



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

PAMELLA REGINA DA CRUZ CANTON

**POLÍTICA DE SAÚDE: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO NASF E O TRABALHO
INTERDISCIPLINAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO NASF NO
MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA.**

TOLEDO - PR

2021

PAMELLA REGINA DA CRUZ CANTON

POLÍTICA DE SAÚDE: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO NASF E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO NASF NO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA.

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), *campus* de Toledo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Serviço Social, nível de Mestrado, com área de concentração em Serviço Social, Política Social e Trabalho Profissional.

Orientador: Prof. Dr. Edson Marques Oliveira

TOLEDO - PR

2021

PAMELLA REGINA DA CRUZ CANTON

POLÍTICA DE SAÚDE: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO NASF E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO NASF NO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA.

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), *campus* de Toledo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Serviço Social, nível de Mestrado, com área de concentração em Serviço Social, Política Social e Trabalho Profissional.

Orientador: Prof. Dr. Edson Marques Oliveira.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edson Marques Oliveira
Universidade Estadual de Oeste do Paraná (UNIOESTE)

Prof. Dr. Osmir Dombrowski
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

Prof. Dra. Ane Barbara Voidelo
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Toledo, 05 de Outubro de 2021.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que participaram deste processo de construção acadêmica e que contribuíram para o alcance desta etapa que culminou nesta dissertação.

Aos familiares e amigos que apoiaram e incentivaram esta jornada acadêmica.

Ao professor Edson Marques Oliveira, que contribuiu na minha formação acadêmica, e me incentivou a percorrer esta jornada, se mostrando sempre solícito nos momentos de dificuldades, que me orientou com muito comprometimento e dedicação.

Aos professores do mestrado, que através do ensino contribuíram na minha formação e no meu amadurecimento teórico e profissional, Esther Lemos, Alfredo Baptista, Rosana Mirales, Diuslene Rodrigues, Jose Alfonso, Zelimar Bidarra, Marli Von Borstel, Osmir Dombrowski.

Aos colegas de turma que compartilharam as dificuldades e estratégias da vida acadêmica.

Agradeço também a Carmen Lucia Bordiguini Bordin, que foi sempre muito prestativa comigo, realizando funções muito além do seu papel como secretária do PPGSS, obrigada.

A todos que de uma forma ou outra, contribuíram para a realização desta etapa acadêmica.

“É melhor atirar-se à luta em busca de dias melhores, mesmo correndo o risco de perder tudo, do que permanecer estático, como os pobres de espírito, que não lutam, mas também não vencem, que não conhecem a dor da derrota, nem a glória de ressurgir dos escombros”.

BOB Marley.

CANTON, Pamella Regina da Cruz. **Política de Saúde: análise da implantação do nasf e o trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional do nasf no município de medianeira.** xxx p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo/PR, 2021.

RESUMO

Esta dissertação buscou analisar o processo histórico da política de saúde, com intuito de investigar o surgimento e desenvolvimento do NASF, enquanto equipamento inserido no âmbito da estratégia de saúde da família. Expondo o aporte legal para a implantação do mesmo, enquanto estratégia de atuação do programa, fazendo um recorte analítico quanto ao trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional do NASF, a partir do referencial e conceitual de trabalho interdisciplinar, procurando captar os desafios e potencialidades encontradas nas intervenções da equipe multiprofissional do NASF, frente a implementação dessa política social e face a realidade do município de Medianeira do Estado do Paraná. Neste sentido, os estudos no âmbito da política de saúde, vem analisando as práticas, a qualidade do cuidado, a resolutividade das ações implementadas, as expectativas dos usuários, bem como a discussão junto as profissões que norteiam a política, e o papel relevante que as equipes multiprofissionais vem ampliando nos últimos anos. A saúde passou a ser entendida além da ausência de doença, onde os determinantes não biológicos também influenciam no processo saúde-doença. Oportunizando mudança no modelo de assistência a saúde, retirando o foco do atendimento biomédico, buscando ações amplas que atendam todos os determinantes que influenciam no processo saúde-doença, realizando ações de prevenção e promoção a saúde, com foco na melhor qualidade dos atendimentos ofertados pelos profissionais de saúde. Sendo importante articular atividades de saúde coletiva junto com as intervenções de assistência clínica nos serviços de atenção básica. Deste modo, implementação o serviço do NASF – Nucleo Ampliado de Saúde da Família, é tida uma estratégia adotada para alcançar os objetivos da atenção primária de saúde, o serviço é considerado um instrumento que auxiliará nas mudanças de atitudes na atuação dos profissionais de saúde da família. Por se tratar de um serviço em que apesar das bases conceituais já discutirem os princípios que o norteiam desde a constituição federal, sua implantação nos municípios de pequeno porte foram recentes. Neste sentido, observa-se discrepância no que se refere a estrutura organizacional, recursos humanos e papel dos profissionais da equipe multiprofissional do NASF, em relação ao que está previsto teoricamente, bem como ao que se concretiza na prática diária dos municípios, isto é, entre como ele esta sendo efetivado e como ele foi tipificado, tanto por parte dos profissionais, quanto pela gestão municipal. Verifica-se que na prática cotidiana não está sendo efetivado conforme está instituído nas legislações, e que diversos fatores contribuem para esta problemática, que vão desde fatores de gestão municipal, como verba insuficiente, falta de recursos humanos, bem como, falta de capacitação, formação profissional específica, dificuldade de comunicação, etc. Porém apesar dos inumeros desafios postos a efetividade e eficácia do NASF, ainda assim, o mesmo se faz necessário, para que se busque trabalhar as questões de saúde de acordo com os pressupostos do SUS, sendo o maior deles atuar com vistas a superar o SUS legal e o SUS real.

Palavras-chave: Política de Saúde. Estratégia de Saúde da Família. NASF. Interdisciplinar.

CANTON, Pamela Regina da Cruz. **Health Policy: analysis of the implementation of nasf and the interdisciplinary work of the multidisciplinary team of nasf in the municipality of medianeira.** xxx p. Dissertation (Masters in Social Work). State University of Western Paraná, Toledo/PR, 2021.

ABSTRACT

This dissertation sought to analyze the historical process of health policy, with the aim of investigating the emergence and development of the NASF, as an equipment within the scope of the family health strategy. Exposing the legal contribution for its implementation, as a strategy for the program's performance, making an analytical approach to the interdisciplinary work of the NASF multidisciplinary team, based on the framework and conceptual of interdisciplinary work, seeking to capture the challenges and potentials found in the interventions of the multidisciplinary team of the NASF, facing the implementation of this social policy and facing the reality of the municipality of Medianeira in the State of Paraná. In this sense, studies within the scope of health policy have been analyzing the practices, the quality of care, the resoluteness of the actions implemented, the expectations of users, as well as the discussion with the professions that guide the policy, and the relevant role that the multidisciplinary teams have been expanding in recent years. Health came to be understood beyond the absence of disease, where non-biological determinants also influence the health-disease process. Creating opportunities for change in the health care model, removing the focus from biomedical care, seeking broad actions that meet all the determinants that influence the health-disease process, carrying out prevention and health promotion actions, focusing on the best quality of care offered by Health professionals. It is important to articulate collective health activities together with clinical care interventions in primary care services. Thus, implementing the NASF service - Extended Family Health Nucleus, a strategy is adopted to achieve the goals of primary health care, the service is considered an instrument that will help in changing attitudes in the performance of health professionals in the family. As it is a service in which, despite the conceptual bases already discussing the principles that have guided it since the federal constitution, its implementation in small municipalities was recent. In this sense, there is a discrepancy regarding the organizational structure, human resources and the role of professionals in the multidisciplinary team of the NASF, in relation to what is theoretically foreseen, as well as what is materialized in the daily practice of the municipalities, that is, between how it is being implemented and how it was typified, both by professionals and by the municipal administration. It appears that in daily practice it is not being carried out as established in the legislation, and that several factors contribute to this problem, ranging from municipal management factors, such as insufficient funding, lack of human resources, as well as lack of training, specific professional training, communication difficulties, etc. However, despite the numerous challenges posed to the effectiveness and efficiency of the NASF, it is still necessary to seek to work on health issues in accordance with the SUS assumptions, the largest of which is acting with a view to overcoming the SUS legal and the real SUS.

Keywords: Health Policy. Family Health Strategy. NASF Interdisciplinary.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS – Atenção Primária de Saúde.
- BM – Banco Mundial.
- CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões.
- CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial.
- CF – Constituição Federal.
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.
- EPS – Educação Permanente em Saúde.
- ESF – Estratégia de Saúde da Família.
- EUA – Estados Unidos da América.
- FMI – Fundo Monetário Internacional.
- IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.
- LOS – Lei Orgânica de Saúde.
- MS – Ministério da Saúde.
- NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família.
- NOB – Normas Operacionais Básicas.
- OMS – Organização Mundial da Saúde.
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.
- PSF – Programa Saúde da Família.
- PSS – Processo Seletivo Simplificado.
- PST – Projeto de Saúde no Território.
- PTS – Projeto Terapêutico Singular.
- SF – Saúde da Família.
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde.
- SUS – Sistema Único de Saúde.
- UBS – Unidade Básica de Saúde.
- UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund – Fundo das Nações Unidas para Infância.
- USF – Unidade Saúde da Família.
- URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas.
- UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE.....	13
1.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E A ATENÇÃO BÁSICA	14
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO NASF.....	26
2. CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR DO NASF.	36
2.1 DESVELANDO A CATEGORIA TRABALHO.....	36
2.2 TRABALHO INTERDISCIPLINAR: DESAFIOS E POTENCIALIDADES	45
2.3 A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO NASF	52
3. REALIDADE DO NASF NO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA.....	61
3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	61
3.2 ESTUDO DE CASO: ANÁLISE DAS ESPECIFICIDADES DO NASF EM MEDIANEIRA.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	86

INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi construída a partir da problemática existente entre as diretrizes e normativas que baseiam os pressupostos do trabalho do NASF frente à atuação cotidiana do serviço, tendo como objetivo, analisar o processo de implantação do NASF no município de Medianeira, bem como explicar como se dá o processo de trabalho no serviço do NASF, enfatizando tanto os aspectos de gestão, como do trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional do NASF. Essa construção, também se dá a partir da inserção da autora como assistente social membro da equipe interdisciplinar no processo de implantação desse trabalho o que permitiu ter um olhar ativo, participativo e vivencial do processo. A qual atua em contrato efetivo no serviço, e onde no contato com os municípios da região, observa-se que os desafios relatados pelos profissionais assemelham-se nas problemáticas enfrentadas.

Neste sentido elencou-se alguns objetivos específicos que pudessem contribuir para a compreensão da problemática levantada, sendo eles: analisar a trajetória histórica da política de saúde; realizar estudo da proposta e caracterização do NASF; compreender os aspectos fundamentais do processo de gestão e de implantação deste serviço e apresentar o processo de trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional do NASF. Assim, buscou-se em seu escopo teórico apresentar as transformações que a saúde passou nos últimos anos, para posteriormente correlacionar este contexto a implantação e implementação do NASF, bem como com o trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional do NASF.

Neste sentido, o primeiro capítulo apresenta as transformações históricas que a sociedade passou, as quais implicaram diretamente no conceito de saúde, onde saúde passou a ser entendida além da ausência de doença, onde os determinantes não biológicos também influenciam no processo saúde-doença. Assim, com a ampliação da compreensão das causas e determinações que influenciam no processo saúde/doença, propiciaram-se novos métodos e tendências que buscassem intervir com medidas que visem à proteção a saúde e combate a doença.

Verifica-se então, a construção de uma política de saúde em que o SUS integra-se ao tripé da seguridade social, e o reconhecimento da saúde enquanto direito social, sendo esta uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira. A implantação do SUS no Brasil é consequência de reivindicações que culminaram no reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, o qual deve ofertar assistência integral e gratuita à população, pautada nos princípios de igualdade e cidadania e livre de discriminação.

Evidenciando-se um avanço no que tange a política de saúde nos últimos anos, com um enfoque na Atenção Primária à Saúde – APS. Assim, o país tem focado na formulação, implementação e consolidação de política que ofereça promoção, proteção e recuperação da saúde. No âmbito das três esferas de governo (Municipal, Estadual e Federal) a política de saúde está embasada na percepção de que a Atenção Primária à Saúde é essencial para garantir o bom desenvolvimento do sistema de saúde, bem como efetivar os princípios fundamentais, da universalidade, da equidade, da descentralização, da integralidade e da participação da sociedade.

Com base nesta discussão, a Estratégia de Saúde da Família não representa apenas um programa setorial de saúde, ela transcendeu esse status e transformou-se em um marco divisor entre o modelo assistencial tradicional e o novo modelo assistencial de saúde, não serviu apenas para organizar a atenção básica de saúde, mas sim para reestruturar o sistema público de saúde, pautado em uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS.

Neste sentido, a ESF, buscando a efetividade de suas intervenções, teve entre as estratégias de atuação, a criação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, o qual surge como mecanismo de apoio à Estratégia de Saúde da Família, enquanto um serviço que busca garantir a continuidade e a integralidade da atenção básica, oportunizando deste modo a expansão primária em saúde, prestando suporte às equipes de saúde da família em seus territórios, para garantir de que a população tenha acesso aos serviços de saúde, através do trabalho interdisciplinar do NASF.

Já no segundo capítulo buscando compreender a dinâmica do processo de trabalho do NASF que se baseia na ação interdisciplinar, será exposto o conceito de interdisciplinariedade, porém se verificou também necessário entender a categoria Trabalho, assim, neste capítulo constará uma breve caracterização acerca do trabalho e das transformações sofridas pelo mundo do trabalho e o contexto sócio-econômico que o mesmo esteve inserido. Para então, explicitar acerca dos desafios e potencialidade do trabalho interdisciplinar com um enfoque para o trabalho interdisciplinar como estratégia de atuação da equipe multiprofissional do NASF.

Visto que, ao longo da história, as relações de trabalho foram se modificando, e o trabalhador precisou de adequar as necessidades e exigências do mercado de trabalho. Neste sentido, a influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, em que cada profissional realiza parcelas do trabalho sem uma integração com as demais áreas envolvidas, não estava mais atendendo às necessidades da sociedade, pois, tem sido apontada como uma

das razões que dificultam a realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que dele usufruem. Considerando-se a realidade e as especificidades do trabalho em saúde, que é desenvolvido por seres humanos para outros seres humanos, cuja complexidade ultrapassa os saberes de uma única profissão, é que se tem defendido que o trabalho em saúde deve envolver práticas que se identificam com o que tem sido classificado como multi, pluri, inter e transdisciplinaridade, por uma necessidade própria da evolução do conhecimento e da complexidade que vão assumindo os problemas de saúde na realidade atual.

Nesta perspectiva, a interdisciplinaridade visa a garantir a construção de um conhecimento globalizante, rompendo com as fronteiras das disciplinas. Para isso, integrar conteúdos não seria suficiente. Seria preciso uma atitude e postura interdisciplinar. Atitude de busca, envolvimento, compromisso, reciprocidade diante do conhecimento. Ela, decorre da possibilidade concreta de se ultrapassar as disciplinas na direção da construção de ações interdisciplinares. Isso não significa negar as diferentes disciplinas ou desqualificar os conhecimentos por elas produzidos, mas, partindo de tais conhecimentos, negar e superar as fronteiras de cada uma na direção de formas de compreensão dos fenômenos e processos que possam estar mais próximas das realidades de onde partem, sendo apropriadas pelo maior número de pessoas possível.

Neste sentido, podemos compreender que, a efetividade do trabalho em equipe ocorre quando as ações da equipe na estruturação do processo de trabalho tem como enfoque o âmbito familiar e a realidade sociocultural e econômica do paciente, o cumprimento de carga horária integral no serviço, a realização periódica de reuniões de equipe, o trabalho em equipe baseado na concepção ampliada de saúde e da promoção da saúde, a realização do trabalho intersetorial, humanizado e a construção de vínculo com a demanda atendida e demais profissionais, com ênfase na comunicação.

Por fim, no terceiro capítulo é apresentada a metodologia utilizada neste trabalho, no qual se utilizou entre outros instrumentais o estudo de caso, no qual se fez uma análise minuciosa da estrutura organizacional de trabalho do NASF do município de Medianeira, relatando dados desde sua implantação e correlacionando estes dados as normativas que norteiam a estrutura prevista para o serviço.

1. CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE

Neste capítulo buscar-se-á apresentar brevemente as transformações que a saúde passou nos últimos anos, a qual tem como marco a Reforma Sanitária para posteriormente correlacionar este contexto a implantação e implementação do NASF, oportunizando uma análise acerca da atuação interdisciplinar da equipe multiprofissional do NASF.

Segundo Campos (2006) os conflitos que tangem a saúde pública x saúde privada sempre esteve presente nos cenários mundiais, estendendo-se as discussões por todo século XX, onde com as revoluções comunistas e estruturação do socialismo, e tendo como suporte a ascensão dos partidos trabalhistas, socialistas e social democratas, os países europeus começaram a desenvolver projetos e iniciativas que visavam à distribuição de renda, no intuito de garantir o bem estar social através de políticas públicas. Desta maneira, amplia-se o escopo e a abrangência das políticas públicas de saúde, onde o Estado passa a ser responsável não somente no que se refere aos problemas de saúde coletiva, mas também as questões de saúde individuais das pessoas. No Brasil, estas mudanças passam a serem implementadas a partir de 1988 com a CF - Constituição Federal e a regulamentação do SUS – Sistema Único de Saúde através da Lei 8080 de 1990.

Ainda com base no autor, verificou-se que no Brasil a reforma sanitária ocorreu tardiamente, enquanto no restante do mundo o socialismo encontrava-se em declínio e se praticava o neo-reformismo liberal, o Brasil estava em um processo de reformismo da saúde, o que respaldou a construção de um sistema público de saúde no país. Entretanto muitos autores consideraram a reforma sanitária brasileira bem sucedida, visto que com ela se estabelece novo modelo assistencial de saúde, o qual tem como alicerce a busca pela garantia do direito universal e a atenção integral a saúde, por meio de política pública descentralizada e participativa.

Desta forma, entende-se que a política de saúde deve ser pensada de modo articulado as demais políticas, visto que a saúde é complexa, e necessita ser compreendida enquanto produção social, fruto das relações sociais, em que as políticas incidem diretamente sobre os determinantes sociais¹ no âmbito da saúde.

Há inúmeras explicações acerca do processo saúde/doença, no que se refere a forma em que a saúde e enfermidades são produzidas. Algumas linhas tem um enfoque nos

¹ Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (apud BUSS; FILHO, 2007).

microorganismos, ou genética e outras defendem modelos que analisam as determinações sociais do processo saúde e doença, os quais enfatizam a necessidade tanto de ações preventivas quanto de curativas, atreladas as ações com demais políticas públicas, para Carvalho e Buss,

Pode-se dizer que o esforço humano para compreender o processo saúde-doença e intervir nele desde sempre defrontou-se com a interveniência de várias classes de fatores determinantes: físicos ou metafísicos, naturais ou sociais, individuais ou coletivos. Tais fatores combinavam-se para fazer predominar ora uma visão ontológica da doença (doença como uma “entidade” que se apossava do corpo), ora uma visão funcionalista (doença como um desequilíbrio interno ou externo ao corpo). Ao longo da história e dos sucessivos modelos de civilizações, combinaram-se de forma variada esses diversos conceitos, em consonância com os padrões vigentes de conhecimento e organização social. (...) o desenvolvimento dos conhecimentos e práticas de saúde não seguiu uma sequência linear, cumulativa, ao longo da história, havendo avanços e retrocessos, idas e vindas das crenças e modelos dominantes. (apud GIOVANELLA, 2012, p. 121-122).

Assim, com a ampliação da compreensão das causas e determinações que influenciam no processo saúde/doença, propiciaram-se novos métodos e tendências que buscassem intervir com medidas que visem à proteção a saúde e combate a doença, a partir destes fatores, é que se apresentou a necessidade de atuação interdisciplinar para atender a complexidade das situações encontradas.

1.1 O Sistema Único de Saúde – SUS e a Atenção Básica

O Sistema Único de Saúde (SUS) integra-se ao tripé da seguridade social, e reconhece a saúde enquanto direito social, sendo esta uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira. A implantação do SUS no Brasil é consequência de reivindicações que culminaram no reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, o qual deve ofertar assistência integral e gratuita à população, pautada nos princípios de igualdade e cidadania e livre de discriminação.

O SUS pode ser compreendido como uma estrutura organizacional, que possibilita subsídios para a efetivação da política de saúde no Brasil, esboçando através de ações os princípios e diretrizes desta política. Nesta perspectiva, o SUS se estabelece enquanto organização articulada aos serviços e ações em saúde no âmbito das três esferas de governo

(Municipal, Estadual e Federal) bem como da área privada (complementar), quando estes são contratados ou conveniados. Deste modo compreende-se que o SUS,

Foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e subsistemas de base territorial — estaduais, regionais e municipais — para atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde. (...) Assim, o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531-532).

A saúde antes da implantação do SUS era entendida como o estado de ausência de doença. Deste modo, era considerado apenas os aspectos físicos e biológicos do sujeito para avaliar de o mesmo com saúde ou doente. Nesta época, havia uma divisão na política de saúde entre a saúde pública e a medicina previdenciária. Bravo (2006, p.4) expõe que a saúde pública se apresentava com foco os serviços de combate as endemias e condições sanitárias mínimas, que tinham caráter impositivo e autoritário, o qual prevaleceu até meados da década de 1960 e a medicina previdenciária que baseava-se em ações de cunho curativo.

A medicina previdenciária iniciou com a criação das caixas de aposentadoria e pensões (CAPs) em 1930, as quais eram organizadas internamente nas empresas para os trabalhadores. Subsequentemente elas transformaram-se nos institutos de aposentadorias em pensões (IAPs), os quais eram organizados em nível nacional, sendo que cada categoria profissional tinha um instituto que os representava. Entretanto, em 1966 os IAPs se unificaram e transformaram-se no instituto nacional de previdência social (INPS). Neste sistema, apenas os trabalhadores de carteira assinada eram beneficiados pela assistência médica oferecida, pois era vinculado a contribuição previdenciária. (PAIM, 2009, p.33). Portanto, a assistência médica previdenciária “(...) até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos institutos.” (BRAVO, 2006, p.92-93).

Deste modo, havia uma precarização da assistência médica a saúde, pois ela não atendia as demandas da população. Além disso, o setor público apresentava defasagem devido a falta de investimentos em política pública de saúde, pois, a saúde não era tida como prioridade. O período da ditadura militar é definido pela repressão, autoritarismo e censura, onde o Estado agia através da ambiguidade repressão/assistência, ampliando e burocratizando a política assistencial como forma de controle social, buscando amenizar as tensões sociais. (BRAVO, 2006, p.6).

Em 1966 ações do Estado culminaram na unificação dos IAPs no INPS, com intuito de desmobilizar politicamente os trabalhadores da gestão previdenciária, tornando-os apenas financiadores, tendo como foco legitimar o controle social e regulatório estatal (BRAVO, 2006, p.6).

