, é uma atribuição que eu coloco para a equipe desde o início, embora não esteja escrito no contrato de gestão, que é desenvolver capacidade de medir processos de cuidado em saúde, baseado na gestão da clínica e na gestão do acesso, sempre dialogando com as duas coisas e começar a mexer, de fato, com esse instrumento altamente potente, que é o contrato de gestão, que você consegue realocar recursos de forma marginal ou às vezes, nem tanto. Então, você pega uma oferta num determinado território que pode ser excedente para aquele território, mas falta no território vizinho. E com isso, a gente acabou desenvolvendo algumas ferramentas, um aplicativo, que a gente chama de teia, que monitora o itinerário de todos os usuários que acessam a nossa rede, então a gente pega, por exemplo, uma informação de como é que tá... isso baseado em classificação de risco. [...] A gente fez isso em parceria com os hospitais, isso deu uma racionalizada boa no acesso, da urgência e emergência, pelo menos, no primeiro momento. E agora, a gente estudou durante esses últimos três anos praticamente, o evento Cefaleia a Esclarecer. A gente escolheu Neurologia que é uma demanda muito forte para média complexidade e dentro da Neurologia, para adquirir uma capacidade de registro precisa a partir da gestão da clínica, a gente adotou a Cefaleia a Esclarecer e seus códigos, né, os seus CIDs relacionados, cerca de dez CIDs. E hoje, a gente traça isso... tá usando isso como elemento traçador, então, nós sabemos o que foi feito com todas as Cefaleias a Esclarecer. Já estamos entrando numa fase de fazer uma intervenção na conduta clínica, ou seja, em média pelos nossos estudos e pelo registro desse aplicativo, que pode ser visto agora aqui, se você quiser, pelo celular – 83% em média dos casos que procuram urgência e emergência não precisavam da urgência e emergência. Isso medindo nome, cartão SUS, da pessoa. Cerca de 90% dos casos que estão na fila de espera para consulta com o neurologista não precisavam estar lá, né? Isso pela

própria discussão clínica com os médicos do PSF. Mas a gente tá levando a ferro e fogo a ideia de que 85% das demandas se resolvem na Atenção Básica. Por que a gente foi além do discurso? Porque a gente mede e a gente começa a fazer com uma certa competência a gestão da informação.” (P.C. - Gestão OSS)

Como as OSS são reguladas pelo direito privado, há vantagens na operacionalização do dinheiro público que são diferenciadas por não precisarem se submeter às mesmas regras de uma administração direta. (Travagin, 2017) Assim, essa autonomia nos processos de trabalho lhe permite direcionar ações no sentido do que se entende por prioridade por parte daqueles que estão na gestão dessas OSS. Neste caso, observamos um exemplo positivo no qual a gestão da informação tem por finalidade transformar a clínica de determinada doença para que esta seja manejada na própria APS, evitando encaminhamentos para especialidade em outros níveis de atenção e expandindo a capacidade de absorção da AB por meio da educação profissional.

Estudos mostram que um dos grandes desafios na assistência em prol de maior efetividade das ações de saúde se relaciona com a defasagem no sistema de referência e contrarreferência, principalmente no que tange à implantação de prontuários eletrônicos e formalização de fluxos entre os pontos da rede (Freitas; Araújo, 2018). Observamos nestes outros relatos o enfrentamento deste desafio como objetivo do trabalho do gestor em saúde:

“E a ideia era integrar as unidades básicas com essas duas unidades de atendimento secundário. Nível secundário de atenção. Eu vim para cá para implantar isso. É um projeto que dentro dos recursos do SUS, para mim, andou relativamente bem. A gente conseguiu integrar o hospital, a mãe, o paciente cirúrgico, ele sai do hospital e já agenda na unidade, o retorno para a mãe e para a criança na unidade básica do lado da casa dela, ou se é alguém com Pneumonia ou um AVC, tem alta e vai para lá [UBS]. O ambulatório, também, nós temos esse contra fluxo, essa referência. Eu estou aqui há 11 anos e

nós conseguimos, realmente, trabalhar esta integração aqui na região.” (J.L. - Gestão OSS)

“Pra mim, o mais bem sucedido até aqui é que eu me surpreendi com a sensibilidade das equipes do NASF por um projeto mais expandido, acho que as pessoas são mais vítimas desse arranjo corporativo, muito normativo, muito duro, do que protagonistas. Eu acho que convidados a romper isso, a resposta é muito boa, né, em média, o mais bem sucedido foi com a saúde mental, por um processo perverso porque nós tivemos que fazer ajustes de custos no contrato e nós precisávamos constituir as equipes NASF e tinha um arranjo possível das três especialidades médicas, a gente teria que sacrificar uma e a gente optou pelo psiquiatra, porque é difícil lotar psiquiatra naquela região e tal. E fez, para compensar isso, e isso foi a boa coisa, uma associação muito forte com o que tinha de oferta na rede de saúde mental, principalmente nos CAPS 3, 2, né, e agora com os 3 que a gente tem está sendo muito bem sucedido, quer dizer, o acesso da psiquiatria do CAPS não é através da demanda do CAPS, é também a partir da demanda do CAPS, mas e a partir de uma demanda de saúde mental, onde a relação com o NASF é fundamental, que é onde estão os profissionais que podem interagir com um projeto terapêutico mais qualificado para isso, né? Fono, TO, etc.” (P.C. - Gestão OSS)

Podemos entender que o cuidado em rede quando pensado e iniciado na gestão dos processos contribui para a produção daquilo que fica fora dos instrumentos de avaliação cobrados pela prefeitura, que é o lado produtivo da micropolítica, que se relaciona aos aspectos mais qualitativos do cuidado e que só poderão ser valorizados por aqueles que sabem da sua importância e o sentido que estas ações assumem no contato direto com o usuário.

“Isso se estendeu por uma ação estratégica nossa de montar projetos terapêuticos absolutamente integrais para os 38 moradores de residências terapêuticas, tem quatro residências terapêuticas, duas em [cita uma região de São Paulo] e duas em [cita outra região de São Paulo], 38 moradores. Então, a gente falou: ‘Nós não queremos

entender o domicílio'? O domicílio que é nosso, inclusive, são dos residentes terapêuticos com todo tipo de demanda, as mais difíceis que você possa imaginar e você sabe disso. Então, hoje, os 38 têm projetos terapêuticos são definidos em equipe e que são: unidade básica de referência por uma questão de distância, o CAPS tem referência por questão técnica e aí, toda aquela rede cuida, dentista, ginecologista, psiquiatra ao TO..." (P.C. - Gestão OSS)

Deste modo, a inserção de equipe multiprofissional na APS, requer o trabalho do gestor na construção dos processos de trabalho, no estabelecimento de funções dentro da RAS (tanto do coordenador da equipe NASF quanto dos profissionais desta equipe) daquele determinado território, pensando suas características, potencialidades e desafios, pois

"aqueles que ocupam cargos de direção nos sistemas locais de saúde, têm uma responsabilidade intransferível na gestão sistêmica do cuidado em saúde, sendo essa, normalmente, sua atividade mais visível e trabalhosa" (Cecilio, 2011, p. 591).

"[...] quando a gente teve essa verba para contratação [dos coordenadores NASF], a gente falou: 'Que bom, então agora vamos contratar pessoas que desenvolvam só esse trabalho'. [...] E aí a gente ficou bastante tempo como assessoria de reabilitação e de NASF. Então a gente discutia os processos de trabalho dos coordenadores. [...] e aí foi uma época muito produtiva assim, que a gente conseguiu avançar numa discussão de rede. Então o que é, por exemplo, um distúrbio de aprendizagem que chega na UBS, até que ponto ele fica na UBS até que ponto ele vai para o serviço de especialidade? [...] E aí, como se dá a interlocução e a comunicação entre esses dois serviços? Reuniões de rede a gente conseguiu fazer. Então eu acho que foi uma época que a gente conseguiu avançar bastante né." (F.R - Gestão NASF)

"[...] participo de reuniões pra discutir saúde mental, por exemplo, a rede da atenção psicossocial. Participo de um grupo de trabalho de saúde mental que pensa as ações

de saúde mental e as articulações de saúde mental dentro do território.” (C.L - Gestão NASF)

Podemos perceber que o olhar atento para o cotidiano da população revela certa sensibilidade que se direciona ao cuidado integral em saúde. Nestes exemplos, os gestores associam o cuidado integral com resolutividade, longitudinalidade, intersetorialidade e consequentemente com a racionalização de recursos. Assim, é muito provável que as equipes sob sua responsabilidade tenham mais apoio a ações intra e intersectorias no modelo do apoio matricial do que aqueles que não relacionam a resolutividade com articulação nestes moldes.

“Integralidade, o que eu entendo é a união dos saberes, onde nós temos a oportunidade de reunir todos os saberes em prol do bem comum, da resolutividade e do cuidado continuado, mesmo, longitudinal. A intersetorialidade também é muito importante nessa questão da integralidade, entendo que é super necessário para o desenvolvimento das ações” [...] “Olha, a gente precisa estar totalmente integrado com todos os flancos, né? Eu, particularmente, me sinto integrado o dia inteiro, o tempo inteiro, o período inteiro, porque a gente tem que estar antenado a tudo. Ao movimento do território, com os problemas de saúde, problemas sanitários, com as demandas do dia a dia, até as questões sociais, então, no momento que eu piso aqui na unidade, no território, eu já tô totalmente... até na padaria, eu chego de manhã na padaria, já tô observando, já tô me integrando já com tudo que pode estar interferindo na saúde da população.” (I.S. - Gestão UBS e NASF)

“[...] “nós estamos transformando um pronto-socorro em um grande equipamento de reabilitação porque ele tá perdendo função da abertura do hospital. E a gente já reduziu, inclusive, fez um projeto de redução gradual desses plantões, aprovado pela prefeitura. A gente juntou a EMAD [Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar], o CER [Centro de Reabilitação], o NIR [Núcleo Integrado de Reabilitação], o APD [Acompanhante da Pessoa com Deficiência], para pessoa deficiente, o PAI [Programa

Acompanhante do Idoso], a APAE [Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais] que por acaso veio no mesmo bolo que faz parceria lá em um único equipamento. Só dessas equipes conversarem tecnicamente e tomarem cafezinho junto, o que mudou a capacidade e a potência... A EMAD tinha 90 idosos à condição de vulnerabilidade, 2 já reclassificados para 1, que é coisa para o PSF tomar conta pelo APD, né? Mas não podia fazer porque não conversa. Começa a conversar, você racionaliza o recurso e o ganho político disso é imenso. [...] Então, essa dimensão política de garantir a saúde pública, o SUS, fica fortalecida também.” (P.C. - Gestão OSS)

Apesar dos gestores entrevistados apresentarem um olhar ampliado para o cuidado em rede e referirem essa construção como prioridade em seus trabalhos, há relatos de profissionais NASF que já enfrentaram dificuldades com gestores por não entenderem o papel do NASF como articulador desta rede e intrínseco ao cuidado em saúde, pois o cuidado integral compõe a rede de apoio social do usuário.

“Vou contar uma situação que não deu certo (risos), que influenciou, por exemplo, [...] uma [gestora de] OSS que falou pra mim que o NASF não tinha nada a ver com a questão da violência, e que a gente não deveria se meter. Eu falei: “Como assim? A violência está intrínseca no processo do cuidado da saúde daquelas pessoas”. “Não, isso não tem nada a ver com equipe NASF. Escola não tem a ver com equipe NASF, a equipe NASF não pode ir pra escola”. “Mas como não?” “Vocês estão proibidos de ir pra escola”. Aí eu falei “Mas e as questões de aprendizagem? As questões de comportamento... a criança que a gente atende também está na escola e a gente precisa fazer uma conversa com aquela escola”. “Não, vocês não podem”. Então acho que isso é uma coisa que influenciou nos processos, a gestão influenciando nos processos de trabalho. Mas aí a gente falou: “Não, não pode? Então a gente não vai contar pra vocês que a gente está indo. Pronto!” Porque era uma coisa que a gente tinha que fazer. Tinha que ser feito. [...] E ao mesmo tempo, né, as equipes e todo mundo que estava ali no território falando: “Não, vocês precisam ir”. E aqui [a gestão] falando não. Foi bem complicado nessa época. Mas a gente fez.” (F.M. - Fisioterapeuta)

Obviamente que quanto mais as dimensões da gestão do cuidado convergem para a facilitação de uma determinada diretriz, há mais fluidez no trabalho. Apesar das políticas sociais (dimensão societária) apontarem para a necessidade de articulação entre as redes numa perspectiva da construção da integralidade do cuidado, para que isso se configure de fato no território é imprescindível a atuação dos gestores que ocupam cargos de direção nos sistemas locais de saúde (dimensão sistêmica), dos gerentes de serviços e a coordenação do trabalho das equipes de saúde (dimensão organizacional) e da própria competência técnica e postura ética dos profissionais da saúde (dimensão profissional) (Cecilio, 2011, p. 591).

“[...] eu percebo que na [região da cidade de São Paulo] é uma supervisão que está super próxima, né. Os apoiadores da estratégia de saúde da família, de saúde mental e de reabilitação eles estão super próximos. [...] Então participava das reuniões, fórum de reabilitação eles estavam lá ajudando, coordenando, pensando na rede mesmo, né. Como que a gente ia fazer, por exemplo na [outras duas regiões da cidade de São Paulo], eles não tinham isso e aí, não tinha essa proximidade e o serviço era cada um por si e ninguém se conversava.” (F.M. - Fisioterapeuta)

“Eu acho que é assim, a partir do momento que você assume um território, que você assume serviços, eu acho que o mínimo que você tem que ter é esse vínculo entre as redes. [...] porque se você pensar até mesmo na integralidade, se você pensar nessa parte do cuidado, você tem que ter esse vínculo, essa parte de que as redes se enxerguem. Eu vejo o CER [Centro de Reabilitação] só como uma parte de reabilitação. Eu mando para o CER, mas eu nem conheço como que é o espaço do CER. Nós encaminhamos para o CAPS [Centro de Atenção Psicossocial], mas eu não conheço o CAPS, não conheço. Eu conheço o serviço do CAPS, mas assim, eu nunca vi eles trabalhando ou legal isso, eu posso também mandar essa pessoa, que às vezes, nós pensávamos que não havia esse fluxo. Então, eu acho que nessa parte de matriciamento nas redes que ficou muito falho. Muito

falho, até para eles, alguns conhecem porque eram do NASF, sabem como que é o serviço, então saíram do NASF, foram para o CER ou saíram do NASF e foram para o CAPS, mas nós que entramos sem experiência, sem nada e falar assim: 'Poxa, eu entrei, o quê que é CAPS? Espera aí... o que é CER?' Onde eu posso encaminhar? E no meu ver, se eles pegassem isso logo no início: 'Vamos alinhar tudo isso, vamos fazer eles se enxergarem, que eles podem trabalhar juntos e em equipe'. Pacientes que têm alta do CER, se tivesse essa orientação, tá voltando para a unidade como referência contra referência de tudo que foi feito, esse paciente se tratou com a gente, fez x, y... isso não tem, não tem. Paciente simplesmente tem alta e procura os agentes de saúde: 'A gente precisa terminar o tratamento'. 'Mas espera aí, que tratamento? O quê que aconteceu?', e aí, essa busca primaria tem que tornar... começar de novo, sendo que poderia ser apenas uma rediscussão: 'Tô mandando uma referência contra referência, eu atendi o paciente, ele teve melhora nisso e nisso, o que nós podemos juntos melhorarmos isso? Porque eu tô dando alta, por causa disso, disso e disso...', e esse fluxo eu não enxergo ainda, sinceramente, eu não enxergo. Eu acho muito falho tanto do CAPS conosco, ou do CER conosco e algumas outras partes também." (M.F. – Fisioterapeuta)

"[...] a gente vê que conforme toda a unidade não tá alinhada, a gente perde a mão do caso, assim, porque se não tiver lá de cima a definição do fluxo, dos processos, de como é a porta de entrada, de como tem que ser o atendimento, tem o lado do profissional seguir, estar de acordo com o que foi combinado na unidade, o que são os princípios ou não, mas eu acho que faz parte a parte da gestão, acho que isso entra também, não é só culpa da gestão, acho que não, mas acho que entra um papel importante. [...] Por mais que tenham as equipes diferentes, equipe 1, 2, 3, 4, a unidade toda tem que seguir numa linha, né, então eu acho que definir esses processos de trabalho, as agendas, os grupos, a participação de todo mundo, as reuniões técnicas gerais, eu acho que tem que estar tudo bem alinhado, porque às vezes, o paciente bate aqui embaixo, bate ali em cima e a gente tem que falar a mesma linguagem, então eu acho que é uma parte da gestão isso, também. Não tem como a gente controlar o que cada profissional vai fazer, exatamente, mas tem que ter o mínimo de definição, de orientação do trabalho..." (L.M. – Fonoaudióloga)

O trabalho em redes é coletivo e, portanto dependente da ação de todos os atores envolvidos, inclusive a do usuário, para seu sucesso. Todos têm a sua responsabilidade e não deveriam esperar a ação do outro para também agir. A proatividade por parte do profissional de saúde no âmbito da micropolítica tem um valor imensurável. Ele pode desenvolver a autonomia para conhecer o trabalho de outros serviços e, a partir disso, desenvolver os projetos terapêuticos com os usuários, por exemplo.

“o quê que eu posso proporcionar enquanto qualidade de vida para esse paciente, ele vem para UBS, passa por todo aquele processo de promoção e prevenção, já preciso acionar um trabalho especializado, então, vamos ver o quê que posso fazer com CAPS de trabalho junto, ali pra poder fornecer um pouco mais de qualidade de vida ou de repente, de apoio de rede, que às vezes, aqui, os grupos que nós temos na unidade, esse paciente, ele não se adequa, não se sente à vontade, de repente, um grupo do CAPS... então, integralidade nesse sentido e para que a pessoa consiga ser um cidadão, para que ela consiga minimamente ter uma certa autonomia na vida dela, ela consiga assim, escolher, para que ela tenha escolhas, então eu vejo o processo de integralidade nesse sentido, então e o como fazer, né?” (A.S. – Psicóloga)

“Eu penso na integralidade acho que em muitas dimensões, tanto no sujeito, no sentido em todas as suas dimensões biopsicossociais, e não a patologia, ter uma multidimensionalidade integral a saúde, como do ponto de vista da rede que o acompanha nesses processos, nessas dimensões múltiplas do sujeito. Então, eu reconheço integralidade nesse sentido, no sentido da saúde de uma forma integral, compreender o sujeito a partir dessa integralidade, por isso que eu acho importante demais assim, os encontros, as reuniões, para as coisas não ficarem fragmentadas, né?” (M.V. - Psicólogo)

Sendo a dimensão profissional importante para o desenvolvimento da micropolítica do cuidado, pudemos notar diferentes graus de entendimentos e

relações com esses pontos da RAS. Foi marcante a percepção de um profissional da importância de sua relação com a rede, quando a refere como espaço de cuidado para ele. Expõe a ideia da sensação de amparo que um profissional pode sentir na relação com a rede e no cuidado compartilhado.

“[...] é uma dimensão a nível pessoal de eu estar nesses espaços, daí eu não sei se represento o NASF, mas pensando não sei se dá para separar, mas pra mim, é um espaço de cuidado comigo de estar nesses lugares, então eu acho importante pra mim, pra minha saúde mental estar nos coletivos e para ampliar os meus horizontes também dentro dos serviços.” (M.V. - Psicólogo)

Apesar de o NASF ser uma equipe que compõe a RAS, em grande parte das vezes ele funciona como uma espécie de ponte que liga o usuário ao serviço especializado. Ao longo desses anos de experiência, desde sua criação, os profissionais NASF passaram a compor fóruns de saúde mental e reabilitação, estabelecerem reuniões para discussão de casos com os diferentes serviços, tudo isso facilitado pela flexibilidade de agenda inerente ao trabalho nos moldes do apoio matricial.

