



Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina

Analysis of the Health Family Support Nucleus implementation within Santa Catarina

Lucas Melo Biondi de Andrade¹

Fábio Luiz Quandt²

Dalvan Antônio de Campos¹

Carmem Regina Delzivo³

Elza Berger Salema Coelho⁴

Rodrigo Otávio Moretti-Pires⁴

¹Acadêmico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis SC - Brasil

²Mestrando do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis SC - Brasil

³Doutoranda do programa de pós graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis SC - Brasil

⁴Professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis SC - Brasil

RESUMO: A inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) otimizou a atenção primária da saúde pública brasileira. Buscando o cuidado ao indivíduo, a família e a comunidade, a ESF age sob a perspectiva sócio biológica dos agravos em saúde, o que muitas vezes demandam atendimentos complexos e prolongados. Deste modo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) vem capacitar à produção de serviço das equipes multiprofissionais da ESF, determinado por um vínculo recíproco trabalho, sob a forma do matriciamento. A implementação do NASF na região demonstra pontos a serem decorridos na compreensão de como as atividades são realizadas e a decorrência desse trabalho para a saúde pública. Desse modo, verifica-se a partir do exposto que o NASF, preconizado para melhorias na rede de atenção primária da Saúde, encontra potencialidades a serem exploradas e fragilidades a serem aperfeiçoadas a partir da sua efetivação. Esta pesquisa objetiva compreender e analisar as causas de desarticulação de conhecimentos e serviços entre as equipes do ESF e NASF. Oriundos do uso de pesquisa qualitativa, a análise dos dados pautou-se na hermenêutica dialética. Foram realizadas na coleta de informações as técnicas de entrevista individual (EI) e de grupo focal (GF), com questionário não-estruturado. As questões norteadoras foram desenvolvidas sobre as atividades cotidianas da equipe ESF, enfatizando as principais ações, os problemas enfrentados, e as resoluções tomadas. Emergiram sobre o objeto de pesquisa, considerações sobre a desarticulação na equipe, falta de capacitação para o profissional da saúde, demanda reprimida e desarticulação na gestão. Tais divisões, entre outras, colocam em cheque a própria estrutura norteadora da ESF na região, seja como porta de entrada e coordenadora dos cuidados a família e reorientadora do movimento de promoção e prevenção ao indivíduo e ao coletivo, e a participação do NASF no matriciamento das mesmas.

Palavras-chave: Avaliação; Inovação Organizacional; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família;

ABSTRACT: The insertion of the Family Health Strategy (FHS) has enhanced the public primary health care in Brazil. Seeking care to the individual, family and community, the FHS works under the socio-biological health hazards perspective which often require complex and prolonged care. Thus, the Health Family Support Nucleus (HFSN) is enabling the production of FHS multidisciplinary teams of service determined by a reciprocal link work, in the form of support. The implementation of the SCFH in the region points to be shown after the understanding of how activities are performed and the result of this work for public health. Thus, it appears from the foregoing that the HFSN advocated for improvements in the service of primary health care, there are potentials to be exploited and weaknesses to be improved from its effectiveness. This research aims to understand and analyze the causes of knowledge disarticulation and services between the teams, the FHS and the HFSN. The data analysis was based on the Hermeneutic Dialectical from the qualitative research. The techniques used during the process of collecting information were individual interview (II) and focus group (FG), with non-structured questionnaire. The questionnaires were based on the FHS team daily activities, emphasizing the main action, the problems, and resolutions taken. Considerations of the disarticulation in the team, lack of training for health care, unmet demand and management disarticulation emerged on the subject of research. Such divisions, among others, put into question the FHS guiding structure in the region, and the HFSN participation in their support.

Keywords: Evaluation; Organizational Innovation; Primary Health Care; Family Health;

1. INTRODUÇÃO

Uma das maiores dificuldades na implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) diz respeito à carência de profissionais preparados para a abordagem integral do usuário¹, fazendo-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um

Autor correspondente

Lucas Melo Biondi de Andrade

Grupo de Estudos do Trabalho e Trabalhadores da Saúde/GETTS

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário - Trindade

Florianópolis, SC - CEP: 88040-900 - Brasil

E-mail: lucasmba@gmail.com

Artigo encaminhado 03/07/2011

Aceito para publicação em 30/12/2012

processo de formação e educação permanente para todos os profissionais envolvidos¹.

O entendimento de que o trabalho em equipe constitui a base dessa proposta de mudança deve conduzir a um processo de construção de novas práticas no âmbito da ESF. Considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe, incorporando não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso de coparticipação na gestão da assistência, que garantam uma prática pautada na promoção da saúde¹.

Em relação aos instrumentos legais, em 21 de outubro de 2011 foi publicada a Portaria nº 2488 do Ministério da Saúde², com a instituição de nova edição da Política Nacional de Atenção Básica, na qual se insere oficialmente os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) junto a Atenção Primária à Saúde (APS), com fundamental papel frente às redes de atenção e os níveis progressivos de complexidade².

A referida Portaria reafirma a APS como principal nível de coordenação da integralidade nas ações de saúde, tanto no âmbito da promoção, como na prevenção de agravos, vigilância à saúde e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão. Ressalta a importância do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe.

No tocante a equipe, defende que, apesar das diferentes formações profissionais, é necessário alto grau de articulação e compartilhamento de ações no âmbito da unidade de saúde, mas principalmente a interdisciplinaridade no processo de trabalho e na capacidade de cuidado de toda a equipe, tanto em termos dos profissionais da ESF como os do NASF.

(...) Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica².

O Ministério da Saúde orienta que o NASF foi criado com o objetivo de ampliar o escopo, abrangência e resolutividade das ações da APS, com atuação integrada a dos profissionais da ESF, não se constituindo como centro ou unidade de referência. A atuação dos profissionais do NASF jamais deve se dar

como um serviço especializado, uma vez que seu processo de trabalho deve apoiar as equipes da ESF em temas e populações específicas através do apoio matricial, dentro de seu território de abrangência².

A proposta do matriciamento busca garantir às equipes das UBS maior apoio quanto à responsabilização do processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo sistema de saúde, Estabelecendo a contribuição de distintas especialidades e profissionais na construção de rede compartilhada entre a referência e o apoio².

