



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE SAÚDE COLETIVA**

**IZABEL JOSEFA DOS SANTOS**

**GRUPO OPERATIVO E PRÁTICAS DE SAÚDE EM UM  
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)**

SALVADOR

2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE SAÚDE COLETIVA**

**IZABEL JOSEFA DOS SANTOS**

**GRUPO OPERATIVO E PRÁTICAS DE SAÚDE EM UM  
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase em Serviços de Hemoterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Vieira da Silva

**SALVADOR**

**2015**

Ficha Catalográfica  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S237g Santos, Izabel Josefa dos.

Grupo operativo e práticas de saúde em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). -- Salvador: I.J.Santos, 2015.

209 f.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Vieira da Silva.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Grupo Operativo. 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. 3. Organização do Trabalho. I. Título.

---

CDU 614.2



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva**

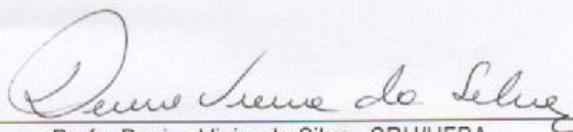
**Izabel Josefa dos Santos**

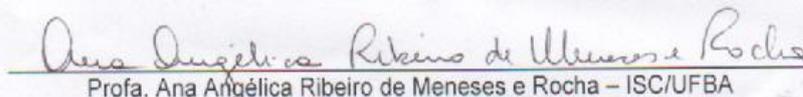
**“GRUPO OPERATIVO E PRÁTICAS DE SAÚDE EM UM NÚCLEO DE  
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)”.**

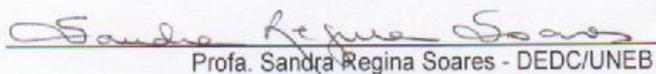
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 13 de março de 2015

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Denise Vieira da Silva - CRH/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha – ISC/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Sandra Regina Soares - DEDC/UNEB

Salvador  
2015

Aos meus pais: Joana Josefa dos Santos (*in memoriam*) e Otacílio Eugênio dos Santos, por terem me ensinado que somente o amor, o livre arbítrio de sonhar e projetar a vida, a força do querer e a liberdade são caminhos para o alcance de uma vida feliz.

Aos meus irmãos: Juliana, Ray, Jorge, Júlia e Nalvinha pelo efetivo e incondicional amor e compreensão da minha ausência, constante, nos encontros e momentos da família.

A todos os meus sobrinhos e a minha cunhada Paula Rodrigues pelo carinho, amizade, alegria e incentivo fundamentais, nesse meu caminhar.

A minha amiga Jussara Cargnin Ferreira pela amizade e apoio incondicional. Sempre solidária e generosa me incentivou permanentemente na efetivação desse estudo e elaboração da dissertação do mestrando, lendo e criticando os textos produzidos, fazendo correções gramaticais e sugestões. Ju, “Cada presente de um amigo é um desejo por sua felicidade.” (RICHARD BACH, 1936). Sua amizade foi uma motivação relevante para a realização com êxito desse mestrado - grande projeto de minha vida. Muito obrigada pela sua ternura, cumplicidade e leveza de ser, de sentir e de agir!

## AGRADECIMENTOS

A Deus que me ilumina e me conduz nas minhas escolhas.

À equipe da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde.

À Equipe administrativa do Instituto de Saúde Coletiva da Bahia – ISC/UFBA em especial às professoras Isabela Pinto e Ana Angélica Meneses e Rocha, coordenadora e vice - coordenadora do mestrado pela gentileza, dedicação e apoio contínuo durante o curso.

Às professoras da banca examinadora por terem aceitado o convite para composição de minha banca de defesa da dissertação do mestrado e pelas valiosas contribuições, análise e sugestões no processo de elaboração desse estudo.

À querida professora Ana Luiza Vilas Boas que sempre acreditou em mim. Foi assistindo suas aulas na pós - graduação em saúde coletiva e sua defesa de mestrado que fiquei motivada a fazer mestrado, a seguir a vida acadêmica. Eu sempre te admirei professora!

À psicóloga Azenilda Pimentel Diretora do Núcleo de Psicologia Social da Bahia pela competência e postura ética no desenvolvido da oficina de intervenção dessa pesquisa como facilitadora do grupo operativo de Pichon-Rivière. Muito obrigada!

Aos meus sobrinhos Felipe Rocha Carvalho e Ítalo Rodrigues dos Santos pelo o carinho, incentivo constante e pelo apoio fundamental na tradução de textos e elaboração do Abstract.

Aos colegas do mestrado com quem dividi vários momentos de alegrias, dúvidas, angústias e descobertas, especialmente a Altair Lira, Anelise Streva, Josiany Garcia, Jussara Ferreira e Moacir Longhi. Altair Lira, no início do curso, incompatibilidade total! Mas foi você quem me emprestou o livro mais importante desse estudo – O

Processo Grupal de Pichon-Rivière. À proporção que fui me aprofundando nas temáticas teóricas que nortearam esse estudo – psicologia social e grupos – comecei a perceber que existia, entre nós, mais semelhanças do que diferenças! Muito obrigada Altair por ter, naturalmente, contribuído para o meu crescimento como ser humano. Anne sempre querida, sorridente e gentil. Amei conhecê-la. Josy, companheira de quarto nos tornamos confidentes; compartilhamos nosso tempo de estudos, nossos silêncios, nossas birras, nossas risadas e nossos sonhos. Jussara observadora, inteligente, amável e harmoniosa sempre promoveu a integração do grupo. Mobilizou a realização de eventos, tocou violão, cantou e encantou. Moacir um grande amigo carinhoso, solidário e protetor. Muito obrigada amigos, sentirei saudades!

Aos grandes amigos enfermeiros: Siçone Brito e Luciano Reis pela amizade, generosidade, apoio e incentivo permanente em todos os momentos de minha vida.

Ao Secretário de Saúde do município de Eunápolis- Bahia, Mário Alessandro Gontijo de Melo e a Gisele Garcia Reis, enfermeira, na época coordenadora municipal da Atenção Básica, meus sinceros agradecimentos por terem, direto ou indiretamente, proporcionado condições para realização desse mestrado.

À Paula Sabrina, nutricionista e coordenadora municipal do NASF-Eunápolis-Bahia e aos integrantes das equipes do NASF neste município, eu agradeço por terem participado desse estudo e compartilhado comigo e com a ciência seus saberes, suas percepções, seus sentimentos, suas angústias, seus desejos e sonhos relacionados ao processo de trabalho do NASF e de produção da saúde coletiva em geral. Muito obrigada pelo apoio, carinho, confiança, credibilidade e por proporcionarem essa experiência grandiosa e inovadora para meu desenvolvimento profissional e pessoal.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha orientadora a professora Denise Vieira da Silva

Como escreveu sabiamente o eterno Paulo Freire (1996), “o amor é um ato de coragem, de criação e recriação do mundo é compromisso com os homens, o amor é, também, diálogo”. Foi esse permanente diálogo, que também é amor, articulado pelo o pensamento crítico e reflexivo, pela a cooperação mútua e o agir comunicativo emancipatório que sustentou nossa relação, professora Denise, durante esses quase dois anos de mestrado profissional.

Nossos encontros praticamente semanais e suas aulas particulares facilitaram meu acesso aos novos conhecimentos como a psicologia social e o grupo operativo de Pichon-Rivière, o que potencializou meu desenvolvimento intelectual criativo propiciando novas reflexões e percepções do meu eu como sujeito ativo no mundo – no meu mundo e no mundo com o outro e novas possibilidades de resignificação do meu pensar, sentir, agir e interagir tanto na dimensão pessoal como profissional e de transformar minha realidade, minha vida!

Da professora Denise Vieira eu levo uma grande admiração, um imenso carinho e os agradecimentos sinceros pela oportunidade e o grande prazer de tê-la como orientadora de minha dissertação do mestrado. Foi um desafio, mas um imensurável aprendizado para toda a vida! Uma lição de compromisso, de responsabilidade, de solidariedade, de persistência e de parceria. Aprendi a ser mais flexível, mais feliz, cresci! Eu agradeço de coração pela sua gentileza, generosidade, paciência e simplicidade! Como escreveu a psicóloga e educadora Madalena Freire (2008): “[...] Eu não sou você, você não é eu, mas sou mais eu, quando consigo lhe ver; porque você me reflete no que eu ainda sou, no que já sou e no que quero vir a ser [...]” Professora, eu acredito que a aprendizagem é um processo capaz de levar o sujeito aonde o seu desejo quiser chegar. E parafraseando Richard Bach (1936):

Haveremos de nos encontrar outras vezes, sempre que desejarmos, no meio da única comemoração que não pode jamais terminar. RICHARD BACH (1936).

Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a funda. Sendo fundamento do diálogo, o amor é, também, diálogo.

Daí que seja essencialmente tarefa de sujeitos.

O diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado.

O amor é um ato de coragem, nunca de medo, o amor é compromisso com os homens. Onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa de sua libertação.

Não há o diálogo verdadeiro se não há nos seus sujeitos um pensar verdadeiro. Pensar crítico. Pensar que, reconhece entre o mundo/homens uma inquebrantável solidariedade.

Pensar que percebe a realidade como processo e não como algo estático.

Não se dicotomiza a si mesmo na ação.

Banha-se permanentemente de temporalidade cujos riscos não teme a transformação permanente da realidade para a permanente humanização dos homens. O universo se revela como um campo, um domínio, que vai tomando forma na medida de minha ação.

Somente o diálogo, que implica um pensar crítico, é capaz, também, de gerá-lo.

Sem ele não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação.

PAULO FREIRE. (1996).

## RESUMO

O objetivo geral da pesquisa foi analisar o processo grupal de desenvolvimento do trabalho adotado pelo NASF, no que diz respeito a sua tarefa institucional de apoio às Equipes de Saúde da Família (ESF) nas dimensões clínica, pedagógica e gerencial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa na modalidade de pesquisa-ação, tendo como objeto de investigação uma intervenção institucional conduzida com a utilização da técnica dos grupos operativos de Pichon-Rivière, em dois grupos do NASF, no total de nove participantes. Nesse sentido é que a pergunta central foi formulada da seguinte maneira: *Quais os efeitos da aplicação da metodologia dos grupos operativos na análise das práticas de saúde das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), da Secretaria de saúde do Município de Eunápolis-Ba?* O estudo parte da análise da política de recursos humanos do Sistema único de Saúde (SUS), e as subsequentes políticas de gestão do trabalho e educação, humanização e educação permanente para situar o modelo recentemente implantado do NASF, pelo Ministério da Saúde. Em seguida apresenta uma síntese da teoria e técnica dos Grupos operativos de Pichon-Rivière, justificando a escolha por essa abordagem. Os resultados da análise do processo grupal apontaram para uma discrepância entre o papel instituído e o exercido pelos integrantes do NASF, em função da dificuldade de tradução das diretrizes e procedimentos estabelecidos, pela falta de capacitação e apoio institucional; a existência de fragilização dos vínculos decorrentes de contratos precários de trabalho e uma dinâmica competitiva interna do NASF e externa em relação às ESFs. O estudo concluiu pela efetividade da técnica dos grupos operativos na medida em que possibilitou a compreensão das dificuldades existentes, a autoanálise crítica e criativa e o delineamento de ações na direção de uma transformação individual e coletiva.

**Palavras - chave:** *Grupo operativo; Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF; Organização do Trabalho.*

## ABSTRACT

The main aim of the research was to analyse the group process of work development adopted by NASF, concerning its institutional task of supporting the Family Health Teams (FHT) at the clinical, pedagogical and management dimensions. This is a qualitative research in the form of action research; with the object of investigate an institutional intervention conducted with the use of the technique of operative groups of Pichon-Rivière in two NASF groups, totaling nine participants. In this regard, the central question was formulated as follows: What are the effects of the application of the methodology of the operative groups in the analysis of the practices of health of the Support Team for Family health (FHT) of the Health Secretary from the city of Eunápolis-Bahia. The study starts with the analysis of the human resources policy of the Unified Health System (UHS), and subsequent policies of work management, education, humanization and continuing education locate the recently yes table the model of NASF by the Ministry of Health. Then provides an overview of the theory and technique of Operative groups of Pichon-Rivière, justifying the choice of this approach. The group process analysis results pointed to a discrepancy between the roles and the exercised by members of the NASF, due to the difficulty of translating the guidelines and established procedures, lack of training and institutional support; the existence of weakening bonds due to precarious employment contracts and an internal competitive dynamics of NASF and external to the FHTs. The study concluded for the effectiveness of the technique of operative groups as far as it enabled the understanding of the existing difficulties, the critical-creative self-analysis and planning actions toward an individual and collective transformation.

**Key words:** *Operative group; Support Team for Family Health - NASF; Labor Organization.*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b>	Estrutura funcional da Secretaria Municipal de Saúde de Eunápolis-Ba, (2014).	28
<b>Figura 2</b>	Princípios fundamentais da Atenção Básica	53
<b>Figura 3</b>	A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS)	56
<b>Figura 4</b>	As principais portarias vigentes que se referem aos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF)	65
<b>Figura 5</b>	Síntese de atividades do NASF	70
<b>Figura 6</b>	Representação gráfica do Esquema do Cone Invertido - Processo Grupal	101
<b>Quadro 1</b>	Características das equipes de referência e equipes de apoio na RAS	126
<b>Quadro 2</b>	Plano de Ação	150

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Número de Equipes Saúde da Família (ESF) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Eunápolis- Bahia, 2014.	29
<b>Tabela 2</b>	Categoria profissional e a soma das cargas horárias dos integrantes por Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Eunápolis – Bahia, 2014.	29
<b>Tabela 3</b>	Participantes do primeiro encontro da pesquisa: Grupo operativo e práticas de saúde em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Eunápolis-Ba, 2014.	31
<b>Tabelas 4</b>	Integrantes do Nasf que participaram da oficina – Eunápolis, Bahia, 2014.	32
<b>Tabela 5</b>	Modalidades de NASF, nº de equipe AB/SF vinculadas e a somatória de cargas horárias profissionais conforme a Portaria nº 3.124/2012.	66
<b>Tabela 6</b>	Integrantes dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF1), por sexo, idade, naturalidade, Categoria profissional, tempo de experiência no NASF, tipo de contrato de trabalho e tipo de participação no grupo operativo - Eunápolis- Bahia, 2014.	105

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
APA	Associação de Psicanálise da Argentina
BA	Bahia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos do SUS
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DEGES	Departamento da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
EAB	Equipe de Atenção Básica
ECRO	Esquema Conceitual Referencial e Operativo
ECR	Equipe de Consultório de Rua
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
ICC	Índice de Condições de Saúde
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IDSE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IESSM	Índice de estrutura no Sistema de Saúde do Município
IFBA	Instituto Federal da Bahia
MAC	Média e Alta Complexidade
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PENEPS	Política Nacional de Educação Permanente
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Continuação:

SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	17
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	25
1.	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	25
1.2	OBJETO E CONTEXTO DO ESTUDO.....	26
1.3	O MODELO DE INTERVENÇÃO APLICADO NA ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF).....	30
1.4	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	33
1.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	34
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.....</b>	36
2.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	36
2.2	A POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....	39
2.3	A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	45
2.4	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS (PNH).....	48
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB).....</b>	52
3.1	A ATENÇÃO BÁSICA COMO COORDENADORA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	52
3.2	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	57
3.3	OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)....	62
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>O CONCEITO DE GRUPO, A TEORIA E A TÉCNICA DOS GRUPOS OPERATIVOS.....</b>	76
4.1	O DEBATE SOBRE O CONCEITO DE GRUPO.....	76
4.2	CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA PSICOLOGIA SOCIAL E DA TÉCNICA DOS GRUPOS OPERATIVOS DE PICHON-RIVIÈRE.....	81
4.3	BREVE HISTÓRICO SOBRE O AUTOR PICHON-RIVIÈRE E DA SUA OBRA.....	84
4.4	A NOÇÃO DE SUJEITO E O CONCEITO DE GRUPO NA PERSPECTIVA DE PICHON-RIVIÈRE.....	86
4.4.1	<b>O papel do facilitador/coordenador dos grupos operativos.....</b>	91
4.5	PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NOS GRUPOS.....	94
4.6	APRENDIZAGEM, CRISE E MUDANÇA NOS PROCESSOS SOCIAIS E GRUPAIS.....	96
4.7	A AVALIAÇÃO DO PROCESSO GRUPAL.....	100
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	104
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS INTEGRANTES DO NASF 1 DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE EUNÁPOLIS-BAHIA.....	104

## SUMÁRIO

Continuação:

<b>5.2</b>	<b>DESENVOLVIMENTO DA OFICINA EM GRUPO OPERATIVO COM AS EQUIPES DO NASF.....</b>	<b>106</b>
<b>5.2.1</b>	<b>A dimensão de integração interpessoal.....</b>	<b>106</b>
<b>5.2.1.1</b>	<b>Atividade de apresentação inicial.....</b>	<b>107</b>
<b>5.2.1.2</b>	<b>Levantamento das expectativas do grupo em relação à oficina.....</b>	<b>109</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Dimensão diagnóstica da tarefa.....</b>	<b>113</b>
<b>5.2.2.1</b>	<b>Relato de experiências pessoais de atuação em grupo.....</b>	<b>113</b>
<b>5.2.2.2</b>	<b>A construção coletiva da história do NASF de Eunápolis ( para que existimos, para quem existimos e o que nos define).....</b>	<b>120</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Dimensão diagnóstica dos vínculos.....</b>	<b>136</b>
<b>5.2.3.1</b>	<b>Relato da história de vida de cada integrante.....</b>	<b>137</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Dimensão diagnóstica dos papéis grupais.....</b>	<b>143</b>
<b>5.2.4.1</b>	<b>Análise do cotidiano a partir da dramatização dos papéis da ESF e do NASF.....</b>	<b>143</b>
<b>5.2.5</b>	<b>Dimensão estratégias de ação.....</b>	<b>149</b>
<b>5.2.6</b>	<b>Dimensão da avaliação da oficina.....</b>	<b>151</b>
<b>CAPÍTULO VI</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>159</b>
<b>4.1</b>	<b>LIÇÕES APRENDIDAS: O OLHAR DO PESQUISADOR INTEGRANTE.....</b>	<b>165</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>168</b>
<b>APÊNDICE A</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>176</b>
<b>APÊNDICE B</b>	<b>Declaração de Aceite da Organização Campo do Estudo..</b>	<b>178</b>
<b>ANEXO A</b>	<b>Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008.....</b>	<b>180</b>
<b>ANEXO B</b>	<b>Portaria nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012.....</b>	<b>194</b>
<b>ANEXO C</b>	<b>Grupo operativo e práticas de saúde em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Programa da oficina fortalecimento de equipe – Eunápolis –Ba.....</b>	<b>196</b>
<b>ANEXO D</b>	<b>Parecer consubstanciado do CEP número 795.068/2014... Algumas ferramentas/estratégias das quais os</b>	<b>198</b>
<b>ANEXO E</b>	<b>profissionais do NASF podem lançar mão para colocar em prática o apoio matricial.....</b>	<b>202</b>
<b>ANEXO F</b>	<b>O DIÁLOGO.....</b>	<b>209</b>

## INTRODUÇÃO

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tem norteado a mudança progressiva dos serviços possibilitando a entrada de novos cenários, novas linguagens, em especial as interações subjetivas na perspectiva de mudança do modelo assistencial ao incorporar novas maneiras de pensar e agir dos agentes das práticas no âmbito da atenção à saúde.

Segundo Almeida Filho (2013) os conceitos de Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde, demandam modelos de formação profissional com densidade científica, objetividade prática, respeito à subjetividade e responsabilidade social.

Para Kênia Lara Silva, et al (2009) atuar na promoção da saúde configura-se como uma possibilidade de responder a demandas sociais e exige reflexões que perpassam quatro eixos fundamentais: a concepção de saúde, a gestão do processo de trabalho e educação, a formação dos profissionais de saúde, a participação e o controle social. Para a autora a conjugação dos elementos destes eixos deve direcionar as práticas em saúde, imprimindo a lógica de um modelo técnico e assistencial em constante construção e reconstrução. É preciso propiciar um movimento dinâmico e de permanente ressignificação do conhecimento, de aquisição de habilidades e de atitudes na perspectiva da educação crítica e reflexiva.

As políticas de recursos humanos em saúde, para as quais a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representou uma inflexão importante, enfatizam cada vez mais a equipe de saúde como unidade produtiva do cuidado de saúde em substituição ao trabalho independente e isolado de cada profissional. (PEDUZZI, 2008).

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que deve ser desenvolvido por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe. E está

entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que é eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa priorização se traduz na elaboração de uma política que enfrente os principais nós críticos da expansão e do desenvolvimento da Atenção Básica no País. Destaca-se que entre os principais desafios se encontram a ampliação do acesso, a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações. (BRASIL, 2014).

A introdução da Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994, foi considerada pelo Ministério da Saúde, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica. O modelo destaca o trabalho em equipe como um elemento chave para a busca permanente de comunicação, troca de experiências, conhecimentos, construção de interação e vínculos entre os integrantes da ESF e destes com a comunidade.

A expansão da Estratégia Saúde da Família trouxe consigo inúmeros desafios, destacando-se entre eles, o processo de redefinição e qualificação da Atenção Básica (AB) na ordenação das Redes de Atenção a Saúde (RAS) e na sua capacidade efetiva de gestão do cuidado, por meio do aumento do escopo das ações, da ampliação dos formatos das equipes e de ações que auxiliem na expansão da resolutividade.

Na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na Atenção Básica, em 2008, por meio da Portaria nº 154 de 2008 (ANEXO A), o Ministério da Saúde, a partir de experiências municipais e de debates nacionais, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que ofertam apoio na Atenção Básica.

Em 21 de outubro de 2011, foi publicada a Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde com a instituição de nova edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual se insere oficialmente os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto a

Atenção Primária à Saúde (APS), com fundamental papel frente às redes de atenção e os níveis progressivos de complexidade. (ANDRADE et al, 2012).

A equipe do NASF foi pensada para atuar orientada pelo referencial teórico e metodológico do apoio matricial aplicado às equipes de Saúde da Família (ESF) e/ou da Atenção Básica (AB), traduzindo-se numa estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes da Saúde da Família/Atenção Básica envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de um dado território com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimentos diferentes dos profissionais das equipes de SF/AB, constituindo-se, assim, em retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no lócus da própria AB. (BRASIL, 2014).

O NASF ao integrar a Atenção Básica, é norteado por seus princípios e diretrizes e intervindo nas dimensões clínico/assistencial e técnico/pedagógica em dois “públicos-alvo” diretos: as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e os usuários em seu contexto de vida. Nessa relação, é fundamental que o NASF crie mecanismos de identificação e escuta das demandas das equipes e de diálogo sobre sua prática a partir da atenção direta aos usuários. (BRASIL, 2014).

Dessa forma, o processo de trabalho dos NASFs deve ser estruturado priorizando o atendimento compartilhado<sup>1</sup> e interdisciplinar<sup>2</sup>, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como: discussão e orientação de casos; atendimento individual compartilhado e específico; construção conjunta de projetos terapêuticos; intervenções na saúde de grupos populacionais; ações intersetoriais e reunião de matriciamento<sup>3</sup> para discussão e planejamento do

---

<sup>1</sup> Atendimento individual compartilhado: realizado conjuntamente entre o profissional NASF e, no mínimo, um membro da equipe vinculada (BRASIL, 2014).

<sup>2</sup> A interdisciplinaridade é considerada uma interrelação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum. Na área da Saúde Coletiva, trata-se de nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, orientada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde e que deve atuar sobre os nós críticos dos problemas, baseado em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial. (VILELA & MENDES, 2003).

<sup>3</sup> Pauta-se em uma relação dialógica e horizontal entre os profissionais que compõem tais equipes e está baseada em uma abordagem centrada na pessoa e com enfoque intersubjetivo e interdisciplinar. Engloba discussões de casos e temas (fortemente relacionados à educação permanente), pactuações entre o NASF e as

processo de trabalho das equipes. Há o entendimento de que o trabalho em equipe constitui a base dessa proposta de mudança e deve conduzir a um processo de construção de novas práticas no âmbito da ESF/NASF. Considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessas estratégias, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe, incorporando não apenas os novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso de coparticipação na gestão da assistência, que garantam uma prática pautada na promoção da saúde. (ARAÚJO, 2007 apud ANDRADE et al, 2012).

O trabalho em equipe requer uma compreensão do conceito de grupo. Pichon-Rivière é o criador do conceito de grupo operativo que se tornou uma técnica de intervenção de referência em toda a América Latina em função dos resultados auferidos em intervenções sociais e é a referência teórica e metodológica utilizada no presente estudo.

A concepção de grupo operativo introduzida por Enrique Pichon-Rivière (1907-1970), um dos pioneiros da psicanálise na Argentina, baseia-se em uma epistemologia sócio-histórica, a partir de uma releitura psicossocial de Freud. O autor rompeu com o pensamento psicanalítico clássico quando se recusou a aceitar a teoria dos instintos, por reconhecer o papel das necessidades humanas socialmente referenciadas.

Nessa concepção, o grupo é formado por diferentes pessoas que passam por diferentes processos de aprendizagem, com origem em diferentes contextos históricos, políticos, sociais e familiares em um processo dialético constante. Segundo Lemos (2013),

“[...] entre o indivíduo, sua subjetividade e a realidade externa do contexto grupal, na análise da tarefa institucional a partir das necessidades dos integrantes, clareando a comunicação, enfrentando as contradições, explicitando as fantasias, de tal forma liberar a criatividade do processo de construção coletiva.” (LEMOS, 2013).

A partir da década de 70, os grupos operativos ganharam a atenção dos profissionais de saúde pelo seu grande potencial de aplicabilidade tornando-se uma

prática cada vez mais frequente no campo da saúde coletiva, por profissionais de diferentes especialidades. Esses grupos costumam ser orientados pelas ações programáticas do MS<sup>4</sup>, centrado nos grupos prioritários de doenças/agravos: grupo para pessoas com diabetes, hipertensão arterial; atividade física; planejamento familiar; grupos de adesão medicamentosa, entre outros. (BRASIL, 2013).

A saúde tem se direcionado para efetivação da estratégia grupal em suas diversas áreas de atuação. Essa constatação pode ser validada por algumas iniciativas tomadas, nesse sentido, pelo Ministério da Saúde, que em novembro de 2000 instituiu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com a finalidade de capacitar os profissionais de saúde que atuam na área da Atenção Básica, destacando-se nessa proposta a especificidade do trabalho com grupos operativos e a sua importância no acompanhamento e no controle do usuário dessa ação programática. (BRASIL, 2002).

Em 2013, em resposta as demandas recorrentes dos profissionais que desejavam incorporar novas ferramentas de trabalho, perguntando-se “como faço grupo?”, “como saio do meu espaço clínico individual?”, entendendo este espaço como produtor de saúde e possuidor de impacto nos determinantes e condicionantes de saúde dos sujeitos e coletividades, o Ministério da Saúde, incluiu na Atenção Básica, a técnica de Grupo Operativo entre os Instrumentos de Intervenção Psicossocial como um importante dispositivo das estratégias de formação teórica e prática para a produção do cuidado em saúde coletiva. (BRASIL, 2013).

Os Grupos Operativos oferecem um amplo arcabouço teórico e prático com o qual é possível refletir e pautar trabalhos em todas as áreas do sistema de saúde, na diversidade de trocas de conhecimentos e nas possíveis modificações de seus integrantes, no pensar, sentir e agir em suas práticas de saúde.

---

<sup>4</sup> O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) integra a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Entre as competências da SAS está a promoção do desenvolvimento de ações estratégicas do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de atenção básica em saúde de modo a garantir a atenção integral às populações estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas ações são transversais à atenção básica, e à média e alta complexidade. O DAPES possui oito áreas técnicas: saúde da criança e do aleitamento materno; saúde do adolescente e do jovem; saúde da mulher; saúde mental, álcool e outras drogas; saúde do idoso; saúde da pessoa com deficiência; saúde no sistema penitenciário e saúde do homem. (BRASIL, 2015).

A escolha desse modelo como objeto de pesquisa deve-se a sua adequação à compreensão dos obstáculos institucionais em termos da gestão e da dinâmica grupal do trabalho em equipe. Nesse sentido é que o presente estudo reconhecendo a necessidade de analisar a atuação em grupo do recém-criado NASF e sua prática de assessoramento às ESF considerou os grupos operativos como uma metodologia de intervenção social adequada à análise do processo de trabalho em equipe.

No decorrer do curso “Gestão com pessoas, processos grupais e relações interpessoais”, primeiro módulo do mestrado profissionalizante em saúde coletiva com área de concentração em gestão de sistemas de saúde com ênfase em hemoterapia, foi identificada a possibilidade de aplicação dos conceitos apresentados na disciplina às necessidades de desenvolvimento da gestão das práticas de saúde da Secretaria de Saúde de Eunápolis-Bahia.

A partir daí, foram desenvolvidos alguns encontros de equipes de trabalho com o objetivo de analisar as práticas internas com base nos conceitos da Teoria dos Grupos operativos desenvolvidos na disciplina do mestrado. Os resultados apontaram para uma aprovação da experiência pelos participantes, sendo que algumas mudanças foram operadas no ambiente de trabalho, a partir das reflexões em grupo. No nível central do Departamento da Atenção Básica houve a adequação de um ambiente de trabalho para a realização da escuta qualificada aos profissionais e usuários do SUS. Os integrantes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família retomaram as reuniões mensais entre as equipes destinadas às trocas de experiências e planejamento de ações conjuntas.

Essas experiências preliminares motivaram a realização dessa pesquisa tendo como pergunta central de investigação: *Quais os efeitos da aplicação da metodologia dos grupos operativos na análise das práticas de saúde das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, da Secretaria de saúde do Município de Eunápolis-Ba?* O objetivo geral do estudo foi analisar o processo grupal de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no que diz respeito a sua tarefa institucional de apoio às Equipes de Saúde da Família (ESF) nas dimensões clínica, pedagógica e gerencial. Foram delineados os seguintes objetivos específicos: 1) identificar as principais dimensões facilitadoras e dificultadoras na dinâmica de funcionamento

interno do grupo e na sua relação de trabalho com as equipes do ESF; 2) analisar o padrão de comunicação identificando os tipos de vínculos existentes e os obstáculos ao desenvolvimento da cooperação; 3) analisar a atuação dos integrantes no exercício dos papéis que emergem no grupo, identificando os processos de complementaridade e complementaridade<sup>5</sup> e 4) possibilitar a elaboração conjunta de estratégias de enfrentamento das dificuldades identificadas relacionadas ao trabalho em si e ao processo grupal.

Trata-se de uma pesquisa-ação onde uma intervenção teve duração de 20 horas, foi realizada baseada na aplicação da abordagem teórica e metodológica dos grupos operativos e coordenada por um profissional psicóloga do Núcleo de Psicologia Social da Bahia, experiente em formação e coordenação de grupos operativos. A experiência foi gravada em vídeo e transcrita para análise posterior das falas dos integrantes. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa onde foram analisados os sentidos do discurso nos depoimentos dos participantes, através do mapeamento dos significantes que emergem utilizando-se a técnica de análise de discurso e os recursos metodológicos da técnica grupal construída por Pichon-Rivière.