Em meados de 1970, houve a reorganização dos movimentos sociais, no qual se destacava o movimento que defendia a reforma sanitária e implantação do SUS, que lutava pelo direito a saúde e a reestruturação dos sistemas de serviços. Este movimento era representado por profissionais de saúde, segmentos populares, estudantes e pesquisadores (PAIM, 2009, p.24).

Superada a ditadura militar em meados da década de 1980, o Brasil passava por um processo de redemocratização política, e ao mesmo tempo estava sendo atingido por uma profunda e prolongada crise econômica. Nesta perspectiva, a proposta de universalização do acesso à saúde e reestruturação do setor, tornou-se essencial e propício ao momento que a sociedade se encontrava (BRAVO, 2006, p.8-9).

Sendo assim, o que se compreende é que o SUS é fruto do movimento da reforma sanitária, oriundo da luta política em prol do reconhecimento da saúde como direitos de todos e dever do Estado, da universalização do acesso aos serviços de saúde e da integralidade da saúde, em busca de uma construção de cidadania.

Cabe salientar que, a reforma sanitária não estava alheia ao contexto mundial, diversas discussões no âmbito da política de saúde estavam acontecendo concomitantemente em foro internacional, dentre os eventos que tiveram mais impacto neste processo, estão duas conferências que originaram os documentos que embasaram o movimento, são eles Declaração de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986).

Da primeira conferência internacional sobre os cuidados primários de saúde, que ocorreu em Alma-Ata (antiga URSS) em 1978, resultou a Declaração de Alma-Ata, que tinha como objetivo estabelecer a saúde como um direito humano fundamental, bem como a promoção em saúde focada nos cuidados primários. A mesma, ressaltava ser primordial que,

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, bem como entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e

internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos eles a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração (1978, s/p).

A declaração de Alma-Ata utilizava-se do lema “Saúde para todos até 2000”(1978), a partir dela o enfoque na atenção primária foi estabelecido como estratégia para melhorar a saúde.

No que se refere à Carta de Ottawa, esta foi fruto da primeira conferência internacional sobre a promoção de saúde, realizada em 1986 no Canadá, sendo considerada o marco das discussões sobre promoção em saúde, a mesma tinha como intuito contribuir para o alcance do objetivo levantado pela Declaração de Alma-Ata que era saúde para todos,

Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões localizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor (OTTAWA, 1986 s/p).

Ela era baseada nas discussões sobre promoção de saúde e definia que,

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OTTAWA, 1986 s/p).

Estes debates internacionais refletiram diretamente do movimento de reforma sanitária no Brasil, o qual buscava reestruturar um sistema que respaldasse a saúde enquanto direito social, que não necessitasse de contribuição ou de comprovação de pobreza. Neste âmbito, a sociedade se mobilizou para efetivar a garantia de seus direitos e melhor qualidade de vida, devido a situações precárias que vivenciavam.

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi o marco destas discussões, na oportunidade foram levantadas propostas de um novo modelo de estruturação da saúde. O evento contou com a participação de vários segmentos da sociedade civil, como: profissionais de saúde, sindicatos e partidos políticos, totalizando aproximadamente 4.500 pessoas. (BRAVO, 2006, p.9).

De acordo com BRAVO,

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (2006, p.9).

Cabe destacar que este processo encontrou resistência, segundo PAIM (2009, p.24) alguns grupos sociais vinculados ao modelo médico privatista se mobilizaram para garantir legislações que também os favorecessem, para evitar que a implantação deste sistema de saúde universal prejudicasse seus negócios.

Entretanto, apesar dos conflitos existentes, estas discussões possibilitaram ampla legitimação dos princípios e diretrizes do movimento da Reforma Sanitária, sendo estes princípios e diretrizes, bem como a responsabilidade do Estado – tanto a execução das ações, quanto na oferta dos serviços necessária para garantia deste direito, - incorporados ao texto constitucional em 1988. Podendo ser observado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), Mendes contribuía para esclarecimento deste artigo,

(...) no artigo 196 e inciso I da Constituição Federal, declara que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes, dentre elas a descentralização, com direção única em cada esfera de governo. A legislação infraconstitucional, por intermédio da lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, reiterou a diretriz da descentralização e a definiu operacionalmente, protagonizando a municipalização das ações e dos serviços de saúde (...)(2001, p. 26-27).

Assim, após muitas discussões e pressão popular houve a aprovação do SUS na Constituição Federal de 1988, o qual foi implementado e regulamentado com a aprovação da LOS - Lei Orgânica de Saúde (lei n.º 8.080). A lei também estabelece a participação do setor

privado no sistema de saúde, enquanto rede de saúde complementar, porém vedando a destinação de recursos financeiros para entidades com fins lucrativos.

Deste modo, compreende-se que a saúde, é entendida enquanto processo resultante da aplicação de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, como integrante da seguridade social, cujas ações e serviços devem ser realizados por um Sistema Único de Saúde. Nesta perspectiva, através da constituição houve a incorporação das propostas levantadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo estabelecido através dos artigos 196 a 200 da CF/88 a política de saúde e a criação do SUS, os quais foram amplamente regulamentados pela lei nº8.080 e 8.142 em 1990.

O artigo 196º da CF/1988 define “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988). No artigo 4º da LOS define que “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990).

Considera-se que após a aprovação da Constituição houve um avanço significativo no âmbito da política de saúde, visto que esta passou a ser reconhecido como direito de todos e dever do Estado, devendo o mesmo garantir acesso universal e gratuito. Outro marco relevante para a política de saúde, a qual estava se estruturando em um período político opressor, foi a promulgação da lei nº8.142/90 que regulamentou a participação da sociedade civil, garantindo um controle social, o qual a sociedade participava através de conselhos de saúde e conferências, participando das deliberações pertinentes a saúde e seu financiamento. Outra conquista é a aprovação das Normas Operacionais Básicas- NOB² que orienta a operacionalização do SUS.

Nesta perspectiva, o SUS se legitima enquanto “Um sistema organizado em rede regionalizada e hierarquizada, de gestão compartilhada, cujas as ações e serviços são negociados em instâncias de pactuação, envolvendo as três esferas de governo” (ANDRADE; BARRETO; PAULA, 2011, p.37).

Segundo o paragrafo 1 do artigo 2º da Lei Organica de Saúde,

² A NOB/SUS 01/96 promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os Municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e Municípios. (BRASIL, 1996).

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos e doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para a sua promoção proteção e recuperação. (BRASIL,1990).

A política de saúde é embasada pelos princípios de universalidade, que estabelece a saúde como direito fundamental do cidadão que independe de contribuição; de integralidade, que busca atender as diversas demandas dos usuários, oportunizando a promoção em saúde, prevenção e cura da enfermidade; e da equidade, que representa um atendimento igualitário, sem discriminações, preconceitos e privilégios. Além dos princípios organizativos que são: regionalização e hierarquização, descentralização, comando único e participação popular.

Conforme Vasconcelos; Pasche (2006, p.532) a incorporação do SUS, normatiza e regulamentado legalmente amplia a definição de saúde, ocasionando a superação do entendimento de saúde, passando a considerar os fatores econômicos, culturais, sociais e biológicos como condicionantes. A partir de uma visão global e integralizada no que tange as ações e serviços de saúde, sendo necessário a aplicação de novos modelos de intervenção.

Portanto, a percepção de saúde que era compreendida como a ausência de doença, com estas reformulações passou a ser entendida e defendida pela Organização Mundial de Saúde – OMS, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Isso significa que alguns fatores como a alimentação, a moradia, o ambiente, a renda e a atividade física são determinantes, pois influenciam na qualidade de vida das pessoas, neste âmbito que se norteia o princípio da integralidade.

Com base na LOS verifica-se que a atenção integral à saúde deverá ocorrer através da promoção, proteção e recuperação da saúde. PAIM (2009, 29) considera que quando de busca promover a qualidade de vida, deve primeiramente oportunizar o acesso da população a educação, lazer, ambiente saudável, cultura, paz, etc. pois estes condicionantes influenciam diretamente na saúde do indivíduo. Para Czeresnia (2003, p.43) “a ideia de promoção da saúde envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde.” A proteção está relacionada diretamente as ações de redução e/ou eliminação dos riscos à saúde, buscando o controle da propagação de doenças. E no que se refere à recuperação, PAIM (2009, p. 29) destaca que a melhor forma de evitar o agravamento da doença é garantir um diagnóstico precoce, neste sentido o mesmo aponta atenção básica na comunidade e a assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar como estratégias para recuperação da saúde.

Deste modo, Teixeira (1989) aponta diversos avanços referente à política de saúde,

marcado pelas reivindicações do movimento da Reforma Sanitária contemplado constitucionalmente, entre as principais conquistas estão:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (apud, BRAVO, 2006, p.10-11).

Buscando atender as demandas conforme o nível de complexidade, o Sistema único de Saúde foi dividido em três níveis: atenção primária, que é a porta de entrada do SUS, compreendem os serviços com maior público, tendo como foco a promoção, prevenção e recuperação da saúde, estes são ofertados nas UBS, sendo a família o ponto de estratégia, todos os municípios devem prestar este nível; a atenção secundária, que compreende os serviços de média complexidade, sendo os atendimentos realizados em ambulatórios e hospitais; e a atenção terciária, composta pelos serviços de alta complexidade, prestados em hospitais de grande porte, os quais dispõem de recursos tecnológicos de alto custo. Neste capítulo, estaremos aprofundando melhor sobre a atenção primária, a qual o serviço do NASF integra.

No contexto histórico brasileiro evidenciou-se um avanço no que tange a política de saúde nos últimos anos, com um enfoque na Atenção Primária à Saúde – APS. Assim, o país tem focado na formulação, implementação e consolidação de política que oferte promoção, proteção e recuperação da saúde. No âmbito das três esferas de governo (Municipal, Estadual e Federal) a política de saúde está embasada na percepção de que a Atenção Primária à Saúde é essencial para garantir o bom desenvolvimento do sistema de saúde, bem como efetivar os princípios fundamentais, da universalidade, da equidade, da descentralização, da integralidade e da participação da sociedade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em

diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Na definição já clássica de Bárbara Starfield, APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.

A estratégia saúde da família (ESF), vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito a saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS, A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país. (BRASIL, 2010, p.7).

Estudos do Ministério da Saúde (2007, p.10) demonstram que a Atenção Primária à Saúde, baseada, sobretudo, na Estratégia de Saúde da Família, apresenta impacto positivo na política de saúde brasileira. Deste modo, observa-se que a atenção básica representa um elemento chave na política de saúde, o qual está influenciando nos indicadores de saúde.

Cabe ressaltar que, historicamente, a Atenção Primária em Saúde vem subsidiando o contexto da reorganização da lógica assistencial do Sistema Único de Saúde, o qual iniciou em 1994 com a implantação do Programa Saúde da Família – PSF, sendo que o mesmo já incorporou a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (1991). O PACS também baseado em experiências anteriores bem sucedidas, tinha como intuito propiciar a população o acesso e a universalização dos serviços de saúde, através de ações descentralizadas de prevenção e promoção em saúde. Em ambos os programas (PSF e PACS) o foco de atuação está na família, o que demonstra a mudança no modelo de atendimento a saúde, que antes era norteado pelo atendimento emergencial ao doente, passando para o enfoque na família e no ambiente que o usuário vive. (VIANA e DAL POZ, 1998, p.230-231).

A nomenclatura do Programa Saúde da Família, foi se modificando ao longo dos anos, por se tratar de um programa contínuo, a essência dos princípios e diretrizes permaneceram seguidos pelos programas de estratégias em saúde que seguiram posteriormente. Neste sentido, Mendes afirma que,

O correto entendimento do conceito de atenção primária à saúde dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. Só haverá atenção

primária à saúde de qualidade quando esses seis princípios estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade. (2002, p.13).

Nesta perspectiva, compreende-se que a implantação do Programa Saúde da Família possibilita a reorganização da rede de assistência a saúde, pautado numa política que busca a universalização do acesso à saúde e instiga a descentralização dos serviços de saúde. Portanto o PSF enquanto estratégia de saúde, foi formulado para “ estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS” (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p.802).

Todas estas mudanças mencionadas acerca da política de saúde buscavam melhorar o estado de saúde da população, através de intervenções que oportunizassem a promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação do usuário, com uma abordagem individual, familiar e comunitária, seguindo os princípios e diretrizes do SUS. São ações que procuravam substituir o modelo tradicional, propiciando novas práticas profissionais, onde atendimento clínico e promoção em saúde são realizados concomitantemente. Nesta perspectiva, a equipe de saúde precisa ter diferentes profissionais, pois trata-se de um serviço que é a porta de entrada do SUS, onde se realiza o primeiro contato com os sujeitos, que visa atender as mais diversas situações, no mínimo deve ser composta por: um médico (clínico geral ou de família), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Portanto,

Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, nesse, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. (BRASIL, 1997, p.8).

Assim, o discurso oficial é priorizar investimentos na atenção básica para evitar o surgimento da doença ou o agravamento desta quando já existente, articulada com a assistência curativa e de alta complexidade.

A expansão deste novo modelo assistencial de saúde, ganhou força com a regulamentação da Norma Operacional Básica – NOB/96, que viabilizou a descentralização dos recursos e a municipalização da gestão dos serviços de saúde, que contempla as orientações acerca dos recursos financeiros e a obrigatoriedade do controle social, bem como das responsabilidades dos municípios enquanto gestores (COIMBRA et al., 2005, p.114).

Então a estratégia de saúde da família se consolidou com a NOB-SUS em 1996, visto que esta normativa prioriza os recursos para a atenção básica, propondo um sistema de saúde focado na qualidade de vida da pessoas e do ambiente em que vivem, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, essencialmente com a família.

Em 2006 com a homologação da Portaria nº648 que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, o Programa Saúde da Família se fortalece e adere a uma nova modelagem, a partir de então, a atenção básica está regulamentada e passa a ser preferencialmente porta de entrada do SUS. A PNAB fica efetivamente alinhada aos princípios e diretrizes do SUS, ficando atrelada ao propósito inscrito do Pacto pela Saúde em 2006. O Pacto é um documento que viabiliza os acordos entre as três esferas de governo, possibilitando inovações nos processos e resolutividade das demandas. Além disso, o documento coloca o PSF como estratégia principal do MS - Ministério da Saúde, organizando a atenção básica, e passando a denominar-se como Estratégia de Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo uma análise permanente da saúde da população, efetivando práticas que melhor se adequem ao enfrentamento das demandas existentes. Ela incorpora os princípios do SUS, se estruturando a partir de uma Unidade de Saúde da Família – USF ou Unidade Básica de Saúde - UBS. Além dos princípios gerais da atenção básica a estratégia de Saúde da família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde/doença da população; III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V - ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006, p. 20).

Para o alcance destes princípios tem-se com estratégia o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, para atender as necessidades da comunidade é necessário profissionais de diferentes áreas do saber atuando conjuntamente para dar conta das complexidades das demandas encontradas, estabelecendo vínculos entre os profissionais e as famílias assistidas. As equipes devem realizar diagnósticos da comunidade referenciada, o qual permitira:

- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (...) (BRASIL, 1997, p.14).

É através da equipe multiprofissional que as demandas do diagnóstico de saúde devem ser enfrentadas, sendo observado os diferentes conhecimentos profissionais da equipe, conseguindo desta forma maior impacto sobre os diferentes fatores que influenciam no processo saúde/doença.

Esta mudança do modelo assistencial, focalizado e seletivo de assistência à saúde para um sistema que incentive ações preventivas, de promoção e assistência, somado aos saberes multiprofissionais, garantem a perspectiva de universalidade e integralidade, entretanto causam grande impacto na política de saúde.

Neste sentido, visivelmente estas mudanças foram permeadas por muitos desafios, pois a proposta requer aperfeiçoamento constante dos profissionais de saúde, e estes precisam estar aptos e dispostos a mudar suas estratégias de intervenção para estar em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS, bem como compreender os limites para sua atuação profissional.

Entretanto, uma das principais dificuldades encontradas na implantação do ESF diz respeito à falta de profissionais para atender esta nova realidade (CAMPOS; BELISARIO, 2001, s/p). a Estratégia de Saúde da Família, necessita de profissionais com formação generalista, capazes de atender efetivamente as situações complexas pertinentes a atenção básica. Além disso, segundo Serapioni e Silva (2006, p.4319-4320), em sua pesquisa realizada em 2006, verificou-se que é necessário ainda melhorar a estrutura física e o ambiente de trabalho das equipes dos PSF, bem como respeitar o processo de trabalho, pois em razão da ampla demanda de intervenções ambulatoriais, os profissionais praticamente não conseguem realizar as visitas domiciliares e atividades de promoção em saúde. Entretanto os autores verificaram satisfação por parte dos usuários no que se refere a qualidade dos serviços de saúde, porém os mesmos ressaltam que o contexto socioeconômico desses usuários, visto que para pessoas que residem em áreas rurais, por exemplo, onde o acesso a serviço de saúde historicamente foi difícil, ser atendimento por um médico já pode gerar satisfação.

Teixeira evidencia uma contradição existente nas políticas públicas, onde uma política

compensatória e de baixo custo, serviria como um controle social do Estado, visando atenuar os conflitos. Deste modo, desafio da política de saúde é prestar a atenção integral a saúde, para que o “PSF seja visto como estratégia de ação e não mais um programa vericalizado/centralizado” (2002, p.242). Relacionado a este desafio, preocupa-se que este modelo de assistência, “tende a reproduzir a prática médica que trata de patologias e não de cidadãos (2002, p.238). pois o que observa-se é que muitos profissionais continuam com a visão focada na doença, compreendendo o usuário em sua totalidade, enquanto sujeitos sociais.

Outro fator desfavorável é a falta de capacitação dos profissionais, Rosa e Labate (2005, s/p), enfatiza que estes profissionais, têm suas ações pautadas no tratamento e cura dos sujeitos, colocando as ações de promoção e prevenção de saúde, em segundo plano, a autora destaca ainda que, este posicionamento é um reflexo da formação dos profissionais, que precisa ser revista.

Contudo, considera-se que a proposta do ESF oportunizou avanços significativos no modelo de assistência à saúde, porém que se faz necessário ainda, investimentos em recursos humanos, capacitações de profissionais, para assim, garantir entre os profissionais, a família e a comunidade, afim de prestar assistência integral aos sujeitos.

A Estratégia de Saúde da Família não representa apenas um programa setorial de saúde, ela transcendeu esse status e transformou-se em um marco divisor entre o modelo assistencial tradicional e o novo modelo assistencial de saúde, não serviu apenas para organizar a atenção básica de saúde, mas sim para reestruturar o sistema público de saúde, pautado em uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS.

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família, buscando a efetividade de suas intervenções, teve entre as estratégias de atuação, a criação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF, o qual é o foco de pesquisa deste trabalho, e estaremos descrevendo abaixo.

1.2 Caracterização do NASF

Concomitante as práticas de estratégia de saúde da família, muitos desafios se apresentam ainda ante a efetividade dos princípios e diretrizes postas à atenção básica, visto que ao serviço público se aproximar das necessidades sociais e de saúde, as demandas que até então estavam reprimidas, se explicitam. Entre os desafios encontrados a ESF, está integração da mesma a rede assistencial, maior

resolutividade dos casos, capacidade de compartilhar e realizar a coordenação do cuidado. Com o intuito de superar estas dificuldades, o Ministério da saúde, em 2008, cria o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF³ (BRASIL, 2010, p.7) através da portaria GM n°154, buscando ampliar a abrangência e as ações da Atenção Básica, reforçando o processo de territorialização e regionalização em saúde.

Neste sentido o NASF surge como mecanismo de apoio a Estratégia de Saúde da Família, enquanto um serviço que busca garantir a continuidade e a integralidade da atenção básica, oportunizando deste modo a expansão primária em saúde, prestando suporte as equipes de saúde da família em seus territórios, para garantia de que a população tenha acesso aos serviços de saúde.

Segundo Kruger e Moscon (2010) o Ministério da Saúde vinha a algum tempo discutindo a proposta de criação de equipes multiprofissionais para dar apoio as equipes mínimas da estratégia de saúde da família, sendo esta uma das mais relevantes ações da atenção básica. Sendo que as discussões circundavam acerca de propostas que contribuíssem para a ampliação dos atendimentos da equipe, com ênfase na resolutividade, isto é, que conseguissem dar conta da demanda encontrada, estando estes debates presentes nos encontros da equipe do PSF/ESF, dos Conselhos Regionais e Federais das categorias profissionais de saúde, das Conferências de Saúde nas três esferas de governo (Municipal, Estadual e Federal) e nos movimentos de trabalhadores na área de saúde.

A referida portaria de criação do NASF apresenta pressupostos de várias políticas nacionais, como: a política de atenção básica; de promoção da saúde; de integração da pessoa com deficiência; de alimentação e nutrição; de saúde da criança e do adolescente; de atenção integral a saúde da mulher; de práticas integrativas e complementares; de serviço social; de assistência farmacêutica; da pessoa idosa; de saúde mental, de humanização em saúde, além da política nacional de assistência social. (BRASIL, 2010)

Entende-se desta maneira, que os NASFs surgem como subsidio a compor as ações que constituem a estratégia de saúde da família em uma conjuntura de estruturação da atenção primária em saúde, a qual visa o ordenamento da política de saúde. Nesta perspectiva, em 2006 publicou-se a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, no qual a Atenção Primária em Saúde – APS era definida como

Porta de entrada do SUS e desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada

³ Com a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o Nasf teve sua nomenclatura redefinida, passando a denominar-se Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – Nasf/AB. (BRASIL, 2017).

complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. (BRASIL, 2006, p.10)

Visando ampliar as ações da atenção primária em saúde, o NASF é visto como um instrumento que contribuirá para a efetividade das ações, incentivando o processo de territorialização da saúde. Sendo que para alcançar tais parâmetros, foram definidos alguns princípios e diretrizes, que são: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da própria população; organização da noção territorial; integralidade; participação social; educação popular; promoção de saúde e humanização (BRASIL, 2010, p.18-19).

Sendo assim, não é possível atender a integralidade do indivíduo sem ações intersetoriais,

A intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde, pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com as respostas do setor saúde perante os problemas complexos do mundo moderno (Feuerwerker e Costa, 2000).