Os casos da ESF passam a ter apoio de cada área profissional que compõe o NASF, compartilhando o acompanhamento longitudinal do usuário dentro da Rede de Atenção à Saúde do município, uma vez que deve articular ações da ESF e de outros serviços como CAPS, CEREST, redes sociais e comunitárias, entre outros.

O NASF tem como fundamento ideológico a integralidade do cuidado aos usuários, com uma visão ampliada da clínica, ou seja, a saúde é dependente de fatores além dos biológicos, cuja atuação dos profissionais de saúde deve levar em conta e intervir². Nesse sentido, as ações dos profissionais da ESF em conjunto com os do NASF, necessariamente desenvolverão discussões de caso, atendimento conjunto, construção conjunta de projetos terapêuticos, Ações educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, entre outras².

A intervenção do NASF deve priorizar a apoio matricial as equipes da ESF, mas também as intervenções coletivas de promoção, prevenção e acompanhamento de grupos sociais em vulnerabilidade.

Na constituição do NASF devem existir profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob-responsabilidade das Equipes de Saúde da Família nas quais o NASF está cadastrado²⁻⁵.

A equipe NASF/ESF tem como responsabilidade central de atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização⁵. ESF deverá criar espaços de discussões para gestão do cuidado. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do

sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família⁵.

Importante ressaltar que o processo de trabalho do NASF divide-se em nove áreas estratégicas: atividade física/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 farmacêutica⁵.

Obviamente, o trabalho articulado entre NASF e ESF deve ter como suporte a referência e contra referência para média e alta complexidade, de forma que o NASF seja um potencializador da Rede de Assistência a Saúde, tal qual preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica². Mas é fundamental que se tenha em mente que as ações de apoio à Saúde da Família devem reduzir os encaminhamentos e não servir como mais uma instância de referência ou para novo encaminhamento a outros serviços, uma vez que a promoção de saúde fortalecerá a saúde da comunidade, ao intervir nos determinantes do processo saúde/doença.

O investimento no ano de 2009 para a Estratégia de Saúde da Família foi de R\$ 5.698,00 milhões². Em julho de 2011, dentre os resultados alcançados neste mesmo ano destaca um total de 32.878 Equipes de Saúde da Família implantadas em 5.125 municípios brasileiros, totalizando cobertura de 60,9% da população brasileira (115,4 milhões de pessoas), com 253.910 Agentes Comunitários de Saúde.

No Estado de Santa Catarina, de acordo com a Secretaria Estadual da Saúde, em 2010, estavam implantadas 1.551 Equipes de Saúde da Família, com 914 Equipes de Saúde Bucal e 10.934 Agentes Comunitários de Saúde³.

Henrique e Calvo⁴, analisaram que na implantação da Saúde da Família no Estado de Santa Catarina, em 2008, um grande número de municípios apresentavam fraco índice de mudança no modelo assistencial (81,6%) para o ano de 2001, com o mesmo quadro em 2004. As autoras concluem que modelo assistencial não contemplava adequadamente os aspectos preconizados para a ESF, tais como realização de consulta domiciliar do médico, consulta de Enfermagem, encaminhamento para especialistas e para exames laboratoriais⁴.

Os NASFs foram criados em 2008 no intuito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, assim

como ampliar a abrangência e escopo das ações da APS, tanto quanto sua resolutividade⁵. Em agosto de 2011, 1.583 NASF estavam em funcionamento no país, representando um marco importante na ampliação das possibilidades de alcançar melhores resultados na produção de saúde, com o enfoque na promoção da saúde e no cuidado à população².

Com a inclusão de novos profissionais de saúde, vinculados às equipes de Saúde da Família, conforme Mendonça (2009)⁶, aumenta-se a possibilidade de responder aos novos e antigos desafios da APS brasileira.

O simples cálculo entre o número de equipes da ESF implantadas até julho de 2011 e razão de uma equipe de NASF para cada oito da ESF revela a demanda de cerca de 4120 equipes de NASF. Dessa forma, existe um déficit de 2.583 equipes de NASF – cerca de 1,5 vezes o número das que já estão implantadas - revelando o potencial para expansão⁷. Uma particularidade do estado de Santa Catarina é a implantação de equipes de NASF-SC iniciados a partir de junho de 2009. Até fevereiro de 2010 existiam 92 equipes de NASF-SC implantadas em municípios com até quatro equipes de ESF os quais recebem incentivo financeiro estadual para a manutenção destas equipes.

Na medida em que se amplia o elenco de serviços pela inserção das nove áreas de atuação do NASF, deve ser considerada a expansão do acesso e a entrada do profissional nos domicílios das famílias, possibilitando um contato próximo com a comunidade e a escuta de novas demandas que antes não chegavam ao profissional e ao serviço^{8,9}. No entanto, a inserção das áreas de atuação do NASF modificará o perfil da demanda, em dimensões que transcendem a organização e estrutura do serviço e desafiam o instituído, inclusive o saber-fazer do profissional tradicional.

As deficiências na formação dos profissionais para as práticas na ESF extrapolam os saberes técnicos das profissões, uma das principais justificativas para o apoio matricial do NASF. Capacitar os profissionais que hoje estão trabalhando na ponta é fundamental para que eles possam atuar de forma coerente com os princípios que norteiam a ESF, reestruturando a lógica do atendimento^{10,11}. Até porque, a desarticulação nas ações da equipe pode criar uma sobrecarga na demanda.

Outra perspectiva que modula a demanda são os novos desafios do perfil de morbimortalidade brasileiro, com a ampliação das necessidades de Saúde, uma vez que há envelhecimento

populacional¹², aumento da carga de doenças crônicas e não transmissíveis^{12,13} e uma patente medicalização social¹⁴⁻¹⁹.

O objetivo do presente trabalho é analisar a implementação dos NASF na Região do Meio Oeste Catarinense, em termos de fragilidades e potencialidades.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente artigo teve seus resultados oriundos do uso de pesquisa qualitativa. A análise dos dados pautou-se na perspectiva hermenêutico dialética^{20,21}, realizada após leitura exaustiva para apropriação de conteúdo, seguindo o modelo para tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura^{22, 23}. O material sob o qual foi feita a leitura, resultou de gravações que foram transcritas na íntegra.