A relevância desta pesquisa está relacionada à possibilidade de contribuir na construção de um novo conhecimento dos profissionais de saúde para a reflexão sobre as próprias práticas, a partir de seus valores, de sua história de vida, de suas representações, de seus saberes, de seus anseios e angústias, e de tal forma, possibilitar novas maneiras de pensar e de agir no desenvolvimento do trabalho em equipe na saúde. É importante, também, para a instituição de espaços alternativos de trocas de experiências, de enfrentamento das contradições e dos conflitos cotidianos, comprometidos com a maior efetividade de sua práxis em saúde coletiva, em um processo de produção do cuidado que é eminentemente interativo.

---

<sup>5</sup> O princípio da complementaridade está intimamente relacionado com o vetor cooperação, refere-se ao fato de os vários papéis devem ser complementares entre si, para que os membros possam cooperar na realização da mesma tarefa. O princípio da complementaridade está relacionado com a concorrência “uma situação competitiva que esteriliza a tarefa.” Pichon-Rivière (1991), refere que o grupo atribui a cada um de seus membros um papel, que pode ou não ser assumido. Quando é aceito ocorre a complementaridade na rede vincular. Quando algum integrante não aceita o papel que lhe é conferido assume outro papel que faz parte de uma série diferente daquela que está sendo utilizado pelo grupo naquele momento, o espaço do grupo fica preenchido por uma ambiguidade e ocorre a complementaridade de papéis, ou seja, duas séries de papéis, que são incompatíveis entre si, que disputam a preferência dos membros do grupo. (VELOSO & MEIRELES, 2007).

É um trabalho original na medida em que aplica o modelo teórico e metodológico de mudança baseado no desenvolvimento dos processos grupais de Pichon-Rivière (1991), na sua íntegra, aplicado a uma realidade concreta do âmbito da atenção à saúde, dentro do enquadre da pesquisa-ação.

A dissertação está estruturada da seguinte maneira: O Capítulo I (Metodologia) descreve o delineamento metodológico do estudo, caracterizando a pesquisa-ação, o objeto da pesquisa, o contexto do estudo, o desenho da oficina realizada e a técnica dos grupos operativos de Pichon-Rivière. O Capítulo 2 aborda o Sistema Único de Saúde e a Política de Recursos Humanos com foco nas políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde e nos princípios norteadores da política nacional de educação permanente e de humanização no SUS. No Capítulo III a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB é apresentada com ênfase na descrição do modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e suas estratégias de expansão e qualificação da atenção básica: a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O Capítulo IV (O conceito de grupo, a teoria e a técnica dos grupos operativos) faz um mapeamento das principais linhas teóricas e metodológicas existentes sobre o campo grupal e apresenta os conceitos fundamentais da psicologia social e da técnica dos grupos operativos de Pichon-Rivière.

O Capítulo V (Resultados e discussão) apresenta a discussão dos resultados obtidos com a intervenção utilizando-se a técnica dos grupos operativos de acordo com as quatro dimensões definidas: De integração interpessoal; de diagnóstico da tarefa institucional do NASF, dos vínculos entre os integrantes e da rede de papéis profissionais exercidos; de delineamento de um plano de ação e a dimensão de avaliação da experiência vivida pelos integrantes do NASF. O Capítulo VI (Considerações finais) faz uma análise retrospectiva do estudo associando os resultados mais significativos da oficina de intervenção à pergunta central de investigação e aos objetivos da pesquisa. Faz proposições de ações para manutenção da motivação do grupo e recomenda a realização de novas pesquisas para maior aprofundamento do conhecimento sobre os efeitos da aplicação do referencial teórico metodológico dos grupos operativos de Pichon-Rivière na análise do processo de trabalho na saúde

## 2. CAPÍTULO I – METODOLOGIA

### 2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa na modalidade de pesquisa-ação, cujo objeto de investigação é uma intervenção institucional com base no referencial teórico e metodológico dos grupos operativos de Pichon-Rivière, desenvolvida na Secretaria de Saúde do município de Eunápolis-Ba, com os profissionais de saúde, integrantes de dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Segundo Turato (2005), no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. A expressão dos significados dos comportamentos observados revela-se como características da pesquisa qualitativa.

Nos estudos organizacionais, a abordagem qualitativa começa a delinear-se a partir dos anos 70 pela à natureza do fenômeno estudado – as organizações - compostas por pessoas que agem de acordo com seus valores, sentimentos e experiências, que estabelecem relações internas próprias, estão inseridas em um ambiente mutável, onde os aspectos culturais, econômicos, sociais e históricos não são passíveis de controle e sim de difícil interpretação, generalização e reprodução. (CHIZZOTTI, 1995; GAY; DIEHL, 1992; GOLDENBERG, 1999; GUTIERREZ, 1986) Apud (TERENCE & FILHO, 2006).

Com relação à modalidade de pesquisa utilizada no estudo - a pesquisa-ação - René Barbier (1977), ao formular alguns princípios da pesquisa ação institucional, refere que: a) - a pesquisa-ação institucional tem por objeto o conhecimento preciso e esclarecido da práxis institucional do grupo e pelo grupo a fim de dar-lhe a possibilidade de saber mais e de poder agir melhor sobre a realidade; b) - na pesquisa-ação institucional o objeto do conhecimento é construído, e conquistado, e constatado na práxis institucional e em função dela; c) - a análise é diacrônica e dialética, ou seja, supõe uma epistemologia clínica da temporalidade para apreender a tendência geral da evolução ou tendência da práxis. (RENÉ BARBIER, 1977).

Segundo Terence e Filho (2006), a pesquisa-ação possui dimensões participativas, críticas e emancipatórias. Tem sido utilizada no desenvolvimento de pesquisas em diversas áreas como na educação, política, agronomia, publicidade e propaganda, assim como na área organizacional, bancária e de saúde (em especial na área de saúde coletiva). O seu objetivo é simultaneamente, intervenção, elaboração e desenvolvimento do conhecimento, que é um processo cíclico contínuo, baseado na ação e na reflexão sobre a ação resultando no desenvolvimento teórico. Engel (2000, p. 24) argumenta:

Por ser um instrumento ideal para uma pesquisa relacionada à prática esse tipo de pesquisa pode também ser aplicada em qualquer ambiente de interação social que se caracterize por preocupações e interesses das pessoas envolvidas na prática de tarefas e procedimentos.

Koerich et al, (2009), referem que a pesquisa-ação enquanto ferramenta metodológico e gerencial capaz de aliar teoria e prática realizada por meio do agir comunicativo e participativo, favorece o compartilhamento de saberes, além de tecer uma estrutura relacional de confiança e comprometimento com os sujeitos que integram a realidade a ser transformada. Agrega discussões e explicações e possibilita gerar um conhecimento descritivo e mais crítico acerca das situações vivenciadas nos espaços organizacionais e sociais.

A pesquisa-ação possibilita, de outro modo, expressão e reflexão a respeito dos significados e sentimentos dos participantes atribuídos ao processo de avaliação de desempenho. Segundo Rolim et al (2004), a pesquisa-ação permite associar ao processo de investigação a possibilidade de aprendizagem, pelo envolvimento criativo e consciente tanto do pesquisador como dos demais integrantes.

## 1.2 OBJETO E CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na Secretaria de Saúde do Município de Eunápolis-Ba, com nove profissionais de saúde, integrantes de dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família na modalidade NASF 1<sup>6</sup>, implantados em novembro de 2009.

---

<sup>6</sup> Art. 3º da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (ANEXO B), define que os Nasf podem ser organizados, com financiamento federal, nas modalidades Nasf 1, Nasf 2 e Nasf 3, seguindo os

Eunápolis é um município do Estado da Bahia às margens da BR-101, com área de 1.196,695 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 83,77 hab/km<sup>2</sup>, 189 m de altitude e clima tropical. Com distância de 671 quilômetros da Capital, sua população conta com 102.628 habitantes se tornando a 16<sup>a</sup> cidade mais populosa do estado (IBGE/2012).

De acordo com os dados da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2011, para avaliação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS, quanto ao acesso e à efetividade da Atenção Básica, Ambulatorial, Hospitalar e das Urgências e Emergências, o município de Eunápolis ficou entre os 632 municípios brasileiros, classificados como detentores de Médio Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE) e de Condições de Saúde (ICS) além de possuir pouca estrutura de Média e Alta Complexidade (MAC) no Sistema de Saúde do Município (IESSM). O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um indicador síntese que se coloca como uma importante ferramenta para a formulação de políticas públicas de saúde, planejamento e execução de estratégias de ações que possibilitem o fortalecimento e operacionalização do SUS, como política pública, tanto nos âmbitos municipais e estaduais como no âmbito federal.

A organização estrutural da Secretaria Municipal de Saúde de Eunápolis além do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho gestor, dos setores jurídicos, de administração financeira, de compras, da assessoria de planejamento e dos serviços municipais de Auditoria e Ouvidoria, inclui a Atenção Básica que é composta pelas Equipes de Atenção Básica entre elas as Equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Existem, ainda, os departamentos de Vigilância em Saúde, Saúde Mental, Saúde Bucal, Regulação Controle e Avaliação, Recursos Humanos, Assistência Farmacêutica, Assistência Especializada, Urgência e Emergência e de Sistemas de Informação em Saúde (**Figura 1**).

---

parâmetros e critérios abaixo estabelecidos: I - O NASF 1 deverá ter uma equipe formada por 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; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e c) cada ocupação, considerada isoladamente por categoria profissional, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal. II - Cada NASF 1 deverá

**Figura 1.** Estrutura funcional da Secretaria Municipal de Saúde de Eunápolis-Ba, (2014).



Fonte: SMS Eunápolis-Bahia, 2014.

A Atenção Básica, no município, contempla 26 (vinte) Equipes de Saúde da Família e 02 (dois) Centros de Saúde com seis equipes de Agentes Comunitários de Saúde, conferindo cobertura populacional de 70,15%. Esse indicador encontra-se contemplado no Sispacto 2013, que de acordo com os dados da população do município cadastrada no Sistema Nacional de Informação da Atenção Básica - SIAB foi classificado como nível intermediário de desempenho. Possui 18 (dezoito) Equipes de Saúde Bucal que cobre 53,20% da população das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família. Conta, ainda, com uma Equipe do Serviço de Atenção Domiciliar e com os dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família na modalidade 1 (NASF Juca Rosa e NASF Pequi) que cobrem 17 (dezesete) Equipes de Saúde da Família da zona urbana.

De acordo com os parâmetros de vinculação das modalidades de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às Equipes Saúde da Família (ESF) e/ou Equipes de Atenção Básica (EAB), descritos na portaria do Ministério da Saúde nº 3.124 de 2012, cada modalidade de equipe NASF1 deve possuir de cinco a nove ESF ou EAB

---

está vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) ESF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas - consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais. (BRASIL, 2012).

vinculadas (BRASIL, 2014). O NASF Juca Rosa é vinculado a nove ESF sendo que o NASF Pequi encontra-se vinculado a oito ESF (**Tabela 1**).

**Tabela 1** - Número de Equipes Saúde da Família (ESF) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Eunápolis- Bahia, 2014.

NASF1 –Juca Rosa – 09 ESF	NASF1 - Pequi – 08 ESF
Wanderley Nascimento - ESF I	Dinah Borges - ESF I
Wanderley Nascimento - ESF II	Dinah Borges - ESF II
Moisés Reis – ESF I	Isabel Araújo
Moisés Reis – ESF II	Josélia Borges
Valdenor Cordeiro- ESF I	Pequi – ESF I
Valdenor Cordeiro - ESF II	Pequi – ESF II
Sapucaieira	Santa Lúcia
Rosa Neto	São João Batista
Oswaldo de Mello Filho	-----

Fonte: CNES/ MS / SMS –Eunápolis – Ba,(2014).

O NASF Juca Rosa é composto por seis integrantes, sendo um Psicólogo (40h), um Assistente Social (30h), um Nutricionista (40h), dois Fisioterapeutas (20h cada), e um Educador Físico (40h). O NASF Pequi é composto por sete integrantes, sendo um Psicólogo (40h), um Assistente Social (30h), um Nutricionista (40h), dois Fisioterapeutas (20h cada), um Farmacêutico (40h) e um Educador Físico (40h), conforme especificado na **tabela 2**.

**Tabela 2.** Categoria profissional e a soma das cargas horárias dos integrantes por Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Eunápolis – Bahia, 2014.

NASF 1 –Juca Rosa	Carga Horária	NASF 1 -Pequi	Carga Horária
01 Psicólogo	40 h	01 Psicólogo	40 h
01 Nutricionista	40 h	01 Nutricionista	40 h
01 Fisioterapeuta	20 h	01 Fisioterapeuta	20 h
01 Fisioterapeuta	20 h	01 Fisioterapeuta	20 h
01 Educador Físico	40 h	01 Educador Físico	40 h
01 Assistente Social	30 h	01 Assistente Social	30 h
		01 Farmacêutico	40 h
Soma das cargas horárias	190 h	Soma das cargas horárias	230 h

Fonte: CNES/ MS / SMS –Eunápolis -Ba, (2014).

De acordo com as informações sobre os integrantes de cada NASF/Eunápolis, no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, em dezembro de 2014, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe do NASF Juca Rosa acumula 190 horas semanais (**Tabela 2**), não cumprindo os parâmetros e critérios especificados no Art. 3º da Portaria MS/GM nº 3.124/2012, que estabelece que a modalidade NASF 1, deve ter uma equipe formada por profissionais de nível superior que atendam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no

mínimo 200 (duzentas) horas; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e c) cada ocupação, considerada isoladamente por categoria específica, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal. Nesse sentido o NASF 1 – Pequi está condizente com a legislação em questão, uma vez que juntos, os membros desse núcleo acumulam 230 horas (**Tabela 2**).

### 1.3 O MODELO DE INTERVENÇÃO APLICADO NA ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASFs) NA SECRETARIA DE SAÚDE DE EUNÁPOLIS – BAHIA

Com base no modelo dos grupos operativos de abordagem de equipes de trabalho e a partir dos dados preliminares obtidos no pré - projeto implementado na Secretaria de Saúde de Eunápolis com as equipes do Nível Central (coordenadora geral da Atenção Básica, coordenadores das ações programáticas estratégias e apoiadores das unidades básicas de saúde), Equipe do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Equipes dos NASFs), é que foi concebida a proposta de um projeto de pesquisa - ação tendo como objeto as duas equipes do NASF.

A metodologia utilizada na intervenção foi à técnica dos grupos operativos de Pichon-Rivière, configurada em três articuladores centrais que operam no processo de desenvolvimento grupal: a tarefa a realizar; os vínculos interpessoais a constituir e os papéis a exercer; que se constituíram como eixos de análise da produção grupal. A técnica foi conduzida por um profissional com apropriação teórica e metodológica significativa no papel de facilitador do processo grupal.

Para Pichon-Rivière (1991 apud MACHADO, 2012), o facilitador ou coordenador cumpre, no grupo, um papel prescrito: o de ajudar os membros a pensar, abordando os obstáculos epistemológicos e epistemofílicos (ligados aos afetos, configurado pelos medos e ansiedades básicas). Ele opera no campo das dificuldades da tarefa e da rede de comunicações. Inclui também o papel do observador que atua em conexão com o coordenador/facilitador, sua função consiste em registrar o acontecer grupal, ou seja, o que é expresso de forma verbal e não verbal, com o objetivo de análise e interpretação, assim como para realimentar o coordenador/facilitador no

ajuste das técnicas de intervenção. No caso do presente estudo por se tratar de uma pesquisa, a escolha metodológica foi a de filmar todo o desenvolvimento da oficina com o objetivo de aumentar a fidedignidade dos dados.

A pesquisa foi realizada em três encontros conduzidos pelo facilitador de processo grupal externo à Secretaria Municipal de Saúde de Eunápolis-Bahia, papel ocupado por uma psicóloga social, especialista na técnica de Coordenação de Grupos Operativos do Núcleo de Psicologia Social da Bahia. A pesquisadora participou da oficina no papel de observadora silente. Todos os encontros foram gravados em vídeo para posterior análise das falas.

O primeiro encontro da pesquisa foi desenvolvido em quatro horas, sendo realizado no auditório da 8ª Diretoria Regional de Saúde – 8ª DIRES/SESAB/Bahia, com a finalidade de familiarizar as equipes do NASF com o projeto da pesquisa e com o desenho da oficina. Participaram desse encontro 21 profissionais de saúde representando as seguintes Instituições: Universidade Federal da Bahia (UFBA), Núcleo de Psicologia Social da Bahia, 8ª Diretoria Regional de Saúde, Instituto Federal da Bahia (IFBA) - Campus Eunápolis-Ba, Secretaria Municipal de Saúde de Eunápolis-Ba e Hemocentro do Extremo Sul da Bahia (**Tabela 3**).

**Tabela 3** - Participantes do primeiro encontro da pesquisa: Grupo operativo e práticas de saúde em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Eunápolis-Ba, 2014.

Representação	Formação profissional/Função	Número
Universidade Federal da Bahia	Psicóloga/ Orientadora da Pesquisa	01
Núcleo de Psicologia Social da Bahia	Psicóloga/Facilitadora da Oficina e do Grupo Operativo	01
8ª Diretoria Regional de Saúde	Odontóloga/Diretora da 8ª DIRES	01
8ª Diretoria Regional de Saúde	Assistente Social	01
8ª Diretoria Regional de Saúde	Enfermeiras	03
8ª Diretoria Regional de Saúde	Farmacêutica	01
Instituto Federal da Bahia	Enfermeiro/Professor	01
Secretaria Municipal de Saúde	Nutricionista/Coordenadora do NASF	01
Secretaria Municipal de Saúde	Nutricionista/Integrante do NASF	01
Secretaria Municipal de Saúde	Fisioterapeuta/ NASF	04
Secretaria Municipal de Saúde	Farmacêutica/ NASF	01
Secretaria Municipal de Saúde	Psicóloga/ NASF	02
Secretaria Municipal de Saúde	Educadora Física/ NASF	02
Hemocentro Extremo Sul da Bahia	Farmacêutica	01
<b>Total</b>		<b>21</b>

Fonte: Elaboração da autora da pesquisa.

A oficina<sup>7</sup> de intervenção ocorreu em dois dias consecutivos com a duração de oito horas cada, uma semana após o primeiro encontro. Participaram do grupo operativo, a coordenadora municipal do NASF, nove integrantes das duas equipes do NASF, sendo que sete integrantes tiveram participação integral, três participaram de forma parcial e quatro membros não participaram (**Tabela 4**).

**Tabelas 4 –** Integrantes do NASF que participaram da oficina– Eunápolis, Bahia, 2014.

NASF 1 - Juca Rosa	Participação	NASF 1 -Pequi	Participação
01 Psicólogo	Integral	01 Psicólogo	Integral
01 Nutricionista	Integral	01 Nutricionista	- - -
01 Fisioterapeuta	Integral	01 Fisioterapeuta	Parcial
01 Fisioterapeuta	Parcial	01 Fisioterapeuta	Parcial
01 Educador Físico	Integral	01 Educador Físico	- - -
01 Assistente Social	- - -	01 Assistente Social	- - -
		01 Farmacêutico	Integral
<b>Total</b>	<b>05</b>	<b>Total</b>	<b>04</b>

Fonte: Elaboração da autora da pesquisa.

A oficina foi delineada a partir do objetivo da pesquisa de analisar o processo de trabalho do NASF utilizando os princípios básicos da técnica dos grupos operativos. Nesse sentido a oficina previu as seguintes etapas: a) Integração interpessoal, que compreendeu a apresentação dos participantes, o levantamento de expectativas em relação à oficina e a história de participação em grupos de trabalho, de tal forma a aprofundar o conhecimento do outro, com o intuito de estreitar os vínculos e criar uma condição favorável ao desenvolvimento do pensamento crítico e criativo. A técnica dos grupos operativos trabalha com a hipótese de que ao fortalecer os vínculos entre os integrantes é possível favorecer a confiança mútua, tele<sup>8</sup>base fundamental no desenvolvimento da tarefa; b) Diagnóstico em relação à tarefa da equipe do NASF, dos vínculos, do processo de comunicação e exercício dos papéis; c) Planejamento, e delineamento de ações para enfrentamento dos problemas identificados no diagnóstico realizado e levando em consideração o papel instituído do NASF.

<sup>7</sup> Um delineamento mais detalhado do roteiro de atividades da oficina encontra-se no Anexo C - Programa da oficina - grupo operativo e práticas de saúde em um Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF) - Fortalecimento da equipe de Eunápolis - Bahia, 2014.

<sup>8</sup> **Tele** – diz respeito à empatia entre os participantes do grupo, que pode ser positiva ou negativa. É o clima que se desenvolve no grupo causando sentimento de atração ou rejeição quanto às tarefas. (ZIMERMAN, DAVID e OSÓRIO, L.C, 1997).

## 1.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O registro das falas gravadas em vídeos durante o desenvolvimento da oficina em grupo operativo foi transcrito na íntegra, decodificado de acordo com os objetivos específicos estabelecidos para cada dimensão e, em conformidade com objetivos da pesquisa. Para isso foi utilizada a técnica de análise de discurso para a interpretação dos resultados.

Barbier (1977) referiu que o conhecimento da tendência da práxis impõe o reconhecimento de “momentos” significativos, totalidades parciais dialéticas susceptíveis de serem analisadas sincronicamente (decodificação) e que esses “momentos” analisados em sua complexidade horizontal não são o ponto essencial da pesquisa-ação, mas constituem “marcos” indispensável à compreensão da dialética evolutiva da práxis. Analogicamente, os “momentos” significativos de Barbier se aproximam dos “emergentes” de Pichon-Rivière (1991) e também do conceito utilizado por Carlos Matus dos “momentos”<sup>9</sup> do Planejamento Estratégico Situacional como formulação dialética de análise da realidade, que segundo Carlos Matus (1982, apud Azevedo 1992) é uma situação complexa, construída e produzida de acordo com a singularidade da explicação e interpretações de cada ator social.

O discurso é um complexo processo de constituição de sujeitos e produção de sentidos, ambos afetados pela história, e não meramente transmissão de informação. É no discurso que se pode apreender a relação entre linguagem e ideologia, tendo a noção de sujeito como mediadora: não há discurso sem sujeito nem sujeito sem ideologia. O efeito ideológico elementar é o que institui o sujeito. A Análise de discurso tem seu ponto de apoio na reflexão que produz sobre o sujeito e

---

<sup>9</sup> A noção de momentos, ao mesmo tempo em que respeita a experiência acumulada em cada instituição, permite a elaboração de um pensamento “comum” ao dar visibilidade, ou melhor, trazer ao plano da consciência dos sujeitos envolvidos o conhecimento acerca da especificidade de cada momento, apontando o caminho para uma forma de pensar o planejamento muito mais adequado com a indeterminação e incerteza que marcam o contexto econômico, social e político contemporâneo. A noção de “momento” se articula dinamicamente com a proposta de organização do plano como uma estrutura “modular”, que permite a definição de objetivos e o desenvolvimento de atividades e tarefas que podem estar situadas em tempos distintos do processo de intervenção sobre os problemas. Ou seja, permite que se incluam propostas voltadas para o aperfeiçoamento do conhecimento disponível, ou para o aperfeiçoamento das normas técnicas e administrativas que regulam as ações a serem realizadas, ou para a operacionalização de ações propriamente ditas, sem “engessar” o processo em etapas rígidas sem seguirem uma lógica sequencial rígida, o que possibilita uma articulação das experiências acumuladas nas distintas práticas institucionais dos vários “setores” (PAIM & TEIXEIRA, 2000).

o sentido — um relativamente ao outro — já que considera que, ao significar, o sujeito se significa. (ORLANDI, 1994).

Na análise do discurso o pesquisador preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta, fazendo uma leitura da posição discursiva do mesmo, legitimada socialmente pelo contexto histórico social e ideológico, produzindo sentidos. Na saúde, os discursos dos sujeitos projetam sua visão da sociedade e da natureza, da historicidade das relações, da forma de organização da sociedade, das condições de produção e reprodução social. (MINAYO, 2004).

Salvi & Soares (2009) referem que a técnica de análise de discurso tem por princípios elementos da Linguística, da Psicanálise e das Ciências Sociais, tendo um enfoque nos discursos produzidos. Segundo Caregnato e Mutti (2006), a análise de discurso trabalha com o conteúdo, ou seja, com a materialidade linguística através das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para sua interpretação.

No intuito de obter essa compreensão dos significados do processo discursivo do grupo e avaliar os resultados em termos dos efeitos produzidos pela técnica dos grupos operativos na análise das práticas de saúde do NASF foi utilizado o dispositivo denominado “protocolo de síntese” proposto por Pichon-Rivière. Esse dispositivo incluiu os seguintes eixos de análise: o levantamento dos emergentes<sup>10</sup>; principais contradições do grupo; principais obstáculos a operatividade grupal; vetores de avaliação (comunicação, aprendizagem, cooperação, afiliação/ pertença, pertinência e tele) os quais estão descritos, adiante, no capítulo IV.

## 1.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia, que o analisou, na sessão do dia 2 de julho de 2014 e o aprovou conforme parecer consubstanciado do CEP número 795.068/2014. Data da Relatoria: 08/07/2014 (ANEXO D). Dessa forma, a pesquisa

---

<sup>10</sup>Significantes do processo grupal, que segundo Pichon surgem da interpretação do sujeito da realidade existente e são explicitados.

foi desenvolvida em consonância aos princípios da Resolução Nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos com a finalidade de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Houve aceitação do projeto da pesquisa pelos participantes, uma vez que o responsável pela instituição e os integrantes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) assinaram o termo de aceite e o termo de consentimento livre e esclarecido que contemplaram em linguagem clara e acessível os objetivos e a metodologia, possibilitando a participação de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida, sendo assegurada a confidencialidade das informações e sigilo nominal (Apêndices A e B).

## **CAPÍTULO II - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS**

### **2.10 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um recurso para a vida cotidiana condicionada pelas condições sociais e pessoais, sendo a promoção de saúde o processo pelo qual as pessoas são habilitadas a melhorar a sua saúde e aumentar o controle sobre ela. De acordo com Sanchez e Ciconelli (2012), o conceito de promoção de saúde, nesse caso, extrapola o acesso físico ao sistema de saúde e engloba outros aspectos, como o conhecimento do indivíduo sobre suas próprias necessidades e aspirações.

Paim (1993) refere que o movimento da Reforma Sanitária, a partir dos anos 80, vem desencadeando diversas reformas no país tanto no âmbito das políticas de saúde quanto na micropolítica de reforma do Estado. Dessa forma, “a Reforma Sanitária não se reduz na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sua concepção e formulação, também, transcende às políticas estatais”. Trata-se de um projeto de reforma social de caráter geral, tendo como horizonte a mudança no modo de vida. Está centrada nos seguintes aspectos: a) - democratização da saúde, a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes, reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e participação social na política e na gestão; b) - democratização do Estado. (PAIM, 2008 apud PAIM, 2012 p 19).

O SUS representa uma dimensão setorial e institucional da proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), formulada pelo movimento social desde a década de 1970, vinculado às ideias de democratização da saúde, direitos humanos e cidadania, cujo corpo doutrinário foi sistematizado e consagrado durante a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986, sendo que parte daquela proposta foi incorporada à Constituição Federal da República em 1988 e regulamentada pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. (PAIM, 1988 apud PAIM, 2003).

A Constituição Federativa do Brasil promulgada em 1988 inclui a saúde no capítulo da Seguridade Social e institui o Sistema Único de Saúde (SUS), avançando na concretização da democracia, da justiça e na garantia dos direitos sociais e define a saúde, no seu Artigo 196, como um 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. No Art. 198, assegura que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Ao Estado foi atribuída a responsabilidade pela organização de um sistema descentralizado de saúde com direção única em cada esfera de governo, que garantisse universalidade de acesso, integralidade das ações, equidade e participação de representantes dos diversos segmentos sociais, ou seja, governo, usuários, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde, na formulação e avaliação das políticas de Saúde.

Os objetivos e atribuições do SUS especificados no Art. 5º da Lei 8.080/90 incluem: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação e III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) é amplo e envolve a execução de ações na área de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento

básico; a vigilância nutricional e a orientação alimentar; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção.

É também responsabilidade do SUS atuar no controle e na fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; na fiscalização e na inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; na participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; no incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; na formulação e execução da política de sangue e seus derivados e ainda na ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) contempla a política de recursos humanos na área de saúde e responsabiliza as diferentes esferas de governo pela a sua formalização e execução de forma articulada com os objetivos de organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação; elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal e valorizar a dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

A temática da gestão descentralizada do SUS representou o pano de fundo de uma multiplicidade de estudos que abordaram aspectos relacionados com o planejamento, reorganização do processo de trabalho, sistemas de informação, capacitação de pessoal, supervisão, análise e avaliação de sistemas, serviços e gestão em saúde. As várias dimensões e níveis de complexidade geraram uma multiplicidade de relatos, estudos de caso e pesquisas avaliativas apontadas para a centralidade do sujeito das práticas, isto é, dos gestores e trabalhadores, além da própria população representada nos conselhos de saúde. (PAIM e TEIXEIRA, 2006).

De acordo com Teixeira et al (2013), a gestão em saúde, abordada de modo recorrente nos debates políticos e como objeto de publicações técnicas, contempla várias subáreas temáticas e tem ganhado crescentemente os espaços da produção científica. Os autores relatam que na subárea temática “gestão do trabalho e da

educação” observa-se uma produção anual de maneira regular e constante, porém de maneira discreta, com tendência ao aumento após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e da Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

## 2.2 A POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Até meados dos anos 1980, a preocupação dos gestores públicos na área da Saúde esteve restrita ao financiamento, estrutura da rede e organização dos serviços. A questão de recursos humanos, na forma em que se organizava a produção, era abordada como um dos insumos necessários: recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros. A discussão sobre um novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, que se origina nas décadas de 1980 e 1990 a partir da reestruturação produtiva, recoloca a centralidade do trabalhador no processo produtivo, ampliando a discussão sobre a gestão do trabalho, o que inclui repensar os processos de planejamento e qualificação do trabalho e do trabalhador. (CONAS, 2006).

No Brasil, o processo da Reforma Sanitária, contribuiu para o fortalecimento da nova política de gestão de recursos humanos em saúde que a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde começou a ser delineada. “A gestão do trabalho e da educação, ganhou relevância nacional e tornou-se elemento crucial para a implementação e consolidação do SUS.” (MACHADO, 2008, p. 227).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde apresentou, especialmente, um conjunto articulado de formulações para a área de recursos humanos em saúde e estabeleceu, dessa forma, um conjunto de princípios e propostas que seriam aprofundados na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS). As propostas incluíram uma extensa pauta de caráter reivindicatório, tais como: admissão por concurso público; estabilidade no emprego; direito à greve e sindicalização; incentivo à dedicação exclusiva, a isonomia salarial e ao plano de cargos e salários; o caráter multiprofissional da composição das equipes; inclusão curricular de conhecimentos sobre práticas alternativas no ensino das profissões de saúde e a incorporação de agentes populares de saúde remunerados sob a

coordenação do nível local do sistema de saúde, para cumprir demandas de atenção primária e educação em saúde. (CAMPOS et al, 2006).