Neste sentido compreende-se que o NASF não é uma estrutura desvinculada a atenção primária de saúde e, como esta, também segue os preceitos de territorialização, educação em saúde, integralidade, participação social, promoção da saúde e humanização, sendo assim, ele busca aperfeiçoar e ampliar a atenção e a gestão da saúde nas ESFs, superando uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidados, constituindo-se em apoio as equipes de saúde da família.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2008, previa-se que o NASF se dividia em duas modalidades, o NASF 1 composto por uma equipe técnica de 5 profissionais de diferentes formações, que referenciaram no mínimo 8 e no máximo 20 equipes de saúde da família, e o NASF 2 composto por 3 profissionais de diferentes área de formação, que estariam referenciados a no mínimo três equipes. Entretanto em 2012, com o intuito de ampliar a política do NASF, oportunizando a adesão de qualquer município, criou-se a portaria nº 3124/2012, a qual amplia para 3 modalidades, NASF 1 com atuação de no mínimo 5 e no máximo 9 profissionais; NASF 2 com abrangência de 3 ou 4 ESFs; e NASF 3, que deveria vincular-se a 2 ou 3 ESFs (BRASIL, 2012)

Neste sentido o NASF é composto por uma equipe interdisciplinar, formada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento ou especialidade, que devem atuar de modo conjunto com as equipes de saúde da família, podendo ser: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra. Sendo que a composição da equipe deve ser definida pela gestão municipal, conforme prioridades identificadas das necessidades locais e disponibilidade de profissionais. (BRASIL, 2008)

Martini (2017) enfatiza ainda que o NASF não se caracteriza como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), pois integra uma lógica que visa transformar a estrutura tradicional verticalizada do sistema único de saúde, reformulando para um modelo assistencial horizontal, que tem como base a socialização dos problemas, a troca de conhecimento entre os múltiplos profissionais, contando com uma articulação conjunta que visem à adoção de práticas interventivas, respeitando as atribuições de cada profissional.

Verifica-se então que o NASF não se constitui como porta de entrada do SUS, mas sim, um serviço com equipe especializada, que visa apoiar as equipes de saúde da família, com vistas a ampliar a abrangência e as estratégias de intervenções das equipes das ESFs, para que estas sejam mais resolutas, contribuindo para construção de novos saberes e ampliação do atendimento, buscando também compartilhar práticas em saúde nos territórios juntamente com as equipes de saúde da família.

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Neste sentido, o NASF deve atuar como suporte para as ESFs, realizando um trabalho compartilhado e colaborativo com estas equipes, contribuindo para atender as necessidades, dificuldades e limites que estas encontram no decorrer de suas atuações. Deste modo, o NASF enquanto estratégia de intervenção, deve orientar-se pelo apoio matricial (matriciamento), que significa “ um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de

construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p.15).

Portanto as ações do NASF possuem dois públicos principais, sendo eles, as equipes de saúde da família e o público de seus territórios, seguindo dois eixos: clínico-assistencial e técnico-pedagógico (BRASIL, 2014). O Clínico-assistencial refere-se às intervenções diretas com a população do território, e o técnico-pedagógico trata das ações educativas com e para as equipes, pautado no conceito de educação permanente.

O eixo Clínico-assistencial, no âmbito do NASF, busca se concretizar através da proposta de clínica ampliada. A clínica ampliada se direciona a todos os profissionais que realizam atendimento clínico ao usuário, porém diferente do atendimento clínico individualizado tradicional, esta proposta visa ampliar o recorte teórico de cada profissão, com vistas a atender as mais complexas necessidades dos usuários, através da compreensão ampliada do processo saúde-doença, da construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, da ampliação do objeto de trabalho, da transformação dos meios ou instrumentos de trabalho, bem como suporte para os profissionais de saúde.

O técnico-pedagógico, orienta-se a partir de um modelo de apoio matricial, onde se apresenta entre suas atribuições prestar assessoria as equipes de saúde da família, contribuindo com seus conhecimentos especializados, ofertando um suporte assistencial e técnico-pedagógico. Para isso, as equipes buscam trabalhar as dificuldades e problemas encontrados no cotidiano de trabalho, estimulando deste modo, o trabalho interdisciplinar.

Desta maneira, a responsabilização compartilhada das duas equipes (ESF e NASF) no território, pressupõe a reestruturação da prática de encaminhamento, embasados nos processos de referência e contrarreferência⁴, fomentando num acompanhamento longínquo da equipe de saúde da família, oportunizando o fortalecimento de seus atributos e o cuidado no SUS. O NASF deve buscar instituir a integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das estratégias de saúde da família (BRASIL, 2010). Ainda nesta perspectiva, a equipe do NASF em conjunto com a equipe do ESF deve estruturar seu processo de trabalho tendo como foco o território de ação,

⁴ O Sistema de Referência e Contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é "referenciado" (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser "contrarreferenciado", ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita. A referência e contrarreferência devem ser feitas em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável. (CONASS, 2011).

priorizando os três eixos preconizados pelo Ministério de Saúde:

- (a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc.
- (b) Intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível com o cuidado oferecido pelo Nasf diretamente ao usuário, ou a família ou à comunidade.
- (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (BRASIL, 2010)

Deste modo, além de ser responsável por uma quantidade específica de equipes de ESF, de realizar um trabalho interdisciplinar e intersetorial, de ter como foco a saúde da família, o NASF deve buscar que tanto sua equipe quanto a equipe de saúde da família se comprometam com a promoção de mudanças de atitudes e de atuação destas.

Neste sentido a equipe do NASF se defronta com inúmeras e complexas responsabilidades, como: levantamento de indicadores e metas que avaliem os resultados de sua atuação, visto que o objetivo é a resolutividade, organização de uma estrutura de trabalho priorize ações pedagógicas e assistenciais, sendo elas diretas ou em conjunto com as ESFs, no território. Sendo o trabalho interdisciplinar mais um desafio que se coloca as equipes, as intervenções devem ocorrer e locais coletivos e com contratos de funcionamento bem definidos, para garantia de sigilo, bem como para que as críticas feitas e recebidas sejam aceitas de forma adequada, visando a aprendizado contínuo.

Cabe ressaltar ainda que o NASF é uma estratégia pautada na proposta de educação permanente em saúde, isto é, trata-se de uma política que busca modificar as práticas dos serviços de saúde com o intuito de acrescentar ao cotidiano das organizações e trabalhadores em saúde o aprender e o ensinar, e desta forma criar de maneira coletiva reflexões acerca da realidade dos serviços e das necessidades existentes.

A Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi implantada em 2004, tendo

como foco a atenção aos trabalhadores, caracterizando-se pela busca na transformação do processo de trabalho a partir da aprendizagem significativa, onde privilegiam-se nas práticas de saúde os saberes existentes, valores preestabelecidos e as estruturas de poder e organização do trabalho em vigência, realizando análises críticas sobre o trabalho, partindo da referência das necessidades de saúde das pessoas e da comunidade. (BRASIL, 2018).

Impulsionado pela teoria de Paulo Freire, em 1980 surge o conceito de competência processual, embasados nas experiências individuais e coletivas, tal abordagem contribuiu para expansão do conceito de educação permanente, buscando fortalecer a essência humana e suas subjetividades. (MASSOROLI e SAUPE, 2008)

Neste âmbito, a educação permanente tem como objeto de transformação o processo de trabalho, visando adquirir melhor qualidade, para a garantia da equidade no cuidado e no acesso aos serviços. Assim, o processo de trabalho é compreendido como foco central de aprendizagem.

Desta maneira, o objetivo não é transformar todos as dificuldades em problemas educacionais, mas sim, encontrar as brechas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços, assumindo uma atitude pedagógica no desdobramento de suas soluções técnicas (CONASS, 2007).

É nesta lógica que perpassa a proposta do NASF, construir coletivamente estratégias de apoio as ESF de forma compartilhada, para deste modo, oportunizar o suporte necessários as equipes de saúde, visando a qualidade e efetividade do atendimento em saúde da população.

A possibilidade de proceder intervenções de promoção em saúde, dispondo de ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, vem se apresentando enquanto ferramenta essencial no cenário de atendimento as demandas coletivas, partindo do pressuposto do conceito de saúde ampliada. Neste sentido, tanto as ações como os serviços de saúde não devem ser visto de modo isolado, pois pressupõe atuações profissionais em todos os níveis do sistema, devendo manter-se uma comunicação continua entre eles, isto é, realizem troca de conhecimento para que a população possa ser atendida na complexidade de suas demandas. Essas visão ampliada da totalidade do sistema de saúde, por parte dos profissionais torna-se fundamental neste processo. (KRUGER, 2010).

As ações previstas para o NASF e dirigidas às equipes de saúde, que têm por base que a questão de saúde precisa ser analisada a partir dos determinantes e condições de vida inerentes a conjuntura brasileira, a qual não permanece imutável, ao contrário, se transforma, constrói e reconstrói a realidade. Portanto este processo de mudança constante torna-se

complexo. Sendo imprescindível ter espaços como o NASF para se trabalhar a questão de saúde segundo os pressupostos do SUS, entretanto, os mesmos encontram também inúmeros desafios, tanto de âmbito teórico, quanto instrumental e político, sendo o maior deles atuar com vistas a superar o SUS legal e o SUS real.

Neste âmbito o NASF surge como proposta complementar e fundamental para o desenvolvimento efetivo da Estratégia de Saúde da Família, onde segundo Miotto são necessárias algumas ações para a garantia de um atendimento ampliado em saúde:

Verifica-se que o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares, dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso a água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e a educação. Atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde associada à integralidade tem merecido destaque. Destaque por permitir a articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito a saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em mundo pretensamente globalizado (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 230).

Almeida (2009) acredita que o NASF pode oportunizar que as equipes de saúde da família ampliem seu conhecimento acerca do conceito de saúde, ocasionando assim, melhor qualidade nos atendimentos ofertados pelos serviços de saúde a população, contribuindo para uma mudança cultural da questão de saúde pública e dos processos de saúde-doença.

O NASF constitui uma rede de cuidados, atrelado às equipes de saúde da família, em uma relação articulada que busca dar um suporte para que os serviços de saúde sejam ofertados de forma integral e ampla. Neste sentido o NASF dispõe de algumas ferramentas para sua intervenção, como o Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST).

Apoio Matricial: a expressão "apoio" constitui-se como central na proposta do NASF e remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada "apoio matricial" (NASF), que se complementa com o processo de trabalho em "equipes de referência" (equipe SF), que buscam mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez de as pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos, caracterizados como tecnologia dura e leve-dura, o que se pretende é construir a responsabilidade de pessoas para pessoas, caracterizada pelas tecnologias leves. Dessa forma, o apoio matricial agrega tanto a dimensão leve-dura, caracterizada pela assistência, responsável por produzir ação clínica direta com os usuários,

quanto da tecnologia leve, caracterizada pela ação técnico-pedagógica, que produz apoio educativo com e para a equipe. (FIGUEIREDO, 2012, p.65).

O apoio matricial é uma das bases de atuação do NASF, sendo entendida hoje como uma das principais estratégias de atuação, podendo contar com alguns instrumentais como: elaboração de PTS; consultas compartilhadas; visitas domiciliares compartilhadas; grupos; educação permanente; abordagem familiar; entre outros. Neste âmbito segundo Campos e Domitti, “o apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (2007, p.400).

Clínica Ampliada: a proposta de Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. A discussão em equipe de casos clínicos, principalmente os mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF. (FIGUEIREDO, 2012, p.65).

Nesta perspectiva a clínica ampliada, vem ressignificar o atendimento clínico, buscando um olhar mais amplo das problemáticas do indivíduo, compreendendo a amplitude e complexidade das situações, sendo a discussão de casos entre os profissionais um dos principais instrumentos de atuação. Que pode culminar em PTS para a situação de cada indivíduo ou coletivo há uma demanda comum, ou mesmo um PST voltado a comunidade.

- **Projeto Terapêutico Singular (PTS):** constitui-se em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de "caso clínico". Representa um momento em que toda a equipe compartilha opiniões e saberes na tentativa de ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações.
- **Projeto de Saúde no Território (PST):** pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades. Deve iniciar-se pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco. Tal identificação pode acontecer a partir de um "caso clínico" que chame a atenção da equipe, como uma idosa

com "marcas de queda" e que pode ser vítima de violência. Deve ainda ter foco na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, com a criação de espaços coletivos de discussão, nos quais sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo que a comunidade, suas lideranças e membros de outras políticas e/ou serviços públicos, presentes no território, poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades, pactuar e avaliar o projeto de saúde para a comunidade. O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e à promoção da saúde (FIGUEIREDO, 2012, p.65-66).

Entretanto alguns desafios são encontrados no cotidiano de trabalho do NASF, segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2010), são eles: o desenvolvimento do processo de trabalho dentro da lógica do apoio matricial (NASF e ESF); a participação do NASF na rotina já estruturada das equipes; a construção do cuidado a saúde a partir de diversos saberes; aumentar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde - APS e sua atuação levando em consideração a diversidade, as potencialidades e as fragilidades do território de sua abrangência. Lima (2013) destaca ainda alguns outros desafios como à falta de conhecimento da população acerca do NASF, precisando de maior divulgação sobre o papel do mesmo; pouca comunicação entre os profissionais, sendo imprescindível o diálogo em um equipe interdisciplinar, a formação dos profissionais que vem pautada na lógica individual, o qual não corresponde as necessidades do NASF. A autora destaca que “ a formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde/doença e também a intervenção sobre seus condicionantes” (LIMA, 2013, p. 127). Desta forma, entende-se que para conseguir alcançar a eficiência e eficácia no âmbito do atendimento e promoção de saúde, deve-se buscar atuação mais ampla, pautado em atender não apenas as doenças, mas os determinantes que influenciam neste processo de saúde-doença.

Nesta perspectiva, é essencial capacitar os profissionais, para que estes consigam desenvolver melhor suas ações, e que estas sejam efetivas e condizentes com os princípios da atenção básica e as diretrizes do NASF.

Sendo assim, verifica-se a necessidade de conhecer os pilares estruturantes do NASF, bem como identificar os desafios que precisam ser trabalhados e superados, para que se concretize uma mudança real na saúde, com vistas a atender as necessidades da saúde da população.

2. CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR.

Buscando compreender o trabalho interdisciplinar, verificou como necessário primeiramente entender a categoria Trabalho, assim, neste capítulo constará uma breve caracterização acerca do trabalho e das transformações sofridas pelo mundo do trabalho e o contexto sócio-econômico que o mesmo esteve inserido. Para então, explicitar acerca dos desafios e potencialidade do trabalho interdisciplinar com um enfoque para o trabalho interdisciplinar como estratégia de atuação da equipe multiprofissional do NASF.

2.1 Desvelando a Categoria Trabalho

Neste item será apresentado uma conceituação em torno do trabalho além de uma breve fundamentação acerca das transformações do mundo do trabalho a partir dos anos de 1970, considerando que tais mudanças são consequências das transformações que vem ocorrendo no sistema capitalista de produção em seu contexto mundial.

A palavra trabalho possui muitos significados, como pode ser verificado na citação de Albornoz abaixo,

Embora pareça compreensível, como uma das formas elementares da ação dos homens, o seu conteúdo oscila. Às vezes, carregada de emoção, lembra dor, tortura, suor do rosto, fadiga. Noutras, mais que aflição e fardo, designa a operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura. (2004, p.8).

O conceito trabalho se refere a uma atividade inerente ao homem, em sentido mais amplo, refere-se a toda a atividade humana que transforma a natureza a partir de certa matéria dada. São bases conceituais do trabalho a partir da compreensão de Marx (1974), em que a palavra trabalho deriva de tripaliare⁵, que significa torturar; neste sentido parte da idéia de sofrer ou esforçar-se e, finalmente, de trabalhar ou agir. O trabalho, em sentido econômico, é toda a atividade desenvolvida pelo homem sobre uma matéria prima, geralmente com a ajuda de instrumentos, com a finalidade de produzir bens e serviços. Conforme João Lobo,

[...] fronteira que delimita o conceito de trabalho enquanto fator de

⁵ “A tripalium se liga ao verbo do latim vulgar tripaliare, que significa justamente torturar.” (ALBORNOS, 2004, p. 10).

realização humana daquele outro em que o trabalho contém em si a carga negativa opressora do tripalium (instrumento composto por três paus ou varas cruzadas, usado para prender animais e também como instrumento de tortura – que exprime, na sua origem semântica, a noção de trabalho e o sacrifício que a realização do mesmo implica) nem sempre é clara e necessita de diferenciação legal em homenagem à proteção dos valores fundamentais da pessoa humana. (LOBO, 2004, p.04).

Neste sentido, o ato de trabalhar refere-se a atividade desenvolvida pelo homem sob determinadas formas, com o intuito financeiro, possibilitando premissas conjunturais que ofertem legitimidade e estabeleçam o seu limite. Com base em Oliveira, é possível destacar que a história do trabalho inicia desde que o homem procurou os instrumentos para satisfazer suas necessidades, através da produção da vida material. Essa busca se reproduz historicamente em toda ação humana para que o homem possa continuar sobrevivendo. A partir do alcance desta satisfação, amplifica-se as privações a outros homens e se constroem as relações sociais,⁶ as quais estabelecem a condição histórica do trabalho. O trabalho fica então subjugado a determinadas formas sociais historicamente limitadas e a correspondentes organizações técnicas, o que descreve o chamado modo de produção⁷. Em resumo, o modo de produção dominante, que vive com outros modos de produção subalternos, determina a organização e a execução dos processos do trabalho, que são fruto das relações sociais. (OLIVEIRA, 2001, p.5-6).

Podemos considerar o trabalho como base da riqueza dos países. As sociedades desenvolveram-se a partir destas relações, através da produção de trabalho dos diversos setores como agricultores, pescadores, comerciantes, artesãos e operários.

Historicamente demonstra-se que só os países que se organizaram e apostaram nas forças de trabalho atingiram patamares de bem estar elevados, mas sempre por força daqueles que produziram a riqueza – os trabalhadores. Para Siqueira (2015) foi com a Revolução industrial⁸ que a ideia de subordinação de quem vive do seu trabalho se acentuou e que a

⁶ “As relações sociais sugerem a idéia de comportamento recíproco. [...] as relações sociais que os homens estabelecem entre si e que constituem a sua existência social decorrem das forças produtivas e das relações de produção.” (BIROU, 1982, p. 355).

⁷ Modo de Produção segundo Boyer, envolve o conjunto de transformações que ocorrem no âmbito do processo produtivo e as modificações sociais resultantes dessas transformações. Portanto, modo de produção “[...] designa toda forma específica das relações de produção e de trocas, ou seja, das relações sociais que regem a produção e a reprodução das condições materiais necessárias para a vida dos homens em sociedade.” (BOYER, 1990, p.80).

⁸ “A Revolução Industrial consistiu em um conjunto de mudanças tecnológicas com profundo impacto no processo produtivo em nível econômico e social. Iniciada na Inglaterra em meados do século XVIII, expandiu-se pelo mundo a partir do século XIX. Ao longo do processo (que de acordo com alguns autores se registra até aos nossos dias), a era da agricultura foi superada, a máquina foi

dependência daqueles que têm como único meio de subsistência os rendimentos do trabalho se concretizou. Conseqüentemente ganham expressão as novas necessidades de proteção, uma vez que com a produção industrial em grande escala, os operários deixaram de ter outra fonte de rendimento que não fosse a sua força de trabalho. Neste sentido, o conceito de trabalho tem sofrido profundas alterações, as quais expressam as mudanças econômicas e as formas de produção próprias de cada contexto. Nesta perspectiva, tem-se como base a concepção fordista-taylorista responsável pela organização científica do trabalho, temos a característica que mais contrasta com a forma atual de conceber o trabalho, ou seja, a desvalorização do conhecimento e do saber desenvolvido com a formação e a experiência. Neste paradigma, o controle, a prescrição e a limitação dos movimentos, praticamente anulavam a importância do saber-fazer dos trabalhadores, ignorando com isso a capacidade que os mesmos possuíam no sentido de aperfeiçoar os sistemas técnico-organizacionais.

Ainda com base em Siqueira (2015), a nova organização flexível do trabalho coloca em questão esses pressupostos tradicionais. Na era das novas tecnologias de comunicação e informação, o conteúdo qualitativo do trabalho passa a ser privilegiado transformando-se, assim, sua concepção. O trabalho passa a ser uma série de aplicações de conhecimentos, onde os indivíduos voltam suas capacidades para a programação e o controle, e isto traz como exigência se pensar a formação dos indivíduos para o trabalho com base em pressupostos pós-fordistas, sob os quais novas habilidades estão sendo demandadas. Temos um aumento das exigências de aptidões para o trabalho, considerando-se uma base de conhecimentos mais amplos, exigências de capacidade para resolução de problemas, exigência para tomada de decisões autônomas, capacidade de abstração e comunicação escrita e verbal. Somando-se a isso o trabalhador deve ser polivalente e com maior nível de escolaridade.

Entre as principais mudanças sofridas pelo mercado de trabalho estão à substituição do modelo de produção fordismo⁹ e taylorismo¹⁰ pelo modelo japonês do toyotismo¹¹, que trouxe

superando o trabalho humano, uma nova relação entre capital e trabalho se impôs, novas relações entre nações se estabeleceram e surgiu o fenômeno da cultura de massa, entre outros eventos. Essa transformação foi possível devido a uma combinação de fatores, como o liberalismo econômico, a acumulação de capital e uma série de invenções, tais como o motor a vapor. O capitalismo tornou-se o sistema econômico vigente.

⁹ “Idealizado pelo empresário estadunidense Henry Ford (1863-1947), fundador da Ford Motor Company, o Fordismo é um modelo de produção em massa que revolucionou a indústria automobilística a partir de janeiro de 1914, quando introduziu a primeira linha de montagem automatizada. Ford utilizou à risca os princípios de padronização e simplificação de Frederick Taylor e desenvolveu outras técnicas avançadas para a época. Suas fábricas eram totalmente verticalizadas. Fordismo (Wikipedia), 2010.

consigo a flexibilização e desregulamentação do trabalho, assim como a acumulação flexível. Houve também a substituição do modelo de regulação social democrático que trouxe consigo o chamado bem-estar-social (Welfare State)¹² pelo modelo de regulação neoliberal ou ajuste neoliberal¹³ com suas características privatizante e anti-social, junto a isso, aumento do trabalho precário, incorpora-se a mulher ao mercado de trabalho e exclui os mais jovens e mais velhos (FARIA, 2017).

A lógica capitalista de produção se baseia segundo Braverman,

No intercâmbio de relações, mercadorias e dinheiro, mas sua diferença específica é a compra e a venda de força de trabalho. Para esse fim, três condições básicas tornam-se generalizadas através de toda a sociedade. Em primeiro lugar, os trabalhadores são separados dos meios com os quais a produção é realizada, e só podem ter acesso a eles vendendo sua força de trabalho a outros. Em segundo, os trabalhadores estão livres de contribuições legais, tais como servidão que os impeçam de dispor de sua força de

¹⁰ Entende-se por Taylorismo um “Sistema de organização do trabalho, especialmente industrial, baseado na separação das funções de concepção e planejamento das funções de execução, na fragmentação e na especialização das tarefas, no controle de tempos e movimentos e na remuneração por desempenho.” (CATTANI, 2002, p. 309). Complementando esta tem-se que “O Taylorismo ou Administração Científica é o modelo de administração desenvolvido pelo engenheiro estadunidense Frederick Taylor (1856 - 1915), que é considerado o *pai da administração científica*. Caracteriza-se pela ênfase nas tarefas, objetivando o aumento da eficiência ao nível operacional. É considerada um subcampo da perspectiva administrativa clássica.” Taylorismo (Wikipedia), 2010.