Para a interpretação, o produto final foi confrontado com o marco teórico da APS sobre a portaria que legitima o NASF, na busca por conteúdos coerentes, singulares ou contraditórios.

Em termos instrumentais, utilizaram-se na coleta de informações as técnicas de entrevista individual (EI) e de grupo focal (GF)^{22, 23}. Além do moderador, houve um segundo pesquisador no papel de observador. Ao término de cada grupo focal, com duração média de uma hora e meia, ambos se reuniram para discutir impressões. As questões norteadoras trabalharam a implantação do NASF na 6ª SDR de SC articulada com a ESF. Para as EI, foram entrevistados profissionais integrantes do GF.

A pesquisa de campo foi empreendida nas 37 equipes de Saúde da Família e 15 equipes de NASF dos municípios do Meio Oeste Catarinense, em um total de 15 GF com equipes de Saúde da Família e 10 GF com equipes de NASF.

Para as equipes de Saúde da Família, foram critérios de inclusão: estar situada na região vigente e obter apoio da equipe do NASF. Participaram 11 médicos, 15 enfermeiros, 14 Odontólogos, 45 ACS, 30 Técnicos de Enfermagem, 15 Técnicos de Saúde Bucal, em que cada uma das profissões estava representada por pelo menos um profissional nos GFs que foram realizados por equipe de Saúde da Família, dos quinze municípios.

Em relação as equipes de NASF, foram realizadas entrevistas individuais não estruturadas, para discussão das informações coletadas após os GF com as Equipes de Saúde da Família, sendo que foram

obtidas entrevistas de 10 Psicólogos, 7 Nutricionistas, 11 Assistentes Sociais, 10 Educadores Físicos, 6 Farmacêuticos e 10 Fisioterapeutas.

Os entrevistados foram recrutados individualmente, através do contato com um dos pesquisadores em seus serviços. Todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecidos, em duas vias. Ressalta-se que o presente estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base a partir da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - Projeto "Análise da articulação entre NASFs e a ESF na 6ª SDR do Estado de Santa Catarina - dos desafios às potencialidades para a efetivação do SUS" (Protocolo ético 1043/10/ CAAE 0237.0.242.000-10), fomentado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Santa Catarina (FAPESC), através do Edital PPSUS 2010.

3. RESULTADOS

A ESF, como estratégia pública articuladora dos cuidados primários de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, deveria percorrer caminhos - e ao mesmo tempo transformar - que levassem em conta os determinantes sociais da saúde de determinada comunidade. Concomitantemente, o NASF tem aporte legal e instrumental passíveis de aproximação desta realidade, desde que se configure um apoio matricial efetivo para/com as equipes ESF.

Frente à análise do conteúdo empírico apreendido dos GF e das EI, o conteúdo interpretativo do material tratado por meio de categorização, está sintetizado abaixo e engloba os principais aspectos sobre a implementação do NASF na 6ª SDR de Santa Catarina (Quadro 1).

Quadro 1 – Categorias de análise sobre a implementação do NASF na 6ª SDR de SC.

| Potencialidades | Fragilidades |
|--|---|
| Estabelecimento de prioridades | Carência de capacitação |
| Planejando dos serviços oferecidos à população | Falta de clareza sobre as funções e funcionamento do NASF |
| Trabalho em equipe | Trabalho desarticulado |
| Diálogo com as instâncias superiores | |

A implementação do NASF na região demonstra padrões a serem atingidos, tais como a compreensão de como as atividades deveriam ser realizadas e a implicação desse trabalho para a população, tanto no trabalho que ocorre conforme o preconizado como aquele que não se faz nessa perspectiva. Desse modo, o NASF, preconizado para aumentar a resolutividade, a construção da integralidade e a constituição da APS como coordenadora da rede de atenção à Saúde, encontra potencialidades a serem exploradas e fragilidades que estão cristalizadas mesmo antes da implantação desse novo dispositivo a serviço da população.

3.1 POTENCIALIDADES

3.1.1 Estabelecendo prioridades a partir da comunidade

No âmbito da presente análise, toma-se avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes como uma forma de analisar o que foi realizado, observar os resultados alcançados e, finalmente, ver se há necessidade de modificar a forma de trabalhar ou o modo de planejar as atividades²⁷. A avaliação deve extrapolar o planejamento das atividades, mais do que apenas a verificação do que fora planejado, e incluir-se nas ações que parecem estar concretizadas na comunidade²⁸.

Defende-se na literatura que, para haver a relação interdisciplinar, são necessárias atitudes entre os profissionais, como o respeito e o reconhecimento da importância de cada profissão, respeito a cada profissional, tolerância, aceitação de sugestões – podendo ser visto como uma prática do exercício de tolerância – respeito as limitações de cada profissão, comprometimento com o sistema, atitude de mudança, humildade, respeito às diferenças, ética, liderança e empatia²⁹. Com a prática destas atitudes, existirá uma maior interdisciplinaridade entre as profissões, gerando tratamentos mais eficazes.

A intervenção a partir do contexto apresentado facilita e aperfeiçoa a aproximação das equipes com os usuários, consequentemente amplia o conhecimento sobre as peculiaridades da comunidade e suas necessidades, focando assim o trabalho, de forma a sanar ou minimizar os problemas emergentes^{30, 31}.

A equipe da ESF deve buscar deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão interdisciplinar. Para tanto, depende de uma série de instrumentos operacionais e sua composição, que deve ser multiprofissional, é determinada segundo o objetivo de cada unidade de

saúde, as características de cada local e a disponibilidade de recursos. Para que ocorra clara definição da responsabilidade sanitária e se ampliem as possibilidades de construção de vínculo, é fundamental valer-se da metodologia de adscrição de clientela à equipe de referência. A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário³¹⁻³³.

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores, implicando sempre a construção de um projeto terapêutico integrado^{32, 33}.