Nessa perspectiva, foi realizada em outubro de 1986, a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), que teve como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. A 1ª CNRHS constituiu-se em fórum privilegiado de debates referentes à política de gestão do trabalho, de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde como um compromisso social coletivo, à luz dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste cenário, discutiu-se a necessidade de uma articulação estreita entre os centros formadores de pessoal para a saúde e as instituições que prestam serviços, para, dessa forma, alcançar as premissas da saúde, focada na oferta de serviços de qualidade, tendo como pano de fundo a realidade social.

Conforme a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva. Segundo esse documento, resultado da ação direta do Conselho Nacional de Saúde na formulação de uma proposta política para a área, novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde passaram a exigir novos perfis profissionais. Por isso se tornou imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino, em todos os níveis, com o SUS e com o projeto tecnoassistencial (Leis 8.080/90 e 8.142/90).

Machado (2008) refere que com o avanço do processo de consolidação do SUS, a realidade que se apresenta para a área de Recursos Humanos remete a dois momentos distintos caracterizados pelas fases da antirreforma e de reafirmação da reforma. A fase da antirreforma refere-se à década de 1990, quando houve a adoção das políticas neoliberais pelo estado ocasionando efeitos diretos e indiretos na força de trabalho em saúde de muitos países, tornando a gestão de recursos humanos (RH) um desafio mundial. Muitos desses efeitos são reflexos do enxugamento do Estado e, conseqüentemente, corte em programas sociais e de saúde, entre eles citam-se: redução do contingente de trabalhadores em contexto de ampliação de

demandas; deterioração das condições de trabalho e precarização do mercado; redefinição do papel do Estado, atuando mais como regulador; e o aumento da participação do setor privado na oferta de serviços.

De acordo com Ferreira & Moura (2006), essa fase foi responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, pelo desemprego estrutural e pela precarização do trabalho. Houve a inversão de toda a lógica preconizada pela reforma sanitária, de serem os trabalhadores (recursos humanos) peças-chave para a consolidação do SUS, uma vez que “nesse período imperou a antipolítica de Recursos Humanos, priorizando a privatização por meio da terceirização de serviços, a flexibilização das relações e o laissez-faire na abertura de novos cursos na área da saúde”. (MACHADO, 2008, p. 228).

As raízes históricas da precarização do trabalho em saúde residem no fato de que os interesses do SUS foram preteridos, enquanto prevaleceram as diretrizes da política econômica, as quais, a partir da década de 1990, tinham como prioridades a viabilização das medidas de ajuste estrutural da economia. Por conseguinte, houve a redução da capacidade de investimentos do Estado em políticas sociais. Enfim, a precarização do trabalho integra um conjunto de tendências muito fortes da economia, assim como, das políticas neoliberais de estado, cuja estratégia no plano do trabalho foi a de precarização das condições, da organização e das relações dos trabalhadores atingindo todas as áreas sociais decorrentes, em última análise, da globalização. (JORGE et al, 2007).

Dessa forma, o SUS e seus recursos humanos, ainda hoje, têm padecido com a crescente precarização das relações de trabalho, com a ausência de concursos públicos, com o aumento do número de servidores contratados e ainda, com a existência daqueles que trabalham sem contrato definido. (FERREIRA & MOURA, 2006).

Mendonça et al (2010), referem que a partir de 1995, o plano de reforma administrativa estabeleceu novas normas jurídicas para o trabalho e permitiu que instituições privadas em associação com o Estado cumprissem seus objetivos de bem-estar social. No setor público de saúde, estas medidas flexibilizadoras afetaram

os estados e municípios que, com a Constituição de 1988, tinham passado a ser responsáveis pela prestação de serviços de saúde na sua integralidade, necessitando para isto reestruturar e ampliar seu quadro próprio de pessoal. As medidas restritivas para contratação de pessoal no setor público, entre elas a Lei de Responsabilidade Fiscal, versus a demanda por recursos humanos resultou, nos estados e, sobretudo, nos municípios, na proliferação de contratos de trabalho pouco regulados, mediados por cooperativas, fundações privadas e ONGs, chamados de “contratos precários”.

Para Nogueira (2006 apud Mendonça et al, 2010) a precariedade do vínculo para uma ação finalística, como a prestação de serviços de saúde em estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, se caracteriza quando o Estado não consegue fazer cumprir os requisitos constitucionais de concurso público (Constituição Federal, art. 37, incisos I e II) e de aplicação geral de um regime jurídico único de trabalho (Constituição Federal, art. 39).

Paralelamente a esse processo de precarização do trabalho, em 1993, foi realizada a 2ª CNRH, onde foi analisada a saúde do povo brasileiro a partir do processo de implementação do SUS, enfatizando a necessidade de promover uma política de recursos humanos orientada por dois subtemas, o de formação e o de gestão do trabalho em saúde. A 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1996, que teve como tema central “Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida” debateu questões relacionadas à administração dos trabalhadores de saúde, no tocante à qualificação dos mesmos.

Diante do exposto, acredita-se que essas mudanças por si só sinalizam para a necessidade de transformações relacionadas à gestão dos recursos humanos no SUS, a começar pela forma de inserção no serviço, respeitando-se os direitos trabalhistas e garantindo proteção social, passando pela formação/ qualificação profissional chegando à democratização das relações de trabalho, em que os trabalhadores sejam reconhecidos como sujeitos responsáveis pela funcionalidade do sistema, capazes de atuarem nos processos decisórios correlatos à organização dos serviços e execução dos cuidados em saúde. (JORGE et al, 2007).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2000, cujo tema: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”, expressa a preocupação com a garantia do acesso, com a qualidade dos serviços e com a necessidade de humanização da atenção à saúde. Essa Conferência reiterou a regulamentação do artigo 200 da Constituição Federal, que dentre outras coisas, indica como competência do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, sugerindo que os trabalhadores do setor público tenham acesso à formação adequada para atuarem no novo modelo de atenção à saúde. (FERREIRA e MOURA, 2006).

Um fato de grande relevância que ocorreu durante a realização da 11ª CNS Foi a elaboração e aprovação dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS<sup>11</sup>) que teve como objetivo principal a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde.

Machado (2008, p. 228) afirma que “a fase de reafirmação da reforma iniciou-se com o governo Lula, em 2003, caracterizado pelo retorno aos princípios de que saúde é um bem público e os trabalhadores que atuam são um bem público [...]”. A mudança positiva e significativa nas políticas de Recursos Humanos vem acompanhada da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) na estrutura do Ministério da Saúde, organizada em dois Departamentos distintos, um de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e outro de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), além da imediata reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

A área da gestão do trabalho, hoje, compreende um conjunto de ações que visam valorizar o trabalhador e o seu trabalho, tais como: a implementação das Diretrizes

---

<sup>11</sup>A NOB/RH-SUS é um documento referencial para informar a ação normativa do SUS. Pertence à deliberação do Conselho Nacional de Saúde e recomenda à Comissão Intergestores Tripartite a elaboração de uma Norma Operacional Básica de caráter nacional para a gestão do trabalho e da educação no SUS, bem como o encaminhamento dessa carta de princípios e diretrizes às Comissões Intergestores Bipartites, para as adequações às realidades estaduais e regionais. A elaboração desse instrumento foi decisão do Conselho Nacional de Saúde, decorrente dos debates e resoluções da 10ª Conferência Nacional de Saúde, também para a área de recursos humanos, e propôs instrumentos normativos com capacidade de orientar a gestão do sistema de saúde. Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, deliberou-se a necessidade de agregar gestores, trabalhadores e formadores em debate para o aperfeiçoamento de tal instrumento referencial. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

Nacionais para a instituição ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS; a desprecarização dos vínculos de trabalho na área da saúde; o apoio à implantação de Mesas de Negociação Permanente do SUS; a criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.

A gestão do trabalho passou a ser concebida com base em uma visão política na qual a participação do trabalhador, como sujeito e agente transformador de seu ambiente é fundamental na estruturação efetiva de políticas e programas de gestão do trabalho, nas três esferas de governo, envolvendo os setores públicos e privados que compõem o Sistema Único de Saúde. Visa assegurar maior qualificação técnica dos gestores e trabalhadores e garantir o acesso universal, igualitário e a humanização do cuidado em saúde. Nesse sentido, Machado (2008), refere que “[...] o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação, corresponsabilização, enriquecimento e comprometimento mútuo [...]”. (MACHADO, 2008, p.229).

Apesar das políticas e diretrizes do SUS apresentarem princípios e intenções emancipatórias no que diz respeito à organização do trabalho e respeito aos direitos trabalhistas, o que se verifica é a adoção generalizada de diversas modalidades de contratos precários na saúde, nos quais os trabalhadores desenvolvem as mesmas funções com salários diferenciados. Essa situação configura uma contradição, na medida em que, paralelamente, a política de recursos humanos investe em programas de educação, gestão do trabalho e humanização da atenção.

Os trabalhadores de saúde interpretam e aplicam o saber e a informação para criar e proporcionar soluções aos problemas. Para isso devem ter acesso a condições organizacionais e de trabalho que lhes permitam adquirir e aplicar conhecimento teórico e prático, desenvolver hábitos de aprendizagem permanente e seguir sendo competentes e produtivos. A reestruturação do processo produtivo, as permanentes mudanças dos sistemas de saúde, as novas exigências do mercado de trabalho, exigem novos enfoques, novas abordagens e planos educacionais a partir das necessidades, problemas e desafios do trabalho, vinculando o conhecimento com problemas reais por meio da pedagogia de problematização, adoção do construtivismo cognitivo que postula a centralidade do sujeito. (CONAS, 2006)

### 2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O conceito de Educação Permanente é traduzido como o de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Freire, (1976, apud AFONSO, 2006), argumenta:

Assim como não é possível linguagem sem pensamento e linguagem-pensamento sem um mundo a que se referem, a palavra humana é mais que um mero vocábulo - é palavração. Enquanto ato do conhecimento, que leva a sério o problema da linguagem deve ter como objeto também a ser desvelado às relações dos seres humanos com o seu mundo.

A atual política do governo reconhece e valoriza o trabalho humano em todas as suas dimensões. Em setembro de 2003, o Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde, apresentou e aprovou, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a “Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”. Esta tem como objetivo atender aos requisitos citados na NOB/RH-SUS, propondo-se a conquistar relações orgânicas entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e prestação de serviço), os órgãos de controle social (conselhos de saúde, movimentos sociais e de educação popular) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas).

Em 2004, a Portaria GM 198 de 13/02/2004 instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com a proposição de transformar e qualificar as práticas de formação, atenção, gestão, controle social/participação popular; a organização dos serviços de saúde e os respectivos processos de trabalho; as práticas pedagógicas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Neste sentido, a PNEPS é instituída diante de um grande desafio: romper com a lógica da repetição e fragmentação dos cursos de capacitação desenvolvidos, de forma vertical e programática, que gera frustração nos profissionais que não conseguem aplicar o conhecimento adquirido nos cursos, uma vez que falta a discussão dos elementos da realidade concreta do seu dia-a-dia.

De acordo com Campos et al, (2006) a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se constitui como o eixo transformador do sistema no que diz respeito à articulação entre Educação e Saúde. Ao utilizar-se da noção de aprendizagem significativa<sup>12</sup> como pressuposto pedagógico, o processo de educação permanente deve ser estruturado a partir da problematização dos processos de trabalho, vinculando, dessa forma, o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos para que o aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Arias (2006) ressalta a importância dessas dimensões:

A gestão do trabalho é uma questão que, na atualidade, tem merecido relevância em todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e os seus objetivos institucionais. Pensar em gestão do trabalho, como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização". (ARIAS et al, 2006,p.112).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS<sup>13</sup> (onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde) para garantir a oportunidade, a

---

<sup>12</sup>Existe uma aceitação quase universal do enunciado de que o conhecimento é libertador das potencialidades das pessoas. Estamos nos referindo ao conhecimento que promove a articulação entre o ser humano e o seu ambiente, entre ele e seus semelhantes e consigo próprio. O conhecimento que promove a autonomia conecta este ser humano com o seu meio cultural no que diz respeito a crenças, valores, sentimentos, atitudes, etc. E na medida em que o indivíduo é autônomo, a partir desta sua estrutura de conhecimentos, ele é capaz de captar e apreender outras circunstâncias de conhecimentos assemelhados e de se apropriar da informação, transformando-a em conhecimento. (PELIZZARI et al, 2002).

<sup>13</sup> Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações. (BRASIL, 2007).

integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. (BRASIL, 2004).

Nesse pressuposto, a política de recursos humanos do SUS deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho e a promoção da qualidade de vida. Contempla a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino/aprendizagem inovadoras como parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS por meio da efetiva integração entre Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Transformar a formação e gestão do trabalho em saúde envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e principalmente nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde. (BRASIL, 2004).

A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. Assim, o redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, a Política de Educação Permanente articula o ensino, gestão, atenção e controle social/participação popular na produção de conhecimento, capacidade pedagógica, ampliação das competências, habilidades e atitudes dos gestores, dos trabalhadores das equipes de Atenção Básica e da sociedade civil, para a solução de problemas a partir da reflexão crítica sobre o seu processo de trabalho, no trabalho e a partir do trabalho. Conforma-se como estratégia para o desenvolvimento institucional, o fortalecimento do controle social, a repolitização do

Sistema Único de Saúde (SUS) e incentivo ao protagonismo de usuários, trabalhadores e gestores da saúde. (BAHIA, 2013).

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que a formação dos profissionais de saúde não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. A atualização técnica científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. Os autores referem que a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

#### 2.4 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS (PNH)

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representa para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização são paradigmas do SUS. (MACHADO, 2006).

O grande desafio a ser enfrentado pelos trabalhadores da saúde, gestores e usuários, na construção e na efetivação do SUS como política pública, é transpor os princípios aprovados para o setor de saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde. É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Isso deve ser implementado com a consequente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípios éticos a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida. (BRASIL, 2006).

Nesse sentido é que o conceito de humanização foi introduzido como uma possibilidade de transformar as práticas de atenção e gestão no SUS, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários, atores sociais implicados com a produção de saúde. É efetivada quando os princípios do SUS são traduzidos a partir da experiência concreta do trabalhador e do usuário num campo do trabalho concreto e, nesse caso, o usuário deve ser entendido como cidadão em todas suas dimensões e redes de relações. Implica apostar na capacidade criativa, na possibilidade de reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, atuando em redes, de modo a potencializar o outro, a defender a vida de todos e qualquer um. (BRASIL, 2010).

De acordo com Vieira-da-Silva et al (2010), historicamente, problemas na qualidade do cuidado à saúde, principalmente no que toca à sua dimensão interpessoal, têm gerado demandas por uma “humanização” do mesmo. No entanto, a sua tradução em medidas específicas, no Brasil, só vai ocorrer a partir da década de 1980 com o movimento da reforma sanitária. A ideia de humanização tem sido relacionada a uma série de valores vagos e incertos, como dignidade humana ou valores do senso comum relacionados à bondade ou altruísmo. Outras noções de humanização remetem diretamente à mudança na relação entre as equipes, com ênfase nas "tecnologias relacionais" como a escuta, o acolhimento, o diálogo e a negociação. (BENEVIDES e PASSOS, 2005; DESLANDES, 2006 apud VIEIRA-DA-SILVA et al, 2010, p.2).

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações sociais entre profissional/usuário e profissional/profissional mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade que exigem qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior, um imperativo, no trabalho em saúde. Pois é em meio a tais relações, em seus questionamentos, e por meio delas que construímos nossas práticas de corresponsabilidade nos processos de produção de saúde e de

autonomia das pessoas implicadas, afirmando assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades. (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, em 2003, aprovou a Política Nacional de Humanização (PNH) buscando colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes.

O projeto de humanização surge num cenário de desafios ainda presentes na construção do SUS que exigem mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde. Dentre eles, se destacam: vínculo frágil dos trabalhadores - usuários e controle social incipiente, precarização das relações de trabalho, pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, baixo investimento em educação permanente, desestímulo ao trabalho em equipe e despreparo dos profissionais para lidar com questões subjetivas que toda prática de saúde envolve. A melhoria da qualidade da assistência e conseqüente a satisfação do usuário são resultantes do modo de gestão do trabalho desenvolvido nos serviços, cujo protagonista nesse processo é o trabalhador da saúde. (HENNINGTON, 2007).

A PNH, como um movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

O princípio da “transversalidade” diz respeito ao aumento do grau de comunicação intra e intergrupos, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho. A “indissociabilidade entre atenção e gestão” representa a inseparabilidade entre a clínica e a política e entre a produção de saúde e a produção de sujeitos. Este princípio fundamenta-se na integralidade do cuidado e na

integração dos processos de trabalho, ou seja, a alteração dos modos de cuidar torna-se inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho. O princípio do “protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos” considera que as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar. Assim, trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais.

Na perspectiva dessa práxis transformadora, ganha importância à relação entre profissionais de saúde e usuários: passagem do ambiente relacional de individualismos com individualismos para o ambiente relacional de sujeitos sociais com sujeitos sociais. Isto é, o subjetivo extravasa o plano dos afetos íntimos, sem abdicar dele, e ganha, também, significado e expressão como parte integrante de um projeto social e de seus objetivos. (PUCCINI & CECÍLIO, 2004).

Partindo-se da premissa de que a produção de saúde é feita por pessoas dotadas de desejos, sentimentos, saberes e necessidades, considera-se que humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. (BENEVIDES, 2005 apud HENNINGTON, 2007).

## **CAPÍTULO III - A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)**

### **3.1 A ATENÇÃO BÁSICA COMO COORDENADORA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)**

O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública foi formulada na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades de saúde da população brasileira. Trata-se de uma expressiva política pública de inclusão, já que foram incorporados milhões de brasileiros no sistema público de saúde. Estima-se que um terço da população foi incluído no SUS a partir da Constituição de 1988. Estratégias como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de ampliarem a cobertura de serviços têm possibilitado reorientações do sistema no sentido da integralidade e da equidade. (PAIM, 2006).

A partir da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), a Atenção Básica foi instituída como o primeiro nível de atenção à saúde, caracterizando-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica compreende quatro atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. A presença de outras três características tais como: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural, qualificam as ações da Atenção Básica em Atenção Primária à Saúde. Assim, um serviço de atenção à saúde, dirigido à população geral, pode ser considerado provedor de Atenção Primária à Saúde quando este apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. (BRASIL, 2009).

No contexto da Atenção Básica, as ações de promoção da saúde devem ser tomadas como práticas sociais em transformação, exigindo constante reflexão das práticas do setor saúde. Para a promoção da saúde é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas, tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade, que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica é considerada como a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). Organizada de maneira a garantir a comunicação, coordenação e ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), é orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, da responsabilização, humanização, equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (**Figura 2**).

**Figura 2** - Princípios fundamentais da Atenção Básica



Fonte: Adaptados de BRASIL, 2012.

Nessa perspectiva, a Atenção Básica é desenvolvida por meio de práticas democráticas participativas de gestão e cuidado, por intermédio do trabalho em

equipe multidisciplinar e da interdisciplinaridade. É também dirigida às populações em territórios delimitados e se conforma como centro estratégico para a organização do Sistema de Saúde em Redes de Atenção buscando produzir a atenção que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2013).

A partir da regulamentação da Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990, por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a gestão do SUS se organiza formalmente em regiões de saúde, que se constituem como espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e de infraestrutura de transporte compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011).

A regionalização supõe e incentiva a organização de um conjunto de municípios para prestar atenção integral aos seus usuários, constituindo Redes de Atenção à Saúde (RAS), dotadas de serviços de atenção básica, serviços ambulatoriais especializados, serviços hospitalares, de urgência e emergência e de atenção psicossocial, além da vigilância à saúde. (BRASIL, 2014).

A importância de construção das RAS acentua-se pela transição epidemiológica; pela diversidade de demandas e necessidades de saúde que, por vezes, requer estratégias ou ofertas diferentes para necessidades distintas; pela necessidade de avanço na integralidade e na construção de vínculos; e para evitar que custos crescentes e evitáveis no tratamento das doenças inviabilizem a organização do sistema de saúde, o que ocorre quando há sistemas fragmentados de atenção à saúde. Portanto, visa a cumprir com o princípio da integralidade e constitui-se como estratégia de enfrentamento à fragmentação do sistema. (SILVA; MAGALHÃES JR., 2008 apud BRASIL, 2014).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propôs a implantação das Redes de Atenção à Saúde como: “arranjos organizativos de ações e” serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico

e de gestão e definiu que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada. (BRASIL, 2011). Nesse sentido, a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessário;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetiva, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos, eventos - sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção,

contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

O acesso à RAS, ordenado pela Atenção Básica (AB) deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico. “Os objetivos de uma RAS é melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde”. (ROSEN e HAM, 2008 apud MENDES, 2011, p. 82).

De acordo com Mendes (2011), a estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a AB; os pontos de atenção à saúde secundária e terciária; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança (Figura 3).

**Figura 3** - A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: Mendes, 2011

Uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) ordenada pela Atenção Básica (AB) tende a ser mais resolutiva e equitativa. Os princípios e as diretrizes estabelecidos para este espaço de atenção – porta de entrada preferencial e porta aberta, adscrição de clientela, territorialização, trabalho em equipe, coordenação e longitudinalidade do cuidado, entre outros – quando efetivamente incorporados, contribuem fortemente

para que as ações estejam em consonância com os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e grupos sociais de dado território. (BRASIL, 2014).

Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. Dessa maneira, as condições econômicas, sociais e políticas do existir não devem ser tomadas, tão somente, como meros contextos – para conhecimento e possível intervenção na realidade –, e sim como práticas sociais em transformação, exigindo constante reflexão das práticas do setor saúde. Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade.

### 3. 2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Trata-se de uma estratégia que visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, sendo considerada pelo Ministério da Saúde como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar seus princípios, diretrizes e fundamentos, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas, além de propiciar uma importante relação custo/efetividade.

As primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) foram formadas em janeiro de 1994, incorporando e ampliando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PSF inicialmente criado como Programa sai de uma visão restrita e passa a ser considerada estratégia ampliada, de grande alcance e cobertura para a população dependente, responsável pela ordenação do sistema de saúde e destaca o trabalho em equipe como um elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos, construção de interação e vínculos entre os integrantes da ESF e destes com a comunidade.

Em 2006, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para contemplar a Estratégia de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e dos princípios gerais da Atenção Básica, com os seguintes pressupostos:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de 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 proativa frente aos problemas de saúde/doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação que devem ser 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

As principais responsabilidades propostas pelo Ministério de Saúde para a Atenção Básica em relação à Estratégia Saúde da Família aos diversos entes federados (Municípios, Estados, Distrito Federal e União) foram as seguintes:

- I - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;
- II - estabelecer no Plano de Saúde metas os objetivos e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;
- III – os municípios devem garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas, além de

estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família;

IV – Compete ao Estado articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs;

IV- ao Ministério da saúde compete apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e Ministério da Educação para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;

V - analisar dados de interesse municipal, estadual e/ou nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

VI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados; e

VII - manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim.

Para a implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) é necessária à existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e com o número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de até 12 ACS por equipe de Saúde da Família. (BRASIL, 2006).

É necessária a existência de Unidade Básica de Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família, inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde e que possua minimamente: a) - consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; b) - área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; c) - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde; d) - garantia dos fluxos de referência e contra referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e) - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

É necessária a incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família que podem ser na modalidade 1 ou na modalidade 2, com responsabilidade sanitária pela mesma população do território de abrangência das ESFs às quais a Equipe de Saúde Bucal (ESB) está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) na modalidade 1, são formadas por um cirurgião dentista e uma auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF. No caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs.

A portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 define as atribuições comuns a todos os profissionais e as atribuições mínimas específicas de cada integrante da Equipe de Saúde da Família<sup>14</sup>. As atribuições comuns a todos profissionais das Equipes de Saúde da Família podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

---

<sup>14</sup>A portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, define, ainda, as atribuições mínimas específicas de cada integrante da Equipe de Saúde da Família, considerando as competências de cada categoria profissional definidas em seus respectivos conselhos e códigos de ética em conformidade com os atributos da Atenção Básica e os princípios e diretrizes do SUS.

Atribuições comuns a todos profissionais das Equipes de Saúde da Família:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob a coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

### 3.3 OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Considerando que as necessidades em saúde de uma população são dinâmicas, as políticas públicas da área precisam se organizar para responder a elas. No Brasil, o perfil epidemiológico atual é definido como tripla carga de doenças, ou seja, marcada pela coexistência das doenças infecciosas e parasitárias, das doenças e agravos crônicos não transmissíveis e das causas externas. Parte desse perfil decorre da transição demográfica, com acelerado envelhecimento da população. (LIMA-COSTA apud ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003 apud BRASIL, 2014).

Essa realidade é complexa e aponta que a Atenção Básica precisa avançar na definição de formatos organizativos e de dinâmicas de funcionamento mais efetivos. Isso inclui o adensamento de tecnologias do cuidado, a ampliação das ações e a articulação de profissionais e especialidades que possam apoiar matricialmente, as equipes de AB no cuidado à população nos territórios. (BRASIL, 2014).

Assim, na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, o Ministério da Saúde, a partir de experiências municipais e de debates nacionais, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em março de 2008 (ANEXO A). No seu Art. 1º é estabelecido que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica. Estabelece ainda que os NASFs devem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e nas unidades nas quais os NASFs estão vinculados.

Uma vez que o NASF integra a Atenção Básica, é norteado por seus princípios e diretrizes e intervém nas dimensões: clínico/assistencial e técnico/pedagógica. Em linhas gerais, destaca-se a importância de que o NASF possa atuar considerando todos e quaisquer momentos do ciclo de vida das pessoas do seu território adstrito, sempre considerando a realidade epidemiológica, cultural e socioeconômica daquela população e, especialmente, o planejamento conjunto com as equipes que apoiam.

O NASF é composto de nove áreas estratégicas, que compreende as temáticas: saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares. (BRASIL, 2009).

Os NASFs não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as Equipes Saúde da Família. A responsabilização é compartilhada entre as ESF e as equipes do NASF na comunidade, com a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família. Os NASFs devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família (ESF).

O NASF desenvolve um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico/assistencial e técnico/pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que cada momento, situação ou equipe requer. (BRASIL, 2009). Isso significa poder atuar tomando como objeto os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente.

De acordo com a Portaria nº 154/ 2008, o NASF1 deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

A referida portaria inclui ainda as seguintes definições: a composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações; tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental; os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados; cada NASF1 deve ser vinculado a, no mínimo, oito Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2008).

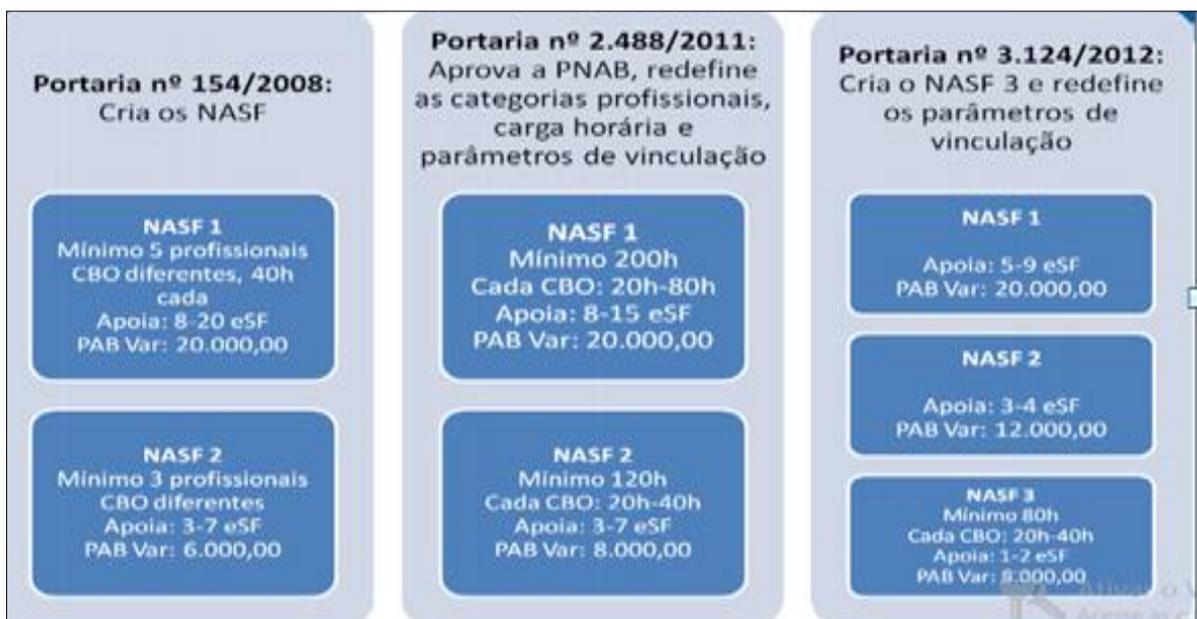
É competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal: I - definir o território de atuação de cada NASF; II - planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, como educação continuada e atendimento a casos específicos; III - definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias; IV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente. (BRASIL, 2008).

A criação do NASF, em 2008, significou o início de uma política audaciosa, mas que ainda não contemplava grande parcela dos municípios brasileiros. Dessa forma, a fim de possibilitar que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado com

tal política, e, também, incentivar o aprimoramento do trabalho dos NASFs já implantados, novas regulamentações foram elaboradas.

As principais portarias vigentes que se referem ao NASF são a de nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria o NASF, a de nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (ANEXO E), e a Portaria de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2, além de criar a modalidade 3 (**Figura 4**). Existem outras portarias<sup>15</sup> que definem as normas para cadastramento do NASF no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e os valores de financiamento e de incentivo referentes ao programa de melhoria do acesso e qualidade – PMAQ. (BRASIL, 2014).

**Figura 4-** Principais portarias vigentes que se referem aos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF)



Fonte: BRASIL, 2013.

<sup>15</sup>Portaria 256 de 11 de março de 2013, que define as normas para cadastramento do NASF no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e institui o CBO provisório de sanitарista e profissional de educação física na saúde; Portaria 562 de 04 de abril de 2013, que define os valores do incentivo referente ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e a Portaria 548 de 04 de abril de 2013, que define o valor de financiamento do NASF 1, 2, e 3. (BRASIL, 2013).

A partir da Portaria de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, temos hoje três modalidades de NASF financiados e reconhecidos formalmente pelo Ministério da Saúde (**Tabela 5**).

**Tabela5**– Modalidades de NASF, nº de equipe AB/SF vinculadas e somatórias de cargas horárias profissionais conforme a Portaria nº 3.124/2012.

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
<b>NASF 1</b>	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	<b>Mínimo de 200 horas semanais.</b> Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal <sup>16</sup> .
<b>NASF 2</b>	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	<b>Mínimo de 120 horas semanais.</b> Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
<b>NASF 3</b>	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	<b>Mínimo de 80 horas semanais.</b> Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

\*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. \*\*Equipe Consultório na Rua. \*\*\* Equipe Saúde da Família. \*\*\*\* Equipe de Atenção Básica.

A Atenção Básica constitui-se como ponto privilegiado (muitas vezes, o primeiro) de atenção, porta de entrada preferencial e importante centro comunicador das RAS, enfatizando sua função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde, com equipe multiprofissional, a partir da qual realiza e coordena o cuidado de modo compartilhado com os usuários e, se necessário, com outros serviços/pontos de atenção. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) configura-se como uma das estratégias para superar e auxiliar na conversão do modelo fragmentado e descontínuo para a atenção integral a partir da AB, auxiliando na articulação das linhas de cuidado e implementação dos projetos terapêuticos.