¹¹ “O Toyotismo é um modo de organização da produção capitalista originário do Japão, resultante da conjuntura desfavorável do país. O toyotismo foi criado na fábrica da Toyota no Japão(dando origem ao nome) após a segunda guerra mundial, este modo de organização produtiva, elaborado por Taiichi Ohno e que foi caracterizado como filosofia orgânica da produção industrial (modelo americano), adquirindo uma projeção global. O Japão foi o lugar da automação flexível pois apresentava um ambiente diferente dos EUA: um pequeno mercado consumidor, capital e mão-de-obra escassos, e grande disponibilidade de matéria-prima não-especializada, impossibilitavam a solução taylorista-fordista de produção em massa. A resposta foi o aumento na produtividade na fabricação de pequenas quantidades de numerosos modelos de produtos, voltados para o mercado externo, de modo a gerar divisas tanto para a obtenção de matérias-primas e alimentos, quanto para importar os equipamentos e bens de capital necessários para a sua reconstrução pós-guerra e para o desenvolvimento da própria industrialização. Toyotismo, (wikipedia), 2010.

¹² “Estado de bem-estar social (em inglês: *Welfare State*), também conhecido como Estado-providência, é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do bem-estar social garantir serviços públicos e proteção à população.” (WIKIPEDIA, 2010, s/p).

¹³ “O ajuste neoliberal da crise preconiza a defesa do mercado livre, como pressuposto da liberdade civil e política; a desregulamentação da economia e administração; a configuração do estado mínimo, subordinados às prerrogativas do mercado; e, finalmente, oposição e crítica aos sistemas de proteção social [...] O neoliberalismo tem seus princípios expressos na economia de mercado, na regulação estatal mínima e na formação de uma cultura que deriva liberdade política da liberdade econômica.” (MOTA apud ALMEIDA; ALENCAR, 2001, p.100).

trabalho. Em terceiro, o propósito do emprego do trabalhador torna-se a expansão de uma unidade de capital pertencente ao empregador, que está assim atuando como capitalista. (1987, p. 80).

Para Antunes (2002), a evolução do modo de produção capitalista e a institucionalização dos respectivos modos de regulação¹⁴ constituem a chamada revolução industrial, em função da implantação do sistema fabril de produção, acompanhado de acelerado ritmo de inovações tecnológicas e das mudanças drásticas provocadas na estrutura da sociedade.

Segundo Antunes (2002) trata-se, portanto, de uma profunda crise estrutural, munida de uma aguda destrutividade, principalmente no que se refere aos direitos sociais, aos valores do homem enquanto parte deste processo, ocasionando uma reestruturação produtiva¹⁵, num sistema que valoriza apenas o produtivo. Ainda na perspectiva do autor,

[...] depois de meados dos anos 70, o mundo de trabalho vivenciou uma situação fortemente crítica, talvez a maior desde o advento do capitalismo. O entendimento dos elementos constitutivos desta crise é de grande complexidade, uma vez que, nesse mesmo período, ocorrem mutações intensas, de ordens diferenciadas e que, no seu conjunto, acabaram por acarretar conseqüências muito fortes no interior do mundo do trabalho. (ANTUNES, 2002, p.168).

Entre os elementos centrais desta crise que se abateu no âmbito da classe trabalhadora estão à materialidade da classe trabalhadora, a sua forma de ser, sua esfera subjetiva, política e ideológica dos valores e do ideário que pautam suas ações e práticas concretas. Tais afirmações podem ser verificadas na fala de Antunes,

[...] a crise afetou tanto a materialidade da classe trabalhadora, a sua forma de ser, quanto a sua subjetividade, o universo dos seus valores, do seu ideário, que pautam suas ações e práticas concretas. Isso porque, desde o início dos anos 70, vivenciamos um quadro de crise estrutural do capital, que atingiu o conjunto das economias capitalistas centrais, com fortes repercussões em diversos países, dado o caráter mundializado do capital. Sua intensidade é tão profunda que levou o capital a desenvolver 'práticas'

¹⁴ Modo de Regulação é entendido como “[...] a maneira como a conjugação de formas institucionais cria, direciona e, em alguns casos, dificultam os comportamentos individuais e predetermina os mecanismo de ajustamento nos mercados que, na maioria das vezes resultam de um conjunto de regras e de princípios de organização.” (BOYER, 1990, p.80).

¹⁵ “A reestruturação produtiva [...] consiste em um processo que compatibiliza mudanças institucionais e organizacionais nas relação de produção e trabalho, bem como, redefinição de papéis dos Estados nacionais e das instituições financeiras, visando atender as necessidades de garantia de lucratividade. Neste processo a introdução das novas tecnologias informatizadas tem desempenhado papel fundamental. (CATTANI, 2002, p. 123).

materiais da destrutiva auto-reprodução ampliada ao ponto em que fazem surgir o espectro da destruição global, em lugar de aceitar as requeridas restrições positivas no interior da produção para satisfação das necessidades humanas. (ANTUNES, 2002, p.168).

Após meados dos anos 1970 intensificaram as transformações do sistema de produção devido aos avanços tecnológicos, das formas de acumulação flexível, da mudança do modelo taylorista/fordista para o toyotismo, sendo essas transformações decorrência da própria concorrência intercapitalista e também da necessidade de controlar o proletariado e principalmente a luta de classes.

Como pode ser verificado na fala de Pedroso (2006) a qual aponta que nos últimos anos, principalmente após a década de 1970, o mundo passou a vislumbrar uma crise do sistema de produção capitalista. Após um período de progressão da acumulação de capitais, do fordismo/taylorismo o capital passou a dar sinais de crise estrutural, que pode ser observado por alguns elementos como: a tendência decrescente da taxa de lucro decorrente do excesso de produção; o esgotamento do padrão de acumulação fordista/taylorista de produção; a desvalorização do dólar, indicando a falência do acordo de Breton woods¹⁶; a crise do Welfare State ou do “Estado de Bem-Estar Social”; a intensificação das lutas sociais (com greves, manifestações de rua) e a crise do petróleo que foi um fator que deu forte impulso a esta crise.

Esta crise entre outras consequências fez com que o capital inicia-se um processo de reestruturação do capital, o que afetou fortemente o mundo do trabalho. As principais consequências dessas transformações no mundo do trabalho pode ser observado na citação de Antunes que destaca,

1) Há uma crescente redução do proletariado fabril, que se desenvolveu na vigência do binômio taylorismo/fordismo e que vem diminuindo com a reestruturação, flexibilidade e desconcentração do espaço físico produtivo, típico da fase do toyotismo. 2) Há um enorme incremento do subproletariado fabril e de serviços, o que tem sido denominado mundialmente de trabalho precarizado. São os terceirizados, subcontratados, part-time entre tantas outras formas assemelhadas, que proliferam em inúmeras partes do mundo. Inicialmente, esses postos de trabalho foram preenchidos pelos imigrantes, como os *gastarbeiters* na Alemanha, o *lavouronero* na Itália, os *chicanos* nos

¹⁶ “Bretton Woods foi o nome dado a um acordo de 1944 no qual estiveram presentes 45 países aliados e que tinha como objetivo reger a política econômica mundial. Segundo o acordo de Bretton Woods as moedas dos países membros passariam a estar ligadas ao dólar variando numa estreita banda de +/- 1%, e a moeda norte-americana estaria ligada ao Ouro a 35 dólares. Para que tudo funcionasse sem grandes sobressaltos foram criadas com o acordo Bretton Woods duas entidades de supervisão, o FMI (Fundo Monetário Internacional) e o Banco Mundial.” (CLUB INVEST, 2010, s/p).

EUA, os dekasseguis no Japão etc. Mas hoje sua expansão atinge, também Oe trabalhadores especializados e remanescentes da era taylorista-fordista. 3) Vivencia-se um aumento significativo do trabalho feminino, que atinge mais de 40% da força de trabalho nos países avançados, e que tem sido preferencialmente absorvido pelo capital no universo do trabalho precarizado e desregulamentado. 4) Há um incremento dos assalariados médios e de serviços, o que possibilitou um significativo incremento no sindicalismo desses setores, ainda que o setor de serviços já presencie também o desemprego tecnológico. 5) Há exclusão dos jovens e dos velhos no mercado de trabalho dos países centrais: os primeiros acabam muitas vezes engrossando as fileiras de movimentos neonazistas, e os mais “velhos”, com cerca de 40 anos ou mais, uma vez excluídos do trabalho, dificilmente conseguem requalificar-se para o reingresso. 6) Há uma inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho, particularmente nos países de industrialização intermediária e subordinada, como nos países asiáticos, latino-americanos etc. 7) Há uma expansão do que Marx chamou de trabalho social combinado (Marx, 1978), onde trabalhadores de diversas partes do mundo participam do processo de produção e de serviços. O que, é evidente, não caminha para a eliminação da classe trabalhadora, mas para sua precarização e utilização de maneira ainda mais intensificada. (ANTUNES, 2002, p.169-170).

O novo método de gestão da produção, impulsionado, em sua gênese sócio-histórica pelo Sistema Toyota, tornou-se adequado à nova base técnica da produção capitalista, vinculada a Terceira Revolução Industrial que exige novas condições de concorrência e de valorização do capital a partir da crise dos anos 1970 (PEREIRA; COSTA; MACIEL, 2003).

As autoras ainda enfatizam que este é um período de mudanças na estrutura produtiva, uma fase de transição denominada de pós-fordismo. Sendo os aspectos mais decisivos desta fase o aumento da flexibilidade em escala global, a mobilidade de capital e a liberdade para colonizar e mercantilizar praticamente todas as esferas, destruindo-se as fronteiras sociais e espaciais relativamente fixas e gerando-se uma descentralização da produção. (PEREIRA; COSTA; MACIEL, 2003).

Compreende-se portanto, que a classe trabalhadora fragmentou-se, heterogeneizou-se e complexificou-se, qualificou-se em alguns setores e desqualificou-se em outras áreas. Criou-se de um lado o trabalhador polivalente e multifuncional e de outro uma massa de trabalhadores precarizados e sem qualificação com empregos temporários, parcial ou vivenciando o desemprego estrutural, tornando-se o trabalho um instrumento de submissão política.

Essas transformações alteram a essência do processo produtivo e o trabalho direta e indiretamente envolvido na produção, acentuando as características de exclusão social¹⁷ e econômica do sistema capitalista. Sendo assim, de acordo com Matoso (2018) essas alterações irão afetar o conjunto do mundo do trabalho: suas relações no interior do processo produtivo, a divisão do trabalho¹⁸, o mercado de trabalho, o papel dos sindicatos, as negociações coletivas e a própria sociabilidade de um sistema baseado no trabalho.

Se no início dos anos 80 esse processo era apenas identificado como consequência transitória da crise, após vários anos de crescimento econômico, iniciado em 1983/84, passou a ser avaliado em sua dimensão estrutural e tendencial.

Harvey (1992) destaca que, a acumulação flexível marca a transformação da rigidez do fordismo para a flexibilidade do processo de trabalho do toyotismo, Outra consequência da acumulação flexível é a intensificação do trabalho. No sistema toyotista exige flexibilidade da produção e dos trabalhadores, pois o operário tem que ser polivalente, trabalhar em equipe e ser bem qualificado, mas os salários não são corrigidos a altura do aumento da qualificação. A acumulação flexível de capital, na concepção de Harvey, representa um

[...] confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego chamado 'setor de serviços', bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas [...]. (HARVEY, 1992, p. 140).

Deste modo a acumulação flexível, tornou-se um novo mecanismo utilizado pelo capitalismo com o intuito de superar suas crises e suas contradições internas e, dessa forma, oportunizar a reprodução do capital e sua concentração nas mãos da elite capitalista. A acumulação é de capital, a qual se efetiva desde as revoluções comercial e industrial, seguindo

¹⁷ “Exclusão social é a impossibilidade de poder partilhar, o que leva a vivência da privação. Situação de privação coletiva que inclui pobreza, discriminação, subalternidade, a não equidade, a não acessibilidade.” (SPOSATI, 1999, p.67).

¹⁸ “Divisão do Trabalho é a distribuição de tarefas na produção social [...]. Distinguem-se dois tipos de divisão do trabalho: a divisão técnica e a social. A divisão técnica é aquela que leva ao produto final depois de ele ser passado por diversas etapas no processo de produção e se destina ao aumento da produtividade do trabalho. A divisão social é aquela em que os trabalhadores desempenham diferentes funções na sociedade (funções econômicas, ideológicas e políticas).” (OLIVEIRA, 2001, p. 86).

a racionalidade capitalista da acumulação e concentração de riqueza. Porém, ao contrário do que ocorreu no período fordista, onde a acumulação era pautada em padrões rígidos, a acumulação, agora é flexível, visto que flexível é o mercado e, por isso, flexível deve ser o processo de produção e a exploração da força de trabalho.

Neste âmbito, a lógica societal vem apresentando uma crescente desestruturação das condições de trabalho, sendo a mesma consequência da crise que se estrutura na sociedade capitalista e portanto condição para a manutenção deste sistema. Conforme Antunes,

Nesse sentido, desregulamentação, flexibilização, terceirização, downsizing, 'empresa enxuta', bem como todo esse receituário que se esparrama pelo 'mundo empresarial', são expressões de uma lógica societal onde se tem a prevalência do capital sobre a força humana de trabalho, que é considerada somente na exata medida em que é imprescindível para a reprodução desse mesmo capital. Isso porque o capital pode diminuir o trabalho vivo, mas não eliminá-lo. Pode intensificar sua utilização, pode precarizá-lo e mesmo desempregar parcelas imensas, mas não pode extingui-lo. (ANTUNES, 2002, p.171).

Desta forma, não se verifica o fim do trabalho como medida de valor, mas enquanto mudança qualitativa, onde o mesmo por um lado qualifica sua mão de obra e por outro é levado ao limite da exploração do trabalho sendo a classe trabalhadora transformada na classe que vive do trabalho. Segundo Antunes, a classe que vive do trabalho significa,

- Todos aqueles que vendem sua força de trabalho, incluindo tanto o trabalho produtivo quanto o improdutivo (no sentido dado por Marx).
- Inclui os assalariados do setor de serviços e também o proletariado rural.
- Inclui proletariado precarizado, sem direitos, e também os trabalhadores desempregados, que compreendem o exército industrial de reserva.
- E exclui, naturalmente, os gestores e altos funcionários do capital, que recebem rendimentos elevados ou vivem de juros. Essa expressão incorpora integralmente a idéia marxiana do trabalho social combinado, (...). (ANTUNES, 2002, p.187).

Ainda segundo Antunes (2002), o entendimento abrangente e totalizante da crise que atingi o modo de produção, afetam de forma expressiva a classe trabalhadora, visto que mesmo sob nova roupagem denominada de competências, as mudanças de perfil da mão-de-obra continuam sendo peças constituintes da engrenagem de exploração capitalista utilizadas para otimizar e renovar a extração de mais-valia¹⁹ do trabalhador e servem para mascarar as

¹⁹ “[...] é o suplemento do valor criado pelo operário em relação ao valor da força de trabalho que lhe é pago, suplemento de que o capitalista se apropria abusivamente. É a diferença entre o valor de troca das mercadorias e o valor-trabalho incorporado. Sendo o trabalho a única fonte de valor, se existe mais

injustas e desiguais relações capitalistas de produção.

Portanto, nesta perspectiva ao longo da história, as relações de trabalho foram se modificando, e o trabalhador precisou de adequar as necessidades e exigências do mercado de trabalho. Neste sentido, a influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, em que cada profissional realiza parcelas do trabalho sem uma integração com as demais áreas envolvidas, não estava mais atendendo a necessidades da sociedade, pois, tem sido apontada como uma das razões que dificultam a realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que dele usufruem. Considerando-se a realidade e as especificidades do trabalho em saúde, que é desenvolvido por seres humanos para outros seres humanos, cuja complexidade ultrapassa os saberes de uma única profissão, é que se tem defendido que o trabalho em saúde deve envolver práticas que se identificam com o que tem sido classificado como multi, pluri, inter e transdisciplinaridade, por uma necessidade própria da evolução do conhecimento e da complexidade que vão assumindo os problemas de saúde na realidade atual. E é por compreender a importância deste novo formato de trabalho, é que estaremos contextualizando o trabalho interdisciplinar.

2.2 Trabalho Interdisciplinar: desafios e potencialidades.

Neste item além de discutir acerca das especificidades da interdisciplinaridade, estaremos focalizando a discussão e suas implicações em áreas específicas do conhecimento, elencando os desafios e potencialidades encontrados no âmbito das atuações.

A interdisciplinaridade surgiu para dar uma resposta à fragmentação causada por uma epistemologia²⁰ de cunho positivista. As ciências haviam se dividido em muitas disciplinas e a interdisciplinaridade restabelecia, pelo menos, um diálogo entre elas, embora não resgatasse ainda a unidade e a totalidade do saber.

Para compreender melhor a interdisciplinaridade, faz-se necessário analisar o termo. Assim, tem-se que o prefixo “inter” significa posição ou ação intermediária, o sufixo “dade” atribui o sentido de ação ou resultado de ação ao termo, já “disciplina”, núcleo do termo

valia é porque os salários pagos aos operários são inferiores ao valor real do seu trabalho. (BIROU, 1982, p. 238).

²⁰ Epistemologia significa “Estudo do grau de certeza do conhecimento científico em seus diversos ramos.”(TERSARIOL, 1996, p.189).

significa a episteme ou conhecimento, podendo caracterizar como ordem que convém ao funcionamento de uma organização, ou ainda regime de ordem imposta ou livremente consentida. Seguindo conceitos de Ferreira A., encontra-se a definição de interdisciplinar “[...] como comum a duas ou mais disciplinas ou ramos de conhecimento. O prefixo inter indica, portanto, uma posição intermediária.” (1999, p. 248).

O conceito de interdisciplinaridade vem sendo explicitado por vários autores, que a descrevem em sua ampla concepção. Para Ferreira M.,

[...] interdisciplinaridade é uma atitude, isto é, uma externalização de uma visão de mundo que, no caso, é holística. Tudo o que existe, todo ‘ente’ se ‘vela’, se ‘desvela’ e se ‘revela’ ante nossos olhos. (FERREIRA, M.1999, p.22).

Entende-se por interdisciplinaridade o processo de construção de conhecimento teórico e de práticas científicas que envolvem a compreensão de realidades complexas que, anteriormente fragmentadas permitiram análises e sínteses disciplinares. A reconstrução interdisciplinar daquela complexidade envolve assim campos disciplinares em trabalho conjunto, interligados por um objeto unificado.

Nesta perspectiva salienta-se que a interlocução entre os variados pólos do saber tornou-se uma característica inevitável do mundo organizado do conhecimento, onde a interdisciplinaridade transcende a união de forças para a obtenção de um objetivo comum, ela possibilita o diálogo, a troca de conceitos e ideias, a criatividade.

A interdisciplinaridade visa a garantir a construção de um conhecimento globalizante, rompendo com as fronteiras das disciplinas. Para isso, integrar conteúdos não seria suficiente. Seria preciso uma atitude e postura interdisciplinar. Atitude de busca, envolvimento, compromisso, reciprocidade diante do conhecimento. Ela, decorre da possibilidade concreta de se ultrapassar as disciplinas na direção da construção de ações interdisciplinares. Isso não significa negar as diferentes disciplinas ou desqualificar os conhecimentos por elas produzidos, mas, partindo de tais conhecimentos, negar e superar as fronteiras de cada uma na direção de formas de compreensão dos fenômenos e processos que possam estar mais próximas das realidades de onde partem, sendo apropriadas pelo maior número de pessoas possível.

Fazenda (2002, p.11-14) aponta que a interdisciplinaridade é uma atitude coletiva diante da questão do conhecimento, um projeto em que causa e intenção coincidam, um fazer que surja de um ato de vontade e que, portanto, exige uma imersão no trabalho cotidiano.

Dessa forma, a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre especialistas e pela integração das disciplinas num mesmo projeto.

As práticas inter podem ser consideradas como aquelas em que há interação participativa que inclui a construção participativa, Pombo (2006, p. 208) vai de encontro com esta ideia ao apresentar a interdisciplinaridade como um processo de fecundação recíproca das disciplinas no qual cada disciplina envolvida se deixa cruzar e contaminar pelas outras.

A interdisciplinaridade surge em decorrência da diversidade de várias disciplinas, aproveitando sua identidade individual e suas ideias, que são aceitas como enriquecimento e complementaridade de aquisições e concepções coletivas. “Ela só ocorre quando cada um dos envolvidos consegue ser autônomo o suficiente para confiar em si mesmo, para reconhecer os erros, e ao mesmo tempo, apontar soluções criativas” (Fazenda, 1994, p. 39). Em interdisciplinaridade, devem-se estabelecer novos horizontes, como metas a serem perseguidas, através de procedimentos ainda não experimentados, de tentativas bem fundamentadas ou na elaboração de projetos alternativos para problemas antigos e frequentes.

No movimento de implementação da interdisciplinaridade, as disciplinas, muitas vezes, são tidas como obstáculos para execução da proposta. Elas são classificadas segundo os valores sociais vigentes em cada sociedade e determinadas pelo tempo e espaço de modo a facilitar a compreensão dos fatos. O comodismo também impede a eliminação das barreiras existentes entre as disciplinas, pois é mais fácil trabalhar fragmentado do que discutir ideias.

A possibilidade de eliminar tais barreiras resulta em uma motivação que liberta as instituições da inércia²¹. No entanto, mais difícil que transformar as estruturas institucionais é transformar as estruturas mentais. Os empecilhos à não-fragmentação do currículo em disciplinas são variados, abrangem o desconhecimento do significado de projetos, a falta de formação específica para trabalhar com os mesmos, a acomodação pessoal e coletiva, até o medo de perder o prestígio pessoal, pois a interdisciplinaridade leva ao anonimato – o trabalho individual anula-se em favor de um objetivo maior – o coletivo (FAZENDA, 1993, p. 42).

Neste sentido, as barreiras metodológicas envolvem a superação das barreiras institucionais (epistemológicas, culturais, de formação de pessoal capacitado), assim como barreiras materiais (de ordem econômico-financeira), pois a interdisciplinaridade só se efetua quando a instituição a valoriza realmente. No entanto, as barreiras entre as disciplinas no Brasil parecem utópicas, visto que não se discute as possibilidades de atender às exigências

²¹ “Falta de ação, de atividade [...] indolência, preguiça [...]” (FERREIRA A., 1999, p. 79).

colocadas.