Nesse contexto, os participantes do estudo reconheceram a relevância da participação da comunidade, no enfoque aqui defendido, como se observa nas falas a seguir:

Mais comunitário, a gente trabalha mais assim, ó, na comunidade. (Sujeito 7)

A gente tá pesquisando quais são as principais dores e daí vamos trabalhar com ervas medicinais pra diminuir a questão dos medicamentos. (Sujeito 8)

E aí é sempre elas que dão a cara a tapa, então quando a gente faz a reunião a nossa prioridade é saber o que elas têm a dizer, porque elas que escutam a maior parte das reivindicações. (Sujeito 9)

3.1.2 Planejando os serviços oferecidos à população

O Sistema de Saúde vigente preconiza a interdisciplinaridade no trabalho em equipe de saúde, requerendo um ambiente físico e um clima organizacional favorável para que os profissionais interajam e se comuniquem para compartilhar os seus diferentes saberes, portanto o planejamento das ações interdisciplinares deveria ser feito em função das necessidades do grupo populacional a ser atendido, não se limitando apenas ao papel de cada profissional.

A satisfação junto aos serviços irá resultar em uma maior adesão dos usuários ao tratamento, através das questões de vínculo e inter-relação profissional-paciente-família e/ou equipe-paciente-família e das respostas às necessidades de saúde do paciente.

Aciole²⁵ aponta que o planejamento nestes serviços, principalmente no que se refere a Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças, deve ser estratégico como uma forma de se antecipar aos possíveis obstáculos que surgirão quando se pretende passar da situação existente para a desejada, assim como pelo caráter político e de poder presentes.

A participação dos profissionais da ESF e dos NASF no planejamento dos serviços de saúde é outro aspecto que se apresentou como importante potencialidade, conforme evidenciam as duas falas abaixo:

Aqui nós fazemos as coisas funcionarem. Você tem um planejamento, tem previamente uma agenda. A gente vai lá *in loco* ver o que tá acontecendo. (Sujeito 4)

Eu vejo assim, que a questão do planejamento é tudo. Eu já trabalhei em outras unidades, e hoje aqui, não é porque eu tô aqui trabalhando junto com o pessoal, mas o planejamento é tudo. (Sujeito 5)

Ao elaborar o planejamento é impossível prever com precisão o que acontecerá, mas é possível analisar quais forças influenciam o processo e como elas o fazem para que seja possível compreender as suas influências, as probabilidades e se preparar para as mais relevantes e/ou cada uma delas. Esta imprevisibilidade deve ser levada em conta, assim como o contexto e seus determinantes/grupos previsíveis.

O planejamento das equipes de saúde é fundamental para que as atividades sejam realizadas de acordo com os objetivos além de permitir que os profissionais realizem atividades no cotidiano da APS, com mais efetividade e eficiência.

Todavia, a existência de planejamento, por si só, não garante o cumprimento das metas e propostas estabelecidas por que os instrumentos de trabalho podem não estar ajustados às demandas reais assim como os profissionais que precisam estar capacitados

a lidarem com esse, desde a sua criação e organização até o seu controle e exequibilidade.

Nesse contexto é possível verificar distinções entre a realidade subjetiva e a realidade concreta dos sujeitos em ato, essa distancia pode ser amenizada com o planejamento elaborado pelos agentes chaves desse processo que podem contribuir com elementos fundamentais para a compreensão da complexidade contextual. Reunir-se para (re)organizar parece ser o caminho. Conforme relatado, os profissionais da APS sentem necessidade de verificar se o trabalho está de acordo com os planejamentos, mas nem sempre dispõem do tempo necessário para tal.

Ao tratar da interação de duas ou mais partes no contexto dos serviços da APS, existe a possibilidade de surgirem conflitos devido à divergência de ideias, mas que pode ser solucionado através um entendimento comum no processo de planejamento, ao invés de rotular o certo e o errado.

Alguns profissionais do contexto investigado estão cientes da necessidade de incluir a população no planejamento para buscar uma aproximação da realidade subjetiva e da realidade concreta dos sujeitos, assim como as relações interpessoais nas equipes, como pode ser observado na fala a seguir:

E daí agora a gente quer começar a estruturar como são essas pessoas, são homens, mulheres, a idade dessa população, quais são as principais queixas deles. E, a partir disso, a gente vai começar a estruturar um trabalho... (Sujeito 6)

3.1.3 O trabalho em equipe

Além das atividades específicas da sua profissão, os profissionais da equipe têm diversas atribuições comuns, tais como identificar seus problemas de saúde e situações de risco mais comuns; reconhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis; construir conjuntamente um planejamento para enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais²⁴⁻²⁷.

Nesta perspectiva, a ESF tenta descentralizar a prestação de serviço da figura do médico, superando o modelo hegemônico, horizontalizando as relações, e fazendo com que os especialistas envolvidos trabalhem de forma interdisciplinar e multiprofissional.

A demanda de atendimentos, multifacetados ou em alta contingência, sobre uma equipe multiprofissional, descortina significados singulares sobre a prática na ESF. Esta extrapola e remonta o próprio objeto de trabalho colocando em cheque a legitimidade das ações em equipe e a sua capacidade em lidar com esta realidade.

No entanto, para uma tentativa de alcançar o preconizado pelo MS para a realização de um trabalho em equipe multiprofissional seria necessário espaço comum de diálogo, em que o trabalhador tenha espaço para discutir sobre a organização do trabalho, bem como da cooperação, articulação, coordenação e dinâmica nas regras de trabalho, a fim de substituir ou complementar a organização do trabalho prescrita²⁵.