A atuação dos serviços e equipes em rede pressupõe o fortalecimento das estratégias de encontros, comunicação e relacionamentos entre profissionais tanto quanto a implantação de serviços, planejamento de oferta e sistemas logísticos. O NASF, assim, favorece maior articulação e qualificação da rede de serviços que

<sup>16</sup> Cada ocupação por categoria profissional, ou seja, uma equipe de NASF pode possuir até dois profissionais da mesma formação profissional com carga horária de 40 h semanal cada ou quatro profissionais com carga horária semanal de 20 h cada.

compõe o sistema de saúde. A equipe de referência se responsabiliza pela atenção contínua ao usuário, sendo, para isso, apoiada pelas equipes de apoio matricial, a exemplo do NASF, que além de ajudar as equipes de referência a lidar com situações e de agregar ações ao escopo de ofertas da Atenção Básica (ampliando-o), também pode fomentar a integração das UBS com outros serviços de saúde. (BRASIL, 2014).

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB. Compreende o compartilhamento de problemas, a troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e a articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de AB e dos diferentes profissionais do NASF. (BRASIL, 2014).

O apoio matricial pode ser definido como novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/ profissionais operam em uma intervenção pedagógico/terapêutica compartilhada. (CAMPOS, 1999). É um arranjo na organização dos serviços que busca ampliar a capacidade de cuidado das equipes de referência (no caso, as de AB/SF). Como a equipe de referência é responsável pelos usuários do seu território, antes de encaminhá-los a outros pontos de atenção, quando isso for necessário, ela pode pedir apoio para lidar com os casos com os quais sente dificuldade ou tem limitações. (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011 apud BRASIL, 2014).

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas<sup>17</sup> (ANEXO E) já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio, das quais os

---

<sup>17</sup> Em sua maioria, trata-se de ferramentas e modos de atuar transversais, não específicos de ocupação alguma do NASF, embora possa estar mais próximo de determinadas ocupações e profissões. Essas ferramentas, com as práticas específicas por núcleo ou área de atuação, indicam um escopo possível de atuações e práticas do

profissionais do NASF podem lançar mão para colocar em prática o apoio matricial. (BRASIL, 2014).

A função de apoio desenvolvida pelos profissionais dos NASF busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente, por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

O papel do NASF é apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade. A integralidade pode ser compreendida em três sentidos: a) – a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; b) - as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; c) - a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população. (BRASIL, 2010).

É considerado fundamental que cada profissional do NASF tenha a sua agenda de trabalho, e que essa agenda seja conhecida e pactuada com os demais membros do NASF, além dos gestores e dos profissionais das UBS (unidade Básica de Saúde). Um cuidado importante, entretanto, é evitar que isso se torne um processo burocrático ou restritivo. O equilíbrio entre atividades clínico/assistenciais e técnico/pedagógicas deve ser uma busca, o que dependerá da realidade territorial, considerando toda a equipe e cada profissional isoladamente. (BRASIL, 2014).

É importante reconhecer que o NASF tem dois “públicos alvo” diretos: as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e os usuários em seu contexto de vida. Nessa relação, é fundamental que o NASF crie mecanismos de identificação e escuta das demandas das equipes e que possam dialogar sobre sua prática também a partir da atenção direta aos usuários.

É imprescindível também que as equipes apoiadas possam identificar o NASF como um coletivo organizado de profissionais que oferta apoio na Atenção Básica, porém que possui singularidades em cada profissional. Ou seja, é preciso ter clareza de que o objeto comum de intervenção é o (apoio ao) cuidado à saúde da população, mas as singularidades/ especificidades de saberes também devem ser identificadas e potencializadas, considerando que cada um dos profissionais também possui a potência de contribuição em áreas temáticas específicas, como reabilitação, assistência farmacêutica, saúde mental. (BRASIL, 2014).

Assim, a partir das demandas e necessidades identificadas a cada momento, o NASF pode atuar tanto para apoiar as equipes na análise dos problemas e na elaboração conjunta de propostas de intervenção, quanto diretamente na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, quando se fizer necessário, de modo integrado e corresponsável. O NASF também pode apoiar a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Organizar o próprio trabalho também é fundamental, e envolve planejar reuniões, construir agendas compartilhadas e equilibrar de forma dinâmica o conjunto de atividades a serem desenvolvidas a partir do rol de demandas que se apresentam. (BRASIL, 2014).

Para realização do trabalho, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, que abrangem tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica (ou até ambas ao mesmo tempo), O NASF pode construir diálogo com diferentes pontos de atenção, a fim de buscar corresponsabilização na condução dos Projetos de Saúde nos Territórios (PST). As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula devem ser considerados para a produção do cuidado. (BRASIL, 2014).

Assim, na Unidade Básica de Saúde a equipe do NASF pode desenvolver ações de educação permanente; atendimento individual específico; atendimento individual compartilhado; reunião de equipe; discussão de casos; construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS); atendimento em grupo e atendimento domiciliar.

No Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pode realizar discussão de casos; construção compartilhada de PTS; atendimento compartilhado; apoio matricial do

CAPS à AB<sup>18</sup>; grupos terapêuticos; oficinas de geração de renda. No Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), além de discussão de casos e construção compartilhada de PTS, pode realizar também ações coletivas para produção de cidadania. Nas Academias da Saúde pode realizar grupos educativos, práticas corporais, encontros comunitários se ações para a promoção de modos de vida saudáveis.

A equipe do NASF pode também desenvolver ações em parceria com as escolas dos territórios e abrangência das ESF onde estão vinculados, apoiando as ações do Programa de Saúde na Escola e desenvolvendo ações de educação em Saúde (Figura 5).

**Figura 5** – Síntese de atividades do NASF



Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

<sup>18</sup> O NASF pode qualificar os encaminhamentos necessários da Atenção Básica, exercendo uma função reguladora compartilhada com as equipes de Atenção Básica, para o acesso ao CAPS, ao ambulatório de especialidades, aos centros de reabilitação etc. Esse processo deve ser desenvolvido sempre em parceria com as equipes de saúde da família ESF, responsáveis pela coordenação do cuidado. Devem ainda considerar a missão dos outros serviços, que precisa estar clara (embora possa ser revista de tempos em tempos). A função reguladora é feita por meio de pontos de contato regulares entre as equipes, como reuniões presenciais, comunicação a distância (telefone, Telessaúde etc.) e/ou com base em protocolos de acesso/fluxo, com critérios previamente discutidos e pactuados entre as diferentes equipes. (BRASIL,2014).

Conforme as recomendações descritas no Caderno da Atenção Básica número 39 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, a receptividade e o acolhimento das equipes vinculadas e a pró - atividade dos profissionais do NASF para atuar na lógica do apoio matricial são essenciais para a sua consolidação e de seu modo de operar na Atenção Básica. A oferta de condições adequadas e o papel de mediação de conflitos e impasses entre NASF e equipes de AB/SF são algumas das responsabilidades da gestão municipal de Saúde (Secretário de Saúde, Coordenação Geral e Apoiadores da Atenção Básica) para o desenvolvimento do trabalho compartilhado entre essas equipes. Para isso, algumas pactuações podem ser realizadas, envolvendo gestão municipal e/ou apoiadores do município, profissionais do NASF e das equipes vinculadas tais como:

- Critérios para acionamento do apoio da equipe NASF e outras formas de integração entre equipes de AB/SF e o NASF;
- Definição de atribuições e atividades mínimas desenvolvidas por categoria profissional;
- Parâmetros para distribuição da carga horária entre as ações que podem ser desenvolvidas pelo NASF, englobando ações assistenciais e técnico-pedagógicas;
- Definição de formas de organização das agendas dos profissionais com possibilidade de sua flexibilização, considerando a especificidade do NASF como equipe de apoio;
- Respaldo institucional para realização das reuniões de discussão de casos e/ou temas com as equipes de AB/ES (tempo na agenda, por exemplo);
- Cronograma articulado de reuniões entre NASF e equipes vinculadas, evitando a sobreposição de atividades e facilitando, dessa forma, sua integração à Atenção Básica na lógica do apoio preconizada;
- Escala para utilização de consultórios e outros espaços das UBS, englobando os profissionais do NASF;
- Mecanismos de comunicação e troca de informações entre NASF e equipes de AB/SF (incluindo gestores/coordenadores de cada UBS vinculada) para contato em momentos em que os profissionais do NASF não se encontram presencialmente na UBS;
- Espaços de encontro e mediação de impasses e conflitos entre NASF, equipes vinculadas e coordenação/gestão das UBS sempre que necessário,

especialmente em situações em que seja identificada maior resistência para o desenvolvimento de ações na lógica do apoio matricial;

Com o início das atividades do NASF nas UBS, é recomendado, ainda, que a gestão municipal ou local promova um movimento de sensibilização e construção conjunta de entendimentos, expectativas e conceitos sobre o modo de operar preconizado para esta equipe, considerando inclusive que a maioria dos profissionais, até o momento, não é formada para atuar com essa lógica de trabalho (matricial). Os temas a serem trabalhados podem variar de acordo com as características regionais e as experiências já vivenciadas em cada local, podendo englobar, por exemplo:

- Cardápio de ações que podem ser desenvolvidas pelo NASF (compartilhadas com as equipes vinculadas e/ou específicas, inserção em ações de rotina das equipes de AB/SF etc.);
- Apresentação de casos, pelas equipes de AB/SF, que estas consideram difíceis e/ou que imaginam poder ser manejados com suporte do NASF, entre outros.

Outra ação essencial se refere à produção de sentido e significado comum para o início das atividades do NASF. Essa ação pode, também, ser realizada em outros momentos em que se fizerem necessárias novas pactuações, promovendo o desenvolvimento do trabalho com o mínimo de equívocos por parte do NASF e das equipes vinculadas. São considerados espaços para essa ação:

- Rodas de conversa entre profissionais do NASF e das equipes de AB/SF;
- Reuniões de matriciamento (realizadas com cada equipe vinculada); Reuniões gerais da UBS; Fóruns temáticos; Reuniões de profissões específicas;
- Momentos em ações cotidianas realizadas de forma compartilhada com os profissionais das equipes de AB/SF: atendimentos conjuntos, ações no território, entre outras.

Almeida Filho (2011, apud Ferreira, 2014) refere que a força de trabalho ideal para atuação no SUS não corresponde ao perfil dos trabalhadores que operam o sistema e afirma que o problema situa-se no descompasso existente entre a missão do SUS e o sistema de ensino superior, orientado para a doença, centrado nos serviços hospitalares e nas especializações profissionais, refletindo diretamente no modelo

hegemônico de prestação de serviços de saúde ainda vigente no Brasil, “regido por forças de mercado e baseado na tecnologia médica”.

Uma recente pesquisa sobre a Atenção Básica no Brasil identificou que há, de modo geral, persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, repercutindo um modelo rígido e fragmentado na área. Além disso, destaca que há também ênfase na “visão preventiva” que ocasiona o escasso desenvolvimento da atividade clínica nas práticas de saúde. (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011 apud BRASIL, 2014).

Aliados a questão da cultura institucional de “verticalização” aparecem outros fatores que interferem na qualidade do cuidado ofertado na AB. Entre eles, podemos apontar: a capacidade de escuta e de construção de vínculos positivos, que considerem a singularidade de cada usuário; a resolutividade clínica; o suporte técnico/pedagógico para os profissionais; o acesso a recursos situados fora da AB; os modos de organização e gestão das agendas; e o escopo de ações ofertadas na AB (BRASIL, 2014).

De acordo com Nascimento e Oliveira (2010), entre as dificuldades que estão sendo identificadas no processo de trabalho do NASF está à formação dos profissionais que não atende às necessidades do SUS, muito menos da Atenção Básica. O distanciamento dos serviços do SUS na formulação das propostas pedagógicas para formação inicial dos profissionais de saúde não contempla questões tão singulares como vínculo, acolhimento, escuta e o próprio trabalho em equipe, indispensáveis para a proposta do NASF.

Andrade e et al (2012), utilizando-se de técnicas de entrevista individual (EI) e de grupo focal, realizou uma pesquisa com 37 equipes de Saúde da Família e 15 equipes de NASF, com objetivo de analisar a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde, no interior do Estado de Santa Catarina. As questões norteadoras foram desenvolvidas sobre os eixos fundamentais do NASF e as atividades cotidianas da equipe ESF. Emergiram considerações relacionadas à falta de clareza sobre as funções e funcionamento; ao trabalho isolado com séria fragmentação; a deficiência na formação profissional desde a graduação para a atuação no serviço público de

saúde, e a carência de educação permanente, a qual compromete o embasamento teórico para trabalhar temas específicos de maneira mais eficaz e eficiente além de garantir a prática do preconizado pelo NASF.

Nascimento e Oliveira (2008), em um estudo que tomou como objeto a formação dos profissionais da saúde para o SUS, verificaram que o trabalho nas ESF, além do conhecimento técnico específico adquirido na formação inicial, requer dos profissionais conhecimentos sobre as políticas públicas de saúde, território, perfil epidemiológico da população e rede de cuidados. Dentre as habilidades requeridas, identificaram a necessidade de ter habilidade para abordar o paciente, acolher, ouvir, comunicar-se e trabalhar em equipe.

Para a NOB/RH-SUS, uma formulação de diretrizes curriculares deve contemplar: as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das várias regiões do país; a implementação de uma política de formação de docentes orientada para o SUS; a formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão e a garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão. (CECCIM E FEUERWERKER, 2004).

Ceccim e Ferla (2008, p. 163), referem que a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores, é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e dos científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações”.

Para Imbernón (2002, apud MACHADO, 2012), a formação permanente na educação se caracterizaria pelos seguintes pilares ou princípios: aprender continuamente de forma colaborativa e participativa; ligar os conhecimentos derivados da socialização comum com novas informações num processo coerente de formação; aprender mediante a reflexão individual e coletiva voltada para a resolução de situações problemáticas da prática; aprender em um ambiente

formativo de colaboração e interação social, e; elaborar projetos de trabalho conjunto mediante a estratégia da pesquisa ação.

No que diz respeito às estratégias de formação colaborativa e de interação social na Atenção Básica, o Ministério da Saúde (2013) incluiu a técnica de Grupo Operativo entre os Instrumentos de Intervenção Psicossocial como um importante dispositivo teórico e prático para a produção do cuidado em saúde pública. Em 2014 destacou o Grupo operativo enquanto metodologia de trabalho de grupo entre as ferramentas estratégicas das quais os profissionais do NASF podem lançar mão para colocar em prática o apoio matricial, como um escopo possível de atuações e práticas do NASF, buscando ampliar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, bem como ampliar as ofertas das ações de saúde na Atenção Básica.

## **CAPÍTULO IV - O CONCEITO DE GRUPO, A TEORIA E A TÉCNICA DOS GRUPOS OPERATIVOS**

### **4.1 O DEBATE SOBRE O CONCEITO DE GRUPO**

Várias teorias têm sido formuladas sobre os grupos e suas possibilidades como âmbito de intervenção social. O trabalho em grupo tem sido adotado no âmbito da capacitação de pessoal em organizações, desenvolvimento de equipes, gestão organizacional, processos de participação social, implementação de programas de saúde, educação sexual, intervenções comunitárias entre outras.

Essa pluralidade faz emergir a necessidade de um mapeamento das principais linhas teóricas e metodológicas existentes e a elucidação crítica não só em níveis teóricos, mas, também, metodológicos. Trata-se de uma preocupação epistêmica, da adoção de uma atitude crítica e, enquanto crítica é, também, ética em relação à abordagem do campo grupal. Fernandez (1998) organiza as principais abordagens existentes sobre grupos no mundo acadêmico em três momentos.

O primeiro momento epistêmico estrutura-se a partir da ideia do grupo como um todo. A influência da teoria da Gestalt tornou possível afirmar que o todo é mais que a soma das partes, o grupo seria então um “plus” não redutível à soma de seus integrantes. Dentro desse paradigma se destaca a dinâmica dos grupos, que entre 1930 e 1940 instituiu artifícios grupais para a abordagem dos conflitos nos diversos âmbitos: produção econômica, educação, saúde etc. Surge então uma nova técnica – o dispositivo grupal e o coordenador de grupos. A ideia do “plus” grupal transforma os grupos em espaços táticos através dos quais se tentará dar resposta aos diversos problemas que a modernidade apresenta. A partir daí surgem diversas tentativas de teorizar sobre os grupos que enfrentam a seguinte dificuldade: evidenciar o plus grupal é possível, mas produzir enunciados explicativos que deem conta da sua complexidade é extremamente difícil.

O segundo momento epistêmico focaliza a busca dos organizadores grupais, busca dar conta das instâncias de determinação que tornam possível os movimentos

grupais. A Psicanálise faz aportes importantes no que diz respeito ao desenho e difusão de dispositivos grupais no campo da clínica. O mesmo poderia dizer-se dos grupos operativos de Pichon-Rivière em áreas mais diversificadas como educação, saúde, comunidade etc. A grande discussão gira em torno da dúvida sobre o fato da psicanálise ser ou não capaz de dar conta do espaço grupal, se é possível entender os grupos a partir dos conceitos psicanalíticos, principalmente aqueles relacionados ao inconsciente ou se seria necessário criar outros instrumentos teóricos. Em outras palavras seria: é legítimo estender o campo psicanalítico ao campo grupal? Seriam os princípios organizadores fantasmáticos (inconscientes) os únicos organizadores grupais? Como articular os princípios organizadores descobertos pela psicanálise com os de outras disciplinas? A elucidação dessa discussão sofreu as marcas das lutas pela hegemonia do campo intelectual, onde a psicanálise devido ao seu prestígio exerce certa pressão; conforme a Psicologia Social de Pichon-Rivière, que embora mantenha conceitos da Psicanálise integra outros referenciais, entre eles o mais fundamental é o materialismo histórico e dialético, no que ficou chamado de “epistemologia convergente”.

O terceiro momento epistêmico busca uma integração disciplinar, evita um reducionismo: sociologismo, psicologismo, psicoanalismo típico da abordagem de *objeto discreto*, que estuda o fenômeno isolado de outras áreas do conhecimento e do seu contexto. Esse momento epistêmico enfrenta o desafio de desmontar a ficção do indivíduo, que impede pensar qualquer “plus” grupal, de um lado, e a ficção do grupo como intencionalidade, que entende o “plus” grupal como um coletivo que possui desejos e sentimentos, como uma unidade. A análise crítica de tais ficções implica numa mudança de paradigmas teóricos e numa profunda revisão de práticas grupais. Implica em perceber entre o indivíduo e o grupo numa relação dialética, e uma pluralidade de movimentos dentro do âmbito grupal.

Para a autora, outro âmbito de análise, que reproduz de certa forma esse debate, mas que é igualmente útil para uma visualização do desenvolvimento das construções teóricas sobre o grupo enquanto objeto de estudo, são as formulações apresentadas pelo espaço científico/acadêmico e aquelas oriundas do espaço ético/político.

No espaço científico/acadêmico surge como ponto central a oposição entre indivíduo e sociedade que atravessou a Psicologia, a Pedagogia e a Sociologia gerando intermináveis polêmicas que se deram em torno de duas posições doutrinárias: a tese individualista e a tese da mentalidade de grupo. A tese individualista afirma que os indivíduos constituem a única realidade acessível e que os processos psicológicos ocorrem somente nesse âmbito, o grupo então seria uma abstração. Já as teses da mentalidade de grupo afirmam que quando os seres humanos atuam e vivem em grupos surgem forças e fenômenos que seguem suas próprias leis e que não podem ser descritos em termos das propriedades dos indivíduos.

A Sociologia de Durkheim se refere ao grupo como uma entidade mental, uma individualidade psíquica uma nova índole e afirma o efeito da força social das instituições sobre os indivíduos formando uma mentalidade coletiva. Asch (1964), embora aponte para a falácia do que chamou a antropomorfização do grupo atribuindo-lhe uma direcionalidade, considera que foi o argumento possível na época contra as teses individualistas. Ou seja, o fato de se dar ao grupo uma personalidade, uma unidade de pensamento e sentimento emergiu como uma reação ao centramento no estudo do indivíduo em si mesmo como forma de compreensão da natureza humana, a idéia seria partir para a formulação do indivíduo em relação, no grupo.

Essa antinomia indivíduo/sociedade funciona até hoje como uma priori conceitual, em algumas abordagens, definindo o desenho que o pensador adota sobre os grupos. O conceito de indivíduo livre autônomo surge no iluminismo, origina o surgimento das ciências humanas, surge também no capitalismo nascente onde sustenta as práticas de livre mercado e consumo. Do outro lado no século XIX surgem às formulações marxistas e durkheimianas sobre o coletivo sobre a sociedade e a ideia de grupo só vai aparecer no século XX. Esse paradigma é hoje bastante questionado como dicotômico e emergem formulações alternativas que buscam integrar essas dimensões, são proposições teóricas das Ciências Sociais, Psicologia Social e até Biologia, alvo de controvérsias muito grandes.

No que diz respeito ao espaço ético/político a antinomia indivíduo/sociedade tem uma inscrição a partir da controvérsia Locke-Rousseau que é à base da discussão

das democracias modernas e se traduz na polêmica sobre o que deverá ser priorizado: os interesses individuais ou os coletivos? Esses pressupostos encontram-se implícitos nas distintas teorizações sobre o processo grupal, muitas vezes invisível, mas determinando o enfoque dado. De um lado poderíamos imaginar os adeptos dos modelos socialistas e de outro os que acentuam a irracionalidade dos fenômenos de massa do coletivo e sua função de ameaçar a identidade individual. Uma questão de grande interesse dos movimentos políticos ao longo da história tem sido responder à questão a respeito das condições que desenvolvem uma maior ou menor participação ou passividade do coletivo humano. É bastante atual o debate sobre as possibilidades de montagem de dispositivos grupais que gerem uma produção e gestão coletiva dos seus recursos versus dispositivos que levem à manipulação e indução das pessoas.

No plano ontológico os primeiros pensadores Kurt Lewin, Moreno e Pichon-Rivière tinham como preocupação básica a mudança social. Kurt Lewin, por exemplo, se perguntava a respeito do nazismo, como foi possível obter a adesão do povo alemão aos objetivos do III Reich de dominação e destruição dos povos considerados inferiores. Os grupos foram então inicialmente pensados como instrumentos de realização de utopias sociais. Mesmo os psicanalistas partiram do estudo da possibilidade de ajuda aos combatentes ingleses na Segunda Guerra Mundial. Sartre, cujas ideias influenciaram algumas formulações teóricas na área, ao trazer a reflexão do homem frente ao grupo e a história coletiva buscou resposta às perguntas sobre como foi possível o estalinismo. Também podem ser incluídos aqui os institucionalistas Loureau e Lapassade, que estudaram as condições de desenvolvimento de possibilidades da autogestão e da dialética instituído/instituente, como também os aportes de Guatarri sobre grupo objeto e grupo sujeito. (FERNANDEZ, 1998).

Essas formulações abrem uma perspectiva de se considerar uma relação dialética entre estrutura e ação grupal, onde na dinâmica do poder o instituído poderia ser questionado e eventualmente alterado por indivíduos articulados em grupos que colocariam em ação uma racionalidade própria e distinta. Esses seriam os grupos sujeito, os grupos instituintes. (LEMOS, 2010).

Todo esse debate nos leva à formulação da ideia dos grupos como um possível espaço de mediação entre o individual e o coletivo. René Kaes (1984) pergunta se o grupo é capaz de ajudar a pensar a categoria psicossocial e encontra proposições que definem a categoria de intermediário como um processo de redução de antagonismos, espaço de continuidade devido à existência de conflitos de forças; o intermediário associado à transformação e ao movimento; espaço estruturante e responsável pela passagem de uma estrutura a outra. O autor chama atenção que o mais importante é existir a pluralidade de perspectivas é se evitar o reducionismo das disciplinas Psicologia e Sociologia que geram as dicotomias, que o grupo deveria permitir uma mediação de níveis heterônomos.

Fernandez (1998) argumenta que só sustentando nos processos grupais a tensão entre singularidade e coletividade é que se pode pensar a dimensão subjetiva no atravessamento do desejo e da história. Em síntese, a ideia é que se possa pensar o campo grupal como um campo de problemáticas atravessado por múltiplas determinações, desejantes, históricas, institucionais, sociais, econômicas, o que geraria uma nova maneira de pensar o uno e o múltiplo e demandaria um aporte transdisciplinar e critérios epistêmicos pluralistas.

O foco no grupo como espaço de aprendizagem e transformação é concebido de forma explícita pela Psicologia Social e pela Técnica dos Grupos Operativos de Pichon-Rivière, por se tratar de uma teoria que emerge comprometida com a transformação social no contexto histórico, nas lutas dos movimentos sociais especificamente na Argentina, com a proposta de enfrentamento das contradições e dos conflitos, visualizando relações sociais capazes de gerar condições de vida emancipadoras das faculdades do homem enquanto sujeito, protagonista do seu destino. E também pelo fato de ter sido gerada com base numa epistemologia convergente agregando referenciais que vão desde a Psicanálise, com conceitos como o de mundo interno, tarefa implícita, transferência grupal, ao Interacionismo simbólico de George Mead com conceitos como de expectativas recíprocas, mútua representação interna e ao materialismo histórico e dialético de Marx, principalmente, tendo no centro uma definição de homem como ser de necessidades que se satisfazem nas relações sociais que o determinam. (LEMOS, 2010).

A Psicologia Social de Pichon permite ainda uma prática, uma vivência grupal através da técnica dos grupos operativos onde o integrante é capaz de confrontar os referenciais dados com sua experiência pessoal, sua historicidade, analisando os atravessamentos do contexto social, econômico e cultural sobre o grupo e construir um novo conhecimento num processo coletivo de aprendizagem, mudança pessoal e grupal.

Segundo Quiroga (1998) a epistemologia pichoniana quando aborda o processo de construção do conhecimento, de aprendizagem e transformação social, assemelha-se em muitas dimensões à teoria de Paulo Freire. As principais dimensões dessa convergência são: o aprender é entendido por ambos como uma relação dialética, de mutua transformação entre o homem e o mundo, onde o homem é sujeito da sua história; a práxis como eixo central do processo do conhecimento e transformação; a ideia de aprendizagem vital, ou seja, aquela que é orientada pela realidade concreta, pela cotidianidade e o pensamento crítico na relação sujeito mundo, que implica em atitude aberta na busca pelo conhecimento e transformação da realidade social e de si mesmo.

#### 4.2 PRESSUPOSTOS FUNDAMENTAIS DA PSICOLOGIA SOCIAL E DA TÉCNICA DOS GRUPOS OPERATIVOS DE PICHON-RIVIÈRE

A concepção de grupo operativo como estratégia metodológica da Psicologia Social foi formulada por Enrique Pichon-Rivière (1907-1970), um dos pioneiros da psicanálise na Argentina. A partir de uma epistemologia materialista, dialética e histórica, inaugurou uma releitura psicossocial de Freud, rompendo com o pensamento psicanalítico clássico quando questionou a teoria dos instintos por reconhecer o papel das necessidades humanas socialmente referenciadas. O autor realizou essa trajetória integrando outros aportes teóricos como a psicologia social de Kurt Lewin e George Mead (1863-1931), a teoria do conhecimento de Gaston Bachelard (1884-1962) e as contribuições dos filósofos e psicólogos franceses George Politzer e Henri Wallon (1879- 1962) que resultou na teoria e técnica dos grupos operativos ou psicologia social operativa. (VELLOSO e MEIRELES, 2000).

Pichon-Rivière (1970, p. 189 apud Fabris, 2014), destacou que sua técnica de trabalho não está centrada nos indivíduos nem na totalidade do grupo, mas “na relação que os membros do grupo mantêm com a tarefa” destacou, ainda, que a “tarefa é a marcha do grupo em direção ao seu objetivo, é um fazer-se e um fazer dialético em direção a uma finalidade, é uma práxis e uma trajetória”. Nessa perspectiva a tarefa, então, se constitui de atividades – individuais ou coletivas explícitas ou implícitas – determinadas por certas necessidades e direcionadas ao alcance de objetivos específicos predefinidos.

Para Abduch (1999, apud Bastos, 2010), cada integrante do grupo comparece com sua história pessoal consciente e inconsciente, isto é, com sua verticalidade. Na medida em que se constituem em grupo passam a compartilhar necessidades em função de objetivos comuns e criam uma nova história, a horizontalidade do grupo, que não é simplesmente a somatória de suas verticalidades, pois há uma construção coletiva resultante da interação de aspectos de sua verticalidade, gerando uma história própria, inovadora que dá ao grupo sua especificidade e identidade.

Os integrantes de um grupo vivem a experiência de estar em tarefa quando se percebem transformando um objeto e se sentem transformados por ele e pela atividade na qual intervêm. Vivenciam estar em tarefa quando percebem que “trabalham” e “se trabalham” e que uma relação transformadora e criativa se dá entre sujeitos e objetos (da tarefa). “Tarefa significa momento de encontro e processo construtivo. É uma conjunção; o momento da operação, na técnica de grupo operativo”. (PICHON-RIVIÈRE, 1964, p. 34 apud FABRIS, 2014).

A partir da década de 70, os grupos denominados operativos ganharam a atenção dos profissionais de saúde pelo seu grande potencial de aplicabilidade tornando-se uma prática cada vez mais frequente de profissionais de diferentes especialidades no campo da saúde coletiva, sendo aplicado em grupos portadores de patologias e situações específicas (gestantes, adolescentes, planejamento familiar).

Segundo David Zimerman (2007), partindo do princípio de que, virtualmente, a essência dos fenômenos grupais, é a mesma em qualquer tipo de grupo, pode-se afirmar o fato de que o que determina as óbvias diferenças entre os distintos grupos

é a finalidade para a qual eles foram criados e compostos. Por esta razão, dentro do vasto leque de aplicações da dinâmica dos grupos, propôs uma divisão genérica nos dois seguintes grandes ramos: operativos e psicoterápicos<sup>19</sup>. Cada um destes ramos, por sua vez, subdivide-se em outras ramificações. Assim, os grupos operativos - como o nome indica - visam a operar “em uma determinada tarefa, sem que haja uma precípua finalidade psicoterápica”. Eles cobrem os seguintes quatro campos:

1. *Grupos de ensino-aprendizagem*: a ideologia fundamental deste tipo de grupo é que o essencial é “aprender a aprender e o seu lema pode ser resumido na frase de que “mais importante do que encher as cabeças com conhecimentos é formar cabeças””.
2. *Institucionais*: esses grupos estão crescentemente sendo desenvolvidas em sindicatos, escolas, empresas, instituições, quartéis, etc., com a finalidade de promover uma integração entre os diferentes escalões e ideologias dos seus recursos humanos, especialmente no que diz respeito ao problema da comunicação.
3. *Comunitários*: consistem em programas voltados para a promoção da saúde mental de comunidades, podem ser grupos de crianças ou adolescentes, gestantes, pais e filhos, líderes da comunidade, etc.
4. *Terapêuticos*: tal como esta denominação sugere, os grupos operativos terapêuticos visam fundamentalmente a uma melhoria de alguma situação de patologia. Melo Filho (1997, p 188 apud Simões e Stipp, 2006, p 142) relatam que:

Só a vantagem em reunir pessoas com uma patologia comum, pois percebem melhor seus problemas quando são vistos através dos outros (a obesidade, por exemplo); aprendem a tolerar o que repudiam em si. Passam a admitir uma melhor resolução da doença, também pelo que aprenderam com os demais.