A interdisciplinaridade traz como consequência a modificação de conceitos, terminologias e posicionamentos, superando o saber individual e efetivando a pluralidade de saberes. Desta forma, o trabalho interdisciplinar desencadeia um crescimento profissional, bem como um crescimento institucional, porque exerce uma prática solidária. Para Erich Jantsch:

A interdisciplinaridade propriamente dita é algo diferente, que reúne estudos complementares de diversos especialistas em um contexto de estudo de âmbito mais coletivo. A interdisciplinaridade implica numa vontade e compromisso de elaborar um contexto mais geral, na qual, cada uma das disciplinas em contato são por sua vez modificadas e passam a depender claramente umas das outras. Aqui se estabelece uma interação entre duas ou mais disciplinas, o que resultará em intercomunicação e enriquecimento recíproco e, conseqüentemente, em uma transformação de suas metodologias de pesquisa, em uma modificação de conceitos, de terminologias fundamentais etc. Entre as diferentes matérias ocorrem intercâmbios mútuos e recíprocas interações; existe um equilíbrio de forças nas relações estabelecidas (apud SANTOMÉ, 1996, p 73).

Como forma de trabalho criativo e totalizante, a interdisciplinaridade reconhece de forma dialética a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto. Dessa forma, desenvolver um trabalho interdisciplinar é uma atitude individual que esbarra na intersubjetividade (relação entre sujeitos).

A interdisciplinaridade situa-se, portanto, em um nível avançado de cooperação e coordenação, de forma que todo conhecimento seja valorizado, com relações de intersubjetividade e de copropriedade baseadas em uma atitude de diálogo. Nesta interação e articulação entre as diversas áreas do saber envolvidas, é preciso haver respeito à autonomia e a criatividade inerentes a cada uma destas áreas, para que não sejam influenciadas ou excluídas deste processo. No entanto salienta-se que a possibilidade de interdisciplinaridade engendra-se a partir da própria diversidade que, pode ser também um elemento para integração. Para Etges (1993), a interdisciplinaridade:

[...] enquanto princípio mediador entre as diferentes disciplinas não poderá jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento teórico metodológico da diferença e da criatividade. A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão de seus limites, mas, acima de tudo, o princípio da diversidade e da criatividade. (apud JANTSCH; BIANCHETTI, 1995, p.14).

Desta forma, o que a interdisciplinaridade prevê não é a anulação da contribuição de

cada área em particular, mas, segundo Sampaio,

O conhecimento interdisciplinar deve ser a lógica da descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do saber, deveria ser uma atitude, que levaria o perito a reconhecer os limites de seu saber para receber contribuições de outras disciplinas. Toda ciência seria completada por outra e a separação entre as ciências seria substituída por objetivos mútuos. Cada disciplina dá sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e seus conceitos. (SÁ(org). 1989, p.83).

Para que esta interação ocorra de forma eficaz, tem-se como condição primeira a socialização do conhecimento, das linguagens e dos conceitos específicos de cada área envolvida para, posteriormente, promover uma recombinação dos elementos internos que possam facilitar o processo de comunicação.

Percebe-se, contudo, que a retomada da totalidade do conhecimento através da prática interdisciplinar não é uma tarefa fácil, pois, tradicionalmente, a sua fragmentação desenvolveu uma cultura de trabalho calcada em profissões essencialmente disciplinares, cuja tomada de decisão se processa de forma isolada, observando apenas as limitações de cada especialização. Como a interação interdisciplinar prevê uma troca recíproca de conhecimento entre as áreas do saber, com o compartilhamento de objetivos comuns para a ação, é compreensível o estabelecimento de relações conflituosas, oriundas de atitudes dominadoras, assumidas por determinados profissionais, que comprometem a interação, inibindo contribuições das demais áreas.

[...] é necessário que o profissional envolvido em trabalhos interdisciplinares funcione como um pêndulo, que ele seja capaz de ir e vir: encontrar no trabalho com outros agentes, elementos para a (re)discussão do seu lugar e encontrar nas discussões atualizadas pertinentes ao seu âmbito interventivo, os conteúdos possíveis de uma atuação interdisciplinar. (MELO e ALMEIDA, 1999, p. 235).

As ações em parceria devem funcionar como fertilizantes para a produção de conhecimento no processo de ir e vir das relações e demandas profissionais. Devem trazer para a intervenção profissional a possibilidade do pluralismo e da equidade, princípios fundamentais da profissão de Serviço Social.

Pode-se dizer que a fragmentação do saber originou profissionais cada vez mais especializados, cujas suas habilidades isoladas não conseguem atender as exigências dos problemas atuais que estão cada vez mais amplos e complexos. Diante deste novo cenário, cresce o debate que defende a necessidade de se atribuir um enfoque interdisciplinar a

formação e à intervenção profissional, atingindo hoje grande repercussão nos mais variados campos do conhecimento inclusive no Serviço Social. Segundo Japiassu,

[...] de um lado, a interdisciplinaridade aparece como o instrumento e a expressão de uma crítica interna do saber, como um meio de superar o isolacionismo das disciplinas, como uma maneira de abandonar a pseudo-ideologia da independência de cada disciplina relativamente aos outros domínios da atividade humana e aos diversos setores do próprio saber; do outro, como uma modalidade inovadora de adequar as atividades de ensino e de pesquisa às necessidades sócio-profissionais, bem como de superar o fosso que ainda separa a universidade da sociedade. (JAPIASSU, 1976, p.57).

O desafio das colaborações interdisciplinares consiste na construção de uma linguagem que seja comum aos especialistas oriundos de diferentes áreas, onde haja um entendimento mútuo acerca das concepções iniciais e uma articulação entre as áreas, afim de, atender as exigências da atualidade.

Assim, diante do processo de construção de saberes e práticas interdisciplinares, busca-se reduzir o corte da realidade e criar procedimentos de investigação, representativos e explicativos, que sejam produto da articulação entre as diferentes áreas do saber. De acordo com Oliveira,

A contemporaneidade exige cada vez mais profissionais qualificados, dotados de conhecimentos especializados e atualizados, flexibilidade intelectual no encaminhamento de diferentes situações e capacidade de análise para decodificar a realidade social. (2003, p.43).

Nesse contexto, acredita-se que a formação profissional, na atualidade deve ser repensada, afim de que se possa possibilitar a capacitação de profissionais condizentes com novas dinâmicas de trabalho. onde a interdisciplinaridade emerge como prática de articulação de saberes, servindo de base para a atuação do profissional em várias áreas.

Partindo deste pressuposto da interdisciplinaridade como articulador de conhecimento, esta se torna cada vez mais necessária e incontestável ao mundo do trabalho, sendo impossível pensar uma intervenção social fora dessa relação. É nesse sentido que integrar o heterogêneo se apresenta como um desafio na contemporaneidade, desafio que requer vontade, disposição e a superação de caminhos já existentes.

No que se refere às práticas de intervenção social, faz-se necessário uma postura interdisciplinar. A ação social seja ela comunitária, institucional ou governamental, interfere, quase sempre, nas condições materiais da vida da população na cidade. A intervenção social

fruto de uma concepção e práxis interdisciplinar rompe o reducionismo ativista da ciência, já que vê a produção do conhecimento como um espaço de complementação entre áreas, saberes empíricos e científicos. Estamos tratando de uma intervenção prática que se concretiza através da convergência das várias especializações das ciências humanas. Abordar a área social é reunir saberes para uma interlocução pronta a construir estratégias que não se reduzam aos seus próprios conhecimentos. Sobre isto, Rodrigues aponta,

A interdisciplinaridade, favorecendo o alargamento e a flexibilização no âmbito do conhecimento, pode significar uma instigante disposição para os horizontes do saber, [...]. Penso a interdisciplinaridade, inicialmente, como uma postura profissional que permita se pôr a transitar o 'espaço da diferença' com sentido de busca, de desenvolvimento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer. (RODRIGUES, 1995, p. 156).

Portanto, atualmente, diversas profissões ao buscar novas maneiras de implementar seu trabalho, direciona seu envolvimento na ação interdisciplinar, compartilhando de um espaço de troca mútua entre as especificidades do conhecimento e ultrapassando, no atendimento da complexidade das suas demandas, os limites de sua especialidade.

Assim, em relação às especificidades das profissões e as especificidades das áreas, a interdisciplinaridade extrai o novo e diferente dos conhecimentos elaborados sobre o objeto de uma referida prática, possibilitando o pluralismo de contribuições, visando um entendimento profundo deste objeto e prática visto que é assimilada como postura profissional. Acredita-se que a base do trabalho interdisciplinar seja a interdependência entre os profissionais envolvidos, reconhecendo a área particular de competência de cada um, mais aliado a mútua compreensão e respeito, busque-se a superação do conhecimento já existente da realidade social. Conforme Martinelli,

A perspectiva interdisciplinar não fere a especificidade das profissões e tampouco seus campos de especialidade. Muito pelo contrário, requer a originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinado objeto, de determinada prática, permitindo a pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes deste mesmo objeto, desta mesma prática. (1995, p.157).

O trabalho interdisciplinar não acontece imediatamente, ele se efetiva na sua prática e vivência. Sua complexidade incide em avanços e retrocessos diretamente relacionados aos profissionais que compõem a equipe. Nesse sentido, o avanço do trabalho ocorrerá a partir do

levantamento dos entraves que emergem no cotidiano do trabalho, no compartilhamento de conhecimentos e saberes.

Com relação à intervenção interdisciplinar, esta pode ser entendida como multifacetada, a medida que necessita adequar-se aos objetivos e objeto de trabalho da equipe em que ocorre, exigindo, desta forma, que o profissional priorize determinados conhecimentos, atribuições e características em detrimento de outros. Portanto, a postura assumida relaciona-se com as áreas em que este profissional se insere no trabalho interdisciplinar.

Por fim, o objetivo deste trabalho não é apresentar o interdisciplinar como a cura de todos os males, pois isso seria uma atitude insana e prepotente. Mas acredito que a interdisciplinaridade mostra-se como uma maneira de intervir no mundo, efetivada pela transformação dos espaços, das relações, pelo construir. Mesmo sendo um processo difícil de atingir, ainda que a interdisciplinaridade não exista como algo definitivo, acredito que seja um caminho possível de ser alcançado através do reconhecimento da importância de cada área do saber e do respeito mútuo entre os profissionais.

2.3 A Atuação da Equipe Multiprofissional do NASF.

Neste item, estaremos abordando como ocorre o processo do trabalho em equipe na área de saúde, especificamente no campo da atenção básica, no qual o NASF está inserido, buscando correlacionar com as especificidades da atuação da equipe multiprofissional do NASF.

Desde os anos 2000, vem se ampliando as bibliografias que tratam do trabalho da equipe no âmbito da saúde. Alguns estudos demonstram que este destaque é consequência das discussões internacionais, vem apresentando este tipo de trabalho em saúde como alternativa a uma estrutura de saúde baseada na assistência médica, levando em consideração o aumento do uso de tecnologias de ponta e da procura da população por serviços de saúde em virtude do aumento de doenças crônicas e do envelhecimento da população (PEDUZZI, 2007b).

Isto ocorre porque verifica-se melhor eficácia e efetividade das ações de trabalho em equipe no que tange o tratamento de doenças crônicas, apresentando resultados mais satisfatórios do que os realizados por atendimento individualizado por profissional (LEITE, 2004). Nesta perspectiva, os estudos internacionais, visam demonstrar indicadores de revelar a eficácia do trabalho em equipe multiprofissional (MCCALLIN, 2007).

Neste sentido, a formação de equipes de saúde é convalidada enquanto mecanismo em que se busca atingir o cuidado integral, conseguindo atender tanto os aspectos curativos, preventivos e de reabilitação, quanto em relação a superar a intervenção biomédica na realização de procedimentos, e desta forma, compreendendo o sujeito e seu ambiente (PEDUZZI, 2009).

Desta forma, seja qual for a motivação, verifica-se cada vez mais a limitação do atendimento uniprofissional no processo saúde/doença. Pois, se reconhece a interdependência e complementaridade saberes e ações de outros profissionais, na garantia de melhor qualidade do atendimento, também, no controle e tratamento de doenças crônicas, e ainda no tratamento e reabilitação psicossocial, transtornos alimentares, entre outras condições de adoecimento. (TAVARES; MATOS, 2005).

Nesta perspectiva, Iribarry (2003) aponta que a identificação de situações complexas, que não conseguem ser solucionadas por uma única área de saber abre diálogo com outras disciplinas, isto é, verifica-se a limitação de dada disciplina, frente a necessidade de resolução de determinado problema. Segundo Peduzzi,

O trabalho em equipe não tem sua origem apenas no caráter de racionalização dos recursos gastos na assistência médica, no sentido de garantir melhor relação custo-benefício do trabalho médico e ampliar o acesso à cobertura da população atendida, mas também responde a necessidade de integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial no processo saúde e doença (2005, p. 421).

Portanto, a iminência do trabalho em equipe está atrelada as estratégias de mudança do modelo de assistência à saúde, o qual estava se apresentando ineficaz frente ao contexto sociocultural e econômico cada vez mais complexo e dinâmico, sendo então, necessário reformular as formas de pensar e fazer saúde.

Peduzzi (2005) define o trabalho em equipe como uma modalidade de trabalho coletivo, o qual se constitui por meio de uma relação recíproca entre as intervenções técnicas realizadas pelos distintos profissionais, juntamente com a interação dos mesmos. Sendo a comunicação o instrumento principal para viabilização desta conexão entre os profissionais.

Entretanto, observa-se complexo relacionar os distintos processos de trabalho, os quais devem preservar as diferentes técnicas e articulações interventivas. Buscando ainda compreender a transversalidade de algumas ações, reconhecendo o que existe de comum entre os saberes (PALMA; PEDUZZI, 1996).

Porém, cabe enfatizar que é inegável afirmar que o trabalho coletivo está sendo considerado como diferente do trabalho em equipe, pois, no trabalho coletivo cada disciplina executa parte da assistência e do cuidado, de maneira individualizada, isto é, separado de outros profissionais, o que ocasiona em muitas vezes repetição de trabalho, ou ainda, ações contraditórias entre os profissionais, que reforçam a fragmentação. Já no trabalho em equipe surge a possibilidade da modalidade de trabalho coletivo, em que se desenvolve alternativas de reorganização dos saberes especializados na busca pela atenção integral à saúde (PEDUZZI, 2007a).

Deste modo, ao analisar o trabalho em equipe multiprofissional em saúde, consegue-se constatar que além da complementaridade e da interdependência, deve ocorrer a conexão entre as intervenções realizadas e a interação entre os profissionais, através da comunicação, que pode ser a partir da linguagem, objetivos e propostas realizadas conjuntamente. E ainda, respeitar a autonomia técnica, sendo a tomada de decisões expressada de modo interdependente entre os profissionais.

Neste sentido, o trabalho em equipe atua como uma rede de relações entre pessoas, interesses, poderes, saberes, porém esta relação não está imune a conflitos e confrontos, os quais precisam ser trabalhados para saná-los, sendo este um alicerce para a troca de experiência e conhecimento.

Um conjunto de 12 características do trabalho em equipe vem sendo apresentado por Wiecha e Pollard (2004)

comunicação, considerada sine qua non no trabalho em equipe, cooperação, definida como empoderamento dos membros da equipe, coesão, a união dos membros da equipe, compromisso, investimento nos processos da equipe, contribuição, que é o sentimento que os membros da equipe devem ter na sua atuação conjunta, colaboração, equidade entre os membros da equipe, coordenação dos esforços, que se refere à execução de ações com base em um plano comum, consistência entre os membros da equipe e destes com o ambiente organizacional, confronto direto dos problemas da equipe, conflitos, que devem ser gerenciados pela equipe, consensos construídos entre os membros da equipe para a tomada de decisão e cuidado, no sentido de produzir um trabalho centrado nos resultados para o paciente (apud PEDUZZI, 2007a, p.91).

MacCallin (2006) em seus estudos, também aponta algumas características do trabalho em equipe, as quais complementam as já citadas,

Como características do trabalho em equipe, a autora destaca a colaboração, a cooperação, a comunicação entre os profissionais, a responsabilização

coletiva e a prestação de contas sobre os resultados produzidos, a resolução de problemas e a tomada de decisão coletivas e o reconhecimento do papel profissional e das responsabilidades dos demais integrantes da equipe. Dentre elas, enfatiza a colaboração e a cooperação entre os profissionais, lembrando que essas relações não podem ser desenvolvidas se cada indivíduo, membro da equipe, não respeitar as competências dos demais (apud PEDUZZI, 2007a, p.91).

Observa-se deste modo, que as características levantadas pelos autores apresentam grande semelhança, com o foco na comunicação, onde o diálogo torna-se intrínseco a este tipo de trabalho. E é com base nestas definições, que se vislumbra o trabalho da equipe multiprofissional no âmbito da estratégia de saúde da família.

Segundo o Ministério da Saúde, desde 1997 com o surgimento do programa de saúde da família, o mesmo foi visto enquanto estratégia de reorganização do modelo assistencial de saúde, sendo a formação das equipes multiprofissionais um recurso para este fim. Porém as especificações do processo de trabalho da equipe foi abordado de modo superficial (BRASIL, 1997).

Posteriormente, abordaram com mais afinca a questão das funções e do processo de trabalho da equipe, apontando ainda algumas dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho dos mesmos, como a execução do trabalho de modo compartimentalizado, com a atuação focada no positivismo biológico, equipes desarticuladas, bem como, a dificuldade dos profissionais de respeitarem a autonomia do indivíduo e da família no processo de recuperação da doença, dificuldades estas q devem ser solucionadas (BRASIL, 2000).

Por isso, defende-se mudanças nestas práticas, a partir de novas relações, mais democráticas, entre usuários e profissionais; e trabalhadores entre si. Neste sentido, busca-se novas concepções de trabalho, que possibilite maior diversidade das ações, e o alcance do consenso, desta maneira, as ações interdisciplinares, se respaldar em abordagens que contestem as certezas profissionais, e fomentem a permanente comunicação horizontal entre os membros da equipe (PINENT, 2004).

Portanto, vislumbra-se que o trabalho em equipe no âmbito da ESF, atue com o objetivo de alcançar a atenção integral aos indivíduos e coletividade. Entretanto, ainda são poucas as orientações que norteiam as práticas profissionais para o alcance das transformações fomentadas. Sendo a principal proposta com este objetivo a realização de cursos permanentes para os profissionais, com vista a capacita-los para atender as estratégias da atenção básica e a preparação para o trabalho em equipe.

As competências dos profissionais, inseridos no âmbito da política de saúde, estão

embasadas nos documentos que apresentam os princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde. Dentre as atribuições ressalta-se:

Participar das ações de vigilância em saúde, garantir realização de atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, construção de vínculo, manter a coordenação do cuidado, promover a mobilização e a participação da comunidade, participar do planejamento e avaliação das ações, identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar as ações intersetoriais, garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação da Atenção Básica e participar das atividades de educação permanente (BRASIL, 2006).

Entretanto, alguns estudos demonstram que apesar o trabalho em equipe ser apontado como estratégia para a reestruturação do processo de trabalho dos serviços de saúde na atenção primária, o mesmo encontra entraves para sua efetividade, pois muitas vezes no atendimento das equipes multiprofissionais, permanecem a reprodução do atendimento centrado no médico, ações curativas e fragmentadas, geralmente por falta de interação dos técnicos, sendo este o principal desafio da estratégia de saúde da família (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Porém deve-se levar em consideração que, estas dificuldades levantadas, tanto no que se refere a interação dos profissionais quanto na reprodução do atendimento biomédico, estão relacionadas a sobrecarga de trabalho impostas pelos gestores municipais, a rotatividade dos profissionais, a cobrança da sociedade em decorrência do elevado número de família cadastradas, condições precárias de trabalho, baixo rendimento salarial, dificuldade de comunicação entre os profissionais e conflitos internos (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Colomé (2005) aponta em seus estudos que um fator relevante que atrapalha a comunicação dos profissionais são os problemas interpessoais, e que estas divergências acabam se tornando um fator de desmotivação em relação ao trabalho. O autor ainda expõe que para a superação deste entrave, é necessário capacitações para as equipes que abordem além das questões técnicas, as questões de relacionamento interpessoal e trabalho em equipe, bem como demonstra a necessidade do cuidado com a própria equipe, como apoio emocional para lidarem com os sentimentos de frustração e impotência frente às problemáticas encontradas.

Neste sentido, podemos compreender que, a efetividade do trabalho em equipe ocorre quando as ações da equipe na estruturação do processo de trabalho tem como enfoque o âmbito familiar e a realidade sociocultural e econômica do paciente, o cumprimento de carga horária integral no serviço, a realização periódica de reuniões de equipe, o trabalho em equipe baseado na concepção ampliada de saúde e da promoção da saúde, a realização do trabalho

intersetorial, humanizado e a construção de vínculo com a demanda atendida e demais profissionais, com ênfase na comunicação.

Sendo assim, estas novas práticas de atendimento, possibilitam este novo modelo de assistência à saúde, atendendo aos princípios norteadores do mesmo, e fomentando a eficácia e a efetividade do trabalho em equipe.

Destaca-se que debater os conceitos acerca da relação multiprofissional do âmbito da realidade do Programa de Saúde da Família é essencial para provocar mudanças no que se refere a formação e capacitação dos profissionais da ESF.

Nesta perspectiva, a educação permanente é vista como mecanismo efetivo para contribuir com a mudança do modelo assistencial, pois pressupõe práticas educativas que foquem na resolução de problemas concretos, através do trabalho em equipe, onde este, busque a transformação do processo de trabalho para garantir a efetividade das ações. Para tanto, é necessário,

- resgatar a relação entre os sujeitos do processo de trabalho;
- dominar e aplicar saberes profissionais específicos e compartilhar esses saberes com os demais membros da equipe;
- levar em consideração todos os membros da equipe e os saberes e aspectos culturais sobre os quais constroem a sua identidade profissional e são reconhecidos pelos seus pares;
- valorizar e somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a atenção à coletividade, para viver e conviver com qualidade;
- compreender a relação de poder presente nas relações entre gênero e profissões histórica e socialmente determinadas;
- concretizar conceitos teóricos, como: acolhimento, humanização, integralidade e vínculo, também em relação à equipe;
- ter como centro de todas as ações as necessidades apresentadas pelos usuários. (VASCONCELLOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 22)

Neste sentido, a Educação Permanente em Saúde - EPS enquanto estratégia de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, visa uma atuação baseada em abordagens dialógicas e democráticas, evidenciando o enfoque no processo de trabalho como locus gerador de conhecimento expressivo. (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Desta maneira, os atores observam que é através do trabalho que o indivíduo coloca em prática a capacidade de autoavaliação, de inquirição, de trabalho cooperativo em equipe, de identificação da necessidade de saberes complementares. Sendo que é no cotidiano que o profissional elenca temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, buscando superar as problemáticas, através da transformação do seu conhecimento e da sua

intervenção. Portanto, para tal é imprescindível ações articuladas, tanto com os níveis de gestão, quanto com as instituições formadoras de recursos humanos, no que tange a compreensão de que EPS é um processo contínuo coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

De acordo com os debates apontados, estas propostas podem contribuir para a superação do modelo educacional tradicional, o qual se caracteriza por uma educação autoritária, em que formam profissionais que estabelecem relações profissional-usuário/comunidade de modo hierárquico e autoritário. Sendo necessário compreender a importância da interação profissional, para a realização do trabalho multiprofissional.