Portanto, o trabalho multiprofissional abrange várias possibilidades de significados na articulação do trabalho e quando os depoentes foram questionados sobre quais eram as principais potencialidades de articulação dos processos de trabalho da ESF e dos NASF, o trabalho em equipe ganhou destaque na vasta gama de opções que foram articuladas. A possibilidade de adaptação do trabalho em equipe de acordo com a complexidade e individualidade de seus componentes foi defendida em prol da eficácia e da eficiência possibilitando a atuação além dos limites geográficos da ESF, conforme se segue:

Uma vez por mês tem reunião do NASF e da ESF. (Sujeito 1)

Eu acho que assim, todo mundo fala... aí os médicos também se manifestam, colocam o que eles acham que dá, o que não dá... (Sujeito 2)

Eu tô com um projeto, de desenvolver a cidadania, através das escolas. A gente tem um trabalho muito bom nas escolas. É toda a equipe na verdade, porque envolve tudo, né? (Sujeito 3)

3.1.4 Diálogo com a Gestão Municipal

A partir da nova dinâmica de organização dos serviços de saúde e da articulação entre ESF e NASF há que se repensar a ação de todos os envolvidos na problemática: a comunidade, os profissionais da saúde e os gestores, objetivando uma pactuação política entre as partes e a efetiva produção de saúde para a população adscrita, além da demanda clínico-curativa¹⁸.

Dada a complexidade da prestação de serviços de saúde, é fundamental que a gestão se comprometa com o dia a dia das equipes, em razão das redes complexas existentes nos serviços de saúde. Mais do que gerenciar recursos e os dados burocráticos dos sistemas de informação, a gestão municipal deveria partir do conhecimento dos problemas de saúde de cada Equipe da ESF para a condução da gestão em si, objetivando a mudança efetiva nas práticas em Saúde no âmbito da atenção primária.

Mesmo sabendo que as relações de poder, naturais na convivência humana, afloram nos trabalhos em grupo, a aproximação dos gestores aos profissionais da ponta e usuários, no desenvolvimento do planejamento, é de extrema importância para que a horizontalidade seja mantida nas ações em todos os níveis de responsabilidade pela atenção à saúde³⁴.

Os aspectos envolvidos na relação entre o usuário, o serviço de saúde e o profissional de saúde na assistência são complexos, dado que a solução de problema de saúde, seja a que nível de atenção se referir, é fenômeno social e histórico que não pode ser analisada como um processo linear, apesar da tradição e estrutura dos sistemas de saúde não se pautarem nesta perspectiva³⁵.

Deve ser percebido como um processo em que interagem diversos aspectos concomitantemente, convergindo na dicotomia entre a disponibilidade de um conjunto de ações e serviços e a dificuldade de acesso aos mesmos³⁵. Qualquer ação no sistema de saúde deve paralelamente considerar a historicidade, na medida em que existem aspectos íntimos de como o processo de trabalho se dá em cada Unidade de Saúde, com diferentes conformações e espaços³⁵.

No contexto sobre a implementação do SUS os debates firmaram a perspectiva de que não basta aumentar a disponibilidade e o acesso ao atendimento, mas sim a que se pensar em que tipo de atendimento é este. Conforme exposto, no tratamento em saúde, não apenas a ação técnica está envolvida no sucesso e na promoção, proteção e recuperação, mas também o comprometimento dos usuários é de suma importância.

Conforme evidencia a próxima fala, encarar as diferenças individuais, buscando não ser omissivo ou acomodado diante das reais necessidades do cotidiano, pode auxiliar na manutenção do equilíbrio nas relações dentro da equipe com a Gestão³⁶:

Antes de eles começarem a atuar... eu tive a liberdade de pedir para o gestor enquanto ele não podia fazer... de falar para eles o plano municipal de saúde, que é em cima disso que agente tem que trabalhar... a gente ganha um tempo fazendo esse plano e a partir daí que agente resolve os problemas do município, para a felicidade do Gestor. (Sujeito 10)

Foi aludido que o envolvimento dos profissionais das UBS com os mecanismos de gestão, exercitando o diálogo com os envolvidos direta e indiretamente, fortalece as equipes e lhes garante um planejamento mais realista e mais autonomia para a tomada de decisões, como vemos abaixo:

Acontece, mas só o Conselho Municipal, os locais nós não temos. Mas e ele é bem atuante, o nosso conselho. As reuniões acontecem pelo menos uma vez por mês, né, e o pessoal participa. (Sujeito 11)

O pessoal não admitia que tinha que fechar pra reunião, que eles achavam que nós ficava fazendo lanche, né? Como a gente não deu muita bola aqui dentro, a administração ficou do nosso lado e viu que era só uma questão de acostumar, né? (Sujeito 12)

3.2 FRAGILIDADES IDENTIFICADAS

A análise do conteúdo apreendido também revela fragilidades importantes, que surgem como pontos de debates para melhorias, remetendo a discussão para a organização do sistema, assim como para o saber-fazer das equipes no campo prático.

Apresentam-se aspectos contraditórios entre o estabelecido politicamente e as falas apresentadas pelos profissionais anteriormente, desnudando a heterogeneidade de situações vivenciadas por cada uma das equipes investigadas.

3.2.1 A necessidade de Educação Permanente

Um aspecto que chamou a atenção foi o fato de diferentes participantes do estudo, quando questionados a discorrer sobre as dificuldades de lidar com as demandas cotidianas, fazerem alusão à falta de reconhecimento, por parte dos gestores, e mesmo dos

usuários, de que a educação permanente se constitui em categoria central do trabalho em saúde, sendo escassas as iniciativas de capacitação destinadas aos profissionais.

Teve um momento em que a gestora contratou uma profissional terceirizada pra trabalhar com toda equipe. Mas, por conta da reclamação das pessoas, que “o posto tava fechado” que “onde já se viu, deixar a Unidade fechada”, enfim, optou-se por parar com as atividades. (Sujeito 22)

Mas assim, capacitação pra equipe, não tem. Nós tivemos duas vezes, pra quem não tinha ainda, mais foi de motivação, né? Fomos obrigados a fazer a motivação, né? Mas assim, capacitação na área de PSF não. (Sujeito 23)

Eu acho assim, que as regionais tinham que se mobilizar mais, né, até porque existe um grupo colegiado, né, de educação permanente... eu acho que assim, ó, no ano passado nós não tivemos nada. (Sujeito 24)

Há anos que a odonto não tem nada, voltado mais pra área técnica mesmo, e pra saúde coletiva também, né? Eu acho que assim, tá bem carente... (Sujeito 25)

A literatura científica aponta que as dificuldades na formação dos profissionais se iniciam ainda dentro da academia. As universidades brasileiras persistem a formar profissionais de saúde, mesmo no ensino público, direcionados a atuações com focos diferentes das necessidades do serviço público de saúde, o que dificulta a atuação dos recém formados nesse sistema de atenção à saúde³⁶.