A singularidade da concepção de processo grupal da Psicologia Social de base pichoniana está na integração de conceitos psicanalíticos com conceitos do materialismo histórico e dialético de Marx. Ao definir o grupo como âmbito de

---

<sup>19</sup>Os grupos psicoterápicos, também podem ser subdivididos em quatro linhas de utilização da dinâmica grupal: 1. Acorrente psicodramática; 2. Teoria sistêmica: A melhor e mais ampla utilização prática deste tipo de psicoterapia é a terapia de família e a terapia com casais. 3. Cognitivo-comportamental: visa a três objetivos principais: uma reeducação - em nível consciente - das concepções errôneas do paciente; um treinamento de habilidades comportamentais; e uma modificação no estilo de viver. 4. Corrente psicanalítica: convergem os três princípios básicos que Freud formulou como constituindo o cerne da psicanálise: a presença das resistências, da transferência e da interpretação.

intervenção e transformação social, ao mesmo tempo, como um espaço de produção de subjetividades, a abordagem pichoniana possibilitou a aplicação de conceitos antes restritos ao âmbito individual (psicanálise) ou macro social (marxismo) no cotidiano das relações, estabelecendo a dialética entre sujeito e contexto social. Essa epistemologia convergente permite atuar em diversos contextos abordando variadas dimensões como as listadas acima.

Pichon-Rivière consegue integrar dimensões frequentemente dissociadas como: indivíduo e coletivo: mundo interno, subjetivo e estrutura social; reprodução, resistência à mudança e transformação. Toma da psicanálise seu conceito de inconsciente, seu conceito de desejo que retraduz como necessidade, não no sentido psicanalítico, mas como a necessidade que se transforma a partir da prática social que Marx postula na Ideologia alemã.

A psicanálise lhe permite pensar a eficácia das identificações vinculares inconscientes na constituição do esquema referencial subjetivo que opera como esse conjunto de experiências, conhecimentos e afetos com os quais o indivíduo pensa e faz e que lhe permite operar no mundo. A psicanálise também lhe possibilita uma compreensão acabada das vicissitudes subjetivas nos processos de mudança. Suas ideias se difundiram de forma significativa na América Latina e na Europa (Portugal e Espanha). Essa formulação e os resultados significativos obtidos em diversos campos de intervenção social motivam a sua escolha como dispositivo metodológico no presente estudo.

#### 4.3 BREVE HISTÓRICO SOBRE O AUTOR PICHON-RIVIÈRE E DA SUA OBRA

Enrique José Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista de família francesa, embora tenha nascido na Suíça (1907), imigrou com sua família para a região do Chaco na Argentina, onde conviveu com os índios guarani, uma cultura de características mágicas e animistas, tendo sido o guarani seu primeiro idioma. A sua experiência de vida foi de fundamental importância na construção da sua Psicologia Social. O contato com as comunidades indígenas, a necessidade de articular os dois universos, o europeu e o indígena, marcou a sua trajetória e influenciou a sua teoria através da incorporação da temática das diferenças, da superação dos medos e

ansiedades básicos da perda, do enfrentamento do novo, da apreensão da cultura popular como centro da vida cotidiana.

No plano teórico a sua Psicologia Social foi construída a partir da articulação de distintos campos do conhecimento. Diplomado Médico Psiquiatra assumiu os desafios da psiquiatria dinâmica, buscando os desenvolvimentos da psicanálise. A sua abordagem da doença mental baseava-se na compreensão das determinações de natureza psicossocial. Ele criticou os métodos usados na sua época que não incorporavam o sujeito em si, a relação do terapeuta com o paciente se restringia a prescrição médica. Incorporou a estratégia freudiana da “cura pela fala”, mas não adotou a sua teoria dos instintos, pois considerava o homem como ser de necessidades socialmente determinadas a partir da dialética entre o seu mundo interno, subjetivo e mundo externo do seu contexto vincular, e classe social.

Em seguida Pichon tornou-se um dos psicanalistas mais importantes da Argentina. Foi um dos fundadores da primeira Associação de Psicanálise da Argentina (APA), da qual foi presidente, para em seguida romper com a mesma e criar a primeira Escola de Psicologia Social. A sua psicologia social foi denominada “Psicologia do cotidiano” em função de propor a compreensão do sujeito na prática, no contexto, na realidade social em que se insere.

No Hospital Psiquiátrico de Las Mercedes em Buenos Aires iniciou a construção da técnica dos grupos operativos. Ao assumir o setor de recepção dos pacientes percebeu que a forma de tratamento dos doentes não contribuía para o seu diagnóstico e tratamento, como também percebeu um desconhecimento sobre a doença mental por parte dos enfermeiros. Foi aí que Pichon criou o primeiro grupo operativo de aprendizagem, tendo como tarefa o aprendizado sobre as doenças mentais e sobre a forma de relacionamento com os pacientes. Nesse processo é que ele começou a pensar e perceber que quando as pessoas estão aprendendo existe um processo psicológico que precisa ser apropriado, que está relacionado com o âmbito grupal das relações, para que a mudança aconteça, - aprender é mudar e a mudança promove a saúde, na medida em que é estabelecida uma relação dialética sujeito-mundo, uma adaptação ativa à realidade. A partir dessa e

outras experiências que se seguiram ele vai propor a passagem da psicanálise à psicologia social.

Para o autor, a estereotipia, a relação dilemática, estancada com o outro, o bloqueio no processo de aprendizagem são os fatores originários da doença mental. O fundamental na vida é o processo de aprender a aprender, num processo ativo, quando a gente consegue integrar o pensar o sentir e o agir, transformando a informação em ação, no que seria uma práxis transformadora de si e da realidade. A integração de um aparato conceitual de base plural, interdisciplinar com uma estratégia de intervenção social, conferiu à abordagem pichoniana um potencial de aplicabilidade a diferentes contextos, com distintos objetivos tendo em perspectiva a transformação dos diversos contextos sociais.

No curso de duas décadas, ao longo de sua obra, é possível visualizar a progressiva elaboração de sua posição teórica. Em 1960, Pichon-Rivière enuncia explicitamente seu Esquema Conceitual Referencial e Operativo (ECRO), publicando artigos em três volumes de sua obra denominada: "Da psicanálise à psicologia social" e que têm como subtítulos "A psiquiatria, uma nova problemática", "O processo grupal" e "O processo criador". Posteriormente publicou "Psicologia da vida cotidiana". A última produção articulada de sua psicologia Social ocorreu em 1976, em "Conversações com Enrique Pichon- Rivière" de Vicente Zito Lema. (ADAMSON, 2000). Pichon- Rivière foi um pensador moderno que pertenceu ao grupo de intelectuais vanguardistas da Argentina no início do século XX ao lado de, Jorge Luis Borges, Roberto Arlt e outros. Influenciou o pensamento científico e cultural da sua época. (ADAMSON, 2000).

#### 4.4 A NOÇÃO DE SUJEITO E O CONCEITO DE GRUPO NA PERSPECTIVA DE PICHON-RIVIÈRE.

Pichon-Rivière concebe o sujeito como um ser social, num implacável Interjogo entre o homem e o mundo. O sujeito não é só um sujeito relacionado, é mesmo tempo produzido e produtor. Não há nada nele que não resulte da interação entre indivíduos, grupos e classes. (PICHON-RIVIÈRE, 1985). A subjetividade se constitui,

então, no campo do outro. O outro como ser social está ineludivelmente no horizonte de toda experiência humana. Aqui é fundamental o conceito de vínculo, como uma estrutura complexa e multidimensional que abriga sistemas de pensamentos, afetos e modelos de ação, maneira de pensar, sentir e fazer com o outro, que constituem as primeiras sustentações do sujeito e as primeiras estruturas identificatórias que darão início à realidade psíquica da criança. O sujeito da psicologia social de Enrique Pichon-Rivière é esse sujeito descentrado, intersubjetivo, que se produz no encontro ou desencontro com o outro. (LEMOS, 2010).

Pichon-Rivière pensa o sujeito em termos de sistema aberto. É um sujeito situado e situado, que está contextualizado, não é uma abstração. É um sujeito histórico, no sentido de que sua subjetividade é configurada num espaço e num momento histórico social específico que lhe outorgam um universo de possibilidades.

O sujeito é também um ser de necessidades constituídas socialmente pela família, pela classe social e em última instância pelo contexto socioeconômico. A constelação básica que está na base da constituição das relações humanas é exatamente a busca da satisfação dessas necessidades. Para isso torna-se necessário entrar em contato com o outro identificando aquelas que são comuns e complementares, mas é, também, o campo do conflito entre a perspectiva individual e a coletiva e o âmbito principal é o contexto dos pequenos grupos. Essa concepção de sujeito resgata o ser humano enquanto ser produtor, criador, protagonista da sua história e dos grupos sociais aos quais pertence.

A concepção de grupo se configurou para Pichon-Rivière durante a sua trajetória acadêmica e de vida em geral, como um âmbito importante de aprendizagem e mudança uma vez que é no grupo que a individualidade pode ser exercida, que o sujeito se institui e é através dele que o indivíduo pode ter acesso a um coletivo maior através do processo de comunicação. O autor conceitua grupo da seguinte maneira:

Conjunto restrito de pessoas, interagindo em constantes de tempo e espaço e articuladas por suas mútuas representações internas, que se propõem a realizarem de forma explícita ou implícita uma tarefa, que constitui sua finalidade, a partir da assunção e atribuição de papéis. (1991, p.20).

Essa formulação implica na dialética entre o indivíduo, sua subjetividade e a realidade externa do contexto grupal na análise da tarefa institucional a partir das necessidades dos integrantes, clareando a comunicação, enfrentando as contradições, explicitando as fantasias, de tal forma liberar a criatividade do processo de construção coletiva. (LEMOS, 2013). Nesse sentido é que Pichon-Rivière (1991) propõe três principais articuladores:

A tarefa a realizar que é composta pelo conjunto de ações para o alcance dos objetivos comuns do grupo. É a razão de ser do grupo o motivo das pessoas estarem juntas. A tarefa possui duas dimensões - explícita e implícita - estreitamente relacionadas que atuam juntas num processo dialético de mútua modificação. O nível explícito da tarefa se expressa por meio da verbalização oral ou escrita – é observável, concreto e gira em torno do objetivo comum do grupo, que pode ser traduzido em uma missão, meta, plano de ação, intenção declarada. O nível implícito da tarefa é a dimensão da subjetividade que se caracteriza pela existência de ansiedades e medos da perda do conhecido e do ataque pelo desconhecido, conflitos, sentimentos e fantasias. (LEMOS, 2013).

Os vínculos interpessoais a constituir são outro articulador da produção grupal e ocupam um lugar central na teoria de Pichon-Rivière (1991). Pichon definiu vínculo como uma estrutura complexa que inclui a interação entre sujeitos, que possuem necessidades reciprocamente significativas, através de mecanismos de comunicação e aprendizagem. Lemos (2013) refere que o vínculo se constitui no processo de interação que se desenvolve entre os integrantes de um grupo, a partir do reconhecimento da existência de necessidades comuns e complementares e da satisfação recíproca dessas necessidades numa relação de troca e de cooperação. Esse processo culmina com a mútua representação interna, ou seja, os envolvidos se tornam significativos um para o outro, adquirem uma inscrição na subjetividade.

As tramas vinculares humanas são as que sustentam nosso prolongado processo de socialização. É no contexto social, marcado pela mudança que o ser humano deve construir um marco referencial para pensar a realidade que lhe permita posicionar-se e pertencer a um campo simbólico próprio de sua cultura e da subcultura na qual está inserido. A partir de um longo processo de identificações com traços das

estruturas vinculares nas quais estamos imersos, construímos este esquema referencial que estabiliza em nós certa maneira de conceber o mundo que, se não fosse assim, emergiria em sua condição de difícil leitura e processamento da realidade.

A compreensão desse processo faz com que Pichon-Rivière visualize o sujeito em um processo permanente de dialética com o mundo, única condição para que este sujeito possa construir uma leitura adequada de sua realidade. A perda desta inter-relação dialética faz com que o marco referencial, a maneira de perceber, discriminar e operar com o mundo se torne anacrônica e, com isso, se perca a possibilidade de uma interrelação mutuamente transformadora com o meio. O fechamento sobre as próprias referências favorece o deslizamento de velhos fantasmas sobre as relações sociais do presente. É uma condição de saúde, o manter um marco referencial articulado de modo flexível, permeável e aberto a novas possibilidades. (ADAMSON, 2000).

Pichon-Rivière (1985) ressalta a necessidade de compreender a diferença do vínculo emancipador, do vínculo saudável com outros tipos de vínculos psíquicos entre o indivíduo e o grupo, ou entre o indivíduo e a instituição que podem gerar obstáculos à tarefa, mas que são característicos do processo de aprendizagem que pressupõe obstáculos epistemológicos e epistemofílicos (ligados aos afetos).

Nessa perspectiva, para o autor existem três tipos de vínculo: o vínculo de dependência ou não diferenciação que é um vínculo simbiótico, onde não existe diferença entre o indivíduo e a instituição ou grupo, há um processo de fusão, de idealização, não é possível distinguir o Eu do Outro, “todos somos um”. A consequência é a perda total de uma visão crítica sobre a realidade, não é possível enxergar individualidades e singularidades apenas, a tarefa coletiva. O outro tipo de vínculo é o da independência, que é o vínculo narcísico, onde o Eu está acima do Outro, partindo do pressuposto do autoabastecimento, da inexistência da necessidade de compartilhamento, chegando à atitude da indiferença, que também, não permite uma percepção crítica da realidade, devido ao processo de alheamento e ao excessivo autocentramento.

Finalmente, o vínculo interdependente, onde o Eu e o Outro são instâncias diferenciadas, mas intercambiáveis no sentido de que as necessidades são reciprocamente significativas, e as relações estão baseadas em mecanismos de comunicação e aprendizagem mútua. É esse tipo de vínculo que permite desenvolver a autonomia, o ser sujeito no processo, o protagonismo onde é possível, ao mesmo tempo, preservar a individualidade e articular-se coletivamente em torno das necessidades comuns e complementares.

O terceiro articulador, os papéis podem ser estabelecidos formalmente por meio da definição de cargos, das funções, das posições instituídas ou, processualmente, quando emergem no acontecer das relações grupais. Pichon-Rivière (1991) descreveu os principais papéis dinâmicos, que emergem no processo grupal e cuja identificação auxilia de forma significativa a leitura das redes de interação, dos conflitos e das estratégias de obtenção da satisfação das necessidades. São eles: porta voz; líder de tarefa; bode expiatório; sabotador e impostor.

O conceito de porta voz refere-se ao fato de que um integrante do grupo, não fala só por si, fala pelo grupo, ou por um subgrupo, traz uma temática implícita, ou seja, algo que todos percebem, mas não explicitam devido a algum tipo de obstáculo de natureza pessoal ou interpessoal. O integrante que traz a informação ou interpretação é aquele que, por sua história pessoal no grupo ou fora dele, vivencia de forma mais intensa a situação em questão, o que gera uma maior necessidade de explicitação e, nesse momento, é que ele se configura no papel de porta voz. O papel de porta voz tem uma importante função de revelar o “não dito” do processo grupal, das relações internas, que está obstaculizando a integração e o desenvolvimento da tarefa.

Quando o porta voz é aceito ele se torna um líder de tarefa, que é o papel do integrante que orienta a ação, preocupando-se em igual dimensão com os resultados e com o clima interno da equipe determinado pelo padrão das interações. É ouvido e ouve as opiniões proporcionando um espaço de fala para todos os que querem contribuir. Entretanto, o integrante no papel de porta voz nem sempre é aceito pela equipe porque, muitas vezes, o grupo não refletiu suficientemente o tema de tal forma a poder acolher a intervenção, ainda não é o momento mais adequado

de revelar determinados conteúdos, pois não há um grau de desenvolvimento adequado de compreensão coletiva que permita assumir aquela questão como própria. O integrante que trouxe o conteúdo rejeitado assume a posição de depositário dos problemas, ou seja, o papel do “problemático”, do bode-expiatório.

O sabotador é o papel oposto ao do líder de tarefa, é o responsável pela resistência à mudança, é aquele que durante a partida joga a bola fora do campo, põe a perna para que o outro caia. É fundamental para o desenvolvimento do processo grupal o desvendamento dos motivos dessa conduta, pois pode revelar os mecanismos de pressão coletiva e seus efeitos sobre um determinado integrante. O sabotador pode se apresentar na forma de um impostor, que é um tipo de sabotagem em que a verbalização e alguns comportamentos aparentam adesão e afinidade com o que está sendo proposto, mas um olhar mais demorado, uma análise mais acurada descobre atitudes de resistência e obstaculização à tarefa.

Na concepção de Pichon-Rivière (1991) inexistem juízos de valor, os papéis não podem ser qualificados como certos ou errados, precisam ser compreendidos no contexto do desenvolvimento da tarefa, dos processos de interação dos tipos de vínculos desenvolvidos, pois ajudam a identificar os obstáculos à operatividade do grupo.

#### **4.4.1 O papel do facilitador/coordenador dos grupos operativos**

O papel do facilitador de um grupo é uma variável fundamental no desenvolvimento da tarefa grupal que leva à consecução dos propósitos delineados. Atuar como facilitador de grupos significa assumir o papel de agente social de mudança, na perspectiva de uma construção coletiva, interdependente onde os integrantes do grupo se desenvolvem enquanto sujeitos do seu processo, protagonistas do seu destino. Para isso, é necessário que o facilitador também esteja em processo permanente de autoconhecimento e autodesenvolvimento, observando e aprendendo na relação com seu objeto de trabalho.

Marta Manigot (1987), em seu trabalho "La Funcion del Cordinador: su razon de ser en el grupo", lista as seguintes atribuições da tarefa do coordenador de grupo que assume o papel de facilitador:

- Articular o grupo na direção da tarefa;
- Estabelecer, manter e fomentar a comunicação;
- Detectar e assinalar obstáculos implícitos e explícitos à tarefa;
- Visualizar e contribuir para elaboração e resolução de contradições de forma dialética;
- Analisar a funcionalidade dos papéis;
- Funcionar como continente e decifrador dos emergentes do processo grupal no âmbito: da relação sujeito/grupo, da relação mundo interno/ mundo externo, da relação projeto/resistência à mudança;
- Levantar hipóteses acerca do acontecer implícito quando este esteja a serviço da resistência se configurando como obstáculo para a consecução do objetivo;
- Contribuir para o esclarecimento das fantasias e dos processos transferenciais que funcionam como obstáculo na abordagem do objeto do conhecimento;
- Identificar os momentos de aprendizagem;
- Ajudar o reconhecimento e clareamento de necessidades e objetivos comuns;
- Facilitar o processo de vinculação grupal.

O papel de facilitador pressupõe, primordialmente, a adoção de uma atitude psicológica nos termos de Pichon-Rivière (1985). O conceito de "atitude psicológica" implica na capacidade de contenção dos conteúdos de natureza agressiva e até destrutiva que surgem durante a experiência, ou seja, a capacidade de separar os conteúdos emocionais próprios dos do grupo, encontrando o que Pichon- Rivière denominou de "distância ótima".

Para isso, é necessária a opção consciente pelo trabalho com a complexa tarefa de construir uma relação de ajuda a outros seres humanos, para que seja possível o desenvolvimento da empatia solidária, ou seja, o colocar-se no lugar do outro e poder pensar e sentir como esse outro e assim descobrir os caminhos da superação

em consonância com sua singularidade. Trata-se da aceitação incondicional, num primeiro momento, da capacidade de acolhimento de forma integral, para que seja possível o estabelecimento do vínculo de interdependência.

Outra dimensão importante é a abertura e disponibilidade interna para examinar permanentemente seus referenciais, suas crenças, sua ideologia, para colocar sua “teoria implícita” entre parênteses e operar com uma escuta qualificada das teorias que emergem no grupo, desenvolvendo tolerância à frustração, ao conflito, ao processo de aprendizagem, ao tempo do outro; ao mesmo tempo em que examina as possibilidades de articulação entre as diferentes visões de mundo.

O conjunto dessas características pode parecer à configuração de um alvo inatingível, a definição de um super - homem ou de uma supermulher que não se emocionam; não reproduzem seus valores e não se envolvem. No entanto, esse perfil pode ser desenvolvido no cotidiano do trabalho com grupos, na dimensão que é possível a cada indivíduo que escolhe o exercício do papel de facilitador, a partir de sua personalidade, estilo e estágio de aprendizagem, pois o indicador da sua eficácia é a operatividade grupal.

Os facilitadores grupais enfrentam muitos obstáculos de natureza do conhecimento (epistemológicas) e de natureza afetiva (epistemofílicos) que são grandes fontes de aprendizagem. O processo grupal é complexo e a sua condução uma experiência de constante revisão de estratégia. Pichon-Rivière (1985) considera que o bom coordenador é aquele que não perde a capacidade de surpreender-se e deparar-se com o novo.

O desafio central para um facilitador de grupos é o de superar a tentação de apresentar diretamente a resposta ao problema, de mostrar o caminho no lugar de criar condições para que o outro reflita e descubra. No contexto onde o modelo socioeconômico impõe a centralidade do mercado e do consumo, regulando todas as dimensões da existência, valorizando as receitas prontas, imediatas e descartáveis, a diretividade e a imposição são os estilos mais frequentemente adotados. A busca do facilitador é pelo espaço para integrar a reflexão e o sentimento à ação, que emprestam densidade e efetividade à crítica, no sentido de

tornar a relação humanizada, ética e solidária, na perspectiva da construção de alternativas sociais contra- hegemônicas.

#### 4.5 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NOS GRUPOS

Identificar o significado e os significantes do processo comunicativo é uma das tarefas principais da aplicação da técnica dos grupos operativos que funciona basicamente pelo processo de interação verbal. Interpretar a comunicação permite relacionar, por exemplo, as discordâncias e distorções com o grau de ameaça percebido nas mensagens, pelo nível de tensão e ansiedade do contexto, pela dinâmica do poder em que ocorre a comunicação. O grupo operativo trabalha no sentido de por em comunhão ideias, sentimentos, fantasias e necessidades, de tornar comum, encontrar um código unificador, o que difere de concordar, podendo haver comunicação na discordância e até no silêncio.

Watzlavick (1995) considera que toda conduta tem um valor de mensagem para o outro, que atribui um significado, e a partir daí está constituída uma comunicação, que poderá ser bem ou mal interpretada, mas a mensagem existe. O que podemos questionar é a fidelidade da comunicação, a coerência entre a intencionalidade de quem emite a mensagem e a sua forma de expressão e a disponibilidade interna do receptor. As mensagens confusas, em geral, caracterizam-se por serem incompletas, como por exemplo: “[...] é necessário conscientizar [...]”; ou mensagens vagas, impessoais: “tem gente que também concorda, mas não fala”; ou ainda pedidos que possam tomar a forma de queixas “eu arrumo os papéis achando que vou ter cooperação e ninguém percebe”; ou ainda mensagens contraditórias, por exemplo, quando alguém diz estar bastante interessado na fala do outro, no tema em questão e não consegue parar de examinar um relatório que está à sua frente.

Marta Manigot (1992) classifica a linguagem em analógica e digital. A linguagem digital está relacionada com as palavras e a analógica com os gestos, com as expressões do rosto, com a postura corporal, com o ritmo, com a voz. É analógico porque tem analogia, é um signo, um símbolo que possui um significado praticamente universal. Se fizermos um gesto com as mãos que indica altura pode ser entendido em várias culturas como tal. Na linguagem digital a relação é

convencional, se convencionou que a palavra cadeira significa o objeto que serve para sentar, mas a palavra muda de acordo com a língua. A partir dessa perspectiva, o silêncio, o olhar para baixo, é tão eloquente quanto uma fala verborrágica, prolixa. Quando vemos uma pessoa de cabeça baixa, olhando para o chão, o corpo encolhido, podemos entender sua mensagem da seguinte forma: “não me incomodem, quero ficar só”.

Goffman (1995, apud LEMOS, 2010), descreve esse comportamento como ritual de desatenção civil. Ele considera que aprendemos na nossa vida cotidiana as condutas que devemos exibir quando queremos dizer ao outro que não queremos entrar em contato com ele. Que fazemos? Evitamos o olhar, observamos os pés, descobrimos os pés nessa situação. Não sabemos exatamente como aprendemos, mas todos nós exercitamos e é em geral bastante efetivo. Uma situação onde comumente ocorrem esses comportamentos é no início de um grupo de aprendizagem ou de trabalho, o teto, as unhas, as bolsas, os pés passam a serem alvos de atenção. O medo do desconhecido, a incerteza em relação ao processo, o receio de não ser aceito, levam a essas reações pela dificuldade de identificar o que ocorre ou de explicitar verbalmente os pensamentos.

Pichon-Rivière (1985) contribuiu para elucidar esses fenômenos quando considera que toda relação é bicorporal e tripessoal, ou seja, que existe dois corpos e três pessoas, essa terceira pessoa, esse terceiro pode ser um personagem imaginário, um fato, um desejo da nossa história que se atualiza no aqui e agora da relação, obstaculizando o processo de entendimento mútuo. Para o autor essa dinâmica tem origem nas relações familiares, no triângulo pai/mãe/filho, onde os vínculos se constituem nas vivências de gratificação e frustração, onde um dos integrantes pode configurar-se a qualquer momento no terceiro excluído.

O relacionamento interpessoal é povoado de fantasias em relação ao outro e às situações com as quais os indivíduos se envolvem no cotidiano das suas vidas. Temas como aceitação/rejeição, reconhecimento/agressão, são objetos frequentes das fantasias no grupo e constituem importante fonte de conflitos que podem obstruir a comunicação e dificultar a interação. Expectativas não declaradas, pressupostos não testados, preconceitos e cristalizações de imagens das pessoas

podem se constituir em “terceiros”. Todos esses processos fazem com que as mensagens emitidas não sejam necessariamente as recebidas, ou seja, caracterizam obstáculos na comunicação e no entendimento mútuo da conversação.

Uma das dimensões importantes relacionadas com a comunicação nos grupos é a forma como as diferenças são tratadas. Frequentemente entrar em contato com posições diferentes é interpretado como rejeição à pessoa e não à ideia. Acordo e afeto se tornam sinônimos e o desacordo é visto como rejeição, ausência de carinho e até agressão. A partir dessa perspectiva torna-se difícil trabalhar ou estar junto ao diferente, que se incluído poderia enriquecer e ampliar a visão de mundo. O exercício de lidar com o diferente é algo que acompanha o trabalho em grupo operativo, pois à medida que é possível aumentar o grau de tolerância e autorização da fala do outro e de aprender com o outro, a qualidade da rede de relações pode se ampliar e gerar crescimento para os envolvidos. (LEMOS, 2010).

Comunicar na perspectiva operativa requer uma atenção ao ser humano integral nas suas dimensões verbais e não verbais, implica no comprometimento no olhar e na escuta, na atitude de respeito ao direito do outro se expressar e contribuir para o deciframento das temáticas de interesse coletivo, mesmo que a percepção da realidade do outro possa parecer estranha ou contraditória.

#### 4. 6 APRENDIZAGEM, CRISE E MUDANÇA NOS PROCESSOS SOCIAIS E GRUPAIS

A aprendizagem, a mudança e a saúde são os resultados esperados de um grupo que atua de forma operativa. Os grupos não funcionam de forma independente, uma vez que, eles estão inseridos num determinado contexto socioeconômico que o permeia e interfere no seu padrão comunicativo e na produção de intersubjetividade dos integrantes.

Quiroga (1998) ao examinar o impacto dos processos sociais e grupais na subjetividade humana considera que existe uma relação dialética e fundante entre a ordem social e histórica que perpassa os grupos, as instituições e a subjetividade. Para a autora, a essência do psiquismo é social, o que implica numa definição de

sujeito como ser de necessidades, que só se satisfaz socialmente em relações que o determinam. É o sujeito enquanto um ser da práxis, que se constitui em sua subjetividade por uma atividade transformadora de si e da realidade, sendo emergente dos processos sociais, institucionais, grupais e vinculares e ao mesmo tempo produtores da sua vida material o que o define como criador da ordem social e do universo simbólico que é seu cenário.

Quiroga (1998) refere, ainda, que o critério de saúde estaria vinculado às características dessa relação sujeito/mundo, de tal forma que implicaria na possibilidade de uma adaptação ativa à realidade, uma ação transformadora, que tenha em conta as necessidades, condições concretas e potencialidades. Para ela a pergunta é se a ordem social produtiva, o mundo do trabalho atual favorece a aprendizagem nos grupos, o movimento do sujeito sobre o mundo, a relação recíproca de transformação, ou pelo contrário a obtura, estereotipa, gera distintas formas de passividade e fraturas entre o sujeito e a realidade.

A autora enfoca a situação de crise para melhor explicitar sua concepção. A crise se associa com ruptura, descontinuidade súbita, desestruturação de uma ordem prévia e com uma tensão extrema de contradições. A essência humana caracteriza-se pelo movimento de estruturação, desestruturação e reestruturação, por equilíbrios transitórios e lábeis, sendo, portanto, o ser humano um sujeito das crises e de suas elaborações. Entretanto, esse movimento permanente, este aspecto de “não acabado” remete contraditoriamente à necessidade de uma estrutura relativamente estável que opere como sustentação e referência. Nesse sentido é que dado que o sujeito emerge das relações sociais, institucionais e vinculares é requerido dessas instâncias uma relativa estabilidade, para que possa operar como sustentação da vida psíquica.

Entretanto, a realidade vivida hoje tem características opostas de ruptura e trânsito para uma nova ordem, não havendo apoiatura nem no velho nem no novo, o que antecipa um impacto crítico na subjetividade. Do velho emerge o medo da perda e do novo a ansiedade, a sensação de ataque por que não há clareza das alterações que serão provocadas.

O contexto social, hoje, se expressa por uma obsolescência súbita de valores, desorganização da representação do mundo, fissuras e substituições essenciais na significação de si e dos outros, aceleração da vida e autocelebração. A implicação para os indivíduos é uma perda maciça de referenciais e nesse sentido é que a crise social se transforma em crise do sujeito, o qual se vê envolvido num jogo de continuidades e descontinuidades, numa multiplicidade de fatos de difícil processamento e simbolização; aquilo em que se apoiava e o orientava, que era parte do seu ser no mundo é vivido como destruído. Emerge então a angústia que pode se transformar em pânico, em catástrofe. (QUIROGA, 1998).

Como consequências se potencializam os sentimentos de desestruturação e privação, o que constitui um severo ataque ao “eu”, pois não é possível vislumbrar um destino, não há uma proposta social de credibilidade que permita desenhar o futuro. Ao se quebrar a cotidianidade prévia essa não pode ser assumida como projeto, mas como fragmentação ameaçante. Ao atacar a identidade e a autoestima do sujeito, a desestruturação do contexto social e produtivo fere o sujeito em sua característica central: a de produtor, impedindo o movimento da busca de satisfação de suas necessidades, colocando em questão uma forma fundamental de articulação com o mundo, com o outro.