As ações e procedimentos adotados realizados frente as mais diversas problemáticas encontradas pelo homem, individuais e coletivas e em sua relação com as demais pessoas, bem como o ambiente em que se vive são determinados a partir da concepção de homem e sociedade que se tem. Deste modo, pode se dizer que não existe postura neutra, e nem um único modo de se ver o mundo. Sendo assim, não é suficiente que os profissionais de saúde tenham domínio e apliquem isoladamente seus conhecimentos especializados, é necessário somar saberes para responder de forma efetiva e eficaz aos problemas complexos encontrados (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

A proposta do trabalho em equipe tem sido atrelada a estratégia de enfrentamento ao intenso processo de especialização da área de saúde, este processo acaba fragmentando o atendimento, focalizando nos aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a totalidade da problemática (PEDUZZI, 1998).

Além do âmbito da responsabilidade e do conhecimento especializado de cada profissão, há ainda o campo da competência e da responsabilidade compartilhada, sendo imprescindível a realização de práticas cotidianas que viabilizam intervenções profissionais eficazes, no que tange o atendimento integral do indivíduo e da coletividade, propiciando troca de saberes entre os membros da equipe, os profissionais com os usuários, através do planejamento de atividades conjuntas que visem a transformação da realidade social, econômica e cultural do território (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Sendo assim, verifica-se a necessidade de se ter uma postura política que busque contribuir com o processo de construção da cidadania e da democracia da sociedade. O que determinada esta postura é a comunicação, entre os profissionais, profissional e usuário, tanto em atividades individuais quanto coletivas, respeitando as diferentes formas de concepções do

mundo e do ser humano no mundo (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Neste sentido, o profissional de saúde, deve atuar de modo a constatar qual a fundamentação do conhecimento do outro, as relações causais determinadas dos processos por ele vivenciados. A partir da visão que o outro tem do problema, assim, o profissional consegue identificar a melhor forma de intervir, respeitando a autonomia do outro, com ética. Sendo importante ainda, entender a linguagem e o significado das expressões encontradas, propiciando a construção recíproca de novos saberes.

Além disso, há outros debates colocados que dificultam a execução do trabalho da equipe multiprofissional de saúde na garantia da integralidade da assistência, Loch-Neckel et al (2009), em sua pesquisa entrevistou os profissionais da ESF, e verificou que as atividades realizadas pelos mesmos, ultrapassam os limites de sua competência, fato este ocasionado pela falta de outros profissionais na unidade, gerando sobrecarga de trabalho e ainda impossibilitando que os usuários recebam atenção profissional qualificada e que atenda suas necessidades de modo resolutivo.

Demonstrando assim, a importância dos profissionais de psicologia, nutrição, serviço social, fisioterapia, educação física, farmácia, fonoaudiologia e terapeuta ocupacional. Neste sentido é que a equipe multiprofissional do NASF tem o intuito de dar suporte a equipe da ESF, realizando atendimentos compartilhados e interdisciplinar, bem como intervenções específicas de cada profissional via indicação das equipes de saúde da família. Além destes profissionais, o decreto que criou o NASF contempla ainda as especialidades médicas: acupunturista, ginecologista, homeopata e psiquiatra.

As atribuições comuns aos profissionais da equipe multiprofissional do NASF;

- Identificar, em conjunto com as equipe de SF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- Identificar, em conjunto com as equipe de SF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos Nasf por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas,

fôlderes e outros veículos de informação;

- Avaliar, em conjunto com as equipe de SF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos Nasf;
- Elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de SF e os Nasf do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada. (BRASIL, 2010, p.23).

Segundo as diretrizes do NASF, o mesmo está dividido em nove área estratégica de atuação, sendo elas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança do adolescente e do jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2010), sendo nestas áreas que os profissionais realizam suas ações, visando responder as problemáticas de saúde dos usuários, com vistas a garantia da qualidade de vida e a prevenção do adoecimento da população.

Neste sentido, as equipes de saúde situam suas intervenções na busca por inovação, uma nova maneira de se produzir saúde, voltado para ações mais cuidadoras, mesmo se deparando com os desafios encontrados no cotidiano de trabalho, como as divergências entre os atores sociais envolvidos (usuário, comunidade, profissionais e gestores). Por isso, a busca é de se manter condições favoráveis de trabalho, estrutura física e de recursos humanos, apoio técnico, educação permanente, suporte gerencial e comprometimento do gestor municipal.

3 Realidade do NASF no Município de Medianeira

Neste capítulo estaremos descrevendo acerca da metodologia que foi utilizada para a pesquisa desta dissertação, bem como apresentado a análise da realidade do serviço do NASF no município de Medianeira.

3.1 Aspectos Metodológicos da Pesquisa

O método se refere ao modo que ocorrerá a investigação de determinada pesquisa, trata-se do desenvolvimento da pesquisa a partir de uma sequência de etapas. O método científico, pode ser compreendido enquanto uma maneira ou conjunto de regras básicas empregadas em uma investigação científica, tendo como objetivo alcançar os resultados mais confiáveis, sempre que possível (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Entretanto, o método científico é algo subjetivo e complexo, não apenas um manual de regras com etapas a seguir, o pesquisador que utiliza este método, não necessariamente cumpre todas as etapas, ele pode passar sua investigação por determinadas etapas que contribuam melhor para o alcance dos resultados. Neste sentido, o método não é algo definitivo e rígido, ele está sempre em movimento, evoluindo permanentemente, conforme a evolução da ciência (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Laville e Dionne (1999) elencam quatro etapas em que o método científico é dividido: (a) propor e definir um problema; (b) elaborar um hipótese, (c) verificar a hipótese; (d) concluir. Oliveira embasado na discussão dos autores descreve as etapas citadas,

Propor e definir um problema: o propósito desta etapa é ter clareza de que se está realmente investigando algo, que mereça de fato o esforço de uma investigação científica. Desta forma, a formulação do problema deve apresentar as seguintes características: 1) conscientização de um problema; 2) tornar este problema significativo e delimitá-lo; 3) formular este problema delimitado em forma de uma pergunta.

Elaborar uma hipótese: para os autores, hipótese é a passagem da formulação de um problema percebido pessoal e sensivelmente em relação ao contexto vivido pelo pesquisador e que, a partir de aproximações através da leitura e comparações iniciais do problema, chega-se a uma pergunta mais madura e efetiva, racional quanto à possível solução do problema delimitado. O mesmo é provisório, mais como um fator orientador do que pré-resposta ou conhecimento a priori. Para tanto, é preciso que este processo apresente as seguintes ações: 1) analisar os dados disponíveis; 2) formular a hipótese tendo consciência de sua natureza provisória; 3) prever suas implicações lógicas. Neste último item, “prever” não tem a conotação de prever conforme no modelo clássico de ciência, mas no sentido de

exercitar a imaginação como fator construtivo de proposição provisória de construção da solução possível ao problema apresentado.

Verificar a hipótese: após estabelecer a hipótese em forma de pergunta, fato que surge a partir da delimitação do problema, que surge a partir da aproximação do objetivo que vem da revisão da literatura e dos dados preliminares, passamos para a etapa da verificação, da confirmação ou não da hipótese. Tal procedimento é pertinente e permite um caminho investigativo ordenado, onde a formulação das conclusões tem apoio e referencia, não só teórica, mas lógica. Ao elaborar uma resposta provisória, ao verificar, olhar, escutar e interpretar o que os dados da realidade têm a dizer, poderemos fazer o exercício de confirmar ou não a hipótese estabelecida. Apresentar os elementos constitutivos deste processo investigativo de forma objetiva, direta, clara, aprofundada e fundamentada. Para tanto, esta etapa requer: 1) decidir sobre novos dados necessários; 2) recolhê-los; analisar, avaliar e interpretar os dados em relação à hipótese estabelecida.

Concluir: por fim, a verificação possibilitará a inferência de vários dados que permitiram proceder com as seguintes ações: 1) invalidar, confirmar ou modificar a hipótese; 2) traçar um esquema de explicação significativo; 3) quando possível, generalizar e concluir e acrescentamos outro elemento de vital importância nesta etapa; 4) possibilita elaborar proposições de melhor aplicação das informações e conhecimentos construídos no processo investigativo, possibilitando elucidar ações que poderão servir para intervenção e transformação da realidade. (OLIVEIRA, 2004, p. 133-134).

Nesta perspectiva, o método científico é caracterizado por um texto científico cujo intuito é apresentar os resultados, sendo que os fatos são calcados de originalidades, oriundos de uma pesquisa pré-determinada (MARCONI; LAKATOS, 2003). Sendo este método escolhido para esta pesquisa.

Neste sentido, apresentaremos como hipótese para esta dissertação, que a implantação do NASF encontrou muitos desafios, que estes, estão relacionados em parte por ser destinado verba insuficiente para execução das ações e pagamento de profissionais, assim, municípios de pequeno porte, por falta de recurso utilizam como estratégia a utilização dos mesmos profissionais já inseridos na atenção primária em saúde, para concomitantemente exercer as duas funções, o que prejudica ambos os serviços, visto que antes mesmo da implantação dos NASF já se verificava falta de recursos humanos e demanda excessiva de trabalho aos profissionais, além disso, os mesmos foram colocados no serviço sem capacitação, sem conhecer as competências do serviço.

Segundo Gil, (1999, p. 42) a pesquisa é um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, que tem como objetivo fundamental descobrir soluções para os problemas mediante o emprego de procedimentos científicos. Isto é, a pesquisa social é um processo, onde através da metodologia científica consegue se obter

novos conhecimentos no campo da realidade social.

Conforme Gil, “A realidade social é entendida aqui em sentido bastante amplo, envolvendo todos os aspectos relativos ao homem e seus múltiplos relacionamentos com outros homens e instituições sociais.” (1999, p. 42)

A pesquisa tem por objetivo esclarecer uma série de compreensões na descoberta de respostas para as indagações e questões existentes em todos os ramos do conhecimento humano.

Para Oliveira,

[...] aqueles que se submetem a pesquisar há a necessidade de utilizar uma série de conhecimentos teóricos e práticos além da capacidade de manipular as técnicas, conhecer os métodos e outros tipos de procedimentos, como o objetivo de alcançar resultados para as questões e perguntas formuladas até a apresentação final do documento. (OLIVEIRA, 2002, p. 118)

A pesquisa pode contribuir para o desenvolvimento do conhecimento. Pesquisar é planejar uma investigação com base nos procedimentos científicos. Assim, a pesquisa tem por finalidade identificar e explicar os fenômenos que ocorrem de diferentes maneiras. Segundo Ander-Egg, “A pesquisa é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento.” (apud MARCONI e LAKATOS, 2002, p. 15)

A pesquisa social apresenta-se em três características distintas de abordagem, a pesquisa exploratória, a pesquisa descritiva e a pesquisa explicativa. Dentre elas foi utilizado neste projeto, a pesquisa de abordagem exploratória com um viés da descritiva, pois buscará realizar uma abordagem aprofundada e ampla acerca do NASF, descrevendo as características do mesmo, e elencando as possíveis possibilidades e dificuldades que se encontram no âmbito de suas intervenções.

A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno, e uma de suas maiores características é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Algumas pesquisas descritivas além de identificar a existência de relações entre as variáveis, também servem para proporcionar nova visão do problema, se aproximando da pesquisa exploratória. A pesquisa descritiva e a exploratória são as mais utilizadas pelos pesquisadores sociais.

A pesquisa exploratória ao entender de Gil,

[...] tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar

conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menos rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos e casos. (1999, p. 43)

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar visão geral, do tipo aprofundado, sobre determinado fato. Geralmente elas constituem a primeira fase de uma investigação ampla. A pesquisa se apresenta em duas naturezas: a Quantitativa e a Qualitativa. Neste projeto foi utilizada a pesquisa quantiqualitativa, que é a união da pesquisa quantitativa (quantidade) com a pesquisa qualitativa (qualidade).

A pesquisa quantitativa se preocupa em quantificar opiniões, dados, como forma de coleta de informações. Ela procura descobrir e classificar as variáveis dos fenômenos. Essa pesquisa é utilizada quando se procura ter resultados precisos, sem distorções de análise e interpretações.

A pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar dados estatísticos, ela se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado. A pesquisa qualitativa objetiva entender a relação de causa e efeito do fenômeno, para assim, chegar à sua verdade e razão. Isto é, ela busca identificar os significados, os motivos, os valores, etc, para então entender melhor a relação dos processos e fenômenos.

A pesquisa qualitativa possui maior facilidade para compreender e descrever a complexidade dos fenômenos. Para Oliveira, existem pelo menos três situações em que deve-se utilizar a pesquisa qualitativa,

1. Situações em que se evidencia a necessidade de substituir uma simples informação estatística por dados qualitativos. Isto se aplica, principalmente, quando se trata de investigação sobre fatos do passado ou estudos referentes a grupos dos quais se dispõe de pouca informação.
2. Situações em que observações qualitativas são usadas como indicadores do funcionamento de estruturas sociais.
3. Situações em que se manifesta a importância de uma abordagem qualitativa para efeito de compreender aspectos psicológicos, cujos dados não podem ser coletados de modo completo por outros métodos devido à complexidade que envolve a pesquisa. Neste caso, temos estudos dirigidos à análise de atitudes, motivações, expectativas, valores, opinião etc. (2002, p. 117).

O quantitativo e o qualitativo, são dois métodos de abordagem de diferente natureza, o primeiro pode ser representado pela objetividade dos dados matemáticos, pois, trabalha com estatísticas que são captadas nos fenômenos apenas por aquilo que é visível e concreto. A

segunda pode ser representada pela intuição, exploração e subjetividade, pois, procura compreender os significados das ações e relações humanas, do que não está visível, captável.

Segundo Minayo, (1994, p. 23-24) apesar dos dados quantitativos e qualitativos se diferenciarem, eles não se opõem, ao contrário, eles se complementam, pois, os dados adquiridos pelo quantitativo, são objetivos, precisos e reais, o que contribui para a qualidade da pesquisa. Assim, com a união dos dois, pode-se compreender a interioridade e exterioridade dos fenômenos.

Minayo, considera que,

[...] o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Compreende uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou 'objetos sociais' apresentam. (1994, p. 25)

E por concordar com a relação de quantidade e qualidade, para melhor compreensão dos fenômenos, é que foi utilizada nesta dissertação, a pesquisa quantiquantitativa, com característica exploratória e um viés descritiva. Pois, entende-se que foi relevante para uma ampla compreensão, considerar tantos os dados quantitativos como: quantidades do profissionais previstos e inseridos no serviço, os tipos de contratos de trabalho, as cargas horárias dos profissionais, dados que se referem à gestão do serviço e a estrutura do NASF, e da equipe, quanto aos qualitativos, como as ações implementadas, e correlacionar estes dados as características encontradas no âmbito da implantação do NASF, e do processo de trabalho da equipe multiprofissional.

O ambiente da pesquisa é o Núcleo Ampliado de Saúde da Família, equipamento pertencente à secretária Municipal de Saúde, localizado no município de Medianeira, região Oeste do Paraná, o qual será brevemente exposto neste momento, porém mais detalhado no proximo subcapitulo onde será realizado o estudo de caso.

O Município de Medianeira, situa-se na microrregião do Oeste do Paraná, às margens da Br 277, que atravessa o oeste do Paraná. Localizado à 60 Km da cidade de Foz do Iguaçu e 580 Km da capital do Estado, Curitiba. Localiza-se a 402m acima do nível do mar. Ao norte limita-se com o município de Missal, ao oeste faz fronteira com São Miguel do Iguaçu, ao sul com o município de Serranópolis do Iguaçu e ao leste com o município de Matelândia.

A superfície do município é de 314,632 Km², essa área corresponde a 0,2% da área

do Estado do Paraná. A população do município é de 41.830 habitantes. IBGE, (CENSO, 2010) Tendo na área urbana 37.403 habitantes e na área rural 4.427 habitantes. Esse total corresponde a 0,2% da população do Estado.

O setor agro-industrial é à base da economia do município. O Município se constitui de várias secretarias, dentre elas, está à secretaria de Saúde, a qual será brevemente fundamentada, devido a sua relação com a área de pesquisa.

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS tem como atribuições supervisionar e coordenar a interligação dos órgãos de saúde Municipais com os Estaduais e Federais; dar assistência aos Projetos Técnicos na área de saúde; coordenar os programas de Atenção Básica, de Estratégias em Saúde da Família; planejar e coordenar os trabalhos da Vigilância em Saúde, bem como os de Gestão em Saúde, e demais atividades correlatas, bem como a promoção de medidas de proteção à saúde da população do Município, mediante ações de prevenção e de combate às doenças de massa; pela fiscalização das condições de saneamento básico do Município; pela eficácia dos serviços médicos; pela realização de pesquisas sobre saúde e qualidade de vida da população do Município; pela análise dos dados estudados das demandas da atuação médico-hospitalar. (Medianeira, 2020)

O NASF é um equipamento inserido no âmbito da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, está situado na rua Sarandi, nº 2447, no bairro Nazaré, cidade de Medianeira – Região Oeste do Paraná. O mesmo foi aderido pelo Município de Medianeira em 2016, mas passou a exercer efetivamente as ações em agosto de 2018, sendo que desde março de 2019 passou a contar com esta sede, no endereço supracitado. Anteriormente o mesmo contava com uma sala cedida pelo equipamento do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para reunião da equipe e guardar materiais.

A instituição iniciou com um quadro de 5 profissionais, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 2 psicóloga, 1 assistente social, todos com carga horária divididas com outros equipamentos da atenção básica. Destas duas profissionais eram contratadas por regime de PSS (Processo Seletivo Simplificado) e três servidoras publicas em regime estatutário. Após alguns meses do início das atividades as funcionarias em regime de PSS tiveram seus contratos finalizados, não havendo reposição das funções no NASF. Assim, atualmente, o NASF conta com 1 nutricionista, 1 psicóloga e 1 assistente social, todas com carga horária dividida com outros equipamentos da atenção básica.

Entendeu-se como relevante expor esta breve caracterização do ambiente da pesquisa, em virtude da utilização do método de Estudo de Caso que será utilizado neste projeto, para propiciar parâmetros que norteiem a compreensão da realidade a ser pesquisada.

Segundo Yin (2009)

O estudo de caso é um método de pesquisa que utiliza, geralmente, dados qualitativos coletados a partir de eventos reais, com o objetivo de explicar, explorar ou descrever fenômenos atuais inseridos em seu próprio contexto. Caracteriza-se por ser um estudo detalhado e exaustivo de poucos, ou mesmo de um único objeto, fornecendo conhecimentos profundos. (apud BRANSKI; FRANCO; LIMA, 2010, p.1)

Atualmente dentre as metodologias de investigação, o estudo de caso tem se mostrado um método bastante eficiente, e está obtendo bastante adesão das universidades, por poder ser aplicado nas diferentes áreas de conhecimento, por se tratar de uma metodologia que permite a realização de pesquisas aplicadas a casos concretos, problemas sociais e políticas públicas.

O estudo de caso, enquanto método de investigação qualitativa, tem sua aplicação quando o pesquisador busca uma compreensão extensiva e com mais objetividade e validade conceitual, do que propriamente estatística (...) (ROCHA, 2008). Nesta perspectiva, Yin (2006) compreende o estudo de caso por excelência um dos mais primorosos, entretanto entende-se que o mesmo apresenta algumas limitações, as quais embasam algumas críticas. (apud OLIVEIRA, 2016). Ainda conforme Flybjerg (2006) e Thomas (2010),

Dentre as principais críticas levantadas, está a dificuldade de a partir da análise de um ou poucos casos se estabelecer generalizações. Outra crítica importante é a falta de rigor científico, já que o pesquisador está sujeito a aceitar evidências equivocadas ou visões tendenciosas que podem influenciar suas conclusões. (apud BRANSKI; FRANCO; LIMA, 2010, p.1)

Porém apesar das críticas apontadas, o estudo de caso enquanto metodologia de pesquisa vem ganhando credibilidade, estando em ascensão entre os pesquisadores, pois possibilita a inserção de dados reais a pesquisa, possibilitando resultados mais efetivos.

Os instrumentos de coleta de dados são as técnicas e ou meios que foram utilizados pelo pesquisador para obter as informações necessárias à pesquisa. Os instrumentos que foram utilizados neste trabalho: a Análise Documental, a Observação e a Pesquisa Bibliográfica.

Apesar de ser um instrumento de coleta de dados pouco utilizada, a análise documental é uma técnica muito valiosa, que pode estar completando dados de outra técnica de pesquisa, ou até revelando novas informações. A análise documental, como o nome já diz, analisa documentos, que são materiais escritos, onde possuem informações que possam colaborar com a pesquisa a ser realizada.

Nesta dissertação utilizamos de alguns documentos que contribuíram com a pesquisa, como os cadernos de atenção básica, diretrizes do NASF, parâmetros de atuação da equipe do NASF, projeto grupo de gestante, projeto grupo de obesidade, projeto grupo de tabagismo e diário de campo, pois estes documentos trouxeram dados relevantes a pesquisa.

Segundo Caulley "A análise documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse." (apud LUDKE ; ANDRÉ, 1986, p. 38)

Os documentos constituem uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas informações que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. Guba e Lincoln,

Resumem as vantagens do uso de documentos dizendo que uma fonte tão repleta de informações sobre a natureza do contexto nunca deve ser ignorada, quaisquer que sejam os outros métodos de investigação escolhidos. (apud LUDKE ; ANDRÉ, 1986, p. 39)

A análise documental tem a vantagem de que, os documentos são de fontes estáveis e ricas, e podem proporcionar base ao estudo, possibilitando a validade dos resultados obtidos. Outras vantagens existentes nela, é seu baixo custo, e sua fonte de dados que podem ser explorados.

Ao se utilizar à análise documental, deve-se levar em conta o tipo de documento a ser usado, ele pode ser oficial, técnico ou pessoal.

Para Patton,

A análise de dados qualitativos é um processo criativo que exige grande rigor intelectual e muita dedicação. Não existe uma forma melhor ou mais correta. O que exige é sistematização e coerência do esquema escolhido com o que pretende o estudo. (1980, apud LUDKE ; ANDRÉ, 1986, p. 42)

Segundo Ludke e André,(1986, p. 25-26) a observação deve ser controlada e sistemática, para que seja considerada um instrumento válido. Por isso, é necessário que se planeje a observação, identificando 'o que' e 'como' observar. Para Triviños,

Observar naturalmente, não é simplesmente olhar. Observar é destacar de um conjunto algo especificamente, prestando, por exemplo, atenção em suas características. Observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado do seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações, etc. (1987, p. 153)

Para a realização da observação, é imprescindível que o observador esteja apto a realizar registros descritivos, evidenciando detalhes relevantes, com anotações organizadas e com base em métodos científicos que validem suas observações. Mas para que se obtenha resultados, também é preciso preparo material, físico, intelectual e psicológico.