O atual modelo de formação prima pelos aspectos técnicos das profissões, em detrimento do estímulo para o trabalho em conjunto com outros profissionais de áreas diferentes. Sendo que na prática em saúde, seja na APS ou mesmo em qualquer outro local de atuação, existirá sempre a necessidade de articular-se com outras profissões³⁷.

Mas isso não exime os gestores de sua responsabilidade pela inexistência de programas de educação continuada, pois como bem define o marco legal da APS brasileira, a Atenção Básica tem como fundamento valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação. A educação permanente

dos profissionais da APS é de responsabilidade conjunta três esferas de Governo²³

No contexto sobre a implementação do NASF, os depoimentos firmaram a perspectiva de que não basta aumentar a disponibilidade e o acesso ao atendimento, mas sim a que se pensar em que tipo de atendimento é este.

Neste sentido, o debate caminhou para firmar como padrão a ser assegurado o tratamento horizontalizado, em que a equipe de saúde se comprometa em uma postura de similaridade, proximidade e acolhimento tanto das demandas biológicas como das sociais, na medida em que as normas e os procedimentos por si só não promovem a adesão ao tratamento e muito menos possuem significado frente às demandas não pautadas nas questões que podiam ser respondidas pelo modelo biomédico³⁹.

Particularmente, este debate embrenha-se em campos articulados com o trabalho em saúde em si, tanto da vivência do profissional de saúde que presta o serviço como dos usuários que o recebem.

Os aspectos envolvidos na relação entre o usuário, o serviço de saúde e o profissional de saúde no serviço são complexos, dado que a solução de problema de saúde, seja a que nível de atenção se referir, é fenômeno social e histórico que não pode ser analisado como um processo linear³⁹.

Deste modo, na sua ação prática, o NASF² preconiza que o trabalho na APS seja realizado dentro de uma programação e implementação das atividades que sigam agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais, evitando-se a fragmentação do trabalho segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias. O foco deve ser:

Segundo o Ministério da Saúde, a organização do processo de trabalho dos NASF, nos territórios de sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando a intervenção interdisciplinar com troca de saberes, como debatido na introdução do presente artigo, além do trabalho intersetorial⁵.

Dentro de tal perspectiva, implantar NASF implica, portanto, na necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião de planejamentos, o que incluiria discussão de casos, estabelecimentos de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação, resolução de conflitos, entre outros. Esses aspectos do processo de trabalho não acontecem por si só, tornando-se assim necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na

cogestão e os gestores coordenem estes processos, em constante construção².

Trata-se de uma estratégia inovadora, embasada em tecnologias de gestão com destaque ao apoio matricial, que se complementa com o processo de trabalho em equipes de referência.

Esses novos arranjos organizacionais para o trabalho em saúde foram propostos inicialmente por Campos³². De acordo com o autor, eles são capazes de produzir outra cultura e de lidar com a singularidade dos sujeitos, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde, apresentando, portanto, características de transversalidade e buscando diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas do conhecimento³².

3.2.2 A necessidade de entender o processo de trabalho da ESF/NASF

Um ponto que merece ser destacado é o que diz respeito à nova dinâmica de organização dos serviços de saúde através da articulação entre ESF e NASF, assim como suas implicações na APS.

Os discursos dos diversos profissionais listados abaixo deixam evidente que os processos de trabalho dos mesmos não possibilitam o compromisso e a co-responsabilização entre as equipes, ao mesmo tempo em que dificultam a articulação entre os diversos saberes das corporações profissionais que compõem esse modelo assistencial.

Eu acho que esse núcleo de apoio ainda tá, assim, uma polêmica, uma grande dúvida, porque como ele foi implantado esse ano pra nós, acho que ele ainda é bem estranho. (Sujeito 13)

A gente ainda não sabe a real função do NASF, né, esse núcleo de apoio, qual o objetivo dele, porque que ele veio. Como ele foi implantado agora, né, ele é bem recente. Tanto pra nós agentes quanto pra maioria da equipe. A maioria ainda tá flutuando. (Sujeito 14)

O que a gente sabe é que é um grupo que apóia os próprios profissionais da Estratégia, né? Ajuda assim, no conhecimento da realidade. Porque, assim, a gente também precisa desse apoio, né? (Sujeito 15)

Mas ele pra nós, diferente da Estratégia de Saúde da Família, o NASF a gente ainda tá aprendendo a lidar com ele. Porque a gente ainda não sabe utilizar ele, né? A gente sabe que ele existe, mas a gente ainda não tá usando ele como deveríamos usar. (Sujeito 16)

Uma possível explicação para os discursos encontrados é que as atividades da ESF e do NASF ainda são desenvolvidas em conjunto com o modelo de Unidades Básicas de Saúde tradicionais e o NASF é entendido como referência e não como suporte. Nesse panorama, há sobrecarga dos profissionais de saúde. Esta sobrecarga refere-se ao desempenho das atividades previstas no modelo da ESF (como as visitas domiciliares, por exemplo), além daquelas características do modelo curativo-assistencial hegemônico.

A importância do trabalho em equipe em Saúde da Família repousa principalmente por se constituir em teoria uma ação para a integralidade nos cuidados de saúde, por possibilitar apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida¹. Para tanto, tem como elementos centrais o trabalho e adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional, objetivando impactos sobre os determinantes do processo saúde-doença, através da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde¹.

São grandes as implicações desta realidade frente ao que é idealizado para o âmbito do trabalho em Saúde da Família. O discurso e a ação são antagônicos, uma vez que há carência em termos de compartilhamento de responsabilidades, trabalho interdisciplinar efetivo e desenvolvimento de projetos terapêuticos conjuntos.

Desse modo, percebe-se que a implantação da ESF e dos NASF no contexto investigado não contribui em sua plenitude para a consolidação descentralizada e participativa do SUS, ficando clara sua fragilidade como política de saúde direcionada para maior garantia dos direitos dos usuários.