A técnica dos grupos operativos é um dispositivo de enfrentamento da crise social, do desamparo, da necessidade de alteração da forma de ver e agir no mundo, sua proposta de aprendizagem e mudança configura-se na perspectiva do aprender a aprender, que pressupõe o aprender a pensar, a integrar pensamentos, sentimentos na ação, a transformar o pensamento crítico em ação social. (LEMOS, 2013).

Aprender em grupo significa desenvolver, nos termos de Pichon-Rivière (1991), uma atitude psicológica no sentido de promover uma investigação científica dos sentidos, do processo de comunicação e das contradições enfrentadas pelos grupos. Essa aprendizagem mobiliza mudança no papel exercido, nas situações em que o integrante deixa de ser expectador e passa a ser o protagonista de sua história.

O processo de transformação na Psicologia Social de Pichon-Rivière tem na sua base o método dialético, fundante da sua concepção do vir a ser da natureza, da

sociedade e do conhecimento como um processo contraditório e de mudanças que implicam progressão quantitativa e saltos qualitativos. Pichon-Rivière não concebe o sujeito numa relação harmônica com sua realidade social, mas numa permanente relação mutuamente transformadora com o mundo, um implacável interjogo, fundamentalmente vincular e social, no qual a relação sujeito/mundo aparece como conflitiva e contraditória.

A práxis é o que permite o esquema conceitual e operativo permanecer como sistema aberto a progressivas ratificações e retificações. Pichon-Rivière sustenta que a práxis é que permite ajustar o modelo teórico, o esquema conceitual, à realidade, introduz a inteligibilidade dialética nas relações sociais e restabelece a coincidência entre representação e realidade. (ADAMSON, 2000).

Para Pichon-Rivière (1991), o processo de aprendizagem e mudança se dá em uma espiral dialética relativa aos momentos do grupo, ou seja, diante de um conteúdo que emerge a partir da interpretação e compreensão do significado é possível ocorrer um avanço qualitativo no conhecimento produzido ou não, podendo também acontecer um bloqueio, ou um conflito paralisante do processo de aprendizagem. A espiral dialética abrange o todo do processo grupal, em todas as suas dimensões como um movimento constante entre processos psíquicos internos e a construção coletiva do conhecimento, os caminhos da superação, da formulação do projeto de mudança.

A mudança nos grupos ocorre quando é possível transitar, quando a desordem é percebida como a gênese de uma nova ordem, quando é possível reinterpretar o passado, ou seja, é possível voltar com outros olhos e ressignificá-lo. É o momento onde é possível identificar o que aproveitar em cada experiência e, a partir daí, incorporar dimensões da experiência anterior ao novo, a visão do outro que nos permite ver o todo e não um fragmento da realidade. (LEMOS, 2010).

A crítica atribuída aos grupos operativos é que os mesmos terminam por se constituir em grupos terapêuticos, na medida em que trabalham as relações entre os integrantes. (LANE, 1981). Entretanto, a definição como grupo centrado na tarefa determina a centralidade dessa dimensão na proposta da técnica pichoniana, que

propõe que não há grupo sem tarefa, a qual é analisada a partir das redes vinculares e dos papéis exercidos primordialmente na perspectiva da tarefa a realizar. Entretanto, se a tarefa tiver como objetivo a cura, nesse caso será terapêutico. Por outro lado, todo processo de aprendizagem e mudança possui efeitos terapêuticos, mesmo que não seja seu objetivo central.

#### 4.7 A AVALIAÇÃO DO PROCESSO GRUPAL

A questão da operatividade grupal, o processo criador e os projetos de mudança sempre estiveram no centro da Psicologia Operativa de Pichon-Rivière, o que levou o autor a desenvolver parâmetros de avaliação do processo grupal. A esse instrumento conceitual ele denominou de vetores do cone invertido<sup>20</sup>, quais sejam: afiliação/ pertença, comunicação, cooperação, tele, aprendizagem e pertinência. A afiliação e a pertença dizem respeito ao grau de identificação dos membros do grupo entre si e com a tarefa, o primeiro relativo aos momentos iniciais e o segundo a consolidação do processo grupal. Enquanto a afiliação indica apenas uma aquiescência em pertencer ao grupo, a pertença envolve um sentimento de identificação com o grupo. A pertença possibilita a identidade, mas também contém a diferenciação. A afiliação e a pertença são indicadores básicos para o desenvolvimento dos outros processos no grupo.

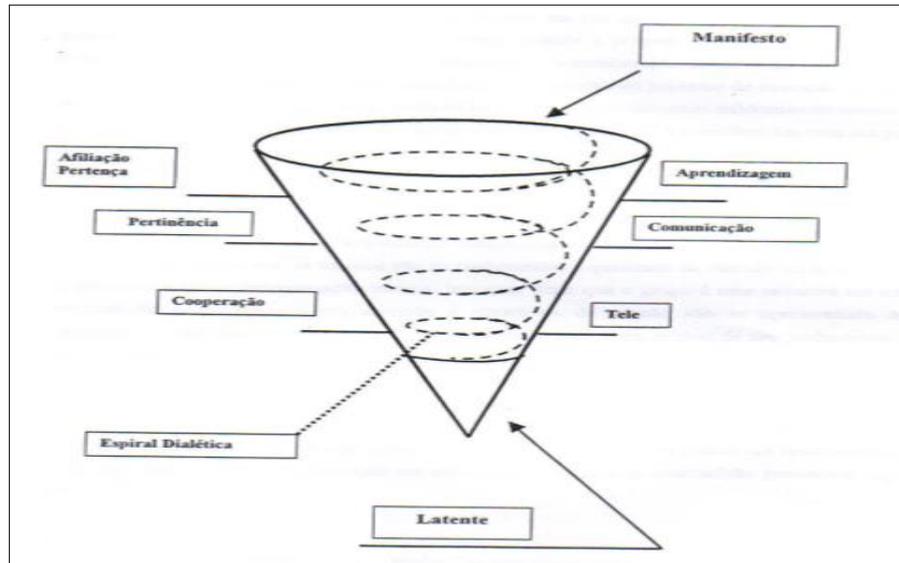
Na tentativa de um grupo articular as demandas do grupo e dos indivíduos, muitas vezes surge à competição, que pode representar um obstáculo à tarefa tornando importante a busca pela complementação dos papéis pelo processo cooperativo. A cooperação pressupõe ajuda mútua e se dá mediante o desempenho de diferentes papéis e funções. “Cooperar” não significa ausência de discordância, mas sim,

---

<sup>20</sup> O Cone Invertido (**Figura 6**) é um instrumento conceitual elaborado pelo psiquiatra argentino Pichon-Rivière, e serve para a avaliação dinâmica da conduta individual e grupal. Um dos grandes objetivos dessa ferramenta é possibilitar, por meio de seus vetores de interpretação, seis no total, a observação do caminhar grupal e dos sinais explícitos que fornecem pistas da aprendizagem grupal. A representação gráfica do cone invertido (funil) mostra que a parte superior é o meio pelo qual se acessa a uma nova situação, e onde estão os conteúdos manifestos, e na parte inferior ocorrem às fantasias latentes grupais. O movimento de espiral dialética permite que o explícito revele o implícito, isto é, as projeções, as idealizações e os medos subjacentes, possibilitando aos membros enfrentar o temor à mudança. Os vetores do lado esquerdo - afiliação e pertença, cooperação e eficácia (cumulativos) e do lado direito - comunicação, aprendizagem, telê (qualitativos).

desenvolver uma escuta capaz de integrar as diferenças. Cooperação e comunicação interligam-se e favorecem a aprendizagem.

**Figura 6** – Representação gráfica do Esquema do Cone Invertido - Processo Grupal



Fonte: (INSTITUTO DE PSICOLOGIA SOCIAL DE PORTO ALEGRE PICHON-RIVIÈRE, 2007 Apud CARDOSO, 2009).

A representação gráfica do cone invertido (funil) mostra que a sua parte superior é o meio pelo qual se acessa a uma nova situação e onde estão os conteúdos manifestos. Na parte inferior ocorrem as fantasias latentes grupais. O movimento de espiral dialética permite que o explícito revele o implícito, isto é, as projeções, as idealizações e os medos subjacentes, possibilitando aos membros a enfrentarem o temor à mudança. Os vetores do lado esquerdo: a afiliação/pertença, cooperação e eficácia (cumulativos) e do lado direito: a comunicação, aprendizagem e a telê (qualitativos).

A comunicação é um processo que leva em conta as redes de interação, identificando o sentido das falas e dos silêncios no grupo, que geram possibilidades e entraves. Envolve a compreensão e resolução dialética dos conflitos. Existem vários padrões que podem ser detectados que vão desde a não comunicação, do silêncio, à comunicação paralela em duplas, em subgrupos até de um integrante com todo o grupo, o que frequentemente configura o processo de bode-expiatório, ou de liderança da tarefa.

A aprendizagem vai além da mera incorporação de informações e pressupõe o desenvolvimento da capacidade de criar alternativas a partir de uma maior plasticidade grupal diante dos obstáculos e a criatividade para superar as contradições e mesmo integrá-las numa síntese, produzindo um novo conhecimento. A telê refere-se às relações no grupo tais como são percebidas e vividas gerando uma disposição para atuar em conjunto ou não. Essas percepções entre os membros do grupo estão vinculadas aos processos transferenciais inconscientes. Dessa forma, é que a telê aparece como produto de uma rede de transferências, podendo favorecer ou dificultar as interações no interior do grupo.

Em síntese, o que se considera é que no trabalho em grupo operativo cada um contribui com o que pode, com sua história, seu repertório de condutas, sua forma de ser. O conjunto de contribuições articuladas em relação ao objetivo é que vai produzir um novo conhecimento, uma nova possibilidade. Para isso, será necessária a valorização de cada um e o reconhecimento das limitações e possibilidades humanas frente ao conhecido e desconhecido. A fala é um importante meio de comunicação no grupo, possui uma dupla função, paralisar ou libertar. (LEMOS, 2013).

Outro indicador importante na leitura de um processo são as contradições enfrentadas pelo grupo e que precisam ser desvendadas e compreendidas, pois podem significar o motor da transformação na medida em que é possível sair dos impasses provocados pela fragmentação das percepções e pelo processo competitivo em direção a resolução dialética, a síntese.

Os conceitos centrais de teoria dos grupos operativos (tarefa, vínculo, papéis comunicação aprendizagem e mudança), o seu objetivo de transformação da visão de mundo do indivíduo e do grupo, em movimento dialético na direção das suas necessidades comuns e complementares socialmente referenciadas, indicam uma identidade com o que propõem os programas de recursos humanos do SUS ligados à gestão da educação e do trabalho, educação permanente e humanização. Nesse sentido é que foi possível visualizar a possibilidade de utilização do dispositivo da técnica dos grupos operativos na análise da tarefa de um grupo institucional recém -

implantado, com um novo papel dentro da rede de assistência do sistema de saúde  
– O NASF.

## **CAPÍTULO V– RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações sociais entre profissional/usuário e profissional/profissional mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade que exigem qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior, um imperativo, no trabalho em saúde. Em meio a tais relações, em seus questionamentos, e por meio delas é que são construídas as práticas de corresponsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades. (BRASIL, 2006).

A pesquisa foi desenvolvida na Secretaria de Saúde do município de Eunápolis-Ba, com os profissionais de saúde, integrantes dos dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família na modalidade NASF 1, implantados no município em novembro de 2009. O processo de intervenção propriamente dito foi desenvolvido em uma oficina realizada em dois dias consecutivos com duração de 16 horas onde foi aplicada a técnica dos grupos operativos de Pichon-Rivière com o objetivo de análise do processo de trabalho das duas equipes do NASF. Participaram do processo grupal desenvolvido na oficina, a coordenadora municipal do NASF e nove integrantes das duas equipes do NASF.

### **5.1 ANÁLISE DA CARACTERIZAÇÃO DOS INTEGRANTES DO NASF 1 DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE EUNÁPOLIS-BAHIA**

Na caracterização do grupo dos integrantes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) constatou-se que a equipe possui diferentes formações profissionais, é constituída por mulheres jovens na faixa etária de 28 a 40 anos, sendo que três são naturais da cidade de Eunápolis/Ba, e as demais participantes possuem naturalidades diversas tais como Jequié/Ba, Itabuna/Ba, Santa Luzia/Ba, Salvador/Ba, Belo Horizonte/MG, Vitória/ES e Colatina/ MG. Com relação ao tempo

de serviço no NASF os participantes, possuíam de oito meses a cinco anos de experiência, sendo observada que o trabalho no NASF é a primeira experiência na área de saúde para oito profissionais de seus integrantes. Dois profissionais informaram ter tido experiência em outras áreas de saúde tais como clínica privada e serviço de saúde mental (**Tabela 6**).

**Tabela 6** - Integrantes dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF1), por sexo, idade, naturalidade, Categoria profissional, tempo de experiência no Nasf, tipo de contrato de trabalho e tipo de participação no grupo operativo -Eunápolis- Bahia, 2014.

Sexo	Idade	Naturalidade	Categoria profissional	Tempo de Experiência no NASF	Outra Experiência na Saúde	Tipo de Contrato de Trabalho	Tipo de Participação
F	32 a	Belo Horizonte	Nutricionista	5 anos	Nenhuma	Nomeação	Integral
F	37 a	Eunápolis	Fisioterapeuta	5 a	Clinica Privada	Temporário	Parcial
F	28 a	Eunápolis	Fisioterapeuta	1 a 8 m	Nenhuma	Temporário	Parcial
F	28 a	Jequié	Psicóloga	10 m	Nenhuma	Temporário	Integral
F	36 a	Itabuna	Fisioterapeuta	5 a	Nenhuma	Temporário	Integral
F	28 a	Santa Luzia	Educ. Física	2 a 8 m	Nenhuma	Temporário	Integral
F	40 a	Salvador	Psicóloga	8 m	Saúde Mental	Temporário	Integral
F	28	Eunápolis	Nutricionista	1 a 9 m	Nenhuma	Temporário	Integral
F	34 a	Vitória	Fisioterapeuta	5 a	Nenhuma	Temporário	Parcial
F	34	Colatina	Farmacêutica	2 a	Nenhuma	Temporário	Integral

Fonte: CNES/SMS/ Oficina de Intervenção/Eunápolis/Ba, 2014.

Pichon-Rivière ressalta que a operatividade de um grupo está relacionada com a heterogeneidade dos seus integrantes e com a homogeneidade do investimento na tarefa. No grupo dos integrantes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), constatou-se heterogeneidade no que se refere às categorias profissionais de seus integrantes, o que a princípio poderia favorecer a integração e a interdisciplinaridade. A homogeneidade do grupo está relacionada com o gênero, são todas mulheres, adultas jovens e sem experiência anterior em saúde coletiva.

Um aspecto fundamental que resultou em interferência significativa na construção dos vínculos grupais foi o tipo de contrato de trabalho, como veremos a seguir no desenvolvimento da análise dos dados. Com exceção da coordenadora do NASF,

nomeada em cargo de confiança, todas as demais integrantes possuíam vínculos institucionais baseados em contratos temporários, sujeitos a instabilidade permanente em termos de manutenção no emprego, o que provavelmente interfere nas relações de trabalho da equipe.

Nesse sentido, Ferreira & Moura (2006), referem que o SUS e seus recursos humanos, ainda hoje, têm padecido com a crescente precarização das relações de trabalho, com a ausência de concursos públicos, com o aumento do número de servidores contratados e ainda, com a existência daqueles que trabalham sem contrato definido. Tal fato contrasta com os programas de humanização e educação permanente.

## 5.2 DESENVOLVIMENTO DA OFICINA EM GRUPO OPERATIVO COM AS EQUIPES DO NASF

A oficina foi delineada a partir do objetivo da pesquisa de analisar o processo de trabalho do NASF utilizando os princípios básicos da técnica dos grupos operativos. Para isso contemplou quatro dimensões: a primeira foi denominada de integração interpessoal, a segunda foi a de diagnóstico da tarefa institucional do NASF, dos vínculos entre os integrantes e da rede de papéis profissionais exercidos. A terceira dimensão contemplou o delineamento de um plano de ação e a quarta dimensão foi a avaliação da experiência vivida pelos integrantes do NASF, no processo grupal.

### 5.2.1 A dimensão integração interpessoal

O objetivo dessa dimensão foi o de aumentar a interação entre os sujeitos participantes da pesquisa por meio do conhecimento mútuo, criando uma condição favorável de empatia e de confiança para possibilitar a reflexão crítica/criativa, integrar o pensar, o sentir e o agir na identificação dos obstáculos ao desenvolvimento da tarefa e respectivas ações de superação.

A técnica dos grupos operativos trabalha com a hipótese de que ao fortalecer os vínculos entre os integrantes é possível facilitar o desenvolvimento da telê<sup>21</sup> e da mútua representação interna, base fundamental no desenvolvimento da tarefa.

Essa dimensão contou com as seguintes atividades: a apresentação inicial dos participantes; o levantamento de expectativas em relação à oficina; o relato de experiências pessoais de vivências em grupo e o relato da história de vida de cada integrante com ênfase na descrição da vivência no local onde nasceu e a transição para a cidade de Eunápolis.

Pichon-Rivière (1991) formulou e tomou a noção de vínculo como central no processo grupal. O autor definiu vínculo como uma estrutura complexa que inclui a interação entre sujeitos, que possuem necessidades reciprocamente significativas, através de mecanismos de comunicação e aprendizagem. Assim, quanto mais conhecemos o outro, mais somos capazes de criar um código comum de comunicação e aprendizagem e identificar as necessidades comuns e complementares. Toda vez que nos encontramos com o outro nos encontramos com nós mesmos. Encontrar o outro é dar conta de si mesmo, olhando para o outro.

### **5.2.1.1 Atividade de apresentação inicial**

Após a apresentação da facilitadora (profissional de psicologia experiente na aplicação da técnica dos grupos operativos) e da pesquisadora que ocupou o papel de observadora silente, ocorreu à apresentação do grupo, momento em que cada participante da oficina apresentou outra participante escolhida de forma aleatória.

Nessa atividade emergiu, inicialmente, uma mobilização emocional dos integrantes em decorrência das dificuldades encontradas no exercício dos seus papéis profissionais em função da falta de estrutura relacionada às condições de trabalho, o que foi expresso da seguinte maneira:

---

<sup>21</sup>Diz respeito à empatia entre os participantes do grupo, que pode ser positiva ou negativa. É o clima que se desenvolve no grupo causando sentimento de atração ou rejeição quanto à tarefa (PICHON-RIVIÈRE, 1991).

Eu amo minha profissão! (chorando) No NASF eu ainda fico meio entristecida porque não consigo realizar todas as coisas que eu desejo na minha área, porque temos dificuldade de estruturas para realizar as práticas que eu mais adoro fazer, eu amo, eu adoro essas práticas. (P 1).

É possível que essa mobilização emocional manifestada logo no início do processo grupal seja indicador da existência de tensão grupal significativa que envolve o exercício do papel profissional. Esse fato acompanhou todo o desenrolar da oficina.

Em seguida surgiu a indicação da existência de “um subgrupo” - o das novatas, ou seja, das profissionais do NASF contratadas mais recentemente pelo município, denotando uma tensão entre esse “subgrupo” e os demais integrantes do grupo, tal como fica explícito na seguinte fala da participante número seis: “[...] E agora ficaram juntas as três novatas e ninguém quis apresentar as novatas [...]”. Coincidentemente essas integrantes definidas como novatas apresentaram indisposição física e cansaço.

Dejours (1998, apud Rodrigues, Alvaro e Rondina, 2006) afirmam que as relações de trabalho, dentro das organizações, frequentemente, despojam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito, levando-o a frustrar-se com relação a suas expectativas iniciais sobre o mesmo. O que se tem no mundo do trabalho, na maioria das vezes, é a insatisfação pessoal e profissional do trabalhador pelo sofrimento humano produzido nas organizações.

Por outro lado, surgiu ainda nessa atividade a identificação com o trabalho comunitário em função de atividades profissionais desenvolvidas anteriormente e que trouxeram gratificação profissional “[...] Aí eu escolhi a comunidade porque era a minha paixão, eu já tinha ideia de hospitais nos estágios. Então eu escolhi a comunidade porque eu me identificava mais.” (P 6 ).

Houve um aprofundamento das informações sobre as pessoas, surgindo, ainda, algumas informações desconhecidas que podem ser constatadas nas falas abaixo relacionadas:

Eu só vou acrescentar que estou fazendo um curso de Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase em NASF, pela FIOCRUZ. [...] ela também está fazendo o curso de Apoio Matricial, ela é uma ótima profissional, ela

tem um currículo, já trabalhou em várias empresas, tem uma experiência. [...]. (P1).

Vixe eu não sabia. (P 6).

O papel das novas informações tem como objetivo aproximar as integrantes, mas por outro lado, revelar recursos disponíveis que o grupo poderá utilizar ou não como é o caso dos cursos feitos por alguns integrantes.

Outro aspecto importante está relacionado com a informação de que a maioria das integrantes do NASF é procedente de outras regiões e não pretende ficar no município por muito tempo. Esse fato já indica, provavelmente, um baixo nível de sentimento de pertença, de envolvimento e de motivação com a tarefa.

#### **5.2.1.2 Levantamento das expectativas do grupo em relação à oficina**

O objetivo dessa atividade foi cotejar as expectativas dos participantes com o delineamento metodológico da oficina. Surge como resposta à curiosidade para conhecer a técnica dos grupos operativos e a intenção de escuta do outro durante a oficina. A curiosidade aparece, também, relacionada com o papel do facilitador grupal, uma vez que, atuam como facilitadores no NASF e ali vão ocupar o papel de integrantes, de aprendizes desse papel. Há um estranhamento com o exercício do papel de aprendiz pelo fato do grupo estar acostumado a viver o papel de facilitador, como é expresso abaixo:

Eu estou muito curiosa pra saber como vai ser. Fico pensando que a gente é quem sempre provoca a comunidade no grupo, e agora somos nós que vamos participar como os usuários [...]. Ai eu estou curiosa como vai ser eu no grupo. (P1).

[...] Ai eu estou curiosa como eu vou ser no grupo! Estou feliz, disposta a estar aqui, pra saber o que vocês vão trazer. (P2).

Eu estou como todo mundo aqui bem curioso para saber o que vai acontecer e como vai acontecer o processo. Fisicamente cansada, com sono, mas estou de corpo e alma aqui presente para ver o que vai dar. (P5).

[...] com relação à atividade eu estou com uma postura de escuta de percepção, de boa expectativa da vivência em grupo. É muito bom e prazeroso a gente sair do papel de facilitador e entrar no papel vivencial. Estou assim meio contraditória no corpo e na alma, o corpo está cansado, mas minha alma esta animada e com boa expectativa. (P 8).

O seminário foi qualificado como um espaço de relaxamento, de destensionamento em relação ao cotidiano do trabalho, a despeito de ocorrerem situações de interação entre os integrantes que ocasionaram mobilização emocional.

Emergem as questões de sobrecarga de trabalho pela superposição dos papéis exercidos e das cobranças de resultado nas diversas funções pelas UBS e pelo nível central da Secretaria municipal de saúde.

Para eu estar aqui hoje e amanhã é muito difícil e eu tive que planejar. Sair um pouco das pressões, das cobranças, Então eu estou mais tranquila aqui, sabendo que no meu retorno vou encontrar um monte de coisas atrasadas para resolver [...] o NASF, não é meu único programa. Eu coordeno também Bolsa Família, SISVAN, Academia da Saúde, Pessoas com deficiências e fora as coisas que vão surgindo dentro da secretaria que passam a ser função sendo que não é. É uma sobrecarga muito grande. Eu cumpro ordem, sou obrigada, tem dia que não tenho horário de almoço, não tenho hora para sair, reunião atrás de reunião, e tem que ir e dar conta. (P 2).

A organização e as condições de trabalho do grupo começam a ser explicitadas apontando para as características de precariedade. E como argumenta Quiroga (1998) o modelo econômico e produtivo promove uma desestruturação da vida dos indivíduos e dos grupos nas instituições submetendo a uma ordem social que atinge a sua capacidade de ser produtor da sua realidade no trabalho.

Por outro lado, contraditoriamente, a participante em questão, na sua fala, afirma que existe espaço para que os técnicos possam sugerir mudanças, tal como explica a seguir:

Essa questão do vir pronto me atrapalha e atrapalha muito a equipe, algo que a gente só recebe para executar e dessa forma, desmotiva, mas, infelizmente, tem coisas no sistema que já vem desenhado e a gente tem que respeitar [...] Vêm do Ministério da Saúde, acordos vem das Secretarias, vem do Ministério e do município, já vem desenhado e é aquilo [...] será que eu estou indo no caminho certo? Tem coisas que eu sei que a resposta não é do jeito que eu gostaria de dar a elas e nem do jeito que elas gostariam de ouvir. Mas é a forma como tem que ser dada [...] E o que dá para ser mudado eu sempre conto com apoio delas mesmo. Não tenho essa característica de chegar e é dessa forma. Eu sempre pergunto: Vocês acham o quê? O quê seria melhor? Eu sempre coloco vocês estão na prática, eu já estive. Eu não posso propor alguma coisa que no dia a dia não é real. Eu acho que a reunião que a gente tem feito mensalmente tem melhorado isso. (P- 2).

Os depoimentos acima pertencem a uma participante que coordena as atividades do NASF a nível municipal sendo perceptível o conflito vivenciado nesse papel, em que se sente pressionada para atuar numa direção dada pelas instâncias superiores para a qual não há concordância da equipe. Há uma contradição entre o papel prescrito e a percepção do papel a ser assumido.

Os papéis no grupo representam um importante articulador na medida em que acionam ou dificultam o desenvolvimento da tarefa. A operatividade está relacionada com um padrão cooperativo de atuação onde é possível construir uma rede de complementaridade, que para existir precisa de concordância dos atores sociais envolvidos. (PICHON-RIVIÈRE, 1985).

Em seguida foi feito um levantamento dos temas que o grupo gostaria de desenvolver durante a oficina. Os participantes manifestaram interesses em trabalharem os seguintes temas no processo grupal: Trabalhar em equipe (P2); Discutir relações interpessoais e processo vincular (P3); Discutir sobre os papéis institucionais do NASF de cada categoria profissional individualmente (P6); falar sobre a importância do compromisso no desenvolvimento do processo de trabalho (P7) e discutir sobre o processo de construção da identidade profissional com a tarefa/missão do NASF. (P8).

Os temas (trabalhar em equipe, relações interpessoais e processo vincular, papéis institucionais do NASF, identidade profissional com a tarefa e compromisso no desenvolvimento do processo de trabalho) estão diretamente relacionados aos articuladores centrais do grupo operativo propostos por Pichon- Rivière (1991), que são: a tarefa a realizar; os vínculos interpessoais a constituir e os papéis a exercer. Sendo que o compromisso é o resultado da operatividade grupal possibilitada pela presença dessas três dimensões funcionando de forma integrada.

Por fim foi identificado o tipo de interação considerada como inadequada pelas integrantes no transcorrer da oficina. Surge, principalmente, o temor aos conflitos; à falta de respeito e a necessidade de aceitação das diferenças, como explicitado a seguir:

O que eu gostaria que não acontecesse aqui, no momento que estivéssemos cansadas, no conflito ou não, na discordância ou não, é que não deixássemos o cansaço, a preocupação, as coisas de lá de fora, interferir nesse momento aqui. Eu acredito que esse momento vai ser de crescimento para nós, como pessoa e como profissionais, têm muita coisa para vivenciarmos em pouco tempo. Mas que a gente pudesse aproveitar o máximo esse momento e não deixasse que essas pequenas coisas impedissem que a gente evoluísse no nosso trabalho para gente aproveitar mesmo. (P1).

Conflitos – discussão – inflexibilidade, não respeitar o ponto de vista do outro. (P 2).

Discordar do que o outro falou, mas não entrar em conflito/ intolerância. (P6).

O que eu gostaria que acontecesse aqui é que cada um pudesse saber ouvir e saber que o outro é diferente, aceitando a diferença. (P8).

Há uma preocupação central do grupo com o conflito com a aceitação das diferenças que já havia sido revelada na atividade de apresentação, no momento da identificação do subgrupo das “novatas”. A aceitação das diferenças, da heterogeneidade grupal se constitui em um dos processos básicos não só na construção dos vínculos, mas, também, na interdisciplinaridade e criatividade grupal, características essenciais da proposta dos grupos operativos.

Após o levantamento das expectativas do grupo, foram apresentados os objetivos da pesquisa que se transformaram nos objetivos da oficina, enfatizando a articulação grupal em torno da tarefa, o processo de mudança e as ações, como expressos a seguir:

Então nos estamos aqui para fazer produzir uma experiência em grupo. Um grupo é centrado numa tarefa. Com a pesquisa-ação a gente vai se dando conta de como estamos trabalhando e quais são os facilitadores. É mesmo possível, pensarmos ações de superação, de desenvolvimento. Acredito também que a gente pode fazer planos de ação com aquilo que estar dando certo, e pensar em alternativas para aquelas coisas que estão sendo obstáculos da tarefa. Então, toda intervenção que um facilitador faz é em função dos objetivos, nós não vamos falar sobre qualquer coisa, não vamos sair do foco, a gente não pode perder de vista os objetivos, aquilo que nos reuniu aqui, então, todas as minhas tarefas e a de vocês estarão focadas nos objetivos, na razão de estarmos juntas aqui. (FACILITADORA DO GRUPO OPERATIVO).

Foi apresentada ao grupo, a história da construção da psicologia social e da técnica dos grupos operativos. A partir daí foi realizada uma articulação entre a proposta da oficina, a missão instituída do NASF e os conceitos de aprendizagem, adaptação ativa da realidade, resistência e mudança:

O sujeito está aprendendo quando ele se apropria, se adapta ativamente da realidade e sai da situação de alienação. Ter consciência do que estamos fazendo, nomear isso, criticar essa realidade e então transformá-la. A gente aprende tendo acesso às informações, compreendendo o seu significado e modificando em sua função. É nessa direção que pretendemos trabalhar nessa oficina. Então, Pichon refere que quando a gente encontra-se em processo de aprendizagem, em contato com as coisas que vem de fora, confrontada pela realidade externa, emergem obstáculos - resistência. Por exemplo, desestruturar uma ideia do NASF para depois reorganizar, não é fácil, até porque tem “alguém lá de cima” que diz que NASF “é isso”! Que NASF tem na cabeça de cada uma? Que NASF tem na cabeça de cada usuário, da comunidade, na cabeça de cada membro da Equipe de Saúde da Família? Então a gente desconstruir, reconstruir não é fácil, a gente pode sentir muita raiva. (FACILITADORA DO GRUPO OPERATIVO).

Uma das funções do facilitador/coordenador de grupos operativos é, por um lado, apresentar temas, denominados disparadores temáticos, porque o objetivo é que estimule a reflexão numa determinada direção auxiliada por determinados conceitos da psicologia social. Pretende também auxiliar o grupo a pensar sua situação concreta, relacionando o conteúdo trazido com os conceitos pertinentes do aparato teórico, com o objetivo de criar um novo conhecimento base para o processo de mudança.

### **5.2.2 Dimensão diagnóstica da tarefa**

O objetivo dessa etapa foi retratar a partir das percepções individuais o estágio da tarefa grupal, o processo de comunicação e o exercício dos papéis sociais. Para isso foram desenvolvidas as seguintes atividades: o relato individual de experiências pessoais de atuação em grupo e a construção coletiva da história do NASF da Secretaria Municipal de Eunápolis.