“pensando nas reuniões externas, a gente funciona muito como ponte, a gente faz a ponte entre as demandas do território, as necessidades do território e a rede como um todo. Eu acho que o NASF acaba assumindo essa função de ponte, que eu acho que não deveria ser só dele, ele poderia ter mais gente, enfermeiro, agente comunitário poderiam fazer isso também, mas acho que hoje, a gente faz muito isso, assim, de pensar em trazer alguém pra cá pra fazer um intervenção, no caso de uma criança que precisa ser encaminhada para o CAPS, então que chega pela Estratégia, a gente faz a ponte com o CAPS, acho que é muito por aí, assim.” (M.V. - Psicólogo)

As articulações em rede também se apresentaram, nesta relação NASF e outros pontos de atenção, como importante oportunidade de capacitação dos

profissionais de saúde nos temas correspondentes do serviço, não apenas sob a perspectiva do que o serviço oferece, mas trata-se também da expansão do conhecimento na esfera de campo dos saberes, fortalecendo a capacidade dos trabalhadores.

“Toda semana tem o matriciamento do CAPSi. Então roda no mês nas UBSs dessa região. Então, as reuniões de matriciamento são com todas essas as unidades. [...] Aí, a gente tem matriciamento com o CAPS AD e o CAPS Adulto que é uma vez por mês. [...] A gente tem matriciamento uma vez a cada dois meses com a equipe de APD [...] e mensal também com o PAI [...] semanalmente tem a educação continuada que são os enfermeiros, médicos e o NASF. Na última vez, os médicos trouxeram algumas dúvidas em relação às vacinas, o calendário de vacinas e aí o gerente convidou o médico lá da sede para fazer uma capacitação [...] eu estava tendo dúvida também no atendimento domiciliar, na atenção domiciliar, aí veio o pessoal do EMAD, pessoal da Atenção Domiciliar.” (M.B. – Psicóloga)

“E a gente convidou um redutor de danos lá do CAPS AD, daí ele veio aqui, fez uma aula, uma apresentação, para tentar mudar alguns tabus.” (L.G. – Psiquiatra)

“A gente traz profissionais de fora também, o serviço, traz Consultório de Rua, já trouxemos pessoal da APD, do CER, então eles veem o nosso custo, como funciona, como que é. É muito rico.” (I.S. - Gestão UBS e NASF)

O MS caracteriza a AB como

conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2011).

Nesse sentido, a gestão do cuidado envolve o contexto em que os usuários vivem e, portanto muitas vezes articular a rede de apoio social e familiar se fará necessário para o aumento da potência do cuidado.

Neste contexto, quando o profissional de saúde integra essa rede (comunitária, intra e intersetorial), observamos que o NASF tem a capacidade de potencializar as articulações e consequentemente o cuidado em saúde.

*“Tem o caso de uma senhora que é bem desorganizada e por conta da diabetes, ela ficou cega e ela mora num lugar muito vulnerável, assim, uma casinha de madeira, e chovia dentro, o banheiro fora da casa, uma situação miserável, assim. E aí, a gente fez várias reuniões com a Estratégia, com os outros equipamentos, o CREAS, o pessoal da assistência, e a Família junto e a gente foi conseguindo articular algumas coisas pra melhorar, ela praticamente, não comia. Aí, uma sobrinha se prontificou a levar comida, dar remédio, aí uma senhora da igreja que a gente conheceu se prontificou a levar o remédio da noite, então foi melhorando assim, em alguns sentidos e essa pessoa, acho que a família foi se envolvendo de alguma forma, *vendo que a gente tava junto também, e aí, uma sobrinha resolveu levar ela para casa dela. Então assim, melhorou assim, muito, que a situação dela era muito precária. E ela foi morar na casa dessa sobrinha que não é o ideal, que também tem várias questões, mas pelo menos, ela tá tomando banho quente, ela tá comendo, ela toma o remédio dela.*” (M.B. – Psicóloga)*

“Veio como caso de necessidade de cuidado para paciente de saúde mental, e ao realizar a visita domiciliar, a assistente social e psiquiatra do NASF descobriam que se tratava de um rapaz, com paralisia infantil e deficiência mental leve, que há quase 40 anos vivia em cárcere privado, pois a família entendia que esta era a melhor solução para ele. Após várias intervenções do NASF/eSF, conseguiram atendimento pelo Programa da Pessoa com Deficiência que fizeram um trabalho rico em que o paciente passou a se vestir, pois não colocava roupa, conseguiu escovar os dentes e fazer outras atividades de vida diária que não realizava antes. Ainda em articulação

com a rede, por ordem judicial o rapaz saiu do cárcere, ficou internado em hospital e de lá foi integrado em Residência Terapêutica e reinserido na sociedade. O nosso papel era tirar ele daquela situação.” (D.S. - Assistente Social)

“eu acho que foi o processo em que a alma mesmo do NASF teve mais presente, assim, porque envolveu um trabalho junto com a escola que tinha uma demanda muito grande de alunos em processo de automutilação. Eu acho que esse projeto envolveu o NASF e acho que chega pelo NASF, a gente consegue mobilizar especificamente, uma equipe de Estratégia e os agentes comunitários nesse processo de pensar em intervenção na escola. A equipe de Estratégia se apropria disso e eu acho que a gente vai para a escola e foi um negócio muito louco porque a gente ficou muito angustiado porque a gente viu cenas difíceis. A gente viu um pouco como o ambiente escolar é agressivo, aqueles adolescentes sofrendo, então isso mobilizou muito a equipe, mas isso fez a gente se movimentar e pensar mais em intervenções, assim, então acho que essa foi o que eu sinto que é muito isso que a gente tem que fazer, sabe? Estar no território, estar nas escolas, envolver as equipes de Estratégia, bolando intervenções, as meninas fizeram intervenção de teatro, daí a gente fez rodas de conversa na escola, elas também junto. [...] Acho que o maior efeito disso, eu acho que foi a gente ter aproximado e fortalecido o vínculo com a instituição escolar. [...] em um desses dias de intervenção, os alunos vieram aqui, a gente apresentou a UBS, fez um processo de intervenção aqui dentro, eu acho que foi essa maior aproximação entre a comunidade escolar e a gente.” (M.V. - Psicólogo)

“Hoje, inclusive, até uma ação que eu esqueci de citar que é o PSE – Programa de Saúde na Escola que a gente também faz essas ações dentro das escolas do território. Hoje eu fui em uma escola que estava tendo reunião de pais e aí, falei sobre a questão da alimentação saudável, sobre pediculose, escabiose, eu fui com uma enfermeira, né, e aí, a gente acabou dividindo a fala, mas essa também é uma das ações que nós, aqui da equipe NASF fazemos que é o PSE.” (J.A. – Nutricionista)

Todavia, quando os fluxos não são claros para profissionais e usuários, quando os serviços não se organizam para construírem coletivamente os projetos terapêuticos, o objetivo do cuidado não se cumpre e as necessidades em saúde não são correspondidas.

“apareceu um paciente pra mim [...] 20 e poucos anos e veio praticamente engatinhando por uma Ouvidoria com uma dor nas costas enorme, uma algia e já comprometimento nos membros inferiores. Um caso cirúrgico em que eu encaminhei para o CER e o CER não acolheu. Voltou para mim de novo e o paciente estava num estado tão agudo, que eu não conseguia avaliar. Esse foi um paciente que eu me vi de mãos atadas, eu não sabia o que fazer com ele, o quê que o NASF... conversei, levei em reunião do NASF, levei em reunião com a Estratégia, falei: ‘Gente, eu não sei o que fazer, não tem o que fazer com ele’, paciente medicado, já. Medicado, em tratamento, eu falei: ‘Olha, infelizmente...’, fiz algumas orientações para ele, mas nada bem sucedido, ele não conseguia nem se mexer. Falei: ‘Olha, infelizmente esse é um caso que não teve solução’, não consegui, foi um caso de não sucesso. [...] o CER falou que como era cirúrgico, era muito grave e eles não conseguiam fazer nada lá. Só que eu falei: ‘Vocês têm alguns recursos de analgesia que vocês poderiam começar isso, não necessariamente, vocês teriam que pegar o paciente e o paciente já ter uma melhora, mas nós poderíamos pensar nesse trabalho multi, nesse trabalho de parceria pra nós’. ‘Vamos começar pelo menos com uma analgesia nesse paciente, pra gente ver o que a gente consegue ganhar um pouco, se a gente consegue melhorar um pouco’. Mas a resposta foi que não tinha o que fazer lá. Tinha! Acho que faltou um pouquinho de boa vontade, de olhar para o paciente.”
(M.F. – Fisioterapeuta)

“a gente tem um grupo que é a linha de cuidado, que são obesidades bem enormes, que é um grupo que é bem frustrante pra mim, [...] é com pacientes que têm intenção de fazer a cirurgia bariátrica, mas que nunca sai essa bariátrica. Tem um paciente que ele é um obeso com IMC de 54, ele tem mil comorbidades, ficou internado na UTI. Ele não perde peso e toda vez que ele vai pro grupo, ele só fala da tal da cirurgia, porque ele vai morrer, porque ele vai morrer e a gente não faz nada por ele pra cirurgia. Já

mandei e-mail pra supervisão, já mandei e-mail pra coordenação, pra todo mundo, pra ver essa história dele na fila dessa bariátrica, porque ele teria o perfil sim, mas mesmo com e-mail, com sinalização, com relatório, com tudo, ele não foi chamado para fazer nada. Então assim, é bem frustrante porque assim, ele tá cumprindo o protocolo, ele tá há dois anos no grupo, ele já ficou internado na UTI, ele é cianótico extremo [...] é um caso grave que ele vai a óbito e ele teria prioridade na fila da bariátrica. No Hora Certa a gente não tem muito acesso, assim, é meio que via gerente, né? Então, onde eu podia ir, eu fui.” (A.B. - Nutricionista)

“nós estamos tentando uma integração com uma escola que tem problemas graves de violência institucional e contra as crianças e eu não tô conseguindo, tá difícil. A gente não tá conseguindo desenvolver essa relação com a escola, tem muitas recusas da própria direção da escola, enfim... o ano passado ficamos o ano inteiro tentando nos relacionar, participar com as ações internas da escola, desenvolver uma... não conseguimos. Mas eu não desisti, nós vamos fazer alguma na semana que vem, a escola tá... ela é municipal, então ela tá em greve, mas eu já fiz contato com a coordenadora e vamos voltar a conversar e vamos tentar. Mas é algo que realmente não avançou, mas não vai faltar esforço, nós vamos continuar porque precisa.” (I.S. - Gestão UBS e NASF)

Assim, compreendemos que a articulação da rede pode ser interpretada como a alma do NASF ou de qualquer equipe multiprofissional da AB, pois é imprescindível e o que caracteriza e personifica o encontro entre serviços e trabalhadores para definição dos projetos terapêuticos, linhas de cuidado que vinculam redes a processos de trabalho.

Parte II
Capítulo 8

8 EIXO DAS INTERAÇÕES

8.1 EQUIPE INTEGRAÇÃO OU EQUIPE AGRUPAMENTO? POSSIBILIDADES DE INTERAÇÃO NO TRABALHO DO NASF

O último eixo analítico da integralidade sobre o qual vamos discorrer é o das interações, que no processo de trabalho em saúde, amplo e complexo, envolve diversos níveis e momentos de construção de intersubjetividade: interações entre diferentes profissionais, entre profissionais e gestores, entre ambos e usuários e entre todos os agentes no espaço físico onde se estabelece o cuidado. Aqui nos deteremos em compreender as interações que emergiram das entrevistas e suas implicações para a organização do processo de trabalho do NASF, à luz dos materiais instrutivos e normativos desenvolvidos para estas equipes.

Nas últimas décadas, o trabalho em equipe ganhou crescente destaque, sobretudo com base no reconhecimento da pertinência do modo com que a estrutura do sistema de saúde foi sendo construída, da necessidade da abordagem integral em saúde, aumento da demanda por cuidados em saúde e incentivos financeiros aos municípios que optavam por aderir às propostas de implantação de equipes de saúde na AB. Neste sentido, no que se refere à APS, podemos dizer que o advento do NASF representou o auge do incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional dentro da RAS, aumentando significativamente o número pessoas e, principalmente, a diversificação das categorias profissionais atuantes neste setor da saúde.

Espera-se que as equipes de NASF se organizem de modo que favoreça as interações internas e externas à equipe, como as equipes de AB, demais serviços de saúde e rede intersetorial, em função das necessidades de saúde dos usuários do sistema público.

Ao apresentar o conceito e tipologia de trabalho em equipe, Peduzzi diz que

o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes” e identifica dois tipos de trabalho em equipe: equipe integração e equipe agrupamento, que dizem respeito à “comunicação entre os agentes do trabalho, diferenças técnicas e desigual valoração social dos trabalhos especializados; formação de um projeto assistencial comum; especificidade de cada área profissional; e flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica. (Peduzzi, 2001, p.103).

Em acréscimo, tendo o trabalho em saúde uma natureza conversacional (Teixeira, 2005), adota-se a concepção de que uma rede de trabalho produz afetos e que ao aumento ou a diminuição de sua potência corresponderá a qualidade dos encontros e também a viabilização do trabalho em rede.

Em uma das entrevistas, a gestora traz a ideia de integralidade, em primeira instância, como um sentimento de pertencimento à equipe, que este é construído ao longo do tempo e que, a partir dele, é que os trabalhos da equipe se constroem.

“integralidade é uma coisa que cada profissional que está ali, independente se é médico ou não, ele está se sentindo parte daquela equipe. Cada um tem especificidade, mas, que é possível fazer uma discussão sobre o objeto de cuidado, que cada um vai ter uma contribuição, permitir o olhar daquele objeto por vários aspectos. Eu acho que se não tiver esse sentimento que é bem subjetivo, [...] não caminha, porque cada um vai cuidar da sua especificidade. [...] Isso eu acho que se constrói. Os profissionais têm que ter essa pré-disposição para estar fazendo parte de uma equipe. [...] esse é um pressuposto importante, eu acho que não tem como ensinar exatamente a fazer isso.” (M.E. - Gestão NASF)

Entendemos que este sentimento de pertença ao grupo se desenvolve a partir da comunicação entre os agentes do trabalho, ou seja, por meio da

mediação simbólica da linguagem é que se articulam as ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes. Assim, dependendo do modo como se estabelecem as interações entre os agentes do trabalho, poderá ou não se configurar em um efetivo agir comunicativo em que o ideal é um trabalho integrado com linguagem, objetivos, propostas e cultura comuns, advindos da elaboração de um projeto assistencial comum entre os profissionais (Peduzzi, 2001).

Nas entrevistas, identificamos vários modos de comunicação que se aproximam ou se distanciam do modelo de equipe integração, esperado para o trabalho do NASF.

“eu já passei por momentos de não conseguir, por exemplo, produzir ações compartilhadas ou sensibilizar as equipes para que elas entendam o trabalho do NASF, muitas vezes por não ter clareza do nosso trabalho ou de um consenso mínimo entre os profissionais de qual que é o nosso trabalho ali, para onde que a gente quer caminhar, fez com que cada um caminhasse para um lado dentro da equipe NASF. Então você produzia ações completamente descoordenadas, digamos assim. Um fazendo uma coisa, o outro fazendo a mesma coisa em outro canto e não conseguindo se conversar. Profissionais adotando uma postura, fazendo um discurso sobre o NASF, enquanto outros estavam fazendo outro. Isso é uma questão importante, porque gerou o fracasso de muitas atividades.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

Este exemplo se distancia dos valores que constituem a noção de equipe integração, na medida em que não há comunicação para um *saber fazer-comum* (Lopes et al., 2007). As ações desencontradas, relatadas pela profissional, evidenciam a ausência de um projeto assistencial comum e revela independência na execução das intervenções evidenciando esta equipe como equipe agrupamento.

O próximo excerto mostra que assim como a longitudinalidade do cuidado é importante para o conhecimento do território, acompanhamento do usuário e a criação de vínculo, da mesma forma acontece com a equipe de

APS e em específico do NASF. Os profissionais necessitam se exercitar ao longo de um caminho necessário para o reconhecimento e entendimento não só das necessidades de saúde e das equipes de AB, mas também para se constituírem enquanto equipe, entender as potencialidades internas do grupo, afinar conceitos e planejar ações conjuntas. O início de uma equipe, então, sempre será um agrupamento para depois se transformar em “outro algo” que pode continuar sendo uma equipe agrupamento, mas com características diferentes, porque estamos sempre em movimento no mundo, ou se transformar em uma equipe integração.

“Era uma equipe grande, com pessoas muito diferentes, vindas de vários setores. Tinha gente que só tinha trabalhado na área hospitalar, tinha gente que só tinha trabalhado na parte privada e de repente se depara com o SUS. E tinha muitas pessoas que eram defensoras do SUS, que já tinham experiências anteriores. Mas que foi um embate, assim. Acho que primeiro que pra gente se encontrar enquanto equipe, né, pra depois alinhar um pouco nosso trabalho, assim, do que ia ser, o que ia acontecer. Foi bem difícil eu acho.” (F.M. - Fisioterapeuta)

Identificamos outro modo de comunicação de uma equipe que se constituiu como grupo de amigos. Estes próximos excertos são de entrevistas de profissionais da mesma equipe que realiza a maior parte das ações de modo compartilhado entre equipe NASF e se reúnem todos os dias na mesma UBS, apesar de serem referência para duas UBS distintas e com pobre articulação com a RAS.

“A nossa integração é boa. Tem a questão do respeito, tem a questão da ética [...], mesmo que às vezes, um ou outro sai ali do ritmo, aí a gente já tenta trazer, cada um tem um temperamento diferente, então a gente tem assim, um que é um pouco mais acelerado, outro que é mais tranquilo, outro que é meio... então assim, eu percebo o quanto que é engraçado e que como a gente também se completa ali no dia a dia, né? Então, a gente vai meio que aproveitando o que um tem de possibilidade, tem de bom para poder ir compondo uma equipe bacana,

afinada, que se fale. A gente se dá muito bem, a gente sai fora do trabalho, às vezes para ver um cinema, comer alguma coisa fora, tem a questão dos aniversários de não deixar passar em branco, faz uma festinha surpresa. A gente sabe o quanto que isso é importante também pra gente poder também ter essa saúde de trabalhar junto e tudo mais. [...] Nos grupos enquanto um tá fazendo alguma coisa, o outro já tá ali ajudando, fazendo o mapa, então tem esse trabalho em equipe mesmo.” (A.S. – Psicóloga)

“A parte da fono, assim, eu acho que pouquíssimos pacientes que eu atendo eu faço realmente o que eu fazia antes em ambulatório ou que é de fono tradicionalmente falando. Eu acho que hoje eu me vejo como... é até difícil falar... a gente se vê como NASF, porque de fono mesmo... Porque de fono mesmo, assim, pensando no que geralmente a gente aprende na graduação, a gente faz um pouquinho daqui, um pouquinho dali, mas tem muitas outras questões que entram pra depois a gente chegar na parte especializada.” (L.M. – Fonoaudióloga)

“O meu trabalho, em si, é estar sempre em consulta, grupo, eu participo das reuniões, também. Então assim, a gente não tem nada específico sozinho. Eu acho que isso, eu não sei se é um diferencial, se isso é bom ou se é ruim, a gente ainda também não sabe ao certo. Mas assim, cada um tem dentro da agenda algumas atribuições, mas sempre a gente coloca os grupos juntos, consulta sempre tem duas pessoas, então a gente não tem isso de fazer sozinho, nada.” (A.B. - Nutricionista)

“geralmente, tudo que a gente faz é meio que junto, então eu acho importante essa troca de saber assim, quando você atende, e o paciente fala alguma outra coisa de nutri ou de fono, como você tem essa vivência com todo mundo, você acaba podendo orientar, podendo ajudar mais.” (M.R. – Fisioterapeuta)

“a equipe que eu acabei ficando, a gente teve uma sincronia muito boa, todos da equipe, todos se dão muito bem, a gente consegue acho que ninguém tem questões com ninguém, assim, a gente é muito aberto para pensar

as coisas juntos, pra planejar, acho que teve também uma coisa além de (risos) de um ser iluminado todo mundo ali. Então mesmo que não fosse assim, eu acho que uma das coisas também que além do trabalho em si que a gente vê que traz uma satisfação muito grande, a gente consegue fazer muita diferença na vida das pessoas com pouco, isso é uma coisa que a gente sempre consegue sair toda semana, a gente vê que conseguiu mudar alguma coisa na vida de alguém com coisas mínimas, assim, né? Então isso motiva muito e, além disso, você tá com uma equipe que é totalmente parceira o tempo todo pra qualquer questão e a gente consegue pensar juntos, planejar tudo junto, ninguém tá sozinho em nenhum momento, assim, pra discutir o paciente, para fazer os grupos, para sentar e falar: “Isso aqui não tá dando certo, vamos mudar”, vários grupos a gente já teve que fazer isso: ‘Não tá indo, como que a gente vai seguir? Vamos repensar’, então não sei se foi sorte ou o quê que foi, mas a equipe ajuda muito.” (L.M. – Fonoaudióloga)

Não temos dúvida de que um bom relacionamento entre os membros de uma equipe seja prazeroso, saudável e desejável para qualquer tipo de trabalho. Porém, entendemos que apesar desta equipe ter mais características de equipe integração, por desenvolverem projetos assistenciais comuns, terem flexibilidade da divisão do trabalho, autonomia técnica de caráter interdependente, entre outros, a comunicação se destaca pelas relações pessoais e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica, no sentido de que “conhecer o profissional equivale a conhecer como é executado seu trabalho e o saber técnico que o fundamenta” (Peduzzi, 2001, p.106).

Estes próximos exemplos retratam uma equipe integração que produz uma comunicação como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. Nesta equipe, há características como elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos e propostas comuns construídos por meio da complexa relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais.

“Nessa reunião de NASF geralmente a gente já vai com a Ata da equipe e a Ata do NASF. Aí, a gente discute na reunião do NASF e se a gente achar que é o agendamento, faz um papelzinho, e damos para o agente

comunitário. A gente tem uma agenda coletiva, [...] está todo mundo, assistente social, a nutri, o psiquiatra, eu, o psicólogo, a profissional de educação física... é por pessoa. Então, a gente sabe teoricamente o que cada um está fazendo no dia.” (M.B. – Psicóloga)

“Eu acho que é tudo ótimo. Sinceramente, assim, a nossa equipe NASF é muito comprometida, todo mundo se responsabiliza pelo outro, sabe, tipo, eu faço, eu vou... às vezes, eu não tô, quem que eu posso ajudar? Mesmo que ninguém seja assistente social, só tenha eu de assistente social. Então assim, tem que entender o trabalho para poder ajudar e não fazer a pessoa que veio até aqui, por exemplo, falar comigo, perder tempo. ‘Mas eu vim aqui falar com a assistente social e eu tenho que voltar amanhã?’ Não, a pessoa tenta fazer alguma coisa para que aquela pessoa não saia sem o atendimento.” (D.S. - Assistente Social)

O trabalho da equipe NASF reclama por criatividade, é dinâmico e por estarem em territórios diversos, os processos de trabalho têm se mostrado diferentes em comparação com outras equipes e também mutáveis no decorrer do tempo, pois, se estruturam e se reestruturam constantemente. Em contraste com uma equipe de AB tradicional, as interações do NASF se mostram mais complexas, na medida em que sua relação se dá com várias equipes, múltiplas UBS em territórios e rede de assistência distintas. Em relato de entrevista, uma profissional que trabalha em dois NASF diferentes fez a seguinte comparação em relação à interação dentro da própria equipe NASF:

“eram equipes muito diferentes umas das outras, territórios bem diferentes, equipes de SF muito diferentes. Então era muito engraçado, apesar de ser o mesmo processo de trabalho, entre aspas né, era muito diferente. [...] uma das coisas que eu sentia falta era na [nome da OSS X] a gente era responsável pelos casos daquela equipe. Então a gente entrava em duplas de referência nas reuniões para captar os casos, e era a gente que coordenava mais ou menos o cuidado daquela equipe. E lá na [OSS Y], em certo momento estava um pouco assim, enquanto trio, a gente entrava em trio nas reuniões de equipe. Depois alterou o processo de trabalho, vamos

experimental de outras maneiras, e aí ficou um pouco mais fragmentado, eu acho. [...] mas foi a gente que permitiu que fosse mais fragmentado. Foi uma opção da equipe, né. E aí a gente não conseguiu, ficou muito mais afastado assim, em termos de fazer as coisas em conjunto. Acho que cada um ficou mais no seu quadrado.”
(F.M. - Fisioterapeuta)

8.2 ESPAÇO DE INTERAÇÃO: DA ÁREA FÍSICA À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O espaço físico e material para o trabalho foi entendido como outro elemento relacionado às interações na equipe NASF, na medida em que, durante a interpretação das entrevistas, os identificamos como fator decisivo dos modelos ou modos de operacionalização do trabalho.

“A gente costuma atender, às vezes, ali no estacionamento, quando é período de verão. Nós temos duas mesas bem lá no finalzinho, então, às vezes, a gente faz o atendimento de fisioterapia, alguma coisa mais assim, da parte de postura. Mas tem o atendimento psicológico, mesmo, que não pode ser em qualquer lugar. Eu preciso de uma sala e às vezes, não tem. Então, por isso que a gente faz também essa forma de trabalho, vão dois para o grupo, aí a gente já fica com dois atendendo e dependendo da situação, um atende lá fora, o outro fica na sala, aí vai depender do paciente.” (A.S. – Psicóloga)

“a dificuldade, inclusive, dos espaços físicos da unidade, isso é uma coisa que eu tenho visto muito, muito, muito. Então você tem uma equipe, por exemplo, de NASF, você tem uma discussão para fazer grupos, mas você não tem, na verdade, nenhuma sala que comporte um grupo de mais de quatro pessoas. Você não tem material para desenvolver nenhuma ação que não seja focada no procedimento. Então na unidade, obviamente, precisa ter gaze, precisa ter bisturi, precisa ter... mas você não precisa ter brinquedo, você não precisa ter tinta, você não

precisa ter nada. Então tem a NR32 que diz que você não pode ter fotografia na parede, o funcionário tem que estar vestido com determinada roupa, com determinada coisa. Então como você produzir uma abordagem integral num contexto, inclusive, físico que te diz que não, que ali é um ambiente asséptico, que a gente tem que pensar primeiro na doença e não no sujeito que frequenta aquela unidade. Então não posso ter a foto do paciente, ele não pode deixar o recadinho dele na parede, ou no mural, né? Então eu acho que a dificuldade principal é essa, não é o olhar. Acho que a minha equipe, especificamente essa equipe, tem um olhar muito bacana e tenta produzir muitas ações. Mas o tempo todo a gente esbarra com essas barreiras.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

“[atendemos] no salão de festas dos prédios e temos que levar os pacientes para lá. Muitas vezes isso atrapalha as avaliações, porque eu preciso de uma maca, de um material para avaliação e não consigo. Então isso dificulta muitas vezes o trabalho. Aqui [UBS], ainda temos a sala que dividimos, então se você, às vezes, tem dois, três [profissionais] num atendimento é por causa disso, porque às vezes, nós marcamos dois, três pacientes num horário e nós não temos onde atender. Já atendi paciente ali no pátio, no [setor de] prontuário, e o que nós começamos a enxergar é assim, não dava pra gente atender um paciente com surto mental no [setor de] prontuário, não dava pra atender no [setor de] papanicolau e o povo entrando toda hora.” (M.F. – Fisioterapeuta)

“[Para] as atividades em grupo, se a gente conseguisse ter de fato, locais com adequação tanto de iluminação, de ventilação, então a gente tem um pouco dessa dificuldade no território. A gente tem um território que não é tão tranquilo de fazer uma atividade externa. A gente tem o planejamento de fazer um monte de coisa, um dia de ação global para criança, ir nas áreas e tentar fazer um trabalho diferente, mas eu percebo o quanto isso é um pouco dificultado assim, né?” (A.S. – Psicóloga)

“Eu queria participar de algum grupo terapêutico. Já chegou a pintar ideias, assim, de fazer junto com o psicólogo, que é um grupo de homens, tal, mas a gente não consegue nem espaço físico, nem espaço na minha agenda, tá um pouco difícil.” (L.G. – Psiquiatra)

“[...] quando a gente fez esse levantamento do território, surgiram milhares de ideias, coisas muito legais, só que nem tudo a gente conseguiu aplicar ainda, mas são coisas que a gente não descarta ainda, né, então acho que assim, levando em consideração o espaço físico que é uma dificuldade, a questão de recursos que também é uma dificuldade, tem coisas que a gente gostaria de fazer e não consegue, né, mas a gente vai dando os nossos pulos, vai dando jeito.” (J.A. – Nutricionista)

“Pra ser sincera, quando eu entrei, eu tinha uma visão e eu me decepcionei muito porque quem trabalha na Equipe NASF tem que gostar muito do que faz, porque a gente tem muita dificuldade, principalmente essa questão de espaço físico, de recurso, a gente tem muita essa dificuldade dentro das unidades, não é só aqui. Eu sei que em outros lugares, em todos os lugares a equipe NASF tem esse perfil.” (J.A. – Nutricionista)

“E eu acho que a questão da estrutura talvez seja um problema para todos. A gente tem sofrido um bocado com a falta de estrutura principalmente de sala, sabe, não ter onde guardar as coisas, assim, ter um armário, coisas simples assim acho de se resolver.” (M.V. - Psicólogo)

A maioria dos entrevistados relata sobre a dificuldade de encontrarem locais adequados para a realização do cuidado, quer seja para o desenvolvimento de um grupo ou atendimento individual. Não encontramos relatos de dificuldades para o atendimento compartilhado com a equipe de AB por motivo de falta de sala, já que são garantidos nas UBS, salas para as eSF/AB.

O trabalho de uma equipe multiprofissional que compõe profissionais de saúde mental, reabilitação, nutrição e educação física geralmente requer materiais lúdicos ou instrumentos específicos como balança, adipômetro, colchonetes, entre outros. Segundo a recordação da autora que atuou como coordenadora de NASF nos primeiros sete anos pós-implantação dessas equipes, vários materiais foram distribuídos pela prefeitura no início do NASF

na cidade de São Paulo, porém, como são materiais de não muita duração, estes foram se acabando sem a reposição de novos, o que dificulta a realização do trabalho, fazendo com que os profissionais precisem, segundo um dos relatos, “dar seus pulos”, o que na maioria das vezes significa comprar com próprio dinheiro para conseguir oferecer melhor qualidade no cuidado.

Assim, a falta de espaço físico e materiais para o bom desenvolvimento do trabalho vão configurando alguns processos de trabalho como, por exemplo, atendimentos compartilhados entre os profissionais NASF pelo motivo de não conseguirem agendar mais pacientes, preterimento de uma determinada demanda que “teoricamente” pode ser atendida em um local que terá interrupções ou será visível a outros em detrimento de demandas que necessitam de privacidade como o atendimento em saúde mental, por exemplo.

Além da falta de espaços adequados para o desenvolvimento das ações do NASF, carga horária dos profissionais da equipe NASF apareceu como outro ponto de tensão por não ser uniforme entre os profissionais e, por consequência, surgirem: dificuldade de agendamento de reuniões, atendimentos compartilhados, realização de grupos em conjunto, tanto com as eSF como os integrantes do próprio NASF. Assim, parte dos processos de trabalho, como articulação em rede, por exemplo, fica mais a cargo dos profissionais 40h, que se sentem sobrecarregados.

“Eu acho que os profissionais que são 40 horas ficam muito sobrecarregados, sim, porque como o NASF justamente não é cada um no seu quadrado, e tem muita atuação fora do território, reunião com outros equipamentos, né, a gente acaba tomando a frente de muita coisa.” (J.A. – Nutricionista)

“Aqui, tem dois psicólogos, uma educadora física, um psiquiatra, uma assistente social e uma nutri e uma TO. Então, é cada um com a sua carga horária. E aí, isso vai dificultando até mesmo o encontro da equipe toda. Então, se a gente precisa às vezes, ter reunião de NASF pra discutir alguns casos com a equipe, a gente tem um

*tempo muito curto durante a semana para fazer isso.”
(J.A. – Nutricionista)*

“[...] pela intensidade desse trabalho, 40 horas de carga horaria é muita coisa. É muito intenso, demanda uma intensidade de corpo e alma, assim, é 100%... [...] são muitos processos, muitas pessoas, eu acho que pelo menos pra mim, tem uma sobrecarga nesse sentido, então acho que 30 horas talvez seja o limite assim, para os profissionais do NASF.” (M.V. - Psicólogo)

8.3 SINERGIAS E TENSÕES: O PAPEL DOS COORDENADORES E GESTORES

A valoração por parte do gerente do serviço na questão do trabalho em equipe é um ponto importante para o desenvolvimento das atividades do NASF. Os serviços em que o gerente apresentou reflexão sobre o trabalho em equipe relacionado ao modelo de atenção integral e à integralidade da saúde são os mesmos em que há relatos de trabalho em equipe, segundo Peduzzi (2007).

Assim, entendemos que o modo como gestores ligados ao NASF pensam e reproduzem o trabalho em equipe poderá favorecer práticas de equipes mais ou menos integradas e integradoras.

Procuramos identificar por meio das entrevistas como se dá a relação das equipes NASF com os gestores e, assim, distinguimos os que possuem uma interação direta com os profissionais do NASF daqueles que possuem uma interação indireta, mas que também influenciam na construção da integralidade nos processos de trabalhos do NASF.

No processo de implantação do NASF na cidade de São Paulo, departamentos como Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões Técnicas de Saúde (STS) representam a dimensão sistêmica da gestão do cuidado, pois são os que

constroem conexões formais, normatizam a estrutura da “rede” ou “linhas” de cuidado. Estes foram identificados na pesquisa com um importante papel de gestão no direcionamento do NASF. Estes departamentos eram representados por coordenadores e assessores técnicos da AB localizados em uma relação macropolítica, por operar à distância do território do cuidado direto ao usuário do sistema de saúde (Cecílio, 2011).

Os entrevistados apresentaram um histórico do que ocorreu a alguns meses após implantação das equipes NASF na cidade de São Paulo. A SMS na figura de uma assessora técnica reuniu gestores de todas as OSS que haviam implantado equipes de NASF com a finalidade de, a partir da realidade relatada, construir um caderno para nortear o trabalho que contemplou: objetivo, metodologias de trabalho e a divisão da carga horária do profissional nas diferentes ações dentro de seu escopo de trabalho e a construção de fichas que alimentariam o sistema SIGMA5, que passou a compilar a produção dessas equipes durante os primeiros anos de trabalho (São Paulo, 2009). Foram vários encontros que, segundo os relatos, se constituíram como espaço de escuta e troca de experiências entre as diversas OSS ali representadas.

“[...] uma coisa que foi muito legal, foi essa interlocução com a secretaria. [...] a gente podia levar não somente aquilo que a gente acreditava como “pessoa”, mas aquilo que a gente apostava enquanto processo ideológico do trabalho do NASF, que estava prescrito pelo caderno dentro de uma portaria, né? Então a gente conseguia trazer essas discussões para dentro da secretaria. Isso eu acho que facilitou muito, eu acho que no sentido de cuidado, eu acho que isso foi um cuidado nesse processo de implantação, dado pelo município.” (F.R - Gestão NASF)

“Então começou [nas reuniões dos coordenadores de NASF com a SMS] a delinear o papel desse coordenador, o que ele faria. Ele não era um gerente de unidade, mas ele tinha um papel de coordenação, e ele também não era uma assessoria que ficava fora. Então começou-se a

⁵ Sistema de Informação elaborado pela SMS para sistematizar todas as ações desenvolvidas pelas equipes de NASF na cidade de São Paulo.

discutir essa coisa do apoio. O que que era o apoio? O coordenador também era um apoio para as equipes de NASF, que eram um apoio às Equipe de Saúde da Família. Então começou-se a delinear isso e também como que esse NASF funcionaria dentro da realidade do município, né? Pensando nessa intersecção, nessa interface com a rede de referência. Então também até que ponto a gente, enquanto coordenador de NASF, conseguia avançar nessa discussão de rede, né? Que eu acho que é uma discussão essencial para o NASF.” (F.R - Gestão NASF)

Assim, o objetivo do grupo foi a elaboração coletiva de um documento que direcionasse as ações do NASF na cidade de São Paulo.

“[...] no início tinha a [nome da assessora técnica da SMS] que estava a fim de discutir. Juntou a galera nan nan nan nan [representando todo o esforço realizado na construção coletiva dos parâmetros e diretrizes] e no momento seguinte: ‘ah não! Essa coordenadora está sendo muito boazinha, tá deixando esse povo pensar muito, discutir muito, vamos mudar isso’. Então ela é retirada do processo e vem outra pessoa: ‘Então vamos aqui, os parâmetros’. E aí manda lá um documento que a gente discute quais são as metas lá e que depois sai um outro que é completamente diferente do que a gente discutiu, né? Então é isso, e ninguém do ministério vem aqui e fala: ‘O que é isso aqui? De onde você tirou isso?’ Porque quando você vai pelo resto do Brasil esses parâmetros não existem. Dessas metas, né? São Paulo sempre gosta de dar esse caráter de seriedade. Não aqui a gente tem metas! [de maneira irônica]. Baseadas em quê, né? Como é o processo e no que isso resulta? Então, é característica local aqui entendeu? Então, muda uma gestão aqui no município e muda tudo.” (M.E. - Gestão NASF)

O que está se dizendo aqui é que durante meses de discussão com este grupo de trabalho que se constituiu, com certa cumplicidade e relação de confiança entre as pessoas, foi construído um documento norteador que continha metas para o trabalho dispostas em faixas de porcentagem, como mostra o exemplo na figura 1, para contemplar as diversas realidades

territoriais entre as equipes NASF, permitindo uma elasticidade das ações com o objetivo de que cada equipe de NASF pudesse compor seu trabalho conforme as necessidades de saúde da população e ainda tentando proteger as equipes para que não se configurassem como trabalho ambulatorial dentro da APS.

Figura 1 - Quadro de metas das ações em áreas estratégicas

QUADRO 1c - QUADRO DE METAS DAS AÇÕES EM ÁREAS ESTRATÉGICAS NASF					
AÇÕES PROPOSTAS PARA O NASF		CATEGORIAS PROFISSIONAIS			
		PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR PROCEDIMENTO			
		Psicólogo	Terapeuta Ocupacional	Fisioterapeuta	Fonoaudiólogo
AÇÕES COMPARTILHADAS	Reuniões com equipe saúde da família	15-25%	15-25%	15-25%	15-25%
	Reuniões técnicas				
	Consulta / atendimento domiciliar compartilhada	5-15%	5-15%	5-15%	5-15%
	Consulta / atendimento prof. nível superior compartilhada				
	Visita domiciliar compartilhada	5-15%	5-15%	5-15%	5-15%
	Atividade educativa / orientação compartilhada	10-20%	10-20%	10-20%	10-20%
	Prática corporal / atividade física compartilhada				
	Prática corporal em medicina trad. Chinesa compartilhada				
	Grupo com objetivo terapêutico compartilhado				
	Oficinas com diferentes linguagens compartilhadas				
ATENDIMENTO ESPECÍFICO	Consulta / atendimento profissional nível superior	5-15%	5-15%	5-15%	5-15%
	Atividade educativa / orientação	10-25%	10-25%	10-25%	10-25%
	Prática corporal / atividade física				
	Prática corporal em medicina trad. Chinesa				
	Grupo com objetivo terapêutico				
	Oficinas com diferentes linguagens				
AÇÕES INTER-SETORIAIS	Reuniões com recursos da comunidade	5%	5%	5%	5%
	Reuniões com conselho gestor				
	Visita institucional				
OUTRAS ATIVIDADES	Reuniões com equipe NASF	10%	10%	10%	10%
	Atividades administrativas				
	Reuniões gerais UBS				
	Educação continuada equipe NASF				
	TOTAL	65-130%	65-130%	65-130%	65-130%

Obs: Consulta Médica e Consulta/Atendimento profissionais de nível superior será apontada mesmo quando for realizada no domicílio. O percentual mínimo das atividades será utilizado quando houver necessidade de utilizar o percentual máximo de outra, de forma a completar 100% da carga horária do profissional.

Fonte: São Paulo, 2009, p.14.

Há dois pontos que gostaríamos de ressaltar nesta interação com representantes da SMS. O primeiro relacionado ao perfil ideológico da assessora técnica da SMS que conduziu os processos de maneira dialogada, resultando em uma produção coletiva, e o segundo movimento de gestores superiores que a cortam abruptamente o processo, não considerando o trabalho democraticamente construído.

A deslegitimação desse movimento coletivo que se constituiu para responder a uma demanda social a que o NASF veio responder parece uma expressão do que (Cecílio, 2016) denomina de cientifização da política - quando o processo democrático é substituído pelo consenso de liderança.

Ao retratar a constituição dos sistemas de saúde, os autores da linha clássica de Max Weber, apontam para uma tendência das sociedades capitalistas para uma disposição de convergência dotada de previsibilidade, controláveis administrativamente (Cecílio, 2016). A opção por homogeneizar as ações do NASF, desconsidera as diferenças culturais, territoriais e a própria história individual das unidades de saúde, que reclamam por determinado tipo de ação conforme as necessidades de saúde de sua área adscrita.

Estes exemplos nos mostram que ora a interação entre gestores pode afetar positivamente e ora negativamente a realização dos valores da integralidade do cuidado.

Assim, os processos de trabalho foram construídos em meio a estas relações de poder que se estendiam em outras reuniões, como a dos coordenadores NASF e CRS, como mostra esta outra experiência vivida pela entrevistada:

“[...] na verdade tinha um jogo de poder entre eles, uma coisa que não era afinada, então ao mesmo tempo em que a gente tinha discussões bem ampliadas lá [na SMS] quando a gente ia parar esse outro espaço [CRS] parecia que a gente estava falando de outro espaço que não dialogava com um espírito que acontecia nas discussões

com a [nome da assessora técnica da SMS]. [...] A sensação era de que as pessoas que estavam naquele papel lá estavam com uma tarefa de construir um muro, mas que eles não entendiam nada daquela construção. Na realidade tinha muitos preconceitos com relação à Estratégia de Saúde da Família.” (M.E. - Gestão NASF)

“São Paulo historicamente sempre ficou à parte. Caminhou meio acima do bem e do mal das orientações do Ministério. Então você pensava assim: poxa, coisas que a gente via acontecer aqui na cidade de São Paulo e pensava: ‘Será que ninguém do Ministério veio aqui ver o que está acontecendo? Como é que as coisas se conduzem? A gestão né?’ [...] Eu acho que isso não foi diferente na história do NASF e da estratégia de saúde da família né? Tanto que a cobertura aqui, quando começou o NASF, eu acho que estava 32%, 31% assim. Eu acho que está claro, em cima dessa cobertura de Estratégia de Saúde da Família na cidade de São Paulo que hoje é 36% 37, que não há uma intenção política do município de investir nisso. [...] Quando eu estava lá na reunião do Ministério, eu dizia: mas e os interlocutores? Por que tem interlocutores do Ministério. Como é que se dá a discussão aqui [São Paulo]? O que eles me falavam é, olha a gente veio discutir aqui com o estado, com a secretaria do estado que na verdade em tese teria um papel também, mas inexistente, não aparece na cena, e o município é absolutamente impermeável a qualquer discussão [...] e não há nenhuma penalização para isso. [...] Implantar NASF? Do mesmo jeito que implanta, desplanta, né, ou deforma. [...] aí você vai para discussão com pessoas da coordenadoria e você vê uma pessoa falando: ‘mas eu não gosto, não concordo’. Como não gosta? É uma portaria ministerial! [risos]. Não se trata de gostar ou não gostar. Então isso não é uma discussão, não tem sentido isso, né? [...] Tem uma portaria [...] a prefeitura, o município aderiu! Está recebendo o repasse.” (M.E. - Gestão NASF)

Estes exemplos nos ajudam a compreender que as influências exercidas sobre o processo de trabalho do NASF passam pelas relações de poder estabelecidas na hierarquia do trabalho e também pelas convicções ideológicas sobre o SUS que estas pessoas têm. Assim também são retratadas as

diferentes interações estabelecidas no território que facilitam ou dificultam o cotidiano de trabalho do NASF.

“na [nome da STS] é uma supervisão que está super próxima. Os apoiadores da Estratégia de Saúde da Família, de saúde mental, de reabilitação eles estão super próximos. Mesmo a supervisora na época ela estava bem junto. Então participava das reuniões, fórum de reabilitação eles estavam lá ajudando, coordenando, e pensando na rede mesmo, né? Como que a gente ia fazer. Na [nome de outra STS] eles não tinham isso e aí não tinha essa proximidade e o serviço era cada um por si e ninguém se conversava. Às vezes um território estava precisando de uma demanda, sei lá, pra especialista aqui, o paciente precisando da vaga e a gente não se conversava, né.” (F.M. - Fisioterapeuta)

Outro ponto que interferiu na interação do NASF com o território, foram as várias trocas de OSS que se sucederam no passar dos anos desde a implantação dessas equipes. Não é o foco desta pesquisa dizer quais mudanças ocorreram porque isso exigiria um estudo mais aprofundado, porém, além das OSS que se extinguiram, houve outras mudanças e a principal delas, em meados de 2014/2015, foi a reestruturação da terceirização da saúde na cidade de São Paulo. Foram abertas licitações (chamamento público) em todas as STS para que as OSS pudessem se organizar em um único território, facilitando a estruturação dos processos de trabalho e consequentemente a articulação em rede.

No entanto, houve prejuízos nos serviços, pois trabalhos foram deixados no meio do processo, projetos em curso foram descontinuados, profissionais foram desligados por motivo de diferença salarial entre as OSS, relações interrompidas, e a implantação de equipe NASF precisou ser reiniciado em muitas UBS.

“[...] na região [nome da região] começou uma reorganização de município em termos de território. Então

uma supervisão técnica ficaria de responsabilidade de uma OSS. Com isso, todas as equipes NASF lá da região que eram da [nome da OSS], foram para [nomes de cinco regiões], e as equipes NASF da [nome de outra OSS] foram pra [nome da região]. Então a gente fez uma permuta de território, né? Foi uma bagunça. Uma confusão total. E aí nesse processo algumas pessoas não conseguiram recontração ou mudança de posto de trabalho e foram demitidas. Acho, também, que tinha uma questão de distância do profissional, era muito mais próximo ficar em [nome da região], mas não tinha disponibilidade da [nome da OSS] assumir aquele profissional por conta de salário. Era muito pequena a diferença, cem reais a diferença e aí o profissional foi demitido.” (F.M. - Fisioterapeuta)

Quando mudamos nossa lente para o interior das OSS, identificamos diferentes níveis de gestão com interações variadas com as equipes de NASF. Há os gestores que correspondem aos diretores das OSS e que interagem com as equipes de NASF de maneira indireta por meio de assessores técnicos, interlocutores, supervisores (que também tem outras responsabilidades de acompanhamento nos diferentes serviços), e os gestores que interagem de maneira direta com a equipe NASF que são os gerentes de UBS e os coordenadores de NASF presentes em algumas equipes.

Na interação entre diretores destas instituições e SMS, também encontramos um cenário em que as decisões podem ser tomadas de acordo com o entendimento sobre o modelo de cuidado e as necessidades de saúde. Ao explicar as regiões nas quais a OSS é responsável pelo gerenciamento dos serviços, o gestor vai contando das tentativas de arranjos do processo de trabalho em prol da APS e das vulnerabilidades do território e conclui que estas regiões deveriam ser cem por cento ESF, porém entende que há falta de vontade política para que o município se mobilize a favor.

“A prefeitura é quem comanda e dá as regras do jogo. Eu acho que ali dá para transformar em 100% estratégia, não precisa continuar mista. [...] eu colocaria estratégia total. [...] Tem que esperar eles decidirem, pedir, nós já pedimos, já fizemos mil propostas. Nós aqui já uns cinco

anos atrás, nós queríamos desativar as AMAs. [...] São Paulo criou 140 AMAs e contratou três mil médicos, ou seja, uns 15 a 20 mil funcionários para fazer pronto-atendimento. Todo esse investimento poderia ter investido nas unidades básicas, iriam ter 3 mil médicos a mais e mais outros 15 mil funcionários a mais nas unidades em vez de ficar mutilando as unidades. [...] E aí, nós começamos a fazer isso, nós fomos desativando e colocando agenda para os médicos das AMAs: ‘Agora vocês vão atender com agenda, quatro horas do dia, depois vocês fazem o pronto-atendimento’. E fomos reduzindo, reduzindo, já tinha conseguido isso nas [nome de duas regiões]. Das 12 horas que o médico fazia, estava com quatro horas de pronto-atendimento e o resto estava tudo com agenda. Aí, veio uma procuradora aí do Ministério Público, Doutora [nome]: ‘Pode voltar atrás, tem que ser...[apenas pronto atendimento]’. Isso foi atitude nossa e tudo bem que a gente avisava: ‘Olha, nós vamos fazer assim. Tá bom? Pode fazer?’” (J.L. - Gestão OSS)

Contatos e cargos exercidos pelos gestores podem facilitar a interação com a SMS e viabilizar a realização de ações dentro do território da OSS. Ao falar sobre a prestação de contas no sentido de apoiar a gestão da clínica no encontro com os profissionais, o gestor explica que sua trajetória profissional facilita esta comunicação com a prefeitura:

“eu tenho condições muito especiais, isso não se reproduz da mesma forma na zona norte e nem na zona oeste, por questões muito... eu tenho uma condição absolutamente excepcional. Eu fui presidente da Associação Paulista de Saúde Pública três vezes, organizei durante vários anos o Congresso Paulista de Saúde Pública, fui gestor, fui secretário, fui diretor do COSEMS, diretor do CONASEMS, assessor do Ministério, enfim... fortuna eu não fiz, mas network eu tenho uma poderosa. Então, quando eu vou para lá [secretaria de saúde], eu vou com essa fortíssima disposição de mexer nesse negócio. A última experiência mais forte minha foi ser secretário de saúde em Guarulhos, que é o maior município de toda a Grande São Paulo.” (P.C. - Gestão OSS)

Ao falar sobre três gestores com cargos de diretor de OSS com quem trabalhou, a entrevista mostra que há uma aleatoriedade na ocupação desses cargos e, consecutivamente uma dificuldade de compreensão da complexidade da APS, pois além de serem conceitos contra hegemônicos, a trajetória / história de vida é parte fundamental para o amadurecimento profissional:

“[...] essas pessoas desconheciam o que era NASF, desconheciam inclusive o que era equipe de saúde da família e tinham uma distância da atenção primária. Então eu acho que o jeito como foi caminhando a história do NASF, sempre dependia dos componentes da equipe, da equipe abaixo desse gestor, né? Então, dependendo de que figura estava naquela cena [direção da OSS], de que história aquela pessoa tinha, de que experiência ela tinha com relação à atenção primária, né, como que era isso, você naturalmente, essas pessoas naturalmente a gente vai chamando para trabalhar com a gente. [...] eu acho que é desse jeito que a vida acontece. Não tem nenhuma coisa desenhada claramente, sabe? Eu acho que é isso, alguém cai nesse papel de gestão maior, [...] aí acho que vai acontecendo assim totalmente impreciso entendeu? Não tem nenhuma base técnica, aí aquela equipe também vai criando suas afinidades.” (M.E. - Gestão NASF)

A questão do não entendimento da proposta NASF por parte de gestores também foi percebida por outros gestores, coordenadores de NASF e profissionais das equipes:

“Era um movimento muito isolado de um grupo dentro de um grupo de coordenação de atenção primária. Você tem a equipe de educação permanente, você tem os gestores que acompanham de uma perspectiva mais macro as equipes, né, tem um pessoal que acompanha a produção, indicadores, informação em saúde e essas pessoas não estavam envolvidas. Era um movimento da [nome de três gestoras]. Então era meio que o dono do NASF sabe? Mas o cara que estava lá, o gestor grande que ia naquela unidade discutir processo de trabalho, ou discutir problemas gerenciais do processo de trabalho das equipes, às vezes não incluía a discussão com o NASF.”

*Então, eu acho que isso foi uma perda muito grande.”
(F.R - Gestão NASF)*

“[...] eu acho que eles [gestores das OSS] não estão preocupados com a gente. Estão preocupados se estamos batendo metas, eu acho que eles pensam nas metas. Se tá acontecendo, ninguém vem interferir em nada, em nada. Nunca vieram aqui para falar nada, tipo: ‘Não tá legal assim, ou tá ótimo assim, vamos continuar’, nem para incentivar e nem para desincentivar.” (D.S. - Assistente Social)

“[...] dentro da Organização Social que na época eu estava, foi muito difícil, foi massacrante, eu me senti num moedor de gente. Tanto é que depois de alguns meses eu fui demitido da Organização porque tudo que eu acreditava, seguindo as orientações do Ministério, participando daquela oficina de validação, tudo aquilo estava sendo quase totalmente ignorado pela Organização Social que eu trabalhava na época. Então, nós não tínhamos espaços para conversa e para diálogo sobre apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, humanização em saúde. O parceiro estava muito preocupado em executar, atender, executar. As pessoas não estavam dentro da Organização Social preparadas para toda essa inovação e para todo esse desafio que é fazer apoio matricial na Estratégia de Saúde da Família, não estavam preparadas claramente. Dentro da OSS era o modelo hegemônico, biomédico, médico centrado com o modelo de queixa conduta, tudo o que o NASF não é, tudo que a Estratégia de Saúde da Família não deve ser. Então, eu tive muitos choques aqui, adoeci, foi super difícil na época.” (C.L - Gestão NASF)

No entanto, encontramos liberdade em outras OSS para se pensar ações que valorizam o diálogo no cotidiano de trabalho e o encontro entre os profissionais da rede para realizar gestão da clínica, avançando com tecnologia que contribua nas interações interpessoais.

“eu faço parte de uma OSS que tem liberdade para falar de SUS, liberdade para falar de Estratégia de Saúde da

Família, liberdade para voltar toda hora aos princípios, aos fundamentos do trabalho.” (C.L - Gestão NASF)

“eu não faço nada em prontuário eletrônico. Por mim, prontuário eletrônico é dispensável. O que precisa ver é o encontro das pessoas baseado na rede e na gestão da clínica, né? ‘Ah, mas o prontuário eletrônico...’, mas naquela região, a gente comemora quando tem as três coisas funcionando: eletricidade, telefone e internet. Eu conheci Curitiba nos anos 90 para os 2000, o prontuário eletrônico isolou de vez, bloqueou de vez a capacidade de fazer a gestão da clínica em equipe. O encontro. Por outro lado, um processo desse tipo sem um bom prontuário não existe. Se você vai interagir de fato, prontuário tem que ser muito bem feito. Nós temos um indicador de qualidade em contrato, que são medidas letra, carimbo, hipótese diagnóstica, exame físico, prosseguimento do caso, são sete quesitos formais da parte do médico, né? Mas não vê o prontuário, não discute se esse prontuário foi colocado para análise de uma equipe, se era um caso que merecia [interlocução com outros profissionais e serviços]. Nós introduzimos isso agora. [...] a gestão do prontuário passou a ser para nós um instrumento. [...] a gente começou a medir quais os casos que estão na agenda, para fazer um apanhado geral disso, colocar nos fóruns de discussão, à disposição das pessoas, esses itinerários, essas discussões de protocolo. Esse ano, a gente tá começando a pautar, então o especialista vai receber esses casos um dia antes, pelo menos, para dar uma olhadinha para discutir o caso e amanhã não é mais o médico só que tá em contato, mas a Karen, fono, também em certo momento tá sentada lá vendo televisão interagindo com o neurologista, porque aquele caso foi abordado na equipe. Então, a gente quer evoluir para essa dinâmica, né, para essa tecnologia.” (P.C. - Gestão OSS)

Apesar do município de São Paulo ter estabelecido metas para cada categoria profissional, isto se perdeu ao longo do caminho e do ponto de vista do contrato de gestão firmado entre a prefeitura e o município de São Paulo a única cobrança é apenas em termos de RH dessas equipes, ou seja, apenas a verificação se há profissional contratado ou não. A maneira como se interage,

orienta e registra os processos de trabalho destas equipes ficou a critério de cada OSS, porém estas informações não são levadas a conhecimento da SMS.

“Atualmente é só o RH, porque muitas vezes, o atendimento do NASF não é da equipe sozinha. [...] a maioria dos atendimentos é atendimento compartilhado ou com a equipe da UBS ou com a equipe do próprio PSF, então, por exemplo, vai uma assistente social do NASF e um médico da ESF, então são atendimentos compartilhados, então no caso, essa produção, a gente sempre considera só do PSF. Do NASF, da prestação de contas é só o RH, só a equipe. [...] Eles preenchem formulários, alguns têm até agenda no sistema, acho que a grande maioria tem, dos profissionais, essa produção só não é contabilizada para prestação de contas, mas eles têm a sua produção individual, de cada profissional.” (J.L. – Gestão OSS)

“nós estamos numa unidade que não tem... não nessa unidade, mas em São Paulo, a questão dos registros, por exemplo. A produção das equipes NASF não é olhada coletivamente. A gente não tem como nesse momento, se for lá na unidade e perguntar: ‘eu quero saber quantos atendimentos o NASF fez este mês’, não tem isso compilado.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

Segundo relato desta profissional NASF, sua equipe não registra mais a produção diária, só colocam na agenda eletrônica o atendimento individual, e a maioria das ações não são registradas no sistema da prefeitura, perdendo assim dados de produção para análise e deixando o trabalho das equipes de NASF mais vulneráveis a críticas por não conseguir mostrar o que de fato cada NASF produziu e nem a sua resolutividade frente às necessidades de saúde da população por falha na interação / comunicação dos dados produzido com outras instâncias.

“[...] no SIGA só tem registrado atendimento individual. Então, por exemplo, o que eu sinto falta? Que esse gestor

pudesse primeiro ter mais proximidade física com a equipe NASF, estar nas reuniões, conhecer mais o trabalho, [...] e que pudesse olhar para os dados produzidos, né? Lá a gente tem uma cobrança, por exemplo, que o NASF tem que fazer grupo. Agora veio da supervisão técnica que tem que ter pelo menos um grupo registrado pelo e-SUS lá como NASF, com o numerozinho do NASF. Eh... e é isso que vem a cobrança, não vem uma discussão de quantos grupos estão sendo feitos, qual a qualidade desse grupo, se está de acordo com a demanda da unidade.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

Em se tratando das interações diretas de gestores com profissionais do NASF, identificamos dois tipos: um em que o gerente da UBS além de ser o responsável pelos serviços e setores da UBS se responsabiliza pela gestão das equipes NASF, e outro em que há um coordenador específico para as equipes de NASF, cargo conquistado pela SMS de São Paulo, cuja função é de nuclear as equipes de NASF e facilitar as interações com as eSF e AB. As atividades prescritas para este cargo, inclui pactuação das agendas entre equipes, discussão de plano de trabalho com equipe NASF com foco nas necessidades do território, com gerentes das UBS, STS e instituições parceiras, fazer gestão de pessoas, entre outros (São Paulo, 2009).

Quando focamos as entrevistas na interação do gerente da UBS com as equipes de NASF ressaltou-se a importância do perfil deste gerente para o desenvolvimento do trabalho das equipes NASF. Este perfil se relaciona a certa “postura do gerente” assumida no dia a dia de trabalho que tende a facilitar ou não os processos nas UBS e que envolve a comunicação estabelecida com coordenadores e profissionais do NASF, ao apoio nas atividades diárias do NASF e a abertura que este gerente possa ter para envolver os profissionais NASF nos processos de gestão o que contribuiria na integração e participação destes profissionais nas questões da UBS.

“A gerente da UBS aqui é bem parceira. Ela acaba não interferindo em muita coisa. A gente traz meio que a proposta pra ela, ela fala: ‘Ok, precisando de alguma coisa?’ A postura dela é muito bacana com o nosso

trabalho, ela ajuda bastante a divulgar, se precisa de alguém da ESF, ela é bem participativa. Já o gerente da outra UBS, a gente tem dificuldade não com o gerente, mas com a RT [enfermeira responsável técnica]. Então, o nosso relacionamento lá é mais assim, delicado. Mas também assim, ele não atrapalha, só que a gente também não pode contar muito.” (A.B. - Nutricionista)

“[...] em vários momentos a minha opinião era de que a gerente da UBS tinha que ser trocada, porque ela fazia muito mal, ela causava um sofrimento para aqueles profissionais, e causava sofrimento para mim também.” (M.E. - Gestão NASF)

“[...] tem o papel que é fundamental pra gente que muitas vezes facilita muito o nosso trabalho na unidade é o papel do gestor, do gerente da unidade. Então, quando o gerente também entende, conhece o trabalho do NASF, a equipe que ele tem, isso facilita muito o nosso processo dentro da unidade, dentro das equipes de Saúde da Família.” (V.L. - Gestão NASF)

Os profissionais NASF que são gerenciados pelos gerentes de UBS são unânimes em dizer que estes têm muitas atribuições e poucas condições de lidar no seu dia a dia com as demandas do NASF. Desta forma, essas equipes acabam tendendo ao autogerenciamento em decorrência da pouca interação com o gerente.

“[...] nós estamos em um território onde não existe coordenação de NASF. Quem assume a coordenação são, a princípio, gestores das unidades, que já têm milhões de tarefas e muitas vezes não têm o domínio da proposta do NASF, né? Então como dar a eles essa tarefa de gerenciar uma equipe que eles mal conhecem a proposta? Então essas decisões acabam ficando a cargo de cada equipe. [...] Então eu acho que não ter uma coordenação definida, dificulta a tomada de decisão.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

O tipo de interação com o gerente da UBS se mostrou relacionado ao grau de entendimento dos processos de trabalho e os valores da APS que ele possui. Então, o gerente com menos discernimento sobre a integralidade do cuidado, tende a um contato com o NASF mais concentrado em questões administrativas como folha de ponto, escala para uso de salas, por exemplo em detrimento de discutir as dificuldades nos processos de trabalho em que o NASF possa estar enfrentando na interação com as equipes da UBS ou nos processo intrínsecos ao apoio matricial.

Ademais, segundo relato do gerente da UBS, a principal cobrança inerente a este cargo é, de fato, de ordem administrativa, o que requer dedicação de tempo e, tornam-se secundárias outras questões de que não precisa prestar contas.

“o que é mais cobrado e que eu até me sinto desagradável ter que ficar cobrando são as questões de segurança do trabalhador, do uso dos EPIs, do cuidado de não usar adornos e todas as exigências da NR, que eu periodicamente, tenho que fazer a ronda e se eu pego, eu sou obrigado a aplicar medidas disciplinares, tendo em vista que a conversa não tá dando resultado, né? E a questão do ponto, do horário, que deveria ser automático, enfim, pessoa deveria entender o seu papel e tal, principalmente entre os médicos. E eu sou bem rigoroso e me torno chato. Na realidade, já me falam que eu sou o mais chato aqui no território, eu cobro.” (I.S. - Gestão UBS e NASF)

“Atualmente o nosso gestor tem muito mais um papel da gestão administrativa. Ele tem que gerenciar RH, folha de ponto, que a gente do NASF siga o que é proposto para a unidade nesse sentido. Ele não é uma gestão técnica do trabalho. Então o que ele consegue acordar, por exemplo, é: precisamos de horário de uso de salas. Então ele vai discutir e ver como é que ele vai acordar. Ele não vai discutir por que o médico não está conseguindo fazer compartilhado com o NASF, ele ainda não está neste pé do trabalho, ele ainda está conhecendo o que é a proposta do NASF. No nosso caso, ele ainda está conhecendo o que é a proposta da Atenção Básica,

porque ele não tinha experiência e nem atuação na Atenção Básica. [...] Então o fato de não ter metas, assim como não ter uma gestão [coordenador NASF], na minha avaliação, dá autonomia por um lado, para a equipe não se amarrar a determinados enquadramentos que poderiam delimitar demais o NASF, ou deformar a proposta NASF, mas ao mesmo tempo também não há direcionamento, você fica muito solto.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

“[...] quando o gestor não está envolvido, ele não está sensibilizado, ele também não é capaz de apoiar. E não apoiando, e não vendo a importância, ele não fomenta, ele não ajuda a redirecionar, ele não ajuda a fazer a reflexão crítica sobre o que deu certo ou sobre o que deu errado. Da mesma forma que se o olhar dele está muito diferente do olhar da equipe, ele pode criar empecilhos, ele cria barreiras e o trabalho desmorona.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

Assim, o estabelecimento de metas para a equipe de NASF se mostrou como um fator de proteção quando não há o discernimento sobre as ações que envolvem o apoio matricial, que são propostas contra-hegemônicas, como atendimento compartilhado, articulação com a RAS, a intersetorialidade, grupos de educação, promoção e prevenção à saúde, por exemplo. Além disso, em casos como o exposto acima, acrescenta-se à tarefa do NASF o trabalho de sensibilização do gerente da UBS, na tentativa de que se aproprie do método de trabalho, valorize e apoie estas equipes na construção da integralidade do cuidado.

“Então lá a gente tem um gestor que foi colocado no papel de gestão para uma equipe NASF e para uma UBS de seis equipes de Saúde da Família, é uma unidade mista, então ele tem que gerenciar médicos de área posto, e ele ainda tem um AMA junto. Então ele tem que fazer uma gestão de quatro equipes, quatro funcionamentos completamente diferentes dentro da mesma gestão, do mesmo local. Então é um desafio muito grande. Então, considerando isso, sabendo que isso, por si só, já gera uma limitação absurda para qualquer pessoa fazer uma

gestão interessante, o gestor precisava estar mais próximo da equipe, né? Então a gente ainda está lá no momento de discutir que ele precisa entrar em uma reunião de NASF uma vez por mês. Ele não entra ainda em reunião de NASF, ele é acionado quando a equipe demanda. Então se a gente demanda uma coisa pontual, específica, que precisa da palavra final dele, a gente busca, ele entra cinco, dez, quinze minutos, mas ele não conhece de fato a rotina da equipe NASF, quais são as ações desenvolvidas.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

Apesar de poucos gerentes apresentarem uma reflexão sobre o trabalho em equipe relacionado ao modelo integral e à integralidade da saúde, de modo geral, nos serviços onde se encontram esses gerentes, há relato de trabalho em equipe (Peduzzi, 2007), e consequentemente as questões sobre o NASF serão problematizadas neste serviço e o NASF se sentirá apoiado, em uma relação de confiança, e as equipes mais motivadas para o trabalho.

“Quando eu não atuava como gestor, eu tinha uma visão deturpada porque eu não tinha o conhecimento, não tinha inclusive, vivência e o que eu ouvia eram opiniões muito agressivas até contra o NASF. Eu tive oportunidade de entrar numa unidade que tinha NASF e passei a interagir com eles, encontrei uma equipe muito desmotivada, inclusive, e que tinha uma dificuldade também de interação com as equipes, porque também as equipes não entendiam o papel do NASF. Então, eu fui estudar, fui entender, participei de um simpósio. Inclusive, tive a oportunidade de conhecer o Gastão Wagner lá na UNIFESP, tal, uma palestra que ele interagiu conosco. E levei toda equipe do NASF junto comigo e gradativamente eu fui entendendo o papel e percebi o seguinte: existe um pré-conceito e a falta de clareza do papel do NASF. Eu, particularmente, hoje, vejo como fundamental o NASF dentro da Atenção Básica, porque ele não trabalha a reabilitação, ele trabalha a educação da equipe, ele trabalha as questões mais complexas, ele traz elementos para contribuir, para conseguir dar andamento nos casos. E o que eu percebi inicialmente na experiência que eu tive na outra unidade é que as equipes esperavam a solução. E eles não tinham a solução e não vão ter.” (I.S. - Gestão UBS e NASF)

“o nosso gerente é alguém que confia muito na nossa equipe, eu sinto muito essa confiança. Então, isso acaba reverberando em muita autonomia. A gente tem muita autonomia de trabalho aqui, e acho que é muito por causa dessa confiança. E eu entendo que eu acho que a gestão [da OSS] também confia no [nome do gerente da UBS], sabe? Então, eu acho que é um processo escalonado que chega até a gente. [...] Sem muita burocracia a gente vai fazendo intervenções de uma forma livre e criativa por causa desse respaldo.” (M.V. - Psicólogo)

Assim, observamos que há uma modificação do olhar do gerente sobre o trabalho do NASF e o NASF em relação ao gerente, na medida em que este gestor se relaciona com o NASF e com o conhecimento teórico produzido. Podemos aqui resgatar a fala de Teixeira (2001), que diz que a trans-formação dos sujeitos contém a ideia de formação e se dá através das transformações dos objetos nas relações produzidas nos espaços pedagógicos.

No entanto, mesmo nas UBS onde identificamos gerentes que entendem e apoiam a equipe NASF, que dão liberdade e autonomia para o desenvolvimento do trabalho, ainda há a queixa de um distanciamento com pouco respaldo por parte destes. Outro ponto de dificuldade encontrado é o fato da equipe NASF geralmente referenciar mais de uma UBS. Nestes casos, que é o da grande maioria, há a necessidade de se submeterem a diversas gestões, tendo que responder a diferentes gerentes com todas as implicações discutidas acima nos fazendo entender o motivo pelo qual os profissionais são unânimes em preferir que tenha um coordenador específico para a equipe.

“Eles estavam um pouquinho mais distantes da nossa equipe, porque eles estavam apoiando outros distritos [...] mas por outro lado, assim, foi bom porque a gente teve que seguir: ‘vamos lá, a gente tem que resolver, não dá pra ficar sempre perguntando o quê que a gente vai fazer e o que não vai fazer’. [...] Então, a gente sente essa falta deles estarem mais juntos, mas a gente sabe que não tem perna pra isso. Mas eles sempre foram muito assim,

abertos e atenciosos, acho que em todos os sentidos.”
(L.M. – Fonoaudióloga)

Campos et al. (2014), construiu um arcabouço conceitual e metodológico para dar suporte à cogestão de coletivos que envolve três eixos de aplicação: o apoio institucional, o apoio matricial e a clínica ampliada e compartilhada. Sendo o apoio matricial o modo de funcionamento em rede proposto para o trabalho do NASF, quando se trata da coordenação dessas equipes, o modelo que se aproximaria mais dos valores desta prática, seria o apoio institucional que propõe um modelo de cogestão na relação entre serviços, e entre gestores e trabalhadores.

Desta maneira, vejamos agora como o coordenador vê essa interação com a equipe do NASF.

“tem uma questão nessa coisa operacional do NASF, do processo mesmo, que por mais que a gente possa definir o que é o apoio matricial... então vai se dar dessa maneira, numa discussão mais técnica, ou de uma outra maneira, uma coisa mais assistencial, né? Tem uma coisa de como as coisas vão acontecer, que mesmo a coordenação não tem muito como comandar esse processo. Porque tem uma coisa que vai levar a ser assim ou assado, que é o próprio perfil de cada profissional e a sua experiência anterior, né? [...] Então, fora, assim, o temperamento né? Porque às vezes a gente fazia uma seleção de uma ginecologista, para ser lá ginecologista do NASF, e a gente tinha uma ideia, ora bolas, né, porque vai ter um ginecologista no NASF? Vai ter um ginecologista no NASF porque eu posso ter dentro das minhas equipes de saúde da família profissionais que nem todos são egressos da residência de medicina de família, que não tenham uma habilidade muito desenvolvida no manejo das questões ginecológicas. Não sabe colocar um DIU, né, e a gente pensa: ah, então pra potencializar, um ginecologista vai ser bacana porque ele vai ajudar nisso. [...] E às vezes a gente fazia seleção desse profissional né, e quando botava a coisa para andar, de repente aquilo não acontecia. Ou porque o profissional também não era um facilitador disso, ou porque a equipe de saúde da família, aquele desenho dos

médicos da equipe de saúde da família não facilitava que isso acontecesse, né? Então a gente ia identificando essas dificuldades acontecendo e tentava dar um empurrãozinho aqui e lá.” (M.E. - Gestão NASF)

Ora, se entendemos que

estamos sempre em movimento, em transformação, em devir, e porque somos finitos no tempo e no espaço e não temos a possibilidade de compreensão da totalidade de nossa experiência vivida, em contato com o desconhecido e buscando reconstruir o sentido de nossas experiências (Ayres, 2007, p.50).

De fato, como apontado no excerto acima, não temos como “comandar” o processo de entendimento do profissional e “determinar” certa postura que este deva assumir para o desenvolvimento do apoio matricial. Entretanto, o modo como o coordenador NASF interage com os profissionais da equipe pode ser visto ou não como um facilitador na construção de um algo que surge a partir desta relação.

“eu tento me mostrar um coordenador, assim, aberto, um coordenador receptivo que vai acolher os trabalhadores no que eles precisarem. Tento ser uma referência para eles, no que diz respeito: ‘Poxa, a gente tá com dúvidas, vamos buscar o [nome do coordenador] que ele vai nos ajudar’. [...] tento exercer uma relação aberta, acolhedora, horizontalizada, mas eu tenho entendido nos últimos tempos que eu preciso gerar relações que sejam ainda mais horizontalizadas, preciso exercer mais a escuta, preciso ser mais paciente, preciso ser mais tolerante, porque pra mim, depois de 11 anos de Estratégia de Saúde da Família, pra mim tem coisas que são já muito básicas, que as pessoas quando vêm trabalhar no NASF ou quando vêm trabalhar no SUS, quando elas entram na Estratégia de Saúde da Família já deveriam minimamente saber de algumas coisas, mas isso não acontece. É um aprendizado, é um caminho e eu preciso *ter mais paciência com esse trilhar o caminho que os profissionais*

NASF têm exercido no dia a dia deles. [...] Acho que eu preciso buscar estratégias pedagógicas, estratégias de educação permanente, por exemplo, que consigam realmente ouvir os profissionais, considerar o que eles já têm de conhecimento e aí, sim, problematizar as questões e conseguir chegar às conclusões mais horizontalizadas, mais democráticas.” (C.L - Gestão NASF)

“eu acompanho as equipes do NASF nas unidades, então, pra mim isso é fundamental, a gente poder estar junto deles, sabe, porque a rotina da equipe NASF é muito difícil na relação [...] com a Estratégia de Saúde da Família. Então, é uma forma da gente poder ajudá-los numa conversa: ‘Poxa, a gente tá com dificuldade, olha hoje a gente entrou numa reunião de equipe e foi difícil, poxa, como que a gente poderia pensar’, e então, a gente senta, discute um pouco, se for o caso, chama a enfermeira para compor com a gente o que a gente poderia melhorar no trabalho. Então eu valorizo muito esse espaço com as equipes, isso pra mim é via de regra. Chego na unidade, fico com eles, participo muitas vezes de grupos, [...] se tem uma VD, vou na VD com eles, e nas reuniões NASF também. [...] a gente aprende muito com eles, né, na vivência que eles trazem do dia a dia, isso muitas vezes, a gente acaba não tendo tanto a dimensão, eu que não vim dessa área, nunca trabalhei na ponta, né, então é interessante essa troca de conhecimentos, de experiências.” (V.L. - Gestão NASF)

“[...] semanalmente, eu tenho uma ou duas reuniões com os apoiadores, com as pessoas que estão pensando, elaborando as estratégias de cuidado para a região de [nome da região], lá dentro da OSS e aí, a gente tem contato, por exemplo, com o que tá acontecendo em outras dimensões do trabalho, que não são só do NASF, [...] nessas reuniões, a gente tem uma visão mais global do que tá acontecendo no território e a gente trabalha isso com os profissionais NASF em outro momento.” (C.L - Gestão NASF)

Como pudemos observar através dos relatos da pesquisa, o trabalho do coordenador NASF se estabelece na interação com os diferentes agentes no cotidiano de trabalho. O diagrama abaixo (figura 2) e ajuda a entender a

complexidade das relações que precisam ser desenvolvidas para que se consiga contribuir para o fortalecimento da equipe NASF, visando à integração e consequentemente a construção da integralidade do cuidado:

Figura 2 - Diagrama das interações do coordenador NASF no Sistema de Saúde

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2020.

À vista disso, entendemos que o modo como o coordenador NASF estabelece suas relações – que pode variar como fraco; tênue/incerto; forte, sem impacto; requerendo esforço/energia; fornecendo apoio/energia, estressante ou não – falará da experiência deste encontro, das trocas dialógicas produzidas e das possibilidades de transformação ou construção dos processos de trabalho (Agostinho, 2007).

Quando analisamos a visão dos profissionais NASF relacionada ao contato com o coordenador e vice-versa, há a sensação de distanciamento, que, assim como na relação com o gerente da UBS, induz ao autogerenciamento da equipe mesmo existindo a figura do coordenador NASF e a procura por este apenas em casos mais difíceis.

“Sinto falta acho que a presença deles, mais assim, nem que fosse uma vez no mês na UBS pra gente, assim, poder colocar algumas coisas, porque a gente tem o encontro do NASFão, mas o NASFão, a gente não tem esse momento de só da nossa equipe, né? Eles já têm a pauta pronta, então tem algumas coisas que você acaba não podendo conversar ali. Mas assim, a gente manda mensagem, eles já respondem quando eles conseguem, então a gente tem esse contato à distância. Mas assim, tem coisas que só pessoalmente mesmo você consegue falar, tirar alguma dúvida, ver se a gente tá no caminho certo ou não.” (A.B. - Nutricionista)

“a gente tem sentido eles um pouco mais distantes, mas não porque não querem, porque tem várias coisas acontecendo dentro do território. Talvez tenham outras equipes que precisam do suporte um pouco maior, então a gente ficou um pouquinho mais de lado. Mas sempre que a gente solicita um suporte, eles estão ali.” (A.A. - Profissional de Educação Física)

“muitas vezes, eles querem passar mudanças, algumas coisas que tem e acaba muitas vezes, sendo via whatsapp. Eu acho, em minha opinião, que isso deveria ser ainda no pessoal.” (M.F. – Fisioterapeuta)

Uma função do coordenador que apareceu como relevante para os entrevistados foi a de ser um interlocutor tanto interno como externo à equipe NASF. As interlocuções internas são relativas a resolver questões de divisão de trabalho dentro da equipe e contratação de recursos humanos a partir de uma visão panorâmica, contribuir na viabilidade das ações apoiando compra de materiais e direcionar os que se destoam do grupo, quer seja por deixar de

cumprir funções necessárias para o trabalho ou por possuir leituras descontextualizadas da saúde coletiva.

“Eu acho que precisaria de um coordenador até mesmo no sentido de interlocução dentro da equipe. [...] talvez devido às questões de categorias profissionais, cargas horárias diferentes, eu estou aqui 40 horas, tem gente que está 20, tem gente que está 30, eu acho que eu me vejo um pouco sobrecarregado em muitas funções e acho que isso quando a gente tá num plano de horizontalidade na equipe, é difícil negociar, acho que se alguém conseguisse ter essa visão mais panorâmica de falar: “Realmente, vamos dividir um pouco esse negócio.” (M.V. - Psicólogo)

“disponibilidade da gerência [coordenador NASF] de poder bancar em alguns momentos a gestão, ela tem que entrar com esse olhar de ajudar a equipe a entender a necessidade ou a importância daquilo, como, da mesma forma, valorizar no sentido de que nós vamos comprar material, nós vamos, sim, organizar um mapa de salas para que essa atividade aconteça.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

“é legal o coordenador dar uma diretriz mesmo e não ficar cada um querendo fazer uma coisa. Lá no [nome da região], como a gente tinha uma equipe um pouco mais coesa, mesmo com a saída de um coordenador, a gente conseguiu fazer algumas coisas em conjunto. Mas há alguns profissionais que destoam. Sei lá, de repente deixa de fazer visita domiciliar que é o papel do profissional NASF e fica só no consultório. Aí quando a gente fala: ‘Você é ambulatório?’ ‘Não eu sou NASF’. ‘Então vai fazer visita’. ‘Ah, mas eu não vou fazer visita, né?’. Então acho que na ausência de um coordenador essas questões acho que ficam mais fáceis de serem feitas, assim, de não cumprir o seu papel enquanto papel NASF. Vai ter um gestor para fazer a cobrança.” (F.M. - Fisioterapeuta)

“eu já tinha visto sinais de que essa equipe NASF estava com dificuldades para entender o que é ser um profissional de Estratégia, o que é trabalhar com o SUS, o

que é trabalhar com o território que é violento, que é vulnerável, que é pobre, que é miserável nas relações humanas, enfim. Eu já tinha identificado algumas questões, mas acho que eu demorei para sentar com essas pessoas e dialogar um pouco: “Como é que é o trabalho de vocês?”. Então, o nível que a coisa chegou, a situação chegar a concretização de preconceitos, de estereótipos e de injustiças até, eu infelizmente acho que tem um pouco de uma responsabilidade minha aqui, que eu deveria ter agido antes, eu deveria ter chamado as pessoas para conversar sobre isso, porque eu já tinha detectado alguns problemas.” (C.L - Gestão NASF)

No que se refere à interlocução externa, o coordenador NASF é chamado para interagir com o gerente ou eSF/AB, quando há a necessidade de trabalhar a relação ou afinar os conceitos do trabalho do NASF com o serviço:

“Tem algumas solicitações que vem por parte da gerência da unidade. Então dependendo de como vem isso pra gente, a gente analisa, vê se tá dentro do papel do profissional do NASF e aí [se não estiver dentro do papel do NASF], a gente tenta usar os argumentos dentro de todas as diretrizes que a gente tem e quando ainda há essa negativa, aí a gente acaba acionando a coordenação, [...] para eles tentarem deixar isso um pouquinho mais claro. [...] quando solicita é porque aconteceu alguma coisa nesse sentido.” (A.A. - Profissional de Educação Física)

“A gente [coordenação NASF] acaba tendo um acompanhamento maior para as equipes que tem uma relação mais difícil no processo de trabalho, de entendimento do papel do NASF. A equipe vem com dez casos, 15 casos para discutir numa reunião de equipe, então isso, a gente se depara com muita frequência.” (V.L. - Gestão NASF)

“[...] a minha função mais importante é encontrar com os profissionais NASF, dar acolhimento, dar escuta, fornecer continência para o que eles trazem de dificuldades do dia

a dia e ajudá-los a construir estratégias de enfrentamento desses problemas.” (C.L - Gestão NASF)

Outro significado que apareceu nas entrevistas relacionado à interação do NASF com o coordenador desta equipe foi a educação em saúde, ou seja, o coordenador como articulador dos saberes com a finalidade de promover uma trans-formação (Teixeira, 2001), no exercício do cuidado, orientado pelo apoio matricial/institucional (Campos et al., 2014) e guiado pelos valores da integralidade.

“eles [coordenadores NASF] sempre orientaram no sentido de que tem que ter o horário de reunião NASF, reunião com eSF, além de sempre fornecerem os materiais como as portarias, os cadernos, [orientam] pra gente ler tudo e que a gente precisa se policiar para estudar, para ler junto. [...] além de dar o material, eles falavam com a gente: ‘Olha, o mínimo da agenda tem que ter isso, tem que ter aquilo, pode ter consulta individual, mas não é o foco, tem que ter os grupos, a consulta compartilhada é muito importante’. [...] a cada época eles [coordenadores NASF] veem um aspecto a ser trabalhado. Então teve um tempo que a consulta compartilhada era o foco: ‘Então vamos ver, não tem horário na agenda, vamos criar’. [...] Depois, foi o caso dos RNs de risco [...] então eles iam de tempo em tempo, discutindo aspectos que é do nosso trabalho.” (L.M. – Fonoaudióloga)

“Os apoiadores que são apoiadores da OSS também me chamam pra estabelecer parcerias pra enfrentar problemas ou dificuldades nas unidades de Estratégia, as mais diversas. Então sei lá, hoje, a gente tá com um problema, por exemplo, de entendimento que os médicos de família têm sobre saúde mental. E aí, o apoiador me chama: ‘Você pode me ajudar a pensar um pouco estratégias para melhorar essa questão, para sensibilização desses médicos envolvendo o NASF?’ Aí eu vou lá, converso com o apoiador, converso com o gestor da unidade para pensarmos em soluções para enfrentar problemas ali do cotidiano das unidades de saúde.” (C.L - Gestão NASF)

“Agora com a questão da Educação Continuada, a gente tá mais próximo ainda, então isso melhorou muito, assim, a gente conhece um pouco mais da realidade deles, eles da nossa, porque os facilitadores da Educação Permanente estão juntos. Então estão os apoiadores da [nome da OSS], os coordenadores NASF, os gerentes das unidades, o NASF, então conforme a gente conhece quem são essas pessoas, vê as dificuldades de um lado e do outro, isso acho que contribuiu muito pra gente entender qual que é a dificuldade da gestão e eles entenderem a nossa, as coisas funcionarem melhor.” (L.M. – Fonoaudióloga)

“[...] o meu cotidiano é esse, transitar nas unidades de saúde, dialogar com os profissionais NASF, gerar apoio, suporte para o trabalho deles cotidiano e também, fortemente, orientar o trabalho do profissional NASF. Então fornecer textos para as pessoas, fornecer indicações de estudo, enfim, e discutir textos com eles, embasar teoricamente o nosso trabalho, acho que uma boa maneira de resumir, assim.” (C.L - Gestão NASF)

Por outro lado, foi identificado também a necessidade de trabalhar com a equipe NASF a realidade das eSF. Pois ao falar sobre as dificuldades que haviam tido nas reuniões com as eSF, a coordenadora percebia que os profissionais do NASF não entendiam a realidade das eSF e que era natural certos pedidos de ajuda, como, por exemplo, a importância do atendimento específico e a não generalização total das ações e a condução do trabalho guiado também pelas necessidades da eSF/AB (Tesser, 2017; Tesser; Poli Neto, 2017).

“chega aquela equipe multiprofissional e as equipes de Saúde da Família têm as suas demandas reprimidas e naturalmente começa a querer passar as batatas quentes. Então olha, eu tenho esse tanto aqui desses pacientes, então ó, fisio do NASF, fono do NASF, nutri do NASF, ó. E aí eu via que os profissionais do NASF ficavam bastante acuados quando isso acontecia. Porque também não se tinha muita clareza. Tinha essa proposta do NASF

não ser essa figura que iria pegar as demandas sentar e atender, mas aí também faz o que com isso? Então eu ia tendo um cuidado de refletir com os profissionais do NASF porque isso estava acontecendo. [...] tem as equipes de Saúde da Família que estão aqui e que tem 300 mil demandas de saúde mental. Tem um psiquiatra no NASF. O que é mais natural? Amigo, pega isso aí porque isso é o seu quadrado né. [...] Por que é isso, muitas vezes o profissional do NASF ficava assim: ‘ah, Atenção Primária, equipe de Saúde da Família... Ah aqui é só a promoção e prevenção’. Como assim? De que você está falando? Você está falando desses três mil casos de violência? E aí, eu acho que tinha um susto também dos profissionais do NASF diante daquelas demandas e uma necessidade das equipes de Saúde da Família de delegar, de ‘ó, me ajuda. Você não é apoio? Então me apoia aqui’. [...] tem essa demanda reprimida porque o nível secundário é um funilzinho né? Então tem toda aquela discussão do encaminhamento se está bem feito, se aquilo dá para resolver ali, e muitas vezes o profissional médico não resolve, não é porque ele não sabe, é porque ele faz escolhas em alguns momentos. Porque às vezes vinham falas da equipe do NASF que era meio tipo: Como assim eles não atendem nisso? Como assim? Isso não é responsabilidade deles? Isso não é da equipe de Saúde da Família? Então eu acho que nesse momento inicial fui identificando essas falas, essas questões e tal e fui tentando ajudar.” (M.E. - Gestão NASF)

“hoje a minha maior questão enquanto coordenador NASF é realmente conseguir exercer uma coordenação das equipes que consiga sensibilizar esses trabalhadores sobre o que é mesmo ser um profissional NASF. [...] pra mim, a ideia básica é que para ser um bom profissional NASF, um bom apoiador matricial na Saúde da Família, ele num primeiro momento deve se reconhecer, ou pelo menos, se encontrar num caminho de se reconhecer no primeiro momento enquanto um profissional da Estratégia da Saúde da Família, um profissional da Atenção Primária e num segundo momento, se reconhecer, se identificar enquanto um profissional “especialista”. Se isso aqui tiver invertido, [...] a gente vai encontrar grandes dificuldades.” (C.L - Gestão NASF)

A micropolítica do trabalho em saúde traz à tona a interação do serviço com o usuário. A literatura mostra que compreender o trabalho em saúde, é também entender que lugar ocupam os usuários, entendidos com suas necessidades de saúde, e que lugar ocupam os trabalhadores e suas necessidades na rede de relações que constitui o trabalho em saúde (Merhy, 2014, p. 46).

“outro jeito de olhar a integralidade é também no olhar do meu objeto de cuidado, o usuário que procurou o atendimento, a busca de um cuidado e tem lá a necessidade que ele está trazendo que eu acho que vai fazer parte dessa integralidade perceber qual é a necessidade daquele usuário e também de repente identificar outras questões, mas também ir negociando coisas com esse indivíduo se ele também acha que as questões são importantes. Então eu acho que integralidade é uma predisposição ou uma tendência a uma postura a esse olhar.” (M.E. - Gestão NASF)

Assim, para que se fortaleçam os valores da integralidade do cuidado, há a necessidade de se criarem e sustentarem possibilidades efetivas de uma prática comunicativa em que gerentes, trabalhadores e usuários e população do território sejam partícipes tanto da construção do projeto de trabalho de cada equipe à qual estão referidos os usuários como da construção do projeto institucional. (Peduzzi, 2007, p.190).

Desta maneira, identificamos ações de gestores e profissionais NASF que no contato com o usuário procuram entender as necessidades ali colocadas com a finalidade de se delinear ações profícuas para o cuidado em saúde.

“Tem também o dia a dia e as demandas da população, todo dia queixa, todo dia uma problemática que tem que ser resolvida, então eu atendo muito a população. Eu tenho prazer de atendê-los, porque a partir das queixas, das manifestações é que a gente consegue delinear a

melhor conduta, tendo em vista as nossas falhas nas questões do dia a dia, né? Eu gosto porque assim, a gente vai atrás. Então, eu tenho alguma coisa que está travada por uma falta de conhecimento da minha parte, poxa, se eu conversar com o fulano aqui, a gente consegue destravar. Então, tem casos que a gente matricia aqui... que eu participo de matriciamento junto ao NASF.” (I.S. - Gestão UBS e NASF)

A aproximação dos gestores de OSS com a população com o objetivo de desmistificar a relação entre a instituição privada e a saúde coletiva tiveram resultado positivo apenas quando se mostrou melhora de qualidade nos serviços prestados.

“quando nós começamos aqui tinha um movimento muito grande político contra a Organização Social. Nós começamos a frequentar os conselhos gestores e toda aquela oposição: ‘OSS rouba!’ Tinha aquela história toda, e aí nós fomos nos aproximando e à hora que eles viram que felizmente, naquele momento, nós conseguimos reformar todas as unidades e a gente cresceu. E aí, com o tempo, nós começamos a fazer as programações junto com eles. Então hoje, eu tenho saúde bucal, eu tenho aparelho, equipamento em todas as unidades, dois ou três equipamentos. Acho que eu tenho 70 a 80 dentistas trabalhando aqui na região. Não tem fila de espera para odontologia, tem para clínica geral, mas para as especialidades eu não tenho. A gente chegou nesse ponto, conseguimos trocar todos os equipamentos que eram obsoletos por equipamentos novos. Então a saúde bucal, aqui, ela é meio exemplar na cidade. Se hoje, a meta da prefeitura é um dentista para cada 16 mil habitantes, aqui, nós temos um para cada 8 mil habitantes. E agora outra que é um milagre, hoje nós não temos fila de espera para pediatria. O nosso maior tempo de espera eu acho que é clínico, e ginecologia. Obstetra tem na hora. Clínico e ginecologia que a espera de consulta é no máximo 30 dias, melhor que muito plano de saúde. Então, eu acho que essas coisas foram muito boas. Nós avançamos bastante.” (J.L. - Gestão OSS)

Outro tipo de interação da gestão do serviço com os usuários e profissionais que apareceu em entrevista foi o acolhimento oferecido em forma de escuta qualificada e participação das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde para se entender as necessidades tanto dos sujeitos cuidados pelo serviço, quanto as necessidades de reestruturação do próprio serviço.

“O dia a dia é isso, é correria, é interação com a sociedade, eu também procuro tirar pelo menos umas duas horas semanais para fazer alguma VD. Às vezes, eu pego uma equipe e vou fazer uma visita domiciliar. É bem bacana porque a gente enxerga as problemáticas lá na sua essência. E é bom, porque a equipe se sente acolhida, se sente unida, parte integrante do processo, né? Se sente valorizada, também. Eu procuro manter bem viva essa demanda. Também gosto de participar de alguns grupos de atividade coletiva, até para interagir e avaliar se aquilo realmente tem sentido, se tem resultado, se é realmente adequado. eu gosto muito de participar do grupo de Redução de Dor [...] eu fiz questão de participar para ajudar na conscientização da população, na importância daquelas ações, então eu gostava muito de participar para ajudar muito no convencimento.” (I.S. - Gestão UBS e NASF)

No entanto, para desconstruir um pensamento hegemônico de cuidado em que a doença se configura como objeto central do cuidado e o atendimento específico individual como a principal forma resolutive para a cura, faz-se necessário o diálogo e a construção de ações de educação em saúde. No excerto abaixo a profissional relata que a paciente, encaminhada para fisioterapia, demonstrou não entender que as atividades realizadas em um grupo fechado, específico para o perfil de cuidado do qual ela carência, era já o cuidado oferecido pelo serviço.

“[...] dois meses fazendo o grupo, uma vez por semana, a pessoa: ‘ah, estamos terminando o grupo e quando é que a gente vai começar a fisioterapia?’ (risos) ah! Eu queria

morrer com isso. (risos) Tipo, hello! Você já fez a sua fisioterapia.” (F.M. - Fisioterapeuta)

“eles não têm essa cultura de fazer o exercício como uma forma de prevenção, como uma forma de parte do tratamento, né, das doenças, então de entender o porquê dele ter essa resistência de frequentar o grupo, assim, de começar a mudar o estilo de vida.” (A.A. - Profissional de Educação Física)

Podemos aprofundar o exemplo com este caso em que o serviço tinha o perfil de pronto atendimento e passou a contar com as eSF, necessitando de interações que levassem os usuários a conhecer novos modos de se cuidar. Assim, a medida ou o termômetro para saber sobre a qualidade das interações com os usuários e se de fato houve a esperada transformação foi a adesão ao serviço. Neste caso, o NASF foi colocado como meio ou figura importante para a transformação.

“tem sido uma experiência rica a implantação, tanto do NASF quanto das estratégias, que também, na minha avaliação, é uma experiência exitosa você implantar simultaneamente cinco equipes numa unidade quem tem características de pronto-atendimento. [...] aqui já foi pronto-socorro inclusive e de repente, devagarinho, você ir mudando a caracterização, a população ir se ambientando, entendendo o caráter do atendimento, entendendo o fluxo, entendendo a necessidade eu acho que é muito bom, é exitoso. Eu acho que tem sido exitosa a implantação e o NASF contribuiu muito, porque essa inter-relação entre população e unidade, eles têm uma facilidade de fazer essa interlocução.” (I.S. - Gestão UBS e NASF)

“Então, é que tem dois aspectos: o primeiro é que quando a gente fala de qualidade, no meu entender assim, bem pé no chão, eu estou falando de processo de qualidade, é a fidelização da população. Elas estão entendendo o que nós estamos querendo fazer ou elas continuam indo na AMA ou no pronto-socorro para pegar receita e ir

embora? Então assim, olhar e garantir que as pessoas entendam o que têm que fazer aqui e de outro lado, nós temos um gerente de qualidade que fica trabalhando nas certificações e é claro que essas certificações, isso tudo, elas têm um resultado direto nessa atenção.” (J.L. - Gestão OSS)

8.4 INTERAÇÃO COM AS ESF – TENSÕES E POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Criados com a finalidade de ampliação das ações da AB, as equipes de NASF possuem dois tipos de clientes: a população e as eSF/AB. A interação com as eSF traz potencialidade e desafios enfrentados no cotidiano de trabalho. A implantação do NASF foi realizada sem a revisão dos documentos norteadores das eSF e criou incongruências já descritas por alguns trabalhos, como, por exemplo, as diferentes exigências de produtividade e de estratégias de trabalho entre essas equipes, tensões entre a lógica profissional tradicional e a da colaboração, e entre modelos centrados em procedimentos especializados e outro na lógica da atenção técnico-pedagógica, e a necessidade de fortalecimento do processo de trabalho do NASF junto às eSF/AB (Barros, 2015; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Gonçalves et al., 2015; Matuda, 2012; Matuda et al., 2015; Santana et al., 2015).

Desta mesma maneira, encontramos relatos de que uma das grandes questões problemáticas na interação entre as equipes de NASF e eSF é a diferença de expectativa entre essas equipes.

“a gente conversava muito com as equipes de Estratégia de Saúde da Família sobre a diferença de expectativa das equipes. Porque quando você fala para uma equipe de Atenção Primária que vão chegar, sei lá, cinco, seis, sete profissionais de categorias diferentes dentro da UBS, a expectativa é: ‘Ufa! A minha demanda daquele paciente AVC, acamado que está lá precisando de atendimento, pronto. Ele vai ter lá essa referência’. Então a expectativa era essa. E a expectativa que o NASF tinha era que as

equipes já compreendiam o trabalho deles e que tudo bem. Eles iam desenvolver o matriciamento tranquilamente. ‘Vamos discutir o caso profundamente, vamos compartilhar as responsabilidades e vamos desenvolver PTS’. E a gente viu que esse choque foi que produziu e que acho que reflete até hoje nessa dificuldade, de aproximação e de diálogo.” (F.R - Gestão NASF)

O entendimento por ações resolutivas na assistência também apareceu como um fator de tensão entre as equipes. O apoio matricial se efetua com valores e modelo contra hegemônico de operacionalização do trabalho. Assim, o que pode fazer sentido e ser resolutivo pra um, não necessariamente será para o outro, principalmente porque, por muitos anos, o modelo sanitarista de assistência era centrado em ações individuais, centrado na doença com hierarquia de poder entre os profissionais etc. (Campos et al., 2014; Souza; Medina, 2018). Este choque de entendimento entre as equipes sobre os modos de cuidar do outro, desde a implantação do NASF até nos dias de hoje, ainda gera tensões entre os profissionais no cotidiano.

“Eles [eSF] não viam a gente como uma equipe apoiadora, como uma equipe para dar suporte, como uma equipe que tá ali para poder também trazer essa integralidade do cuidado. [...] hoje já melhorou bastante, a gente já tem uma convivência melhor com as agentes de saúde, as enfermeiras, elas já entendem qual é o nosso processo. Então, tinha tanta dificuldade, que a gente sempre pedia para a nossa coordenação meio que interceder, vir conversar com as equipes, porque a gente entrava em reunião de equipe, a gente tem dez casos”. Tinha uma médica de família que saiu que a gente chegava na sala de reunião e tinha uma pilha [de prontuários] e a gente falava: ‘Nossa, doutora, mas não dá para passar tudo isso de uma vez em reunião de equipe, a gente precisa conversar, precisa entender, precisa ver o que vocês já fizeram em relação a essa família, o que vocês já decidiram, então não é só falar: ‘Fulano de tal, nome, prontuário, data de nascimento, está com esse problema específico, então é do NASF’. Então ela reclamava e falava assim: ‘Se eu tenho que atender tantos pacientes por dia, vocês não podem atender dez pacientes?’ Então tinha esse embate e as agentes de

saúde, a enfermagem, meio que ia por essa linha. E aí, a gente conseguiu conversar com o nosso gestor, foi feita uma reunião [com técnicos da UBS] e aí, foi pactuado que a gente viveria um dia de estratégia e que a estratégia viveria um dia de NASF, isso com as enfermeiras. [...] Então, isso melhorou muito, muito mesmo o processo de trabalho.” (A.S. – Psicóloga)

Além da desvalorização pela discussão do caso para construção coletiva do projeto terapêutico singular, a entrevista apontou que alguns profissionais das eSF associam resolutividade com o atendimento específico.

“a maior cobrança que se manifesta no dia a dia do meu trabalho é uma cobrança por resolutividade. [...] e essa cobrança vem tanto dos profissionais da assistência que compõem as equipes nucleares de Estratégia, [...] e também vem de alguns gestores de UBS. Eles entendem que essa resolutividade está diretamente ligada com atendimento específico. [...] é uma falha de entendimento do que é a resolubilidade na Atenção Primária.” (C.L - Gestão NASF)

“[...] o NASF tem esse olhar mais ampliado, e a gente faz os nossos atendimentos individuais, mas a gente tem muito esse conceito do trabalho coletivo, dos grupos, do atendimento coletivo, e a gente vê a angústia geralmente do agente comunitário ou da equipe da Estratégia da Saúde da Família quando eles passam um caso, a solução para eles é agendar uma consulta individual, principalmente nos casos de psicologia. E quando a gente discute o caso e entendemos que vai ter muito mais ganho e vai ser muito mais eficaz o tratamento dele quando ele é inserido num grupo, às vezes, o próprio profissional da Estratégia de Saúde da Família não acredita muito nesse tipo de trabalho, né? E o NASF tem como base essa metodologia do atendimento compartilhado. É óbvio que a gente faz os nossos individuais quando é necessário, mas na grande maioria das vezes, a porta de entrada acaba sendo um acolhimento ou um grupo pra gente entender a demanda dos pacientes e aí, acaba que eles não concordam com a nossa conduta.” (J.A. – Nutricionista)

Apesar destes pontos de tensão, é possível na relação técnico pedagógica investir e promover a transformação dos sujeitos por meio da interação entre equipes que pode se dar de diversas formas - reuniões, atendimentos ou grupos compartilhados - quando se tem como foco essa ampliação do olhar, a mudança de paradigma (da doença para o sujeito) no sentido da construção da integralidade do cuidado.

“o desafio quando você vai mudar paradigma na saúde e principalmente você sendo uma profissional que vem de um campo que tem como premissa olhar para o sujeito em ação e não para o organismo em ação, [...] como produzir um cuidado ali junto com as equipes, tanto de ampliar o olhar das equipes, para que a integralidade de fato faça parte das ações das equipes, que tendem, pela pressão, pelos modos de trabalho, pelas formações, a voltar para o modelo, ou atuar no modelo mais tradicional, centrado na patologia, na queixa... e a gente, como equipe NASF, nosso trabalho vem eminentemente para trazer outro olhar, né? De ampliar esse olhar e a partir dessa ampliação trazer as outras dimensões dos sujeitos ali, né? Dimensão subjetiva, a dimensão social, que geralmente ficam fora do olhar daquele conhecimento médico tradicional, focado na patologia.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

“eu ficar aqui atendendo atendimentos individuais não muda muito a lógica da assistência [...] a gente não vai conseguir dar conta das filas que são grandes. Então, eu acho que no matriciamento, a gente consegue deixar os profissionais da equipe [eSF] mais seguros e eles mesmo fazerem um atendimento mais completo, integrado que envolva saúde mental.” (L.G. – Psiquiatra)

Apesar dos profissionais da AB terem pouco investimento para a formação sobre o matriciamento e realizarem poucas ações de educação permanente, quando há este profissional ou equipe interessada e preparada para fazê-lo, esta educação interprofissional por meio de reuniões, por

exemplo, tem-se mostrado uma ferramenta importante para o aprendizado em saúde (Freire Filho, 2014; Bispo Júnior; Moreira, 2017).

Em relato, o gerente da UBS reconhece que o NASF exerceu um importante papel de contribuição da inserção da ESF em um território.

“E também tem o entendimento de que eles [NASF] contribuem com a educação das equipes, porque a implantação requer muito empenho na educação, porque você está pegando ali agentes comunitários que nunca trabalharam com isso, nunca fizeram esse trabalho e então, você tem que ir ali, no dia a dia apresentar o que deve ser feito, como deve ser feito, ganhar confiança da população e o NASF foi um grande parceiro nisso.” (I.S. - Gestão UBS e NASF)

Os exemplos mostram que nem sempre o que é planejado inicialmente, é o que irá dar certo e continuar linearmente até o final. Neste exemplo, apesar da tentativa do NASF contribuir na comunicação interna das eSF não ter dado certo, surgiu a partir disto, um espaço de cuidado para os ACS que também se constituiu como espaço pedagógico e de acolhimento para o enfrentamento das maiores dificuldades desta categoria.

“a gente instituiu um espaço de cuidado, que uma vez por mês não tem discussão de casos com a eSF e ter discussão de demandas da equipe, de relacionamento entre eles, ou algum assunto que eles quisessem estudar e tal. Mas durou pouco e foi difícil, porque teve muita questão entre a equipe que foi posta. Então teve muita discussão, muita briga, o que a gente achou maravilhoso assim, ter rolado nesse espaço, só que eles falaram que não queriam mais o espaço de cuidado. Desse espaço, saiu de que os agentes comunitários queriam reuniões com o gerente que rolou acho que uma, duas ou três vezes, mas também foi bem difícil o espaço. Mas a gente [NASF] conseguiu instituir um espaço de reunião mensal com os agentes comunitários. A gente planeja junto com eles, a gente levantou as questões de demanda deles que eles queriam: ‘A gente encontra muito usuário de droga aqui, a gente não sabe muito lidar com isso, a gente

encontra muito sofrimento, a gente sofre, a gente não sabe o que fazer’. Então com base nisso, a gente tá fazendo essas reuniões. Às vezes, a gente chama algum convidado, por exemplo, na penúltima, a gente chamou um trabalhador do CAPS AD que trouxe um pouco da questão de drogas em geral, assim, mais uma reflexão assim, sobre isso. Porque a gente vê que tem muitos preconceitos, muitas coisas.” (M.B. – Psicóloga)

Não obstante, temos experiências positivas e negativas quanto à versão técnico pedagógica do apoio matricial realizada na interação entre as equipes. O cuidado especializado também é necessário para dar efetividade à APS e se aproximar de uma integralidade desejada (Tesser; Poli Neto, 2017). No entanto, a falta de entendimento sobre o papel de cada um frente aos casos pode prejudicar esse intento.

“o que as eSF diziam era que os profissionais anteriores [do NASF] mandavam fazer e não faziam junto. E acho que isso atrapalhou um pouquinho essa relação interpessoal, de [só] fazer orientação. Uma coisa é pedir para o agente comunitário fazer orientação de mudança de decúbito, outra coisa é, você ensinar o agente comunitário a fazer a mudança de decúbito, ir lá na casa e fazer junto com a família, e depois ir treinando o agente comunitário a continuar fazendo, né? E não vai ser em uma vez que a gente vai fazer tudo isso, né? Tem que criar um vínculo com aquela família, tem que criar um vínculo com o agente comunitário, então acho que foi isso que dava um pouquinho de atrito nessa relação. Eu sei que tem muitas eSF que realmente falava: ‘ah, a equipe NASF entrou...’ e não quer mais saber, né. Mas em alguns momentos, em outras equipes, não. Acho que eles conseguem fazer o “junto com,” que é bem difícil.” (F.M. - Fisioterapeuta)

Percebemos que nos momentos em que ambas as equipes possuem um projeto assistencial comum, e se organizam de forma que cada profissional contribua com suas especificidades de maneira integrada, com autonomia técnica de caráter interdependente, neste momento, é como se fundissem em

uma única equipe com características de equipe integração, conseguindo ofertar uma assistência mais próxima a integralidade do cuidado (Peduzzi, 2001).

Estas interações efetivas entre as equipes, quando identificadas, parecem trazer um grau de satisfação dos profissionais por conseguirem atingir a resolutividade no trabalho.

“a gente não tá cada um no seu ambiente, no seu setor, então a gente consegue ter essa mobilidade. De repente, se vem uma criança pra mim com problema de aprendizagem, e aí, eu percebo que aquela criança nunca passou com médico de família, então eu consigo naquele momento, antes da mãe ir embora, conversar com o médico e ver se essa mãe já sai com o pedido de análises clínicas, ou de repente, com uma avaliação para neurologista. Eu consigo fazer essa ponte com o médico, porque eu penso: a pessoa veio na unidade, às vezes, ela já deixou o trabalho, às vezes ela está com um monte de coisa pra fazer, então assim, eu penso que tem que fazer valer aquele tempo que a pessoa chegou e afinal de contas, se eu tivesse no lugar da pessoa, como que eu gostaria de ser tratada? [...] Então a gente não tem todo aquele melindre pra poder conversar com o médico, com o enfermeiro, a gente tem essa possibilidade.” (A.S. – Psicóloga)

“o mais atual agora é esse Grupo de Hábitos Saudáveis que a equipe da Estratégia de Saúde da Família aqui comprou bem a ideia. Eles encaminham, os médicos encaminham muito, porque isso também faz toda diferença. Então os pacientes vão através de encaminhamento médico, [...] já começa daí, eu acho que já é um trabalho bem sucedido a gente conseguir fazer esse trabalho conjunto com a equipe da Saúde da Família, porque isso é difícil e nos meus oito anos de caminhada, eu não tinha isso tão estabelecido assim. [...] E eu tenho muitos homens vindo nesse grupo, acho incrível isso e assim, pacientes que conseguiram controlar pressão, pacientes que conseguiram controlar a diabetes” [cita outros exemplos como paciente tabagista severo que conseguiu diminuir o tabaco, funcionário obeso que conseguiu perder de 20 a 30 kg].” (J.A. – Nutricionista)

“a ESF que vai fazer o acompanhamento, a coordenação desse cuidado, acompanhar longitudinalmente essa família, e quando a gente faz ‘junto com’, a gente pode acrescentar coisas que às vezes a equipe não percebeu, acrescentar informações e a equipe trazer outras informações daquela família que vai aumentando o nosso olhar, a visão que a gente tinha daquela pessoa, daquela família. Acho que vai enriquecendo muito mais atividades nos grupos.” (F.M. - Fisioterapeuta)

“tinha uma equipe que a enfermeira era muito resistente de fazer o cuidado em um território que era de alta vulnerabilidade, que era a favela [nome da favela]. E a gente falava: ‘Vamos fazer um trabalho lá, [tem] muitas crianças’. E ela falava: ‘Não, porque é perigoso, porque tem a questão do tráfico, não quero me envolver muito’. E aos pouquinhos a gente foi fazendo algumas visitas, fazendo junto com ela, e teve um caso que era de saúde mental que a gente precisava ficar monitorando, então a gente fazia visitas constantes com aquela equipe. Quando eu saí daquela unidade, eu falei pra ela: ‘Nossa, você mudou muito’ [...] Ela: ‘Porque que eu mudei?’. Eu falei assim: ‘Porque você agora está fazendo visita sem a gente pedir. Sem a gente falar: olha, acho que precisa. Você está conseguindo entrar na região [nome da região]. Acho que empoderada mesmo enquanto enfermeira, né? E pensar que aquela população não era só de traficante, não era só de risco, de segurança pública, né? Era de risco biológico, de social, e aí você foi, foi dando abertura pra isso’. Aí ela ficou toda orgulhosa e eu falei: ‘Ah, também fico orgulhosa de ver a mudança que aconteceu em dois anos’, dois anos e meio assim que a gente estava juntas.” (F.M. - Fisioterapeuta)

No entanto, nem sempre ocorre essa fusão entre equipes para a constituição de uma ação integradora. A incompatibilidade de agenda e de metas, por exemplo, contribui para ações que por mais que tenham sido acordadas entre as equipes, a responsabilidade pela execução recai para uma delas e acabam por ser identificadas como ação do NASF ou ação da eSF.

“tem alguns grupos que antes, tinha a enfermeira que participava, atualmente, como mudou muito agenda médica, então aqui a gente não tá conseguindo tanta participação ainda [médico e enfermeiro da eSF], não é tanto pela disposição, mas pela agenda. Os agentes comunitários também estavam participando mais com a gente nos grupos, e agora, eles estavam assim, bem corridos com outras questões, até a gente chegou a começar a definir quem que ia ficar nos grupos novamente, mas ainda tá um pouquinho difícil isso. [...] A gente tenta se organizar pra estar nos grupos da Saúde da Família, [...] mas não são todos que a gente consegue.” (L.M. – Fonoaudióloga)

“você tem um olhar, você consegue produzir discussões, mas ao tempo todo você tem estruturas e mecanismos que te impelem para fazer uma prática para o outro lado. O que eu quero dizer? Então eu vou lá, eu posso construir uma super discussão, super projeto terapêutico, mas eu tenho que me haver com a meta do médico, que diz que ele tem que fazer tantos exames ou tantos procedimentos, que é isso que é faturado, não é o grupo, não é isso que é valorizado dentro da meta dele, né? Então como produzir uma ação integral, você ter um olhar integral e produzir uma ação integral num contexto que ainda te empurra, de certa forma, para uma ação focada na patologia, focada no procedimento, né? Seja pelas metas, seja pelo tempo restrito de consultas.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

Assim, em contextos ora favoráveis, ora desfavoráveis, vão se construindo os processos organizativos entre as equipes de acordo com condução de cada OSS.

No que se refere à institucionalização de espaços de reunião, as chamadas reuniões de matriciamento, os entrevistados relataram diferentes formas de organização: com duplas, trios ou equipes inteiras participando, com diferentes periodicidades (semanal, quinzenal), e diversos arranjos organizativos. Aqui reproduzimos apenas um excerto, que talvez dê conta de resumir a natureza deste espaço e que remete ao conceito da interdisciplinaridade, razão primordial no trabalho coletivo na APS e interação entre as equipes.

“a minha equipe se organiza para todos os profissionais entrarem em todas as reuniões com as equipes. Mesmo que seja quinzenalmente. Há um entendimento que é feito muito ali do senso prático, não do senso teórico-reflexivo, de que a gente precisa estar em todas as reuniões. Em outras unidades, outras equipes não funcionam desse jeito, vão entendendo que trabalhar por referência é melhor, então entram aquelas duas, três referências de NASF para fazer reunião. Então essa discussão não está amadurecida no território, né? Você não consegue dizer que as pessoas estão fazendo isso porque há uma demanda da equipe, porque é um jeito melhor de trabalhar. É um jeito muito intuitivo. Então a gente está numa unidade que demanda especialidade, então se eu demando especialidade e os profissionais enxergam o apoio como um apoio especializado, técnico, no sentido de quase ambulatorial, então eu quero ter contato sempre, direto, com o profissional que eu julgo especialista daquela questão. Então entra-se todo mundo. Ao mesmo tempo, se eu tenho uma equipe NASF que não está amadurecida no trabalho do NASF, ou que não tem experiência de trabalho na Atenção Básica, também fica difícil que um profissional se aproprie do trabalho do outro, exerça a clínica ampliada, a interdisciplinaridade, porque não tem isso na sua rotina, não teve isso na sua formação. Então, ao mesmo tempo, é difícil você manter às vezes um profissional, sendo que ele pouco conhece do trabalho do núcleo de conhecimento do outro, né? Então vira um dilema ali, né? O que vem primeiro? Está todo mundo junto para poder desenvolver a interdisciplinaridade, ou está todo mundo separado para forçar a interdisciplinaridade, correr o risco de não ter.”
(L.C. - Terapeuta Ocupacional)

Estes conflitos evidenciam divergências relacionadas ao modo de operacionalizar o trabalho, onde de um lado estão aqueles que pensam no NASF como um suporte às eSF e no outro os que pensam o NASF funcionando como ambulatório de especialidades. Esta contrariedade influencia a relação entre eSF e NASF e se traduz em embates diários no trabalho.