3.2.3 A desarticulação do trabalho na APS

Paralelamente à falta de conhecimento sobre as atribuições do NASF, as equipes da ESF mantêm o

modo fragmentado de trabalho, carecendo de mais articulação entre os próprios indivíduos que compõem as equipes, conforme se observa nas falas que se seguem:

Cada um faz a sua função, né?... é, nas visitas domiciliares... primeiro que não tem como sair todo mundo, né?... (Sujeito 17)

Eu não sabia que eu tava incluída na equipe, né? Como ela já era implantada quando eu comecei a trabalhar, eles me incluíram e eu nem sabia que eu estava. (Sujeito 18)

É basicamente clínico. Eu lá na minha sala... Mas a gente vai voltar a se reunir, porque tá separado, né? E é basicamente clínico. Eu faço os atendimentos, mas a cumplicidade é muito pouca, né? (Sujeito 19)

Estas perspectivas são contraditórias com os princípios do trabalho multiprofissional efetivo. São características imprescindíveis deste a interdisciplinaridade, a visão crítico-social e a expertise técnica confluyente com relações intersubjetivas dialógicas e respeitadas para com o outro, em que um profissional de saúde deve tanto se articular com os demais, como promover articulação intersetorial³¹.

Em particular sobre o trabalho em equipe, este não é idealizado como a simples superposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Caracteriza-se em teoria pela relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulação para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Perspectiva que prima pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos³⁸.

Dentre as múltiplas causas possíveis para a desarticulação dos serviços, as falas dos participantes deixam transparecer dois aspectos cruciais: insuficiência de tempo (pelo excesso de demanda) e falta de comprometimento por parte de alguns profissionais, sobretudo da classe médica, para o desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas.

Tem... reunião, duas vezes por mês. A gente chama de reunião relâmpago, né? Quando dá uma folga a

gente conversa do que tem que resolver. (Sujeito 20)

Essa questão dos médicos é complicada. De se envolver com a equipe, né? O que acontece? Nem todo profissional tem perfil pra trabalhar na Estratégia de Saúde da Família. (Sujeito 21)

Trata-se de um padrão arraigado no processo de trabalho das equipes investigadas, podendo estar relacionado com o silêncio/resistência destes profissionais em discutir o trabalho pela lógica da APS.

A despeito das atribuições específicas de cada categoria profissional, a equipe deve desenvolver, de maneira conjunta e integrada, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida na comunidade, além de intervenções para recuperação e reabilitação da saúde, tanto na unidade de saúde quanto nos demais espaços comunitários – externos a esta – associando a atuação clínica e técnica às práticas de saúde na coletividade³⁹.

Por fim, com base nas falas dos odontólogos entrevistados, pode-se perceber a ausência de construção de um projeto coletivo na ESF, que depende não apenas das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de responsabilidades e competências dentro da equipe, em conformidade com o preconizado na legislação que regulamenta o trabalho na APS.

O trabalho em equipe multiprofissional insere-se no contexto da organização do trabalho, cujo sucesso dependerá dentre muitos outros aspectos do sistema hierárquico, das modalidades de comando e controle, das relações de poder, das questões de responsabilidade, entre outros. Para que seja alcançado o projeto idealizado é necessário que haja a construção de um projeto comum e para tal, os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários.

Mas para que isso ocorra deve haver um processo de formação e educação permanente de todos os profissionais envolvidos, pois na carência de profissionais em termos qualitativos e quantitativos para responder ao desafio de estabelecer um plano de ação sustentado por uma atuação multiprofissional através de uma construção interdisciplinar.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do contexto apresentado foi possível analisar o que fora preconizado com a atual situação da atenção primária, no interior do estado de Santa Catarina, diagnosticando as potencialidades e fragilidades no trabalho no processo de implantação do NASF.

A equipe NASF/ESF tem como responsabilidade central de atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

Conforme fora preconizado, a definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais e a ESF deverá criar espaços de discussões para gestão do cuidado. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

A inserção do NASF deveria modificar a interação dos envolvidos no processo, sendo de fundamental importância um novo planejamento e o exercício da educação permanente que possibilitará a implantação do planejamento ao adaptar o saber-fazer a nova perspectiva implantada.

Conforme os resultados apontam, observa-se potencialidades e fragilidades, sendo necessários ajustes para que a prestação de serviço seja mais eficaz e eficiente.

A primeira potencialidade encontrada foi a possibilidade de **estabelecer prioridades** a partir da melhoria das relações interdisciplinares que contribuiria, entre outros, para um melhor clima organizacional e para a compreensão da complexidade da prestação do serviço, fatos fundamentais para que a segunda potencialidade possa ser explorada de forma mais eficaz.

A segunda potencialidade observada foi o **planejamento dos serviços oferecidos a população** que é fundamental para que as atividades sejam realizadas de acordo com os objetivos, o qual requer um ambiente físico e um clima organizacional favorável para que os profissionais interajam e se comuniquem para compartilhar os seus diferentes saberes, portanto o planejamento das ações interdisciplinares deveria ser feito em função das

necessidades do grupo populacional a ser atendido, não se limitando apenas ao papel de cada profissional.

Nesse contexto é possível verificar distinções entre a realidade subjetiva e a realidade concreta dos sujeitos em ato, essa distância pode ser amenizada com o planejamento elaborado pelos agentes-chaves desse processo que podem contribuir com elementos fundamentais para a compreensão da complexidade contextual.

A terceira potencialidade encontrada foi o **trabalho em equipe** que visa à descentralização da prestação de serviço da figura do médico, superando o modelo hegemônico, horizontalizando as relações, e fazendo com que os especialistas envolvidos trabalhem de forma interdisciplinar e multiprofissional.

A quarta potencialidade encontrada é o **diálogo com a Gestão Municipal**, o qual influenciaria diretamente a nova dinâmica de organização dos serviços de saúde e da articulação entre ESF e NASF, para que isso ocorra é fundamental que a ação de todos os envolvidos seja repensada, mesmo sabendo que as relações de poder, naturais na convivência humana, afloram nos trabalhos em grupo.