#### **5.2.2.1 Relato de experiências pessoais de atuação em grupo**

Essa atividade teve como objetivo criar condições para os integrantes construir um conceito de grupo a partir de suas vivências para em seguida cotejar com o conceito de grupo operativo de Pichon-Rivière. Nessa perspectiva, foram analisadas as percepções dos integrantes sobre as principais características que são determinantes na obtenção de resultados em grupos. A opção por essa metodologia é compatível com o conceito de Pichon-Rivière de adaptação ativa da realidade onde é previsto que o sujeito participe com o seu saber prévio, na construção da

tarefa coletiva. Essa formulação foi compartilhada por Paulo Freire (1976 apud AFONSO, 2006), que argumenta:

Assim como não é possível linguagem sem pensamento e linguagem-pensamento sem um mundo a que se referem, a palavra humana é mais que um mero vocábulo-é palavra-ação. Enquanto ato de conhecimento, a alfabetização que leva a sério o problema da linguagem deve ter como objeto também a ser desvelado às relações dos seres humanos com seu mundo.

Existe entre o grupo operativo de Pichon-Rivière e o método formulado por Paulo Freire na década de 50, uma compreensão da aprendizagem como um processo dialógico baseado na linguagem e na cultura dos sujeitos que estão em processo de aprendizagem que são desde sempre possuidores de um saber, pois são sujeitos de uma cultura, onde os processos de comunicação e seus entraves precisam ser objetos de análises. No caso de Freire essa análise revela as concepções ideológicas que reproduzem o assujeitamento do educando. No caso de Pichon, a análise inclui todos os elementos conscientes e inconscientes que perturbam no grupo a realização do seu objetivo/missão/tarefa. (PICHON RIVIÈRE, 1991, 1998; FREIRE, 1976, Apud AFONSO, 2006).

Como resultados dessa atividade emergiram relatos de experiências em comunidades carentes e a ênfase em questões como: o aprendizado da escuta qualificada, a empatia com o sofrimento, com a dor do outro, o colocar-se no lugar do outro e a compreensão desse outro. Essas percepções estão expressas nas falas abaixo:

[...] na verdade eu me apaixonei por hanseníase quando entrei no NASF, e fiz um curso sobre hanseníase [...] ai em 2012, a vigilância fez uma proposta para o NASF trabalhar com esse grupo de autocuidado em hanseníase. Mas eu quis partilhar, porque acima de qualquer coisa nesse grupo eu aprendi a ouvir mais, a ter uma escuta mais qualificada [...] eu também aprendi a ter outro olhar com relação à doença e a entender o outro [...] (P 1).

[...] era difícil você lidar diretamente com a dor do outro e a gente tinha que perceber o que incomodava mais no colega, [...] o que foi significativo para mim além da empatia foi me colocar no lugar daquele colega e do paciente também para poder sentir o que ele está percebendo. A questão do altruísmo também foi significativa, você fazer sem querer nada em troca [...] Então, naquele momento ali, eu aprendi que você faz porque quer fazer e não porque você quer que o outro faça por você. (P 6).

[...] a gente pode trabalhar de uma forma muito participativa, a gente construiu junto muita coisa [...] cada um tinha experiência com aquele

conteúdo de diferentes formas, então foi um trabalho de construção e foi um trabalho muito prazeroso, também, apesar da dureza do conteúdo que a gente lidava diariamente: a violência, sofrimento, coisa assim muito terrível e com crianças e adolescentes. (P 8).

Surgiu a satisfação por contribuir com a melhoria da saúde do outro e o comportamento ético, conforme o seguinte relato:

A gente saber que contribuiu com esse outro para ele se sentir melhor e voltar ao mercado de trabalho foi maravilhoso [...] Essa experiência foi significativa pra mim porque eu aprendi a ouvir mais, a compreender mais, partilhar, ser ético. (P 1).

Foi manifestada, também, nos relatos das participantes da oficina, a abertura para compreender os limites e potencialidades do outro integrante da equipe. Poder compreender as necessidades de estar ausente ou de sobrecarga de trabalho como descrito abaixo:

Então, assim, o primeiro desafio foi participar de um grupo que você não vê, você não toca, cada uma num lugar diferente [...] você não conhecia as pessoas pessoalmente, se conheciam virtualmente, não tinha um referencial de cada uma [...]. Pra mim, outro grande desafio foi entender que a gente tinha que estar aberto. Eu tinha que estar completamente aberta para ver que aquilo que a outra pessoa estava trazendo iria acrescentar de alguma forma, mesmo que ela pensasse completamente diferente de mim [...]. Essa experiência foi significativa pra mim porque eu aprendi a conviver sem conhecer, sem ver, aceitar a diferença, ter dedicação, aceitar a saída de alguém, a sobrecarga. (P 2).

[...] a gente tinha contato com várias culturas, tinha pessoas de vários países de várias cidades [...] era uma diversidade imensa, a gente convivia com pessoas de todo jeito, então, isso marcou muito minha história de vida [...] a gente desenvolvia a habilidade de abrir mão, de dar-se, de ceder para o outro e de exercitar o não preconceito, o não julgamento. (P 8).

Surgiu ainda a importância do aprender a conviver em grupo respeitando as diferenças e enfrentando os conflitos, conforme expresso na fala:

Então eu e ela nos demos super bem e ela acabava tendo uns conflitos com as outras meninas e desabafava comigo, e as meninas não gostavam porque ela falava comigo e eu escutava [...]. Essa experiência foi significativa pra mim porque eu aprendi a aceitar a diferença, conviver em grupo, viver os conflitos das relações. (P3).

E a percepção de aprender a tratar o outro bem, manifestado na fala a seguir:

[...] Ela tinha uma filha com síndrome de Down de mais ou menos 30 anos, e ela não tratava muito bem a filha, aí começou a rolar muitos conflitos, aí a

gente começou a brigar com essa senhora [...]. A gente ficava com muita dó do jeito que ela tratava a filha dela, não tinha carinho, tratava de qualquer jeito [...] então o que eu tirei dessa lição foi que a gente precisa tratar o outro com um jeito melhor, aceitar também a diferença do outro, do jeito de ser de pensar de agir. (P 4).

Emergiu, ainda, o aprendizado da honestidade de se fazer valer no contexto que pressiona para uma atitude contrária, conforme o seguinte depoimento:

Muita gente falava assim: talvez esse tanto de cesta básica que você vai doar para igreja, um monte vai ficar com o pastor, tira umas pra você [...] mas eu falei que eu não queria nada [...] eu aprendi ainda mais a ser honesta com essa situação [...] independente do grupo em que eu estou, cada um tem a sua opinião [...] eu tenho que permanecer do jeito que eu sou [...]. Essa experiência foi significativa pra mim porque eu aprendi principalmente a ser honesta, a me sentir capaz, conservar minha essência, minha personalidade, meu jeito de ser apesar do meio. (P 7).

Ao lado dessas representações e reflexões surge o impacto do contato com a miséria da população que não tem o que comer e beber. O contraste com a condição de vida dos integrantes (classe média) e de seus filhos, mas que demonstra a sensibilidade, a empatia com a condição social do outro conforme relato abaixo:

[...] A gente aprende no dia a dia de trabalhar com saúde pública, a gente vê a miséria, a gente chega à casa de gente que não tem água para beber, então, assim, eu acho que isso é uma lição de vida todos os dias [...] a gente chega numa casa onde mora quinze pessoas, numa casa que só tem um quarto, né! E você chega numa casa que tem um bebezinho (chorando) e você fala meu Deus! Minha filha tem tudo e essa criança come papa de farinha, né? [...] gente eu estou com vontade de chorar, né? [...]. Então, eu acho que é assim esse trabalho, ele é muito importante! Eu pelo menos aprendo todos os dias! Visitas de extrema pobreza! Mulher parindo um filho atrás do outro todos os anos e nada acontece! No dia a dia a gente aprende com as dificuldades dos outros, a gente sente que nossa vida é perfeita e que a gente não tem de que reclamar e mesmo assim a gente reclama! Eu acho que a experiência marcante que eu estou vivendo é esta aqui. (P 5).

A seguir o grupo traz a percepção da experiência do NASF como uma tarefa que foi “jogada no colo”, expressa na fala descrita abaixo:

[...] eu acho que a experiência que eu tenho, realmente de grupo é trabalhar no NASF. Eu estou no NASF desde 2009, desde quando começou, jogaram no colo da gente! Simplesmente ligaram para a gente numa segunda: oh! Amanhã vocês vão conhecer as unidades, e vocês vão começar trabalhar, jogaram e pronto! Vocês são do NASF e vão trabalhar [...] a gente não tinha a menor ideia do que acontecia, começamos a trabalhar e com dois meses paramos, pois estava tudo errado, começamos tudo de novo, reunimos para estudar e ver como é que deveríamos fazer, e a gente foi criando e hoje está muito diferente de quando começou. (P 5).

Nas experiências relatadas anteriores a do NASF o grupo revela a incorporação de valores humanos significativos, fundamentais não só para o trabalho em grupo como também para o atendimento de comunidades carentes, demonstrando, ainda sensibilidade em relação à condição humana da pobreza comparada com a própria vida.

São reflexões fundamentais para a atuação humanizada na saúde, dimensões que a política nacional de humanização do SUS recomenda, tais como escuta qualificada entre os sujeitos, numa rede de relações sociais entre profissional/usuário e profissional/profissional mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade de modo a estabelecer interação e diálogo permanentes no processo de produção em saúde. (BRASIL, 2006).

Entretanto, essas experiências anteriores contrastam com a inserção no trabalho do NASF, onde o relato demonstra um processo precarizado, uma vez que, não houve capacitação ou orientação em relação a uma tarefa nova desconhecida institucionalmente, fato relatado como desestruturante no exercício dos papéis profissionais.

Esse quadro é agravado pela rotatividade dos integrantes gerando a dificuldade de lidar com a perda frequente das pessoas que deixam o grupo e, por outro lado, a dificuldade de integrar os novos que chegam. O desafio que o grupo se coloca é o de aprender a conviver com os que chegam conforme foi evidenciado nas falas a seguir:

As equipes estão sempre mudando! A gente se apegava as pessoas e as pessoas vão embora [...] outras que a gente não tem tantas afinidades chegam e a gente sente falta daquelas pessoas que já foram [...]. Então, eu acho que é assim, esse trabalho, ele é muito importante! Essa experiência foi significativa pra mim porque eu aprendi com as diferenças, aprendi com o dia a dia, aprendi a lidar com as perdas de amigos tão queridos e a gente perdeu contato com a distância; aprendi a gostar e a conviver com as pessoas que chegam. (P 5).

Essas dimensões do processo de mudança (perda do conhecido e ansiedade de ataque do novo) são analisadas na Psicologia Social de Pichon-Rivière como fatores fundamentais para operar a mudança. Entretanto, como afirma Quiroga (1998, apud Lemos, 2007) apesar dos indivíduos e também dos grupos possuírem a capacidade

de viverem a descontinuidade a partir das etapas da estruturação/desestruturação/reestruturação, quando esse movimento é vivido com frequência torna-se de difícil elaboração por parte das pessoas envolvidas. A autora afirma que precisamos de etapas de estabilidade para obter equilíbrio psicológico e tranquilidade para desenvolver o trabalho.

Em síntese, na análise das histórias produzidas pelo grupo emergiram com maior frequência nas percepções ligadas à razão de ser do grupo – à tarefa comum (demandas do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde). Surgiram elementos relacionados à qualidade das relações e dos vínculos (ser empático, aprender mais, partilhar, aceitar a diferença, adaptar, abrir mão, dividir). Apareceram questões relativas à dinâmica dos papéis exercidos (ética, gestão participativa, liderança, escuta, sobrecarga, dedicação, compartilhamento) e os elementos do processo de comunicação (um ouvir sensível, ouvir compreendendo, ouvir que inclui).

Esses conteúdos reforçam a proposta da existência de articuladores grupais que compreendidos e desenvolvidos através da técnica dos grupos operativos tornam-se fundantes do processo de aprendizagem e mudança, na dialética sujeito/grupo, que é a perspectiva da Psicologia Social Operativa. (LEMOS, 2010).

A partir dessas experiências anteriores ao NASF e das reflexões realizadas, o grupo apresentou um perfil que se aproxima do requerido para a tarefa institucional do NASF uma vez que a motivação para o trabalho em saúde pública, o atendimento cuidadoso, a relação de ajuda, nas experiências anteriores ao NASF, demonstram implicação com a tarefa de lidar com o processo saúde/doença, com a identidade e o papel o que ocorre segundo Lemos (2010) pela conexão da necessidade individual com a proposta da tarefa coletiva. Entretanto, em relação a essa mesma tarefa no NASF, o grupo apresentou uma mobilização emocional (expressa no choro) em função do desconhecimento do modelo de atuação, da ausência de orientação, da fragilização dos vínculos afetivos em virtude das perdas frequentes e, provavelmente, pela insegurança que essa situação gerou em todas as integrantes do NASF que possuem contratos empregatícios precários.

Helennington (2007, p 3), destaca entre outros desafios, ainda presentes, na construção do SUS que exigem mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde: “o baixo investimento em educação permanente; a precarização das relações de trabalho; o desestímulo ao trabalho em equipe e o despreparo dos profissionais para lidar com questões subjetivas que toda prática de saúde envolve”. A melhoria da qualidade da assistência e a conseqüente satisfação do usuário são resultantes do modo de gestão do trabalho desenvolvido nos serviços, cujo protagonista nesse processo é o trabalhador da saúde.

Após os depoimentos sobre suas experiências em grupo, a facilitadora da oficina, problematizou o que é ser grupo, questionando a relação entre os elementos mais significativos da construção que os participantes da oficina trouxeram “do que é ser grupo” através das histórias individuais da vivência de grupo de cada um, com a realidade vivenciada por eles no NASF. A partir dos elementos obtidos no relato das experiências de grupo a facilitadora expôs o conceito de grupo na teoria dos grupos operativos definindo, também, o conceito de vínculo e a dinâmica dos papéis, como articuladores do processo grupal.

Outro tema apresentado que gerou uma análise complementar da tarefa foi o da rede de papéis, do mecanismo de assunção e atribuição dos mesmos, o que produziu relatos sobre a competição no NASF conforme descrição a seguir:

No grupo tem aquela história de querer sobressair, ser mais do que o outro, aparecer mais do que o outro. Competir. Dentro do NASF os colegas mesmo sem ser da mesma profissão competem. (P 6).

Eu quero dizer que melhorou muito isso. Quando eu entrei no NASF tinha muita competição. Mas, eu acho que as reuniões mensais aproximaram muito mais a gente! Então eu acho que hoje a gente tem um olhar de que nós somos uma equipe. (P 1).

Emergiu que em um dos grupos, os integrantes se preocupam em criticar os horários de entrada e saída uns dos outros, sem atentar para o próprio comportamento:

Sinceramente, eu acho que uma grande qualidade que eu vejo no NASF do Juca Rosa é a parceria e o NASF Pequi não tem parceria. O Pequi tem muito isso de querer se sobressair Se preocupar muito com o que o outro está fazendo, que hora chegou ou que hora foi embora. E nem está

chegando no horário nem saindo no horário, se preocupa muito com o NASF Juca Rosa e esquece-se das outras coisas. (P 6 ).

Diante dos relatos sobre a competição no NASF, a facilitadora fez uma intervenção no sentido de estimular a reflexão sobre a clareza e cooperação dos papéis, a interação entre os profissionais e os ruídos de comunicação no contexto da organização do trabalho das equipes dos NASFs.

Existem pessoas que são muito aut centradas, narcisistas, têm certas dificuldades de cooperar porque elas são autorreferentes, eu, eu, eu, e aí o outro leva mais tempo para entrar no seu mundo e criar vínculos e, o que é vínculo? É ser eu mais você [...] às vezes os papéis profissionais competem, às vezes a gente coopera, às vezes a gente não coopera, às vezes a gente compete. Então tem alguma coisa dessa interação do NASF que precisa ser trabalhada - os ruídos de comunicação, os vínculos - [...] Analisar a qualidade dessas relações e de que forma a interação está se dando entre vocês! Não existe uma equipe ideal, existe uma equipe real. Às vezes o contexto, a organização do trabalho, a forma de fiscalização, a falta de comunicação e troca, leva a gente competir sem querer. Os próprios papéis não estão claros, um está mais sobrecarregado, outro está menos dedicado. Os papéis são articuladores de um grupo. Quando estamos trabalhando em equipe esperamos que o objetivo seja comum, que haja vínculo e relação de reciprocidade entre as pessoas, e que a dinâmica dos papéis esteja clara. O que leva uma equipe a se tornar sempre saudável, no contexto de sua atuação é o clareamento na comunicação [...] o que alimenta uma equipe é um bom processo de comunicação. (FACILITADORA DA OFICINA).

Os relatos sobre a competição interna dos integrantes e a posterior análise por parte da facilitadora demonstra o efeito da apresentação do conceito de papel no estímulo à revelação da vivência interna de competição, o efeito do disparador temático. O dispositivo metodológico principal da técnica dos grupos operativos é o de apresentar um tema relacionado com a realidade do grupo e em seguida iniciar uma reflexão das vivências concretas dos integrantes à luz dos conceitos apresentados, buscando por meio do processo dialético entre o velho e o novo, o eu grupo e a resistência do grupo, gerar um novo conhecimento e uma nova forma de ver e atuar no mundo. (LEMOS, 2010).

#### **5.2.2.2 A construção coletiva da história do NASF de Eunápolis (para quê existimos? para quem existimos e o que nos define?)**

O objetivo dessa atividade foi levantar a percepção do grupo nas dimensões objetivas e subjetivas sobre a missão/objetivo do NASF, o processo de interação dos

seus integrantes intra e Inter as equipes do NASF e, ainda, entre estas e às Equipes de Saúde da Família (ESF) às quais são vinculados e prestam apoio.

A facilitadora do grupo faz exposição teórica introdutória, relacionando os articuladores grupais (tarefa, vínculos e papéis) e o processo de mudança com a realidade concreta do NASF:

[...] A tarefa não é linear. Há momentos de estruturação, desestruturação e reestruturação e nesse processo surgem a ansiedade e os medos. Na tarefa existem aspectos explícitos e os aspectos implícitos que não são colocados na mesa e que representam um obstáculo à produtividade grupal [...]. Por isso não basta dizer para que o NASF existe! cada um precisa traduzi-lo para si e coletivamente [...] a comunicação é importante, uma vez que o NASF da minha cabeça pode não ser o NASF da cabeça do outro [...]. E no caso de uma equipe multidisciplinar fica muito mais complexo a noção de pertencimento [...] O processo vincular inclui a interação entre sujeitos, por meio de mecanismos de comunicação e aprendizagem e ocorre quando somos capazes de nos diferenciar no sentido de explicitar as nossas necessidades; preservar a nossa identidade; exercer o descentramento; entender o outro na sua necessidade e na sua diferença [...]. Os papéis articulam o indivíduo, o grupo e a organização, traz a noção de complementaridade, natureza estática e dinâmica e identidade. Possuem aspecto explícito (instituídos) e aspecto implícito (informais). O papel existe pela necessidade do grupo e se articulam, conversam e dialogam [...] Qual é o meu papel nessa tarefa frente os meus colegas, frente aos usuários? O cotidiano existe para organizar e automatizar um pouco a nossa relação com o mundo [...]. Mas Pichon disse: cuidado com o cotidiano porque ele nos aliena e ele fica muito óbvio e tudo que fica óbvio esconde alguma coisa! Então os líderes de mudanças, os líderes do trabalho, trabalham pela transformação, pela mudança, pela cura! Então é isso que a gente vai fazer nesse momento é olhar para esse óbvio que é a história do NASF. (FACILITADORA DA OFICINA).

Para desenvolvimento dessa atividade os integrantes foram divididos em três grupos sendo que o primeiro grupo trabalhou o questionamento “para quem existimos”, o segundo elaborou reflexões sobre o item “para quem existimos” e o terceiro grupo apresentou algumas reflexões críticas relacionadas ao questionamento “o que nos define”.

O primeiro resultado apresentado relaciona-se ao fato dos integrantes serem inseridos no NASF sem capacitação prévia, desconhecendo a tarefa/missão do NASF e o papel que deveriam desempenhar, como explica a participante 2 na seguinte fala:

[...] Não tivemos uma capacitação prévia sobre o NASF, então nós estudamos e o estruturamos atuando [...] O Papel institucional do NASF não era muito entendido nem pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) nem

mesmo pelas equipes dos NASFs [...], pois não tinha ninguém para nos orientar sobre o nosso papel. (P 2).

Segundo Pichon-Rivière (1991), a tarefa é a razão de ser do grupo e o motivo das pessoas estarem juntas. O conceito de tarefa pressupõe que para as pessoas se sentirem integradas no grupo, precisam sentir suas necessidades contempladas na tarefa, assim, a tarefa é um dos elementos que definem e articulam um grupo para construir e compartilhar de forma coletiva ações estratégicas para o alcance da missão/objetivo propostos. É possível que essa forma de inserção no trabalho tenha se constituído em um obstáculo ao processo de articulação interna das profissionais, dificultando a identidade com a tarefa do NASF.

Em estudo realizado por Nascimento e Oliveira (2010) à formação dos profissionais foram relatadas entre as principais dificuldades identificadas no processo de trabalho do NASF, uma vez que o processo de formação dos profissionais que não atende às necessidades do SUS, muito menos da Atenção Básica. O distanciamento dos serviços na formulação das propostas pedagógicas para formação inicial não contempla questões tão singulares como vínculo, acolhimento, escuta e o próprio trabalho em equipe, indispensáveis para a proposta do NASF.

Seguindo as diretrizes que englobam a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2014), o processo de educação permanente das equipes da atenção Básica é de responsabilidade das três esferas do governo que, em parceria, devem articular instituições, específicas, para o desenvolvimento de ações de formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que compõem à atenção básica.

O processo de implantação do NASF nos municípios inicia-se com a elaboração de um projeto (ou algo equivalente) que considere a análise do território e das necessidades identificadas a partir da percepção das equipes de AB/ESF, da população e de gestores de saúde, incluindo a definição de infraestrutura, de logística e de diretrizes para realização do processo de trabalho destes profissionais junto à Rede de Atenção à Saúde local.

O Caderno de Atenção Básica, nº 39, Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2014), define que os projetos de implantação do NASF devem contemplar, entre outros requisitos, a oferta de qualificação profissional e de educação permanente da equipe do NASF a partir de sua implantação e também na chegada de novos profissionais, incluindo conhecimentos sobre o trabalho das equipes de AB/ESF, a organização da RAS, competências para o trabalho de apoio às equipes (tais como gestão compartilhada do cuidado, trabalho em equipe multiprofissional, disposição para compartilhar e transferir tecnologias etc.) e questões relativas aos núcleos de saber de cada categoria profissional que o compõe.

Cabe destacar, entretanto, que essa recomendação não se encontra especificada na portaria 154/2008, que criou o NASF, o que pode justificar a não inclusão no projeto de implantação do NASF no município de Eunápolis-Ba, uma vez que o mesmo foi elaborado em 2009, seguindo os critérios recomendados pela portaria acima especificada.

A vinculação dos processos de educação permanente aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família pode potencializar o desenvolvimento do trabalho compartilhado e colaborativo entre as equipes do NASF e das ESF, tanto na dimensão clínico-assistencial bem como na dimensão técnico-pedagógica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas na práxis cotidiana pelos trabalhadores e contribui para que o NASF e as ESF desenvolvam trabalho integrado e colaborativo na Atenção Básica. Assim, é central que cada município demande, proponha e desenvolva ações de educação permanente que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

Outro obstáculo ao desenvolvimento da tarefa instituída para o NASF relatada pela participante 2, refere-se à dificuldade de entendimento da portaria do Ministério da Saúde que criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), no que diz respeito a sua missão junto às Equipes de Saúde da Família (ESF), momento em que questionou a palavra apoio:

[...] Nós tínhamos uma portaria do Ministério da Saúde, que criou o NASF, uma portaria muito pequena e difícil de entender. Ela falava do papel de cada profissional separadamente, mas não falava do papel do NASF como um todo, falava sobre ações de promoção e prevenção [...] falava de carga horário, tipo de profissionais que o NASF podia ter e do número de ESF que cada NASF poderia prestar apoio e atuar junto à população prestando apoio as unidades. Mas esse apoio até hoje a gente discute. [...]. (P 2).

Com relação ao papel normativo do NASF, a Portaria nº 154/GM, de 24 de Janeiro de 2008, no seu Art. 2º, estabelece que seus integrantes atuem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios, atuando diretamente no apoio às equipes de referência do cuidado no contexto da Atenção Básica (AB). Essa portaria especifica que a responsabilização compartilhada entre as equipes de referencia da AB e o NASF na comunidade prevê um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da ESF, atuando no papel de coordenação do cuidado no SUS, definindo, ainda, que o NASF deve buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF. (BRASIL, 2008).

A portaria define as ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, detalhando as ações específicas por categoria profissional de cada integrante das equipes do NASF. As ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF, estão descritas no Anexo I desta Portaria, conforme apresentadas em síntese no seguinte texto:

Em síntese, as ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF), incluem ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das ESF quanto da comunidade; de elaboração de projetos terapêuticos; de realização de visita domiciliar conjunta às equipes de Saúde da Família a partir de necessidades identificadas; de promoção da gestão integrada e da participação dos usuários nas decisões; de elaboração e divulgação de material educativo/informativo e de estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos Nasf e, ainda, o desenvolvimento de ações intersetorialidade, que se integrem a

outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico e metodológico do apoio matricial aplicado à AB. É importante ressaltar que o referencial acima citado, só foi especificado como um dispositivo de orientação do trabalho do NASF, a partir da publicação no Caderno de Atenção Básica, n. 27 - Diretrizes do NASF (2010), sendo que a Portaria 154 nº 154/GM, de 2008, embora estabeleça que integrantes do NASF atuem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios, atuando diretamente no apoio às equipes de referência do cuidado no contexto da Atenção Básica (AB), não esclarece o significado exato desse apoio. Esse processo de instruções do Ministério da Saúde sobre atuação do NASF divulgadas de forma parcial provavelmente influenciou na dificuldade de compreensão do papel e conseqüentemente na atuação dos integrantes do NASF. Além desse aspecto concorre também a complexidade do papel prescrito que envolve a proposta de atuação matricial e o papel de assessoria.

O apoio matricial significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de ESF (com perfil generalista) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes da ESF. O apoio matricial do NASF se materializa por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas das equipes da ESF e dos diferentes profissionais do NASF (BRASIL, 2014).

O Apoio Matricial é uma função gerencial que pressupõe relação horizontal, desburocratizada, e de suporte nas dimensões clínica, assistencial e técnica pedagógica na gestão do trabalho. É uma prática técnica e relacional que se consolida, sobretudo nos encontros entre as pessoas envolvidas no processo de produção do cuidado em saúde (usuários, profissionais de saúde e gestores), podendo potencializar o pensar e sentir, o interagir e o agir destes sujeitos sociais.

A descrição do papel do NASF apresentada nos documentos do Ministério da Saúde traz um detalhamento da interação dos papéis das ESFs e dos NASFs, entretanto, para além do conteúdo da tarefa em si o grande desafio são os novos e complexos papéis demandados de apoio matricial e assessoria. O exercício desses papéis exige um padrão de relacionamento interpessoal compatível em termos de pertinência, cooperação, solidariedade, entre as duas estratégias, uma vez que a uma é dada a missão de assessorar a outra e este processo só acontecerá de forma legítima quando essa outra, a assessorada visualizar essa necessidade, compreender o valor do que está sendo proposto.

O **quadro 1**, demonstra elementos importantes na diferenciação das equipes de Saúde da Família e do NASF, no apoio matricial.

**Quadro 1- Características das equipes de referência e equipes de apoio na RAS**

RAS	Equipe de Referência – Equipe de AB/SF	Equipe de Apoio – NASF
<b>Função</b>	Referência e responsabilidade pela coordenação do cuidado de determinada população.	Apoio para equipes de ESF, visando ampliar a oferta e a qualidade das ações e aumentar a resolutividade desse ponto de atenção.
<b>Definição</b>	Conjunto de profissionais inseridos na AB e considerado essencial para a condução dos problemas de saúde.	Conjunto de profissionais que oferecem retaguarda às equipes de referência conforme as necessidades de cada usuário, família, comunidade e conformação da rede de atenção e dos serviços locais.
<b>Responsabilidade</b>	Responsabilidade pela condução longitudinal de casos individuais, familiares ou comunitários.	Corresponsabilidade por usuários adscritos às equipes de AB e, ao mesmo tempo, pelas próprias ESF.
<b>Atuação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identifica a necessidade de solicitação do apoio, regulando o acesso dos usuários aos profissionais do NASF;</li> <li>– Propõe e pactua propostas terapêuticas com os profissionais de apoio;</li> <li>– Realiza ações compartilhadas com o NASF, quando acordadas;</li> <li>– Compartilha e, portanto, não transfere a responsabilidade ao profissional de apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Analisa as solicitações de apoio e identifica necessidades das equipes vinculadas a partir da relação estabelecida com elas;</li> <li>– Propõe e pactua propostas terapêuticas com a ESF, considerando a possibilidade de realização de ações compartilhadas com esses profissionais e ações específicas do NASF.</li> <li>– Realiza ações compartilhadas com a ESF e/ou ações específicas, quando acordadas (neste caso, compromete-se a manter contato com a equipe de referência sobre o caso).</li> <li>– Compartilha a responsabilidade pela condução do cuidado.</li> </ul>

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, nº 39 – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do NASF, 2014.

Outros emergentes significativos foram relatados pela participantes 1 e 2, que questionaram a ausência da especificação dos motivos da escolha das cinco categorias profissionais para composição de cada equipe do programa no projeto avaliado como bastante sucinto, elaborado pelo município para adesão ao NASF, bem como, sobre a existência de um supervisor das Unidades de Saúde da Família (USF), onde as equipes do NASF eram vinculadas, que não tinha conhecimento do que era o NASF como pode ser visto a seguir:

Existe um projeto bem sucinto, mas não sei por que escolheu ter nutricionista, fisioterapeuta no NASF. Não informa se fizeram estudos/consultas ao território. [...] a gente tinha o supervisor de unidade, mas o supervisor também não tinha conhecimento do que era o NASF, aliás, não tinha tempo de entender o que era o NASF [...]. Quando eu fui convidada para ser a coordenadora do NASF, a Atenção Básica entendeu que realmente existia a necessidade de existir alguém para cuidar do NASF. Eu sempre coloco que a gente não pode nunca perder esse lugar, pois é um referencial, ter alguém que olhe e cuide do NASF. Coordenar, mostrar o caminho, o que mudou nas diretrizes, nas normas com relação ao instituído pelo Ministério de Saúde/Secretaria de Saúde. (P 2).

E a gente está vivendo isso. Esse questionamento, o NASF foi criado assim, mas nós não estávamos no NASF quando ele foi criado, mas a gente teve acesso ao projeto e falamos baseado no que o Ministério apresenta e no que a gente acha que deveria ter sido feito, como por exemplo, trabalhar o território com relação à necessidade dos profissionais e o que de fato aumenta o cuidado, mas, talvez, em determinado lugar precise mais de nutricionista, por exemplo, do que de farmacêutico. Então a gente está vivendo isso, resignificando o NASF. Eu estou muito empolgada, achando que a gente pode melhorar muito (P 1).