Para Marconi e Lakatos,

A observação ajuda o pesquisador a identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Desempenha papel importante nos processos observacionais, não contesta a descoberta e obriga o investigador a um contato mais direto com a realidade. É o ponto de partida da investigação social. (2002, p. 88)

A observação é o principal método de investigação (que pode ou não estar associada a outros métodos), pois, ela possibilita uma relação entre o pesquisador e o pesquisado, proporcionando melhores resultados. Ela também é muito vantajosa, porque pode obter informações no mesmo instante em que o fato está acontecendo; pode perceber também detalhes como expressões, sentimentos do pesquisado, que nenhuma outra consegue captar.

Quando determinamos que a observação fez parte dos instrumentos de coleta de dados, devemos identificar qual o grau de participação do pesquisador. De acordo com Denzin, a observação participante é “uma estratégia de campo que combina simultaneamente a análise documental, a entrevista de respondentes e informantes, a participação e a observação direta e introspecção.” (apud LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 28). Isto é, a observação participante está associada a outras técnicas metodológicas, sendo este grau de observação participante utilizado nesta pesquisa.

Mas para decidir sobre a participação do observador, não se deve apenas identificar se haverá ou não, mas sim, evidenciar qual será o tipo de envolvimento: total, parcial ou gradual.

Outra decisão importante é identificar se o papel de pesquisador será divulgado aos pesquisados. Há quatro pontos importantes que podem orientar o pesquisador em relação ao seu tipo de papel. O observador pode ter o papel de “participante total”, onde o observador omite dos pesquisados, o fato de ser pesquisador para tentar naturalizar o comportamento das pessoas; pode ter o papel de “participante como observador”, onde o pesquisador revela apenas uma parte de sua intenção; papel de “observador total”, onde o mesmo não se envolve com os pesquisados; e o papel de “observador como participante”, em que o observador

identifica ao pesquisado o seu papel e apresenta seus objetivos, solicitando autorização para realizar e divulgar a pesquisa.

O foco da observação, é escolhido pelo observador, com base nos objetivos da pesquisa, assim, o observador prende sua atenção em detalhes que lhes são importantes, não se deixando desviar de seu propósito. Escolhemos como foco nesta pesquisa, as intervenções cotidianas da equipe multiprofissional e as especificidades do processo de implantação do serviço em Medianeira.

Há diversas formas de registrar as observações, através de anotações escritas, anotações de materiais transcritos de gravações, filmes, fotografias, slides, entre outros. As formas a serem utilizadas é de escolha do pesquisador. Mas a forma mais utilizada é a de registro escrito, que deve ser levado em conta algumas considerações como: “quando” “como” e “onde”, deve-se realizar anotações, para que se consiga atingir determinado objetivo. Onde na oportunidade utilizamos a ferramenta de diário de campo, como um instrumento detalhado de registro.

Deste modo, nesta dissertação, utilizamos a observação participante, como instrumento de coleta de dados, sendo que a participação do pesquisador foi como observador participante. Sendo assim, foi observado o processo de gestão do NASF, a estrutura organizacional do mesmo, com vistas a compreender como ocorreu a implantação do serviço e como este vem atuando até o momento, bem como a aplicação do trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional do NASF. Sendo a observação participante a mais condizente com os objetivos que se pretende alcançar com a pesquisa, visto que o observador também é membro da equipe multiprofissional do NASF que será pesquisado.

A pesquisa bibliográfica também será utilizada neste projeto, pois compreende-se como um instrumento de coleta de dados essencial, visto que trata-se de uma investigação acerca do material teórico referente ao assunto de interesse, e é ela que embasará todo o desenvolvimento do trabalho.

A pesquisa bibliográfica deve anteceder o reconhecimento do problema, ou até mesmo do tema de estudo, isto significa que ela é um instrumento que pode contribuir nesta delimitação do mesmo. E após a escolha do assunto, é essencial que o pesquisador faça uma revisão bibliográfica sobre o tema escolhido, pois isto pode contribuir para uma análise da escolha do método mais apropriado a ser utilizado. Para Alyrio,

A pesquisa bibliográfica é muito importante na área de Administração, assim como em todas as áreas do conhecimento. É utilizada como ponto de partida

para todos os tipos de pesquisa, facilitando a investigação através do estudo do conhecimento armazenado tradicionalmente em livros e documentos. Devemos considerar também o avanço da tecnologia da informação por meio dos arquivos eletrônicos, e mesmo do desenvolvimento da internet, como facilitadores para a agilidade da investigação e novas descobertas em todas as áreas do saber. (2009, p.94)

Neste sentido, a pesquisa bibliográfica é importante de várias maneiras, visto que toda e qualquer pesquisa necessita de pesquisa bibliográfica, mesmo que de modo exploratório oportunizando conhecimento do que já se tem escrito sobre o assunto. A pesquisa bibliográfica, também compreende a identificação, levantamento e compilação das informações mais relevantes sobre a temática a ser abordada. Deste modo, o pesquisador levantou autores referência para discussão da temática abordada, elencando obras bibliográficas que pudessem contribuir com a análise reflexiva proposta. Neste sentido, verificamos as principais legislações e autores que são referência no debate da política de saúde, como a lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), portaria nº2.436/2017 (Política Nacional de Atenção Básica), portaria 154/2008 (NOB-SUS), os cadernos de atenção básica do SUS, tratado de saúde coletiva, autores como Fazenda, Japiassu, Jantasch e Bianchetti que tratam da interdisciplinaridade e Peduzzi que aborda o trabalho em equipe, estas foram referências bibliográficas de base para construção desta dissertação.

3.2 Estudo de Caso: Análise das Especificidades do NASF em Medianeira

Neste item, estaremos apresentando informações colhidas do diário de campo profissional da autora deste trabalho, para detalhar e analisar a realidade da implantação do serviço do NASF, bem como as peculiaridades da atuação dos profissionais da equipe multiprofissional do NASF no município de Medianeira, buscando sempre correlacionar com as legislações vigentes que norteiam e regulamentam o serviço em tela, para então discussão dos resultados encontrados.

Como já descrito anteriormente, o NASF foi pensando enquanto uma estratégia a ser utilizada para auxiliar nas realidades complexas encontradas nas demandas das estratégias de saúde da família, visto que no cotidiano do trabalho das equipes de ESF, os mesmos se deparam com problemáticas intrincadas, em que a equipe não vislumbra soluções tangíveis, neste sentido, o NASF possibilitaria um atendimento da integralidade do indivíduo na atenção básica, propiciando a expansão primária em saúde, construindo com as equipes nos

territórios um acesso humanizado e integral, com uma visão ampla na realidade, bem como uma compreensão dos fatores determinantes que refletem no processo de saúde/doença. Deste modo, possibilitando a ampliação dos atendimentos da equipe com ênfase na resolutividade da problemática, que iria além do foco biomédico, do atendimento centrado apenas no sintoma aparente, passando a entender o indivíduo no âmbito de sua totalidade, pois fatores externos podem estar causando direta ou indiretamente estes sintomas/doença, por isso precisam conjuntamente ser compreendidos e solucionados.

Porém está não é a realidade que se observa no município de Medianeira, o que se verificou é que as estratégias de saúde da família possuem em sua maioria equipe reduzida, atendendo muito além de sua capacidade, por isso quando o NASF é implementado no município, as esf vislumbram o serviço como uma estrutura que poderia estar aliviando um pouco de sua demanda, onde a esf poderia estar encaminhando para o NASF casos de pacientes em que estavam inseridos em problemáticas complexas e não estavam conseguindo resolutividade, ou casos em que julgavam estar além de suas capacidades técnicas de resolução, com o intuito de passar o caso a outro serviço.

E além disso, apesar das equipes apresentarem uma compreensão acerca da influência que os determinantes sociais repercutem no processo de saúde/doença do paciente, as ações profissionais continuam a ser fragmentadas, não se busca realizar um trabalho interdisciplinar, mas sim dividir tarefas, onde cada especialidade foca na resolução de sua demanda, mantendo-se ainda a prioridade no profissional médico e demais profissionais como coadjuvantes na política de atendimento de saúde, com pouca ou nenhuma troca entre os profissionais.

Neste sentido, ao invés do NASF e ESF se complementarem na totalidade do atendimento as demandas, eles acabam se dividindo nas intervenções junto à população. Sendo que o mesmo ocorre em âmbito interno do NASF, com os profissionais da equipe multiprofissional, que acabam por realizar intervenções fragmentadas, sendo que ao invés de realizarem um trabalho interdisciplinar, parte da equipe realiza trabalho de modo multidisciplinar²², onde cada profissional atua isoladamente na área de sua especialidade. Observa-se que cada profissional tem uma visão acerca do trabalho da equipe multiprofissional, há uma resistência por parte de alguns membros da equipe em proceder atividades interdisciplinares, seja por virem de uma formação individualizada, por fazerem há muitos anos o atendimento clínico individualizado, por falta de capacitação profissional,

²² O trabalho da equipe multidisciplinar visa avaliar o paciente de maneira independente e executando seus planos de tratamento como uma “camada adicional” de serviços. (Bruscatto et al, 2004)

receio que outro profissional invada seu espaço de atuação, dificuldades de diálogo, e até mesmo por falta de coordenação presente no NASF que pudesse orientar, incentivar e inclusive moderar o trabalho interdisciplinar entre os membros da equipe.

Como já destacado anteriormente, o NASF deve contribuir para a efetividade das ações no âmbito do território da esf. Buscando atender a este objetivo o NASF deve-se orientar a partir dos princípios e diretrizes, pré-estabelecidos ao serviço, que são: trabalho interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da própria população; organização da noção territorial; integralidade; participação social; educação popular; promoção de saúde e humanização. Nestes aspectos conforme verificado na discussão houve dificuldades na equipe em se realizar um trabalho interdisciplinar e também intersetorial, devido aos motivos elencados acima, sendo que neste período em que o NASF está implantado realizado apenas duas ações que tinham cunho interdisciplinar, que foram grupo de gestante e grupo de obesidade. São grupos em que foram planejadas atividades interdisciplinares, porém com estruturas de funcionamentos diferentes um do outro.

O grupo de gestante, ele foi realizado em cinco módulos, onde no primeiro encontro eram abordados os aspectos emocionais na gestação e puerpério, direitos das gestantes e planejamento familiar, realizado pelas profissionais psicóloga e assistente social; no segundo módulo era realizada avaliação nutricional e orientações sobre a alimentação da gestante e do bebê realizado pela nutricionista; no terceiro módulo era abordado os cuidados odontológicos da gestante e do bebê pela dentista; no quarto módulo eram realizadas orientações sobre os primeiros dias do bebê, cuidados e higienização do bebê e sobre amamentação materna, realizados pela enfermeira; e no último módulo, era discutido sobre parto seguro e pós parto pelo ginecologista; o grupo era organizado pelas técnicas psicóloga e assistente social, as quais participavam de todos os módulos, contribuindo nos encontros que eram realizados por profissionais convidados (nutricionista, enfermeiro, dentista e ginecologista), como cada profissional convidado vinha apenas no dia de sua temática, e as técnicas de referência do grupo (assistente social e psicóloga) buscavam articular as discussões dos demais módulos. A sequência dos módulos ocorreu de forma contínua, após o término dos 5 módulos reiniciavam-se novamente os mesmos, com encontros semanais, sendo oportunizado que as gestantes participantes completassem todos os módulos durante a gestação, além disso era ofertado como forma de incentivo as gestantes que participassem dos 5 módulos, um ensaio fotográfico da gestante e sorteado um kit natalidade que nos era fornecido pelo CRAS – Centro de Referência de Assistência Social do município.

Neste grupo pode-se perceber que existia uma dificuldade dos por parte de alguns

dos profissionais entenderem a complementariedade dos trabalhos, a necessidade da ação interdisciplinar, na maioria dos profissionais cada um realizava abordagem da temática correlacionada a sua área de formação, com dificuldade em conciliar saberes. Porém as técnicas assistente social e psicóloga, buscaram contribuir nas temáticas de todos os profissionais, no intuito de que as falas e orientações não ficassem fragmentadas. Do mesmo modo ocorreu o trabalho intersetorial, em que o CRAS até contribuía com o repasse do kit natalidade e também do lanche fornecido as gestante durante os encontros, porém não realizava nenhum outro tipo de interação com o grupo, não realizavam encaminhamento de gestante para participar do grupo, não tinham conhecimento de quem eram as gestantes que participavam, não havia troca de informações entre as equipes.

O grupo de obesidade tinha como intuito oportunizar a prevenção e promoção em saúde, bem como fornecer orientações juntamente com reeducação alimentar e atividade física para uma melhor qualidade de vida a população. Os grupos tinham duração de dois meses com encontros semanais, em que foram desenvolvidas atividades como: avaliação nutricional e orientação quanto alimentação saudável com a nutricionista, a psicologia trabalhou autoestima, ansiedade e depressão, o médico falou sobre obesidade e seus riscos, a Yanten²³ mostrou como preparar chás e seus benefícios, a assistente social trabalhou saúde e qualidade de vida, a fisioterapeuta relacionou os problemas articulares devido ao excesso de peso, a farmacêutica falou sobre o uso adequado da medicação, todas as orientações tiveram como objetivo incentivar e auxiliar no emagrecimento, bem como na qualidade de vida dos participantes. Este foi um grupo que possibilitou o trabalho interdisciplinar, pois em todos os encontros a maior parte dos profissionais estavam presente, o que oportunizava maior participação da equipe envolvida, bem como a troca de saberes entre os profissionais que se complementavam nas orientações aos participantes do grupo. Porém este grupo foi proporcionado apenas para 4 esf no início da implementação do NASF, pois logo a equipe ficou sem fisioterapeuta e nutricionista, o que impossibilitou a continuação do grupo. Cabe destacar que as atividades de grupo estão suspensas desde o início da pandemia de COVID-19.

Estas foram algumas ações realizadas no intuito de atender as áreas de atuação do NASF, que deve intervir com vistas a promoção em saúde, de integração da pessoa com deficiência, de alimentação e nutrição, de saúde da criança e do adolescente, de atenção integral a saúde da mulher, de práticas integrativas e complementares, de serviço social, de

²³ Centro Popular de Saúde Yanten. Empresa privada de atividade de práticas integrativas e complementares em saúde humana, com laboratório fitoterápico.

assistência farmacêutica, da pessoa idosa, de saúde mental e de humanização em saúde. Entretanto, não foram muitas ações que puderam ser realizadas, bem como nem todas as áreas houveram intervenções, pois apesar das normativas do serviço, existia a exigência/cobrança da gestão com relação ao atendimento clínico dos pacientes como prioridade, visto que os mesmos profissionais que realizavam o atendimento clínico em saúde, eram os responsáveis pela execução do NASF, é que tornou-se um fator complicador ao êxito do serviço.

Conforme já fundamentado no primeiro capítulo desta dissertação, o NASF não poderia ter uma estrutura desvinculada as estratégias de saúde da família, visto que deve tratar de equipe complementar a ESF, que superasse a lógica fragmentada e oportunizasse a construção de redes de atenção e cuidados a população, constituindo-se como apoio a equipe de saúde da família. Porém, o que se observou no município de Medianeira, demonstra a não aplicabilidade das normativas, o NASF possui sede fixa e estrutura desvinculada a ESF, não participando do cotidiano da unidades de atenção básica de saúde, desconhecendo a rotina e fluxo dos profissionais ESF, bem como a equipe ESF não conhecia os fluxos e rotina do NASF, não havendo reuniões entre as equipe, bem como trocas de saberes.

Conforme destacado prevê-se que a equipe do NASF1 seja composta de equipe com no mínimo 5 profissionais de diferentes formações, sendo a carga horária total dos profissionais de no mínimo 200h semanais, como pode ser verificado na portaria 3124/2012,

I - A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;
- b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e
- c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal. (BRASIL, 2012).

O NASF de Medianeira é inscrito como NASF1, porém o município iniciou as atividades com 4 técnicos de nível superior de diferentes áreas (assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga), sendo 3 efetivas e 1 pss, as mesmas profissionais, já atuavam na atenção básica de saúde do município no atendimento clínico de saúde. Cabe destacar que mesmo antes da adesão ao NASF, a equipe de saúde já havia fila de espera para atendimento com as profissionais, devido a grande demanda e pouco profissional na rede. Com a implantação do NASF as técnicas foram chamadas pela gestão em 2018 e informadas que duas técnicas ficariam com dedicação exclusiva (psicóloga e assistente social) ao NASF e

duas dividiriam a carga horária, realizando metade da carga horária semanal para NASF e a outra metade para os atendimentos clínicos que já executavam, visto que precisava ser executado o serviço do NASF, o qual em 2016 o município aderiu e até o momento o mesmo estava inoperante.

Neste sentido os profissionais tinham uma carga horária de 105h semanais de dedicação ao NASF em processo de implantação do serviço, que deveria contar com no mínimo 200h semanais de profissionais. Cabe ressaltar, que nesta ocasião foi ofertada uma sala dentro do CAPS onde para uso da equipe, de materiais e também onde a nutricionista realizaria os atendimentos clínicos. Foram condições complicadas, pois precisava haver o compartilhamento da sala, sendo que quando havia atendimentos a equipe não podia utilizar o espaço, e por se tratar de uma implantação de serviço, necessitava de muitas resoluções administrativas e de planejamento no início, necessitando da sala e computador para tais ações.

E estas condições permaneceram por 4 meses, quando houve a rescisão do contrato de processo seletivo da fisioterapeuta, sendo que não houve reposição da profissional, então a equipe passou a contar apenas com as 03 estatutárias (Assistente social, psicóloga e nutricionista), e dois meses após a nutricionista saiu de licença maternidade, e ainda no mesmo mês houve mudança do NASF para a sede que se mantém até hoje. Novamente não houve a reposição da profissional para o NASF, porém houve cedência pela secretaria municipal de educação, onde a nutricionista da educação foi cedida a saúde 20h semanais que foram priorizadas aos atendimentos clínicos e quando possível, participação nos grupos quando abordado temática nutricional. Sendo assim, o NASF passou a contar com duas profissionais (assistente social e psicóloga).

Na nova sede do NASF, passamos a contar com o auxílio de uma estagiária de psicologia. No mês seguinte ao afastamento da nutricionista, houve uma reunião com a gestão onde foi nos repassados que houve um aumento nas listas de espera dos pacientes, e que precisaremos também estar dividindo a carga horária entre Nasf e atendimento. Ficando para o NASF carga horária total dos profissionais de 35h semanais, sendo que esta situação permaneceu por aproximadamente um ano, até início da pandemia quando as ações do NASF foram todas suspensas e as profissionais realocadas para equipes de monitoramento do covid.

Como podemos ver nas normativas que criam o NASF, possibilita autonomia do gestor em definir quais as profissões que podem fazer parte da equipe multiprofissional, que poderia ser assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico

homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra, de deveria ser definido a partir das demandas de atendimentos encontradas no território e disponibilidade de profissionais. Porém, não houve nenhum levantamento ou diagnóstico, sendo utilizado apenas o critério de disponibilidade de profissionais.

Além disso, apesar do NASF não se caracterizar como porta de entrada do sus, em Medianeira, desde que houve a mudança para sede do NASF, o mesmo passou a atuar também como porta de entrada, onde as equipes das esf encaminham e/ou orientam aos usuários a estarem buscando diretamente o serviço.

O NASF deve ter como base a socialização dos problemas, a troca de saberes entre os profissionais, com praticas compartilhadas junto as estratégias de saúde da família, orientando-se no apoio matricial, tendo como foco de atuação a equipe do ESF e a população do território da mesma, a parti dos dois eixos de atuação: clinico assistencial e técnico-pedagógico. Neste sentido, percebeu-se que as práticas de socialização dos problemas foram pouco difundidas entre as equipes, visto que geralmente buscava-se a divisão e/ou repasse dos problemas, alguns profissionais demonstravam maior resistência na troca de saberes, e as práticas compartilhadas eram desmotivadas, tanto por parte da gestão quanto por alguns profissionais, pois entendia-se que se cada profissional atendesse seu público, atenderia um maior numero de pessoas, do que se as ações fossem compartilhada. No entanto, houveram algumas tentativas através de discussões de casos, porém geralmente não havia participação do médico nestas reuniões. E devido à dificuldade em organizar datas em que todos os profissionais pudessem se reunir, bem como a não participação dos médicos e também o descredito de alguns profissionais acerca da efetividade destas ações fizeram com que elas fossem raras.

Portanto podemos considerar que as ações de apoio matricial foram inexistentes desde que o NASF foi implantado, no que se refere ao atendimento clinico assistencial direto a população,o este foi realizado, porém desvinculado a ESF, no eixo técnico-pedagógico foram nulas ações para a equipe, houveram apenas algumas tentativas de atividades com a população mas com pouca ou quase nenhuma articulação entre as equipes NASF e ESF, demonstrando claramente o contraste entre as ações realizadas e as ações previstas nas diretrizes do NASF, como pode ser observado a seguir,

- (a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular,

orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc.

(b) Intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível com o cuidado oferecido pelo Nasf diretamente ao usuário, ou a família ou à comunidade.

(c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (BRASIL, 2010)

Deste modo, observa-se que para atender a integralidade do indivíduo, com foco na saúde da família, é essencial o trabalho interdisciplinar e intersetorial, onde as equipes NASF e ESF tem responsabilidade compartilhada pela população do território, buscando ofertar a promoção em saúde, através da mudança de atitude dos profissionais. E que a não efetivação destas ações impossibilitam a garantia da qualidade e resolutividade do atendimento de saúde.

Cabe destacar ainda, que apesar do NASF prever uma estratégia de atuação pautada na educação permanente em saúde, esta prática não foi utilizada, visto que nem os profissionais inseridos para atuar do NASF obtiveram capacitações ou treinamento para compreender seu papel e o serviço do NASF, o que inviabilizou também o exercer desta prática com os profissionais da ESF.

Compreende-se que as estratégias de atuação enquanto apoio da ESF pela equipe dos NASF, com ações compartilhadas, interdisciplinares e intersetoriais se mostraram necessárias, pois, a saúde passou a ser analisada a partir dos determinantes e condições de vida da população, e que estes fatores não permanecem imutáveis, ao contrário, se transforma, constrói e reconstrói diariamente. Sendo imprescindível espaços como o NASF em que se busque trabalhar as questões de saúde de acordo com os pressupostos do SUS, contudo, encontra-se inúmeros desafios, tanto no âmbito teórico, quanto instrumental, profissional e político, sendo o maior deles atuar com vistas a superar o SUS legal e o SUS real.

Contudo, percebemos que desde que se inicia a implantação do NASF, há uma expectativa dos demais serviços da atenção básica (ESF e UBS) que já se mostra divergente do real propósito do NASF, que torna-se um fator complicador quando na implementação do serviço do NASF, pois observou-se resistência por parte das equipes da atenção básica, principalmente no que se refere as ações compartilhadas, e inclusive há cobrança destes junto

aos gestores para que o NASF atue de modo diferente ao que se está previsto nas diretrizes, seja por falta de recursos humanos nestes serviços e/ou por desconhecer as prerrogativas do NASF. Deste modo, ao invés de se ter um trabalho complementar entre os serviços, permanece a fragmentação das ações, o que é intensificado pela falta de capacitação dos profissionais, bem como pelos desafios em se conseguir realizar uma atuação interdisciplinar nas tentativas elencadas.