Dada a complexidade da prestação de serviços de saúde, para que a horizontalidade seja mantida nas ações em todos os níveis de responsabilidade pela atenção à saúde, a gestão municipal deveria pautar-se no conhecimento dos problemas de saúde de cada Equipe da ESF, para a condução da gestão em si, objetivando a mudança efetiva nas práticas em Saúde no âmbito da APS.

A análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família também revela fragilidades que surgem como pontos de debates para melhorias.

Deste modo, a primeira fragilidade abordada é a **carência de Educação Permanente**, já que a falta de preparo do profissional começa desde a graduação na qual os futuros profissionais de saúde são formados, mesmo no ensino público, direcionados a atuações com focos diferentes das necessidades do serviço público de saúde, o que dificulta a atuação dos recém formados nesse sistema de atenção à saúde, a educação permanente também fica comprometida pela falta de um embasamento teórico, o qual serviria de base para trabalhar temas mais específicos e as relações horizontais ficam mais difíceis de serem praticadas devido à relação de dependência que se instaura entre os que tiveram uma melhor formação e os que ainda estão aprendendo o necessário para trabalhar de uma maneira mais eficaz e eficiente.

A segunda fragilidade abordada na pesquisa é a necessidade de **melhor entendimento do processo de trabalho e funcionamento do NASF**, conforme foi observado anteriormente há algumas dúvidas frequentes quanto à articulação entre as equipes, podendo ser reflexo da primeira fragilidade e/ou de uma alteração estratégica que veio dos níveis superiores e não envolveu/capacitou os profissionais para que eles pudessem garantir a prática do preconizado.

A terceira fragilidade é consequência dessa falta de capacitação, na medida em que mesmo com o NASF os profissionais **trabalham isoladamente dos demais, com séria desarticulação e fragmentação**. Para que o preconizado faça parte da realidade é necessário investir na formação e na educação permanente de todos os profissionais envolvidos para que as dúvidas sejam sanadas e o processo adaptado às peculiaridades, complexidade e limitações da região e dos agentes, o que se trata de uma das principais atuações preconizadas para o NASF.

Agência de Fomento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Santa Catarina (FAPESC), através do Edital PPSUS 2010.

Agradecimentos

As prefeituras municipais e Secretarias de Saúde que autorizaram e apoiaram a realização da Pesquisa. Em especial, a Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense (AMAUC) e a 6ª Secretaria de Desenvolvimento Regional de Santa Catarina por oportunizarem o suporte e articulação que foram fundamentais para a mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araujo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cienc Saude Colet* 2007, 12(2): 455-64.
2. Brasil. Portaria MS 2488/2011. Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria MS 645/2006. MS: Brasília, 2011.
3. Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina. Atenção Básica. www.saude.gov.sc.br Acesso <11.01.2011>
4. Henrique F, Calvo MCM. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores Sociais. *Cienc Saude Coletiva* 2009, 14(sup.1):1359-65.
5. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

6. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Sena MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva* 2009, 14(4): 783-94.
7. Brasil. Departamento de Informática. Ministério da Saúde. Datasus. www.datasus.gov.br/index Acesso <01.06.2011>
8. Arona EC Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saude soc* 2009, 18(sup.1): 26-36.
9. Onocko Campos R, Campos GWS. Co-construção de autonomia em questão. In.: Campos GWS. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC / Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007. Pp. 669-688.
10. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunic Saúde Educ* 2005, 9(16): 161-8.
11. Ludke L, Cutolo LRA. Formação de docentes para o SUS - um desafio sanitário e pedagógico. *Sal Transform Social* 2010, 1(1): 88-98.
12. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência Saú Coletiva* 2010, 15(4): 2355-2365.
13. Ferreira RF, Buss PM. Atenção primária e promoção da saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Promoção da saúde*. Brasília, DF; 2001.
14. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva* 2009, 15(1): 3615-3624, 2010.
15. Lourenco EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc saúde coletiva* 2009, 14(suppl.1): 1367-1377.
16. Cecílio LCO. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface Comunic Saúde Educ* 2007, 11(22): 34-41
17. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. *Interface Comunic Sau Educ* 2004, 8(15): 331-348.
18. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface Com Sau Educ* 2005, 9(16): 53-66.
19. Minayo MCS. Hermeneutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.83-107.
20. Campos DA, Rodrigues J, Moretti-Pires RO. Pesquisa qualitativa em Saúde Coletiva como instrumento de transformação social: uma proposta metodológica fundamentada na postura hermenêutica-dialética. *Saude Transf Soc* 2012, (no prelo).
21. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1999.
22. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks; London: Sage Publications; 1997.
23. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2006.
24. Mendonça MHM, Vasconcellos MM, Vianna ALA. Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008, 24(Sup 1): S4-S5.
25. Aciole GG. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. *Interface Comum Saúde Educ* 2007;11(23):409-26.
26. Scochi MJ. Indicadores de qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. *Cad Saúde Pública* 1994, 10(3): 356-367.
27. Poli Neto P, Caponi S. A Medicalização da Beleza. *Interface Comunicação Saúde Educ* 2007, 3(4): 569-584, 2007
28. Saupe R, Cutolo LRA, Sandri JVA. Construção de descritores para o processo de educação permanente em Atenção Básica. *Trabalho Educ Saú* 2007, 5(4): 433-452.
29. Veras MMS. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família - SINAI. *Sau soc* 2007, 16(1): 165-171.
30. Matumoto S. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface Comunic Sau Educ*, 9(16): 9-24
31. Gomes MCP, Pinto A, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface Comunic Sau Educ* 2005, 9(17): 287-301.
32. Borges CC, Japur M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface Comunic Sau Educ* 2005, 9(18): 507-519.
33. Rivera F, Artmann E. Planejamento e Gestão em Saúde: histórico e Tendências com base comunicativa *Visão n'uma*. *Ciênc saúde coletiva* 2010, 15(5): 2265-2274.
34. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):569-584
35. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde.

- Interface Comum Saúde Educ 2009; 13(13):153-66.
36. Moretti-Pires RO, Campos DA. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. Rev bras educ med 2010, 34(3): 379-389.
 37. Helena ETS, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. Saude soc 2010, 19(3): 614-626.
 38. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. Saude soc 2009, 18(3): 515-524.