Com relação à escolha dos profissionais para formação da equipe do NASF, a Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, determina que a composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações, recomendando que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental devido a incidência epidemiológica de transtornos mentais.

No diz respeito à existência de um apoiador institucional para o NASF, é recomendado, no Caderno de Atenção Básica, nº 39 – volume 1 (2014) , que no processo de implantação, sejam avaliadas entre outras a justificativa da escolha dos profissionais que serão inseridos em cada NASF bem como a definição de

apoiadores institucionais (ou funções de gestão e coordenação equivalentes) para mediar a gestão do processo de trabalho intra NASF e com as equipes apoiadas.

O apoiador institucional é de grande relevância porque vai possibilitar a mediação da integração e dos eventuais conflitos entre as equipes NASF e ESF, fator crucial para que o modelo seja aceito e implantado com sucesso. O Caderno de Atenção Básica, nº 39, sugere outras possibilidades<sup>22</sup>, que podem ser avaliadas e incluídas no processo de implantação do NASF.

Emergem, ainda, diferentes visões em relação ao cumprimento pelo Município das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, sendo questionados os espaços de atuação do NASF como também a decisão verticalizada e a dificuldade de participação da coordenação do NASF nas decisões tomadas (na articulação e priorização das ações intersetoriais) em âmbitos superiores da hierarquia da gestão municipal, como podem ser constadas no diálogo a seguir:

As coisas básicas que o MS determina, o município cumpre. Mas nem sempre a secretaria municipal obedece às normas (as diretrizes) na íntegra, altera a razão de ser. (P 6).

A secretaria segue a risca o que o MS propõe em relação às diretrizes. Existem acordos existentes entre as secretarias municipais. Por exemplo, o NASF apoiar a secretaria de educação em algumas estratégias, pois nas diretrizes do NASF, também, englobam as ações de fortalecimento do vínculo intersetorial. (P 2).

Eu questiono, pois existem outras comunidades mais carentes, necessitando do apoio do NASF, por exemplo, a zona rural que está carente de NASF [...] aí em vez de estarmos indo para a zona rural, a secretaria nos manda para a secretaria de educação para um projeto cuida bem de mim com o professor [...] aí a comunidade que é o objetivo principal na essência do NASF, fica prejudicada. (P 6).

Nem sempre temos espaço para a discussão, para participação. A proposta Cuida bem de mim, chegou pronta [...]. “Reúna os profissionais do NASF, e

---

<sup>22</sup> Definição de que o NASF, como uma equipe (papéis comuns) e diferenças (papéis específicos) e o tipo, a frequência e a duração das atividades de cada profissional do NASF em uma UBS, uma vez que integração da equipe, necessariamente, requer que todos estejam juntos o tempo todo, embora sejam necessários espaços e momentos de encontro de todos; O planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes e a equipe do NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico; condições para o deslocamento dos profissionais do NASF entre as UBS cobertas e para a realização de visitas domiciliares por meio de transporte oficial; desprecarização e qualificação do vínculo e do processo de trabalho dos profissionais do NASF englobando aspectos como o ingresso por meio de concurso ou de seleção pública; valorização da experiência profissional na Atenção Básica; valorização da formação em Saúde Coletiva, Saúde da Família ou áreas afins; inserção do NASF no plano de cargos, carreiras e salários existente no município; e garantia de condições seguras de trabalho; mecanismos de monitoramento e avaliação das ações do NASF, considerando a análise dos processos e dos resultados sob a ótica de que estão associados à dimensão assistencial do apoio matricial e às ações de suporte técnico e pedagógico.

combine uma carga horária para o projeto cuida bem de mim”. Nós estamos numa gestão que a hierarquia tem que ser respeitadíssima! Então entrei em contato com a coordenadora geral da Atenção Básica, que criou um espaço para eu conversar com o secretário de saúde, aí eu fui e coloquei para ele as diretrizes do NASF e deixei bem claro a tarefa do NASF[.]. Eu consegui falar sobre a função do NASF e que não trabalhamos com ambulatório, mas falar que o NASF não vai, eu não tenho espaço. Aí o Secretário de Saúde me disse essas palavras: “Vamos lá como um laboratório, vamos lá para acertar, o que der certo lá, pode dar certo pra gente aqui”. Então, já que a gente tem que ir vamos fazer de lá nosso laboratório! Vamos aguardar o retorno do pessoal do projeto, nem sei se eles estão com interesse, pois já tivemos uma reunião com o pessoal de lá e eles ainda não retornaram. (P 2).

É previsto no trabalho do NASF construir diálogo com diferentes pontos da atenção básica e desenvolver inúmeras ações que integrem outras políticas e ações estratégicas como educação, esporte, cultura, assistência social entre outras, no fortalecimento da promoção da saúde e da Intersetorialidade. Nesse sentido, as relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula devem ser considerados para a produção do cuidado. Sendo assim, equipe do NASF pode também desenvolver ações em parceria com as escolas apoiando as ações do Programa de Saúde na Escola e desenvolvendo ações de educação em Saúde. (BRASIL, 2014).

A oferta de condições adequadas e o papel de mediação de conflitos e impasses entre NASF e equipes de AB/SF são algumas das responsabilidades da gestão para o desenvolvimento do trabalho compartilhado entre estas equipes. Para isso é fundamental que algumas pactuações sejam realizadas, envolvendo gestão municipal e/ou apoiadores do município, profissionais do NASF e das ESF vinculadas, evitando-se a construção de ofertas de apoio que sejam consideradas irrelevantes ou secundárias pelas equipes apoiadas. Uma estratégia que pode ser utilizada para a consolidação destas pactuações é estabelecê-las em documento escrito, tornando-o acessível a todos os profissionais das equipes envolvidas, para consulta quando necessário. (BRASIL, 2013).

A título de conclusão da atividade (construção coletiva da história do NASF de Eunópolis “para que existimos; para quem existimos e o que nos define”), as respostas dos subgrupos sobre a tarefa e os papéis do NASF foram as seguintes: o primeiro grupo de trabalho argumentou que o NASF existe para orientar a

comunidade em geral, promover a promoção em saúde, esclarecer, levar conhecimento, prevenção e formar multiplicadores de informação. O segundo grupo percebeu que o NASF existe para trabalhar prevenções, apoiar a ESF, ampliar o poder de ação da promoção em saúde, tratar o indivíduo na sua integralidade, dinamizar, impactar a comunidade e as ESF, empoderar o usuário acerca de si mesmo, e de seu papel em sua saúde e da saúde da comunidade, atender continuamente.

Ao questionar para quem existe o NASF, a facilitadora utilizou como disparador temático as seguintes reflexões:

Quando eu tenho clareza da concepção (do para quê) para fazer o que (execução), são coisas importantíssimas, que vocês têm chances de criar. Nós estamos aqui para desvendar o óbvio. As nossas práticas são como? Como é que nos vamos fazer isso? Necessariamente ela vem trazendo a novidade. Vocês gostariam de praticar a utopia. Mas vocês sabem qual é a utopia? (FACILITADORA DA OFICINA).

Comparando o detalhamento das atribuições do NASF existente nas Portarias do MS e demais documentos explicativos conforme descritos acima, com as percepções dos integrantes do NASF, percebe-se que o grupo não traduziu o seu papel em ações concretas, provavelmente, pela falta de orientação inicial a respeito das atividades a serem desenvolvidas, pela falta de uma capacitação profissional e da mediação de instâncias hierárquicas superiores no sentido de promover a integração entre equipes do NASF com as ESFs. O que pode ser confirmado com as percepções das integrantes que relataram estar fazendo um curso de capacitação em Apoio Matricial e que questionaram as ferramentas propostas, mas também, qualificam o referido curso avaliando que todos os integrantes deveriam fazê-lo.

O curso que estamos fazendo, passamos justamente por isso, pensamos como o NASF foi criado estudando o caderno 39 que o Ministério da Saúde publicou agora sobre o NASF. A gente questiona, justamente, sobre esse fenômeno da gente ter que praticar três atividades que era atendimento compartilhado, projetos terapêuticos singulares e trabalhando em grupo. Grupo é o que mais a gente consegue realizar porque algumas unidades já entendem o que é grupo. Entende que a gente tem um grupo de gestantes adolescentes que precisam ter uma atenção melhor, por exemplo, porque às vezes a gestante não tem nenhuma noção, como é o caso de uma menina lá no grupo que tem dois filhos, vai fazer 14 anos, e eu fiquei assustada. Então o grupo é para você ajudar essa pessoa a entender aquele processo que ela está vivendo. (P 1).

Então quando você perguntou sobre a história do NASF, a maioria que está aqui, quando chegou e O NASF estava pronto. E quando eu comecei a fazer o curso, **eu e a colega - participante 8**, (*grifo nosso*) quando eu cheguei do primeiro encontro, **eu falei com a coordenadora municipal do NASF**, (*grifo nosso*) eu estou assim, louca para que tudo aquilo que estamos vivenciando lá a gente pudesse fazer aqui, e a gente queria que todo mundo estivesse fazendo o curso. Por quê? Porque o curso é justamente isso que você falou hoje pela manhã: A gente tem que desestruturar para reestruturar. E esse é o nosso desejo. Tudo que estamos vivendo lá, trazemos para a nossa coordenadora ver o que podemos implementar aqui. (P 1).

Andrade e et al (2012), utilizando-se de técnicas de entrevista individual (EI) e de grupo focal, realizou uma pesquisa com 37 equipes de Saúde da Família e 15 equipes de NASF, com objetivo de analisar a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde, no interior do Estado de Santa Catarina. As questões norteadoras foram desenvolvidas sobre os eixos fundamentais do NASF e as atividades cotidianas da equipe ESF. Emergiram considerações relacionadas à falta de clareza sobre as funções e funcionamento; o trabalho isolado com séria fragmentação; a deficiência na formação profissional desde a graduação para a atuação no serviço público de saúde, e a carência de educação permanente, a qual compromete o embasamento teórico para trabalhar temas específicos de maneira mais eficaz e eficiente além de garantir a prática do preconizado pelo NASF.

O Ministério da Saúde lançou algumas ferramentas/estratégias (atendimentos compartilhados, projetos terapêuticos singulares e trabalho de grupo) das quais os profissionais do NASF podem lançar mão para colocar em prática o apoio matricial (ANEXO E). Trata-se de ferramentas e modos de atuar transversais, não específicos de ocupação alguma do NASF, embora possa estar mais próximo de determinadas ocupações e profissões. Essas ferramentas, com as práticas específicas por núcleo ou área de atuação, indicam um escopo possível de atuações e práticas do NASF e ajudam as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família (principal referência longitudinal para os usuários) a incorporarem conhecimentos ou desenvolverem capacidades para lidar com os casos e situações. (BRASIL, 2004).

Após o debate e a reflexão desenvolvida sobre as atribuições do NASF a partir das intervenções da facilitadora foi possível identificar projetos a realizar e projetos em fase de realização, ou seja, aos poucos o grupo vai saindo da queixa para visualização da ação. Como não havia, ainda, surgido propostas claras, projetos de

ações de apoio do NASF aos ESF a serem desenvolvidas a fim de avançar na relação institucional a facilitadora entrevistou com o objetivo de estimular essa reflexão:

Vocês têm um papel, o papel tem uma função social. A função de vocês de apoio à equipe de Saúde da Família diz que existe na função da ESF que precisa de apoio de vocês. Como é que vocês trabalham com o conceito necessidades? (FACILITADORA DA OFICINA).

Todas participantes responderam o questionamento acima da facilitadora informando que: “[...] A maioria dos integrantes das ESFs não aceita o NASF, sendo que a resistência maior é dos enfermeiros, que consideram que é mais serviço na unidade, que é mais trabalho [...]”.

Emerge no discurso da facilitadora da oficina, uma avaliação crítica do papel do enfermeiro, como pode ser constatado na fala abaixo descrita:

Será que vocês não estão dando mais trabalho, em vez de apoiar? Muitas vezes, a equipe ajuda a não entender o que é apoio matricial, a equipe é sempre o enfermeiro. Na verdade o enfermeiro já incorporou que é administrador da unidade. A maior parte dos enfermeiros, eles são formados para fazer gestão daquilo que médico não faz. Os verdadeiros cuidadores são os técnicos de enfermagem. Na maioria das vezes o médico nunca está na unidade, mas o enfermeiro está. O enfermeiro é o estruturador daquela Unidade. O que é que vocês têm feito para se sentirem necessários? Como é que vocês dizem que são necessários se a ESF acha que vocês vão dar mais trabalho? Qual é o apoio que vocês estão dando a eles? (FACILITADORA DA OFICINA).

Essa foi uma intervenção da facilitadora, na qual se distanciou do seu papel compreensivo, não diretivo e passou a assumir um papel diretivo e de julgamento de valor, ou seja, nesse momento assumiu o papel de integrante. No lugar de fazer perguntas passou a opinar e descrever uma realidade que não era a sua era a dos integrantes.

Esse processo foi denominado de perda da distância ótima por Pichon-Rivière (1991) onde o coordenador de grupos operativos, o facilitador de processo grupal não pode nem se aproximar demasiadamente do seu objeto de análise e ajuda, porque não vê o processo, nem se distanciar excessivamente porque perde o objeto de perspectiva. Esse tipo de intervenção deve-se provavelmente à dificuldade que o grupo apresentou de se ver na relação com as ESFs de fazer uma autocrítica.

Surgiu o questionamento sobre a relatividade da concepção e as diferentes interpretações da função de apoio do NASF entre as instituições envolvidas (Ministério da Saúde, ESF e o NASF) como foi colocado a seguir:

Mas a concepção de apoio é muita relativa, o que será apoio para Ministério da Saúde, para ESF e para o NASF? Apesar dessas questões, algumas a gente colocou dentro da nossa concepção, estão todas previstas na proposta. A diversidade de profissões, de cultura e de relações de poder no Brasil eclético, Os trâmites que o NASF vai ter que percorrer dentro dessa subjetividade para alcançar os resultados vai ser uma viagem muito imensa até se transformar em resultados. Essa construção é um trabalho de formiga. (P 8).

Ao mesmo tempo em que o grupo busca esquivar-se de responder as intervenções da facilitadora no sentido de identificar de forma concreta o tipo de apoio necessário, demandado pelas ESFs aos NASFs surge o fato de que os profissionais do NASF foram convocados para uma reunião em uma das unidades de saúde do ESF, com todos os profissionais presentes, para uma avaliação do papel do NASF, o que está explicitado no depoimento:

Já que você falou de apoio, o que é mesmo o apoio do NASF? Essa semana houve uma reunião na Unidade de Saúde, uma reunião que a gente solicitou porque queríamos participar da reunião deles, mas não porque o NASF seria o tema central, mas foi. Reuniram todos: nós do NASF, o Agente Comunitário de Saúde, o porteiro, o enfermeiro, os ajudantes e os estagiários e, tipo assim: todos questionaram o NASF, o que nós achávamos do NASF e o que é que o NASF deveria fazer? E a gente teve que ouvir do Agente comunitário que o apoio que a gente dá é muito pouco porque a visita que o fisioterapeuta faz, não pode ir novamente! Então, pra que esse fisioterapeuta? O psicólogo não pode atender o nutricionista não pode atender. O Agente comunitário falou isso e o enfermeiro não rebateu. Continuaram dizendo que o trabalho que os estagiários desenvolvem é muito mais criativo que o nosso. (P 6).

O desconhecimento por parte das ESFs das possibilidades de atuação no apoio matricial, por atuar na lógica de atenção centrada na doença e em procedimentos curativos gera uma pressão para que o NASF trabalhe na lógica ambulatorial, centrada apenas na dimensão assistencial do apoio matricial. Essa pressão pode ser realizada ora pela população, ora pela própria equipe de AB, ora pela gestão. (BRASIL, 2014). Por outro lado, o apoio matricial, a atuação preventiva não é clara para os profissionais em geral o que traz ambiguidade e estranhamento no desempenho dos papéis.

É provável que a redução desta ambiguidade de papéis possa ser obtida através das reuniões de matriciamento para a pactuação das ações a serem realizadas pelo NASF, assim como para o gerenciamento conjunto das agendas dos profissionais de apoio e das equipes de ESF.

O fato de ter ocorrido uma reunião surpresa de avaliação do NASF indica um processo de competição desenvolvido pela falta de informação, treinamento e falta de promoção de um movimento de sensibilização e construção conjunta de entendimentos, expectativas e conceitos sobre o modo de operar preconizado para esta equipe, pela gestão da Atenção Básica. Uma dinâmica de poder pela posição de quem é que define o que é certo ou errado em se tratando das atribuições do NASF. Entretanto, a partir dessas reflexões é que o processo de autocrítica se inicia com o surgimento do conceito de construção conjunta conforme depoimento a seguir:

Eu acho que a palavra chave de tudo está na construção conjunta, está no matriciamento, o problema é que a gente ainda está muito engessada em nós mesma. Quando a prioridade da ação é coletiva você tem que aprender a trabalhar coletivamente, desenvolver um tipo de escuta, um tipo de olhar no qual você consiga somar, por exemplo: um determinado caso chega pra nós, o ideal é perguntar, é para quem, pois esse caso não é um caso fragmentado. Esse caso é um ser inteiro que tem vários olhares coletivos sobre ele, que podem ser somados na busca de uma solução melhor para a situação; mas não é assim que acontece ainda na prática, fica muito difícil para o enfermeiro, o ACS, o psicólogo conceberem dessa forma. Eu também estou engatinhando, conhecendo e, essa não é uma linguagem vivenciada na ESF. O NASF veio para quebrar paradigma na história da saúde, é uma oportunidade que eu vejo maravilhosa de ação e se a gente buscar sabedoria para agir a gente conseguirá trazer transformação. Não é utopia é um processo que um dia será possível de acontecer. (P 8).

Como parte dessa mesma dinâmica grupal surge à percepção, por um lado, de que é necessário explicar o que é o NASF reiteradas vezes e que mesmo assim existe incompreensão, mas por outro, existe a dúvida se o próprio NASF se apropriou do conceito de matriciamento o que se faz necessário repensar como fazer para ser compreendido, como está dito a seguir:

Nesse modelo nós não entendemos quem nós somos e o que fazemos. Sem a comunidade e também sem a Saúde Pública nos darem a devida importância as UBS também não darão. Tem enfermeiro que está aqui desde que eu entrei no NASF e veio me perguntar o que é matriciamento? E pode acontecer também que profissional de nossa própria equipe também não entenda o que é apoio matricial. Então, eu fiquei me questionando o porquê disso. Porque aqui em Eunápolis há uma rotatividade muito grande

de profissionais. Atualmente essa mudança está menor. O que entristece, é a gente repetir para as mesmas pessoas o que é o NASF e para quem o NASF existe e as pessoas nunca entenderem. Mas é justamente como a nossa colega falou: “a gente ainda está muito engessado dentro de nós mesmos”. Na comunidade toda vez que entramos em contato com pessoas novas nos apresentamos e falamos o que é o NASF e aí chega uma pessoa do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade (PMAQ) que pergunta ao usuário o que é o NASF e ele responde: NASF o que é isso! No mural tem lá o que é o NASF. Espero que a gente possa entender o nosso papel e como poderemos levar para o outro o que é o nosso papel. Que a gente possa começar a pensar, a criar, a ver possibilidades e novas formas de fazer o outro entender qual é o nosso papel. (P 6).

Esse depoimento demonstra, por um lado, que a equipe do NASF começa a perceber que o desconhecimento da sua função está provavelmente relacionado à inexistência de uma compreensão compartilhada da relação entre os papéis e da consequente construção conjunta de estratégias de apoio, por outro, é indicador do processo de mudança do grupo que começa a identificar a sua parte, a sua contribuição nas dificuldades enfrentadas.

Na perspectiva de alinhamento de expectativas e conceitos entre NASF e equipes de AB/Saúde da Família o Ministério da Saúde recomenda que no início das atividades do NASF nas UBS, a gestão municipal ou local (Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Atenção Básica) promova um movimento de sensibilização e construção conjunta de entendimentos, expectativas e conceitos sobre o modo de operar preconizado para esta equipe, considerando inclusive que a maioria dos profissionais geralmente não recebeu formação nas graduações e pós-graduações em saúde para trabalhar na lógica do apoio matricial, o que pode dificultar a prática.

Além disso, outras questões essenciais para o trabalho compartilhado são raramente aprofundadas, pouco refletindo as necessidades dos profissionais do SUS, tais como o trabalho em equipe, o vínculo e a coordenação do cuidado. Assim, a produção de sentido e significado comum para o início das ações do NASF pode, também, ser realizada em outros momentos em que se fizerem necessárias novas pactuações, promovendo o desenvolvimento do trabalho com o mínimo de equívocos por parte do NASF e das equipes vinculadas. (BRASIL, 2014).

Emergiram, ainda, questionamentos sobre as diversas orientações por parte do Ministério da Saúde (MS), a portaria que criou o NASF em 2008, a portaria de 2012

que detalhou a de 2008, e o caderno nº 39, publicado em 2014, que substituiu as orientações de 2012 conforme depoimento a seguir:

É uma coisa tão difícil que veja assim mesmo depois de 5 anos: O NASF iniciou com uma portaria que falava um pouco sobre pagamento, lá dentro era tudo maluco, eu não entendia. Em 2008, o MS lançou uma portaria que não me deu tanta base, em 2012 lançou um caderno que destrincha um pouco a portaria e agora em 2014, publicou outro, dizendo mais ou menos o seguinte: esquece aquele de lá que agora a forma de trabalho é essa. Aí o MS fala em 2012, que o NASF 1 está vinculado até a vinte ESF, agora ele fala que O NASF1 está vinculado no mínimo cinco e até nove ESF, e agora, quem a gente desvincula? Então escolhe deixar a zona rural de fora, que é de difícil acesso, mas a comunidade que mais precisa [...] por que não temos carro disponível para o trabalho na área rural. Aí a gente vincula os dois NASF ao número máximo possível de ESF [...]. Desde quando eu entrei, já está pronto o projeto da terceira equipe, porque está bem clara a necessidade do município precisar de mais uma equipe para não ficar nenhuma equipe descoberta e a equipe do NASF poder ir mais de uma vez à UBS, pois, atualmente, o NASF vai um turno por semana em cada ESF, por isso que quando o NASF entra nessa unidade, a unidade não sente o NASF como parte daquela equipe. Então precisa de uma terceira, de uma quarta, de uma quinta que seja, para o NASF passar pelo ao menos um dia inteiro naquela unidade, para entender um pouco mais até quem é a comunidade que procura aquela unidade. (P 1).

É possível que essas diversas orientações tenham contribuído na dificuldade de compreensão e internalização da tarefa do NASF se constituindo em mais um fator no conjunto de condições precarizantes do trabalho no plano macro institucional.

### **5.2.3 Dimensão diagnóstica dos vínculos**

O objetivo dessa etapa foi promover uma maior aproximação entre os integrantes, desenvolvendo uma mútua representação interna (Pichon-Rivière, 1985) a fim de aprofundar a rede vincular, de forma a criar a condição necessária para abordar as dificuldades da equipe e identificar formas de superação. Essa dimensão foi operacionalizada através de uma atividade onde cada integrante fez um relato sobre sua trajetória profissional. A noção de sujeito em Pichon-Rivière é a de um ser de necessidades que somente se satisfazem através de relações que o determinam. Na vivência com os outros os indivíduos os sujeitos se constituem por meio de uma história vincular que vai se tecendo nessa relação. Para Gayotto (1992, apud Bastos, 2010 p 164), “o circuito vincular tem direção e sentido, tendo um por que e um para quê [...], o grupo operativo é considerado como uma estrutura que

possibilita aos integrantes meios para que eles entendam como se relacionam com os outros e construam uma forma de interpretar a realidade própria de cada um”.

### 5.2.3.1 Relato da história de vida de cada integrante

A facilitadora apresenta como tema disparador do processo grupal o conceito de vínculo que é uma construção de Pichon-Rivière (1985) que o apresenta suas diversas modalidades e propõe o processo de comunicação e aprendizagem como base da construção vincular. Na atividade desenvolvida cada integrante relatou sua trajetória com ênfase na caracterização da cidade onde nasceu e no processo de migração para a cidade onde trabalha (Eunápolis-Ba).

De uma maneira geral surgiram incômodos, dificuldades com o processo migratório, percepções de perda da família e dos recursos que a cidade natal oferecia, como expressa uma integrante do grupo:

Quando eu vim para Eunápolis eu não tinha ninguém e nem parentes nessa cidade, eu vim realmente contra vontade de meu pai e na loucura mesmo. Eu não tinha nada quando cheguei aqui e passei por uns momentos difíceis e (chorando) a gente começou a trabalhar e ficamos cinco meses sem receber o primeiro salário. (P2).

Ao relatarem esse processo algumas integrantes choraram o que denota o significado, a relevância desse fator, enquanto obstáculo no processo de integração e adaptação ao trabalho na cidade de Eunápolis. É importante destacar que uma integrante além dessa vivência de perda subjetiva da cidade natal vivenciou também perdas salariais ficando cinco meses sem receber o salário.

Após os relatos individuais, a facilitadora indaga sobre os vínculos e a comunicação no NASF, e o grupo responde com a análise da relação do NASF com as ESFs. O que provavelmente denota um processo de resistência em abordar os vínculos internos no próprio grupo. A despeito de considerarem que fazem esforços de comunicação como a criação de um grupo no “whatsapp”<sup>23</sup> com todos os

---

<sup>23</sup> Rede social que permite que usuários possam compartilhar mensagens de textos, vídeos imagens, e mensagens de mídia pelo celular. A grafia certa é "What's up", é uma expressão americana que seria o mesmo que O que há? E aí? Etc. É uma aplicação multiplataformas para smartphones. (DICIONÁRIO INFORMAL ONLINE, 2015).

enfermeiros para a comunicação interna e avaliam que os enfermeiros precisam ter mais iniciativa. A participante 8, comenta, “[...] Nós vamos muito até eles, normal, mas é preciso, também, que eles venham até nós[...]”.

Aqui temos outro fato novo enfrentado pelas integrantes do NASF, a cidade de Eunápolis, e como já vimos, anteriormente, a resistência à mudança que ocorre quando indivíduos ou grupos ao enfrentarem uma nova situação são mobilizados por medos, ansiedades e pela percepção de perda do conhecido (cidade natal, família) e a vivência de uma nova realidade de trabalho e de uma nova cidade.

Na análise da relação NASF/ESF, algumas percepções são recorrentes sobre a tarefa: a de que as ESF não compreendem a função dos NASFs e que não conseguem formular suas demandas para o NASF e ainda a percepção de que os enfermeiros da ESF acham que os integrantes do NASF trabalham pouco.

Emerge, também, que a reunião entre NASF e as ESFs, quando era semanal, promovia mais condição de escuta e agora que é mensal fica difícil por envolver muitos integrantes, tal como foi explicitado pela participante 2 “[...] da última experiência que eu tive não foi nada produtiva, eu queria expor e ver a necessidade de como chegar realmente à meta que eu precisava. Eu saí de lá dizendo que preferia trabalhar com pequenos grupos [...]”. Ao mesmo tempo em que surge a informação que já estão participando de reuniões na maioria das ESFs e há também a percepção que essa prática deve ser ampliada. E a participante 6, acrescenta: “[...] Trabalhar no que eles mais precisam que é a informação, trabalhar as questões deles mesmo de estresse, do vínculo entres eles, o NASF poderia ajudar nesse sentido. Isso ajudaria na nossa vinculação com eles. Estreitar mais esse vínculo”.

Nesse estágio da espiral dialética pichoniana<sup>24</sup> o tema das demandas das ESFs retorna, é recorrente, mas com uma novidade que é a identificação de serviços a

---

<sup>24</sup>Para Pichon-Rivière (1991) o processo de aprendizagem e mudança se dá em uma espiral dialética relativa aos momentos do grupo, ou seja, diante de um conteúdo que emerge a partir da interpretação e compreensão do significado é possível ocorrer um avanço qualitativo no conhecimento produzido ou não, pode também acontecer um bloqueio, ou um conflito paralisante do processo de aprendizagem. A espiral dialética abrange o todo do processo grupal, em todas as suas dimensões como um movimento constante entre processos psíquicos internos e a construção coletiva do conhecimento, dos caminhos da superação, da formulação do projeto de mudança.

oferecer a partir da leitura das necessidades apontadas pelos profissionais das ESFs como o fornecer a informação requerida, o trabalho para reduzir o estresse e fortalecer o vínculo. Por outro lado, foi mais fácil identificar a necessidade de trabalhar o vínculo no outro grupo do que no próprio. Esse é um processo comum no desenvolvimento vincular, as necessidades de melhoria estão no outro e não no meu comportamento. (LEMOS, 2010). A ideia de responder às ESFs trazendo a informação que eles necessitam é mencionada em diversos momentos do processo, entretanto, nem o grupo nem a facilitadora buscaram explicitar de que tipo de informação se tratava. Esse é um aspecto do processo de comunicação nos grupos que, segundo Manigot (1992) deve ser observado pelo facilitador, pois há uma tendência dos grupos a trabalharem com informações vagas e uma das funções do facilitador é clarear a comunicação.

No âmbito da relação entre os NASFs emergiu a figura da coordenação municipal do NASF como importante elo entre os dois grupos, como explicita a participante 1 “[...] No processo de comunicação, NASF e NASF a comunicação flui, facilitada pela coordenação e o Whatsapp que ajuda muito [...]” e a participante 8 completa: “[...] nas reuniões entre os NASFs ela passa como foi, ela passa quais foram os interesses comuns, a gente estuda muito e isso ajuda na comunicação [...]”. O NASF Juca Rosa é visto com possuindo um “[...] bom vínculo, e o trabalho flui bem [...]” conclui a participante 7.

Surge o comentário que existe o vínculo entre os NASFs, mas que precisa ser fortalecido, que uma reunião mensal não é suficiente para o processo de vinculação e que quando programam encontros extratrabalho, a maioria das integrantes dos NASFs não participa. Consideram também que os diferentes regimes de trabalho (20, 30 horas, tempo integral) dificultam o estabelecimento desses vínculos.

É possível que o conceito de vínculo esteja sendo confundido com o de amizade, quando o que está sendo abordado é o vínculo no papel profissional em relação à tarefa grupal. Muito embora os vínculos extratrabalho tenham uma contribuição importante, não são centrais. (LEMOS, 2010).

A facilitadora utilizou a estratégia de estimular o processo de vinculação interna no grupo por meio da reflexão sobre as vivências e valores comuns desenvolvidos nas trajetórias individuais, no sentido de usá-los em benefício da articulação grupal no NASF. Ela explicita:

O que seria capaz de unir vocês? O que seria convocante para vocês? Por que é importante conhecer a necessidade de cada um, o que circula entre nós. Entre valores e práticas o que podem ser estimuladores do processo de interação? Vocês costumam saber como a outra está se sentindo quando está há quatro meses sem receber o salário? Vou chamar esse espaço de cultura, o espaço onde nasçam práticas, valores que podem ser compartilhados. Parece que o espaço é trabalho. O que o trabalho provoca em vocês? O que é trabalhar na comunidade? E nós que estamos aqui nesse mundo, quais são as nossas crenças, nossas práticas, nossos valores e como é entrar no mundo que não é o meu? (