“reunião com a equipe de saúde é o núcleo central que eu acho que é de onde partem todas as outras ações. Eu

acho que o NASF como sendo equipe de apoio, ele trabalha com a demanda eminentemente da equipe de saúde, ou que a equipe traz, a partir do olhar que a equipe tem no território. Então acho que tanto as ações de assistência direta, de ações compartilhadas, elas têm que partir dessa discussão e desse contato direto com a equipe, bem como as articulações intersetoriais, a partir do que a gente constrói ali junto com a unidade e com as equipes.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

“[...] outras ações mal sucedidas é quando o NASF [...] entra nos extremos. Ou ele é flexível demais com a sua proposta, então ele só trabalha a partir do que a equipe trazer. Então se a equipe falar: ‘eu quero só consulta’, o NASF faz só consulta e acha que isso está tudo bem, não consegue fazer esse olhar crítico. E outra, quando ele é rígido demais, então ele fecha que ele só faz aquilo, por exemplo, ele não faz atendimento individual sozinho e não consegue flexibilizar. Então vai para os extremos e que tem a ver com o entendimento da proposta, né? Então acho que isso gera ações bem difíceis, ações que acabam não tendo sucesso. Por exemplo, nas conduções de grupos, [...] que não deram certo, ou porque eles não foram pensados em conjunto com a equipe de Saúde da Família, a demanda veio de uma ideia do profissional porque tinha determinado conhecimento naquela área e achava interessante reproduzir, ou porque ele não conseguiu construir um caminho de compartilhar isso com a equipe. Então ele acabou desenvolvendo uma coisa que fazia sentido, que tinha a ver com a demanda da equipe, mas ele fazia sozinho. E aí se aquele profissional sai, ou se as ações ali não vão indo bem, aí fica toda carga com ele, ele não compartilha nem o sucesso, nem o fracasso do grupo.” (L.C. - Terapeuta Ocupacional)

“[...] às vezes você precisa de uma equipe toda porque um profissional sozinho não vai conseguir coordenar, fazer o cuidado dessa família. Tinha uma família, uma paciente que foi prescrito uma medicação intramuscular pra ela, mas ela não aceitava a medicação. Pra isso, a gente teve que fazer um rodizio de profissionais que ia fazer a visita. Então toda a vez alguém ia lá. Então ia a equipe NASF mais auxiliar de enfermagem, equipe NASF mais o agente comunitário, [...] a gente fez isso acho que durante uns dois meses para daí ela começar a aceitar a medicação.” (F.M. - Fisioterapeuta)

“a gente fez um trabalho no início da estratégia aqui do NASF, que a gente pontuou com as equipes da estratégia todas as demandas que eles achavam necessárias [trabalhar] dentro do território, quais eram as potencialidades do território e quais eram as fragilidades do território, e quem eram os atores que gostariam de trabalhar em tais demandas. Então, a gente foi elaborando alguns grupos e aí, a gente foi tentando se encaixar nos grupos que os profissionais tinham mais perfil.” (J.A. – Nutricionista)

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos momentos finais de escrita deste trabalho dois fatos importantes ocorreram e com prováveis implicações para o trabalho em saúde e para o NASF. A primeira foi a Portaria nº 2.979 de 11 de novembro de 2019, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS, com desfinanciamento das equipes de NASF, e a segunda a epidemia mundial do COVID-19. Ambas as situações terão impactos imprevisíveis para a AB, os serviços que compõem as RAS e as resposta que serão dadas às necessidades de saúde da população.

No início deste ano de 2020, outra Portaria, de nº 99 de 7 de fevereiro, modifica o nome do NASF-AB para Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) e redefine o registro das equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ainda na Nota técnica 03/2020, os NASF-AP passaram a não receber mais o incentivo financeiro para implantação ou manutenção da proposta. Desse modo, tecnicamente o NASF deixa de existir, pois as composições das equipes multiprofissionais na AB deixam de estar vinculadas aos tipos de NASF (1, 2 e 3) e passam a ser cadastradas pelas gestões municipais nos estabelecimentos de saúde da Atenção Primária sem vinculação com equipe.

Esta nova composição que desconfigura o NASF, tem a tendência de fragmentar ainda mais o trabalho por abrir espaço para a opção do não desenvolvimento do trabalho segundo o método Apoio Matricial anteriormente prescrito às equipes pelo Ministério da Saúde. Neste caso, a dimensão sistêmica e organizacional joga um importante papel decisório no delineamento dos processos de trabalho na micropolítica, após este novo golpe que sofre a Saúde Coletiva. Resta a esperança de que gestores e profissionais de saúde possam empenhar-se para que não se reafirme a lógica da clínica tradicional hegemônica, em que cada profissional foca no seu núcleo de saber específico com pouca articulação entre equipes e interdisciplinaridade no cotidiano de

trabalho, reproduzindo mais modelos de equipes agrupamento. Esperança de que apostem ainda na troca de saberes, comuns aos processos de trabalhos cooperativos, como no caso da construção de Projetos Terapêuticos Singulares, Projeto de Saúde no Território, Apoio Matricial, ações compartilhadas, etc., apoiando a construção da integralidade do Cuidado na micropolítica do trabalho em saúde.

Estas questões não foram consideradas no desenvolvimento da tese, pois aconteceram nos momentos finais de sua elaboração. Porém ressaltamos que esta é uma discussão que deve ser acompanhada com cuidado, e esperamos que o material aqui produzido possa subsidiar esse acompanhamento.

Vimos como o apoio matricial enfrenta diversos tipos de dificuldades para ser incorporado aos processos de trabalhos concretamente operados na AB, que vão desde desinformação até barreiras de ordem política. A horizontalização e compartilhamento que este método propõe, gera tensões em arraigadas divisões sociais do trabalho e, portanto, em relações de poder. Isso talvez ajude a compreender porque, apesar da existência de materiais educativos elaborados pelo MS e artigos científicos sobre AM, este não é um conceito apreendido e legitimado da mesma forma pelos profissionais do NASF, eSF, gestores e usuários.

O exercício da especialidade do NASF na AB, por si só, não dá conta de responder à integralidade da atenção. A AB reclama o trabalho da equipe multiprofissional, torna necessária a interação com outros saberes e que nem sempre é um diálogo fácil, pois implica tensões e conflitos entre os trabalhadores, coordenadores e gestores. A construção desta experiência é uma “coisa própria” de cada equipe e em cada modelo de gestão. Entendemos que há uma relação entre a maturidade das equipes e sua capacidade de se “automatricular”, no sentido de identificar e discutir os entraves e tensões deste processo, criar estratégias para a dissolução e superação das adversidades e perceber as mudanças não apenas nos casos que acompanham, mas também no próprio operar da equipe.

Neste sentido, ressaltamos a importância de que a formação dos profissionais incorpore mais ativamente, durante a graduação, experiências de trabalho em equipe e matriciamento que dialogue com toda essa corrente mais contemporânea da formação profissional.

Vale ressaltar que, apesar do trabalho das equipes NASF notadamente aumentar a capacidade resolutiva das eSF/AB, diminuir encaminhamentos para outros serviços, contribuir na articulação dos casos da RAS, fornecer apoio educativo e a interdisciplinaridade e de fato contribuir na construção da integralidade do cuidado para pessoas e populações, demonstrou-se que o modo como foi dimensionada e construída a proposta leva a uma grande sobrecarga das equipes. Esse fato, em conjunto com os conflitos e tensões gerados pelas mudanças nas relações de poder intra-equipe, faz com que os problemas se sobressaiam em detrimento dos aspectos positivos. A baixa visibilidade e valorização dada às ações do NASF entre as OSS da cidade de São Paulo enfraqueceu sobremaneira o trabalho dessas equipes multiprofissionais, dando a falsa “visão” de que o NASF não é resolutivo, por uma suposta baixa produtividade.

A crise de identidade relacionada ao limite da atuação especializada na AB também contribui para esta visão negativa dos processos de trabalho do NASF. Mostrou-se ser necessário que estes processos sejam planejados de modo que a equipe não se torne um ambulatório na AB, mas que também não realize apenas ações generalistas como, por exemplo, a responsabilização por grupos de prevenção e promoção da saúde ou a coordenação do cuidado, sobrepondo assim funções das eSF/AB.

As equipes e gestores de NASF têm, assim, o desafio de realizar e dar visibilidade a um modo de organização do trabalho que potencializemo cuidado em saúde em linha com os princípios do SUS e com a resolutividade, para que a população seja atendida em suas necessidades.

As decisões sobre isso não são isentas de divergências, como vimos. De um lado estão aqueles que pensam no NASF como um suporte às eSF e no outro os que pensam o NASF funcionando como ambulatório de

especialidades. Esta diferença mostrou influenciar a relação entre eSF e NASF, traduzindo-se em embates diários no trabalho.

A consciência desta dimensão do aspecto relacional nos ajuda a compreender melhor os processos conflitivos e dificuldades comunicacionais que, com frequência, são interpretados, em uma leitura imediatista, como simples disputas corporativas ou contradições inerentes às relações funcionais na gestão do trabalho – sem deixar de sê-los também. Empatia, respeito, sensibilidade ao outro, senso de cooperação, gregarismo, responsabilidade, abertura ao diálogo... entendemos que todos esses valores têm uma enorme importância para a construção de interações favorecedoras da integralidade do cuidado na micropolítica das práticas de saúde, mas se são tomadas isoladamente, de forma idealizada, desconectada da dimensão macropolítica em que estão consubstanciados os processos de trabalho, não passarão de meros preceitos abstratos, difíceis de serem atingidos e fáceis de se perder.

Relacionadas a estas dificuldades, vimos, ainda, como a manutenção de uma identidade imprecisa e móvel dos profissionais do NASF nas diretrizes exaradas pelo MS torna difícil encontrar o ponto de apoio que permita de fato articular, e não justapor ou sobrepor, os diversos processos e agentes implicados na construção da integralidade do cuidado.

Por fim, mas não menos relevante, destacamos a necessidade de elucidar e trabalhar os embates macropolíticos que atravessam o desenvolvimento e aplicação de tecnologias como o NASF para compreendermos de modos menos abstratos, ingênuos ou simplistas as interações que, desde o espaço da micropolítica, se impõem como necessidade na construção da integralidade do cuidado.

Pesquisas que se debrucem sobre os processos de trabalho do NASF-AB efetivamente operados na ponta do sistema, na forma de estudos etnográficos e/ou de observação participante, além da escuta de profissionais das equipes e usuários da AB são desdobramentos reclamados para prosseguimento do programa de investigação aqui iniciado. Contribuições das ciências sociais sobre os aspectos macropolíticos envolvidos na construção e sustentação do SUS e propostas como a do NASF seguirão sendo, por outro

lado, o contraponto necessário para que se possa continuar apostando nestes dispositivos sinérgicos e ao seu projeto civilizatório.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Agostinho M. Ecomapa. *Rev Port Med Geral e Fam.* 2007;23(3):327–30.
- Almeida ER. *A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família* [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2016.
- Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Soc.* 2009;18(supl.2):11–23.
- Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS Rev Saúde Coletiva.* 2007;17(1):43–62.
- Barata LRB, Mendes JDV. Organizações sociais de saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do estado de São Paulo. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Progestores – Nota técnica 17/2006. Brasília: CONASS, 2006.
- Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público / privado. *Cien Saude Colet.* 2010;15(5):2483–95.
- Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(9):2847–56.
- Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública.* 2017;33(9):e00108116.
- Bonaldi AP, Ribeiro MD. Núcleo de apoio à saúde da família: as ações de promoção da saúde no cenário da estratégia de saúde da família. *Rev APS.* 2014;17(2):195–203.
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária à saúde. *Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados/Atenção Primária à Saúde* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2020 Jan 6]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reIHistoricoPagamentoEsf.xhtml>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família - vol 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1990 19 set.; Seção 1:1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2016 16 jun.; Seção 1:59.

Brasil. 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 União*, Brasília (DF). 2008 25 jan.; Seção 1:47.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2017 22 set.; Seção 1:68.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2011 22 out.; Seção 1:48.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2010 21 set.; Seção 1:44.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os municípios deixam de receber incentivo financeiro por equipe NASF-AB implantada. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2019 13 nov.; Seção 1:97.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 276, de 27 de janeiro de 2017. Credencia municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2017 30 jan.; Seção 1:86.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2012 31 dez.; Seção 1:223.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Amplia cobertura das ESF, UFS e UBS; estabelece financiamento de acordo com horário de funcionamento do serviço e quantitativo de equipes com ou sem equipe de saúde bucal. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2020 19 mar.; Seção 1:52.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2013 5 abr.; Seção 1:59.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2020 11 fev.; Seção 1:57.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Caderno de Atenção Básica, n. 27)

Camargo Júnior KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integridade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5a.ed.Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2007. p. 47-62. p. 37-46.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399–407.

Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Junior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2014;18(supl 1):983–95.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):393-403.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219–30.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS Rev Saúde Coletiva*. 2004;14:41–65.

Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2011;15(37):589–99.

Cecílio LCO. Cuidar é, sempre, um ato político. *Intervozes – Trabalho, saúde, cultura*. 2016;1(1):76–9.

Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Soc*. 2011;20:961–70.

European Comission. *State of Health in the UE. Companion Report 2017*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.

Freire Filho JR. *Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família [dissertação]*. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2014.

Freitas MAS, Araújo MRN. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. *Rev Bras Polít Públicas*. 2018;8(3):14–33.

Gadamer HG. *Verdade e método I: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Rio de Janeiro: Vozes; 2015.

Gomes R, Souza ER, Minayo MC S, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In.: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação métodos - abordagem programas sociais*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185-221.

Gonçalves RMA, Lancman S, Sznclwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2015;40(131): 59–74.

Heckert ALC, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*, Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010. p. 145–60.

Kalichman AO; Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(8):e00183415.

Klein AP, D'Oliveira AFPL. O “ cabo de força ” da assistência : concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(1): e00158815.

Leach B, Morgan P, Oliveira JS, Hull S, Ostbye T, Everett C. Primary care multidisciplinary teams in practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2017; 18(1):115.

Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores.

Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007. p.29-40.

Luz MT. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ, ABRASCO; 2009. p. 21-42.

Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* 5a.ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2007. p. 47-62.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* 6ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2006. p. 43-68.

Matuda CG, Pinto NRS, Matins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(8):2511–21.

Matuda CG. *Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia de Saúde da Família no município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.

Mello GA, Viana ALA. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist Ciênc Saúde.* 2012;19(4):1219-39.

Melo EA, Miranda L, Silva ALR, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em debate.* 2018;42(número especial):328–40.

Mendes-Gonçalves RB. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.

Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.* São Paulo: Cefor; 1992.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Mendes-Gonçalves RB, Ayres JRCM, Santos L, organizadores. *Saúde, sociedade e história.* São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 298-374.

Merhy EE. Engravando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p.195-206.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4.ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Aust Health*. 2005; 29(2): 211-7.

NHS England. *MDT Development - Working toward an effective multidisciplinary/multiagency team*. Wakefield: NHS England; 2015.

Paim JS. Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. *Saúde, Sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 375–92.

Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2009. p. 320-328.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103–9.

Peduzzi M. *Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população* [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):343-9.

Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Abrasco; 2009.

Pinheiro R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2007. p. 15-28.

Pinheiro R. Integralidade em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2009. p. 255-262.

Ricoeur P. *Teoria da Interpretação: o discurso e o excesso de significação*. S.l.: Edições 70; 1976.

Ricoeur P. The model of the text: meaningful action considered as a text. In: Ricoeur P. *Hermeneutics and the human sciences*. New York: Cambridge University Press; Paris: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme; 1983. p. 197-221.

Santana JS, Azevedo TL, Reichert APS, Medeiros AL, Soares MJGO. Núcleo de apoio a saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2015;7(2):2362–71.

São Paulo (cidade). Controladoria Geral do Município de São Paulo. *Portal da transparência* [internet]. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2017. Disponível em: <http://transparencia.prefeitura.sp.gov.br/Paginas/home.aspx>.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. *Diretrizes e parâmetro norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. São Paulo: SMS; 2009.

São Paulo (estado). Lei complementar nº 846, de 4 de junho de 1998. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 1998; 4 jun. Seção Executiva;108:1.

Schraibe LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Hucitec, editor. *Saúde do adulto - programas e ações na unidade básica*, São Paulo: 2000, p. 29–47.

Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28:2076–84.

Soratto J, Pires DEP, Doneles S, Lorenzetti J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto contexto – enferm*. 2015; 24(2) 584-592.

Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. n.: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação métodos - abordagem programas sociais*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185-221.p. 133-156.

Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. *Saúde Debate*. 2018;42(número especial 2):145–58.

Souza TT, Calvo MCM. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família : revisão de literatura. *Saúde Soc*. 2016;4:976–87.

Teixeira RR. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade : contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001;6(1):49–61.

Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(3):585–97.

Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde : para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(3):941–51.

Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2017;21(62):565-78.

Travagin LB. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às organizações sociais de saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(115):995–1006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL NASF

- Fale sobre sua formação.
- O que você faz no seu dia a dia?
- O que você acha mais importante e por quê?
- O que você faria diferente e por quê?
- Qual a relação do NASF com os gestores da OSS. (Há orientação com relação ao trabalho realizado? Há metas? Quais? Que tipo de interferências os gestores realizam?
- Gostaria que fosse diferente e por quê?
- O que entende por integralidade do cuidado?
- Como relaciona a integralidade do cuidado ao seu trabalho?
- Como relaciona a integralidade do cuidado ao trabalho da eNASF?
- Fale-me de situações (descreva cenas) em que você acha que o trabalho do NASF foi bem sucedido? A que você atribui o sucesso?
- Fale-me de situações (descreva cenas) em que você acha que o trabalho do NASF foi mal sucedido? A que você atribui o fracasso?
- Você vê alguma relação das situações que você descreveu com o trabalho do gestor?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR DA OSS

- Descreva o seu cotidiano de trabalho.
- Entre suas tarefas cotidianas, o que você acha mais importante? Por quê?
- O que você gostaria de fazer diferente em seu cotidiano de trabalho? Por quê?
- O que é cobrado do seu trabalho e por quem?
- Qual e como é a relação da gestão com o NASF?
- Gostaria que fosse diferente? Como e por quê?
- O que entende por integralidade?
- Como relaciona a integralidade do cuidado ao seu trabalho?
- Como relaciona a integralidade do cuidado ao trabalho do NASF?
- Fale-me de situações (descreva cenas) em que você acha que o trabalho do NASF foi bem sucedido? A que você atribui o sucesso?
- Fale-me de situações (descreva cenas) em que você acha que o trabalho do NASF foi mal sucedido? A que você atribui o fracasso?
- Você vê alguma relação das situações que você descreveu com o trabalho do gestor?

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA DO GESTOR DO DAB
PARTICIPANTE DAS DISCUSSÕES E ELABORAÇÃO DAS POLÍTICAS DO
NASF**

- Fale sobre sua formação. (Experiência profissional).
- Porque e em qual momento você fez parte das discussões e elaboração da política do NASF?
- Quais outras pessoas que participaram da construção dessa política? Como que se deu a discussão?
- Conte como foi sua participação, “coisas” que concordou ou não concordou e os motivos.
- Ficou satisfeito(a) com o resultado?
- O que faria diferente? O que poderia melhorar?
- Como você vê a terceirização da saúde na cidade de São Paulo? Acha que diferentes modelos de gestão influenciam no processo de trabalho das equipes de NASF?
- O que entende por integralidade do cuidado?
- Como relaciona integralidade do cuidado com o seu trabalho?
- Como identifica a integralidade do cuidado na política do NASF?
- Quais os próximos passos, como acha que o NASF pode evoluir?