Recentemente a equipe do NASF foi informada que o serviço do NASF será extinto e a equipe realocada novamente na equipe multiprofissional da atenção básica, o que vem a corroborar com a discussão apresentada nesta dissertação, demonstrando que implantar um serviço sem organização, preparo e estrutura adequada, bem como sem capacitação dos profissionais envolvidos podem ser fatores determinantes nos resultados do serviço, e neste caso culminou no fim do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, destacamos que esta dissertação foi elaborada frente à problemática existente entre as diretrizes e normativas que baseiam os pressupostos do trabalho do NASF em contraponto a atuação/real cotidiana do serviço, a qual estabeleceu enquanto objetivo geral, analisar o processo de implantação do NASF no município de Medianeira, bem como explicar como se dá o processo de trabalho no serviço do NASF, enfatizando tanto os aspectos de gestão, como do trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional do NASF. Neste sentido elencou-se alguns objetivos específicos que pudessem contribuir para a compreensão da problemática levantada, sendo eles: analisar a trajetória histórica da política de saúde; realizar estudo da proposta e caracterização do NASF; compreender os aspectos fundamentais do processo de gestão e de implantação deste serviço e apresentar o processo de trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional do NASF. Pois, se entendeu que estas discussões contribuiriam para a compreensão do problema encontrado.

Desta forma, a partir dos objetivos específicos, verificamos que a compreensão do conceito de saúde passou por transformação e que o modo como se entende saúde influencia diretamente tanto na política de saúde quanto na atuação nesta. Sendo que as transformações históricas influenciam diretamente nas políticas públicas, pois norteiam o modo de operação do Estado frente as políticas públicas, que a priori eram voltadas a ações no âmbito da saúde coletiva e posteriormente, enquanto reflexo das lutas de classe, bem como da transição pelo Estado de Bem-Estar Social, ampliou-se o foco de atuação do Estado frente as políticas públicas de saúde, passando a ser responsável tanto pela saúde coletiva quanto pela individual de cada cidadão, as quais passaram a ser garantidas na CF/88 e regulamentada da lei 8.080/90.

Neste sentido, a saúde antes destas regulamentações era compreendida como um estado de ausência de doença, baseando-se apenas nos aspectos físicos e biológicos do indivíduo. Com a reforma sanitária, a qual culminou nas legislações citadas, dentre outras posteriores, o escopo de atuação do Estado passou a ser mais amplo, onde a saúde passou a ser entendida enquanto processo resultante da aplicação de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, pertencente ao tripé da seguridade social. Pois, passou-se a compreender que a saúde influencia e é influenciada pelos determinantes sociais, os quais repercutem no processo saúde e doença do sujeito, onde ter saúde é estar em um estado de completo bem estar, físico, mental e social, sendo necessário atender a integralidade do sujeito.

E é neste sentido, que a lógica estruturante dos serviços de saúde foram se desenvolvendo, onde as ações devem ter como base a territorialização com foco na família, buscando oportunizar a universalização do acesso, bem como a descentralização dos serviços. Sendo nestas perspectivas, que são implementadas as estratégias de saúde da família, com intuito de garantir a promoção e proteção de saúde, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação do usuário, através de abordagens individual, familiar e comunitária.

Porém, percebendo que as equipes de referência das estratégias de saúde da família não estavam sozinhas conseguindo cumprir o princípio de integralidade do indivíduo, percebeu-se que para o alcance deste princípio seria necessário ampliar a gama de profissionais, e desta forma, cria-se o NASF enquanto mecanismo de apoio a ESF, o qual contaria com uma equipe multiprofissional e através de uma atuação interdisciplinar seria uma estratégia na garantia da efetividade das ações.

Entretanto, apesar do avanço notório no que tange a legislação da política de saúde, ainda assim, as aplicações destas normativas estão repletas de entraves e desafios como evidenciamos nesta dissertação.

Neste sentido podemos observar os contrapontos existentes entre as expectativas advindas do que está previsto nas regulamentações em contrapartido ao que se foi efetiva no município de Medianeira.

Se previa a formação de uma equipe ampliada multiprofissional e interdisciplinar, que ofertasse suporte a equipe ESF/UBS (estruturada), possibilitando o atendimento ao indivíduo em sua integralidade, porém o que houve foi um desmantelamento da equipe da atenção básica (ESF/UBS), onde os mesmos profissionais atendem ambas as demandas. Neste sentido o objetivo era complementar uma equipe já existente (ESF) que fosse estruturada ao seu território, vinculando a uma nova equipe que ofertaria suporte a equipe da ESF com foco no matriciamento e no trabalho interdisciplinar, possibilitando atender o indivíduo em sua integralidade. Porém o que ocorreu foi que as próprias equipes da esf/ubs estavam desestruturadas e reduzidas, trabalhando com foco nas emergências pois já não conseguiam realizar o todas das ações previstas ao serviço, e que precisam se redividir para atender a um novo serviço, assim ao invés de se complementarem há uma subdivisão das tarefas.

Havia ainda a expectativa de humanização do atendimento com foco na integralidade das necessidades dos usuários, compreensão do processo saúde/doença a partir da influência dos determinantes sociais, mas na realidade houve atendimento focado no médico, visando tratamento, com ações pontuais de promoção em saúde, através da campanha de vacinação, outubro rosa, agosto azul. Novamente a integralidade do indivíduo em evidencia, então na

fundamentação já está bastante enfatizado esta questão de atender a integralidade do indivíduo, devido as discussões e evolução na política de saúde que evidenciaram que a saúde é influenciada por diversos determinantes sociais, e atender somente a queixa isolada é ineficaz na resolução das problemáticas, entretanto ainda é nítido o foco do atendimento médico voltado a queixa principal do indivíduo, sem levar em consideração o ser humano enquanto biopsicossocial, e ainda colocando demais profissões subordinadas e auxiliar a do médico.

Expectativa também era de que a equipe multiprofissional realizando trabalho interdisciplinar; entretanto a equipe multiprofissional realizava trabalho multidisciplinar, com ações pontuais interdisciplinares. Isto é, uma equipe multiprofissional com 5 formações diferentes no mínimo realizando trabalho interdisciplinar, porém na prática o que observou-se foi uma equipe multiprofissional na maior parte do tempo (1 ano) formada por duas profissões (assistente social e psicólogo) e no tempo que teve nutricionista conjuntamente o trabalho era de modo multidisciplinar.

Outra expectativa, era a Educação Permanente em saúde contítua, porém o que se verificou foi profissionais sem capacitação, dependendo do interesse individual para buscar conhecimento sobre o serviço. A educação permanente deveria ser a todos os profissionais do NASF e unidades de saúde, para que o serviço que deveria estar vinculado diretamente ao nasf compreendesse o papel do mesmo, bem como a equipe entendesse seu papel e de que modo deve estar atuando junto a esf/ubs, entretanto não há capacitação dos envolvidos, dificuldade na compreensão dos papéis dos serviços, bem como da equipe que passou a fazer parte do NASF, sendo a procura por conhecimento do serviço a cargo do interesse do próprio profissional, sendo que alguns procuraram e outros não, passando a realizar mesma ação que exercia na esf.

Outro fator divergente foi a questão que o NASF não deve ter sede própria, estando vinculado diretamente a UBS, mas na realidade o NASF contou com sede própria e teve sua estrutura desvinculada as unidades de saúde. Nasf não deve ser porta de entrada, a porta de entrada deve permanecer a esf/ubs visto que esta precisa continuar sendo a referencia para os usuários, entretanto o NASF passa atuar como porta de entrada para os usuários, onde a unidade de saúde nem tem conhecimento que estes usuários estão vindo ao nasf ou porque de estarem vindo ao NASF.

Além disso a equipe devia ser exclusiva com carga horária de 200h semanais para o NASF, mas o que se identificou foi equipe dividida e reduzida com carga horária de 35h semanais. Sendo assim, a equipe exclusiva com 200h semanais com no mínimo 5

profissionais, equipe divide com esf/ubs que inicia as atividades com 70h semanais disponíveis ao nasf e depois reduz para 35h semanais entre dois profissionais.

Há também a questão da necessidade de diagnóstico para avaliar quais profissionais eram necessários fazer parte da equipe, conforme necessidade da demanda, porém não há levantamento/ diagnóstico junto a demanda, sendo a escolha a partir dos profissionais disponíveis na secretaria. Esse diagnóstico deveria ser utilizado para conhecer a realidade de cada território e necessidades para avaliar profissionais a serem inseridos e ações a serem realizadas pelo NASF, porém não há levantamento destes dados, gestão escolhe dentro os profissionais que tem disponível para alocar no NASF;

Destaca-se ainda a previsão de se realizar um trabalho intersetorial, porém se concretiza o trabalho fragmentado com encaminhamentos, devido a dificuldades da rede municipal de interlocução, onde muitos veem inclusive o encaminhamento como forma de apenas passar o trabalho para outro serviço.

Outro ponto é o apoio matricial como foco principal do nasf, ele não se concretiza, sendo inexistente, e pode ser inclusive verificado esta dificuldade com outros fatores já elencados como a dificuldade do trabalho intersetorial e falta da capacitação/educação permanente, pois existe a dificuldade de relacionamento entre os serviços, e não compreensão do matriciamento, onde as equipes entendem que outro serviço vai querer ensinar eles a fazerem o próprio trabalho, há uma resistência entre as equipes;

Por fim, outro aspecto divergente é referente ao atendimento clínico assistencial compartilhado, o qual não prática ocorre o atendimento clínico individual. Atendimento clínico assistencial compartilhado, trata-se do atendimento voltado a integralidade do indivíduo, prestar assistência nas complexas demandas apresentadas pelo usuários, realizando a partir da combinação de ações dos profissionais, de modo a complementar saberes para melhor resolutividade das problemáticas evidenciadas nos atendimentos, porém o que se realiza são atendimentos fragmentados em que cada profissional atende o usuário com foco na sua área de atuação, sem levar em consideração demais aspectos que estão influenciando no contexto dos pacientes.

Portanto é fato que existem entraves que impactam nos resultados da política, como a falta de recursos humanos, que está presente em todos os serviços de saúde, não sendo diferente com as ESFs e NASF, observou-se que a falta de estrutura de recursos humanos não é algo novo, que vem se perpetuando por anos, e na realidade do município de Medianeira isto é tangível, quando as equipes de estratégias de saúde da família estão sobrecarregadas de trabalho e esperam poder repassar parte da demanda de trabalho ao NASF. O qual é criado

contando com uma equipe que já estava na atenção básica e passou a dividir sua carga horária, antes já insuficiente a demanda, entre ambos os serviços.

Demonstrando assim, que se a equipe não estava sendo suficiente para a demanda já existente, não resolveria se utilizar da mesma equipe para a implementação de outro serviço. Deste modo, primeiramente era necessário estruturar a equipe de atenção básica da ESF, para que a mesma conseguisse atender a demanda existente e posteriormente montar nova equipe com dedicação exclusiva as demandas do NASF.

Outro desafio que foi encontrado refere-se à falta de capacitação dos profissionais envolvidos, esta dificuldade influencia em diversos âmbitos do trabalho, pois primeiramente há a adesão de um novo serviço pelo município e os gestores definiram quais profissionais fariam parte da equipe, repassando poucas informações acerca das prerrogativas do serviço, responsabilizando a equipe para buscar conhecer as normativas do NASF.

Neste âmbito, a falta de capacitação também repercutiu na atuação dos profissionais, pois o NASF tem como base de atuação o trabalho interdisciplinar, porém ainda há muitos profissionais que não possuem uma formação técnica voltada a interdisciplinariedade, não gostam ou não tem perfil para o trabalho em equipe interdisciplinar/intersectorial, culminando muitas vezes na reprodução de intervenções fragmentadas.

Sendo assim, fica evidente a necessidade de capacitar os profissionais envolvidos, bem como, avaliar os perfis destes, antes de montar a equipe e iniciar as intervenções, para garantir a eficiência, efetividade e eficácia do trabalho.

Na análise apresentada sobre a realidade do NASF no município de Medianeira, evidencia-se que não há preocupação dos gestores no que se refere a qualidade do serviço ofertado a população, visto que tinham conhecimento dos entraves existentes, ficando claro está afirmação, quando ao inves de buscar solucionar as dificuldades, estruturando melhor o serviço do NASF, o que houve foi um desmantelamento do mesmo, visto que, a equipe foi sendo reduzida, e mesmo com os técnicos que restaram a orientação que prevalecia era de priorizar os atendimentos clínicos²⁴, os quais nem são demandas de NASF, realidade está que só piorou com a pandemia onde foram suspensas as atividades de NASF e que tendem a ser extintas com o encerramento do serviço do NASF.

Portanto, é sob esta perspectiva que o principal desafio colocado é a superação do SUS legal e o SUS real, pois como verificado nesta dissertação, as normativas estão evoluindo

²⁴ Descataca-se que atendimento clinico refere-se ao atendimento individual em caráter de intervenção breve, intercorrência clínica que possa ocorrer durante a jornada de trabalho, poderá ser avaliada e, se necessário, ser devidamente encaminhada para outros centros de atendimento. (BRASIL, 1997).

constantemente, todos os estudos demonstram a importancia destas, porém ainda é necessário vislumbrar maneiras para garantir a aplicabilidade delas, seja com mais fiscalização, mais recursos dirigidos, tornando-se essencial (re)pensar este desafio.

É sabido que nem sempre se consegue aplicar as normativas na íntegra, no que se refere a implantação e implementação dos serviços, que os municípios vão adequando as normativas a realidade local. Porém o que verificamos é que quando tantos aspectos (estrutura física, recursos humanos, processo de trabalho) não contemplam as normativas previstas ao serviço, torna-se inalcançável tender as diretrizes proposta ao mesmo, gerando frustrações ao envolvidos e também ineficácia do serviço frente a sua proposta, refletindo nos resultados do mesmo e neste caso da pesquisa, ocasionou o fechamento do serviço.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. **Núcleo de Apoio as Equipes de Saúde da Família (NASF): uma breve reflexão**. Trabalho de Conclusão de Curso —Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais: Ganhães, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2261.pdf>
- ALYRIO, Rovigati Danilo. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Administração**. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2009.
- ANDRADE, L.O.M. de; BARRETO, I.C.H.C; PAULA, J.B. Atenção Primária à Saúde Coletiva e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucutec, 2006.
- ANDRADE, L.O.M. de; BARRETO, I.C.H.C; PAULA, J.B. Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: CATRIB, A.M.F. (orgs). **Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia da Saúde da Família**. São Paulo: Saberes, 2011.
- ARAUJO, M.B.S; ROCHA, P.M. **Trabalho em Equipe: um desafio para consolidação da estratégia saúde da família**. Saúde Coletiva, 2007, p. 455-464.
- BRANSKI, R. M.; FRANCO, R. A. C.; LIMA JR. O. F. **Metodologia de Estudo de Casos Aplicada a Logística**. BAHIA: XXIV ANPET, 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto Constitucional de 05 de Outubro de 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, 1988.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – LOS**. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Brasília: 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- 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. 21 Set 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de setembro de 2012. **Redefine as diretrizes e normas para a organização e o funcionamento dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) no Âmbito da Atenção Básica, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providencias**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Saúde da Família: uma estratégia de reorganização do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOB – Normas Operacionais Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRAVO, M. I. de S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/>.

BRAVO, M. I. S. e MATOS, M. C. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro, 2004.

BRUSCATO, W. L., BENEDETTI, C., LOPES, S. R. A. (org.) **A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrine. **A Saúde e seus Determinantes Sociais.** Physis Revista de Saúde Coletiva. Abril/2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt>

CAMPOS, F.E; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os Desafios para a Formação Profissional e Educação Continuada. In: **Revista Interlace Comunicação, Saúde, Educação.** Fundação UNI Botucatu/Unesp, v5, n9. São Paulo, 2010.

CAMPOS, G. W. de S. Reflexões sobre a Construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Revista Serviço Social e Sociedade.** N 87. São Paulo: Cortez, 2006.

CHIAVERINI, D.H. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M.; VILA, T.C.S.; ALMEIDA, M.C.P. A Atenção em Saúde Mental na Estratégia da Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v7(p.113-17), 2005.

COLOMÉ, I.C.S. **Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família na Concepção de Enfermeiras**. Dissertação (mestrado). Porto Alegre: Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

CONASS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

CONASS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Atenção Primária e promoção da saúde: Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011.

CZERESNIA, D. "The concept of health and the difference between promotion and prevention", publicado nos Cadernos de Saúde Pública (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>

Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 01 de Julho de 2020.

FAZENDA, Ivani C.A. (org). **Dicionário em Construção: interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

FAZENDA, Ivani C.A. **Interdisciplinaridade: história teoria e pesquisa**. Campinas: Papyrus, 1994.

FAZENDA, Ivani C.A. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: efetividade ou ideologia**. São Paulo: Loyola, 1993.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (1910-1989). **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Totalmente revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, Maria Elisa de M.P. Ciência e Interdisciplinaridade. In: FAZENDA, Ivani C.A. **Práticas Interdisciplinares na escola**. São Paulo: Cortez, 1999.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Nucleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Especialização em Saúde da Família. 2 ed. São Paulo: UNA-SUS, 2012.

GIOVANELLA, Lúgia (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro:

FIOCRUZ, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Medianeira**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/> Acesso em 23 de Janeiro de 2021.

IRIBARRY, I.N. **Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho em equipe**. Psicologia, Reflexão e Crítica, 2003, p. 483-490.

JANTASCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio (orgs). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1995.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KRUGER, Tania Regina. **Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS**. Revista Serviço Social e Sociedade. V.IX, n. 10. Campinas: UNICAMP, 2010.

KRUGER, T. R.; MOSCON, N. O Serviço Social na Atenção Básica e o Acesso aos Serviços de Saúde. **Revista Saúde Pública**. Florianópolis, 2010.

LEITE, M.M.J. SPIRI, W.C. **O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação congênita**. Ver. Esc Enferm: USP, 2004, p. 288-297.

LIMA, F. L. C. de. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e alguns de seus desafios. **Saúde e Desenvolvimento**. V.3 n.2. São Paulo, 2013.

LOCH-NECKEL, G; SEEMANN, G; EDIT, H.B; RABUSKE, M.M; CREPALDI, M.A. **Desafios para ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas a composição das equipes de saúde da família**. Cien Saúde Coletiva, 2009.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E.D. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U. 1986.

MACCALLIN, A. **Interdisciplinary Team Work: is the influence of emotional intelligence fully appreciated?** Nurs Manag, 2007, p. 386-391. Disponível em: <https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17456167/&prev=search&pto=aue>

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINELLI, M.L; ON, M.L.R; MUCHAIL, S.T. **O Uno e Múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1995.

MARTINI, D. A. A Atuação do Assistente Social na Saúde: uma reflexão sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Município de Florianópolis. In: **Anais do II Seminário de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais**. Florianópolis: UFSC, 2017.

MASSAROLI, A; SAUPE, R. **Distinção Conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde**. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947098405educa%E7%E3o%20continuada%20e%20permanente.pdf>

MEDIANEIRA. **Prefeitura Municipal de Medianeira/Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <https://www.medianeira.pr.gov.br/?saude>. Acesso em: 12 de Novembro de 2020.

MELO, Ana I.S.C de; ALMEIDA, Gláucia E.S. Interdisciplinaridade: possibilidades e desafios para o trabalho profissional. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 4. Brasília: NED/Cead-Universidade de Brasília, 1999

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Ciência, técnica e arte: O desafio da Pesquisa Social**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

OLIVEIRA, C.A.H.S. **A Centralidade do Estágio Supervisionado na Formação Profissional em Serviço Social**. Franca: UNESP/FHDSS, 2003

OLIVEIRA, E. M. **Estratégia de Análise Integrada - estudo de caso, revisão bibliográfica sistematizada e meta análise: a exemplo do estudo sobre fracasso da gestão de empreendimentos sociais solidários**. São Paulo: ENPESS, 2016.

OLIVEIRA, E. M. **Empreendedorismo Social no Brasil: fundamentos e estratégias**. Tese Doutorado. Franca: Universidade Estadual Paulista, 2004.

OLIVEIRA, E.M; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiencia de equipe multiprofissional. *Ev Saúde Pública*, 2006, p. 727-733.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

OTTAWA. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferencia Internacional sobre Promoção a Saúde. OTTAWA, 1986.

PAIM, J. S. O que é SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/188199/mod_resource/content/1/PAIM_2014.pdf acesso em 01 de Julho de 2020.

PALMA, J.J.L; PEDUZZI, M. A equipe de saúde. In: Scharaiber, L.B; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs) Saúde do Adulto: programas e ações na unidade de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas. Tese(Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe. In: LIMA, J.C.F.; PEREIRA, I.B.(org). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PEDUZZI, M. **Trabalho em Equipe: gênese do conceito**. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho em Equipe ts.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho%20em%20Equipe%20ts.pdf)

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. São Paulo. Tese(livre docencia). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007a.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: BARROS MEB, MATTOS RA, PINHEIRO R, (orgs). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007b. P.161-177.

PINENT, C.E.C. Sobre os mundos de Habermans e sua ação comunicativa. Rev. ADPPUCRS, 2004, p. 49-56.

POMBO, Olga. Práticas Interdisciplinares. In: **Sociologia, Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas**. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2006.

ROCHA, José Cláudio. **A Reinvenção Solidária e Participativa da Universidade: um estudo sobre redes de extensão universitária**. EDUNEB: Salvador, 2008.

RODRIGUES, M.L. O Serviço Social e a Perspectiva Interdisciplinar. In: MARTINELLI, Maria Lúcia. et al. **O Uno e o Múltiplo nas Relações entre as Áreas do Saber**. São Paulo: Cortez, 1995.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, p. 1027-1034, 2005.

Sá, J.L.M. **Serviço Social e interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez; 1989.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. **Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. **Qualidade do Programa Saúde da Família**. Fortaleza: UECE, 2006.

TAVARES, C.M.A.; MATOS, E.; GONÇALVES, L. **Grupo Multiprofissional de Atendimento ao Diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar a saúde**. Texto Contexto Enferm, 2005.

TEIXEIRA, M.J.O. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A. (orgs). **Política Social e Democracia**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TERSARIOL, Alpheu. **Mini Dicionário Brasileiro**. 2.ed. São Paulo: EDELBRA, 1996.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. . (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucutec, 2006. Disponível em: <http://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf> acesso em 30 de Junho de 2020.

VASCONCELOS, M.; GILLO, C.J.M.; SOARES, M.S. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Apostila do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade de Minas Gerais, 2009.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio do Janeiro, 1998.

. Pediatric respiratory reviews, 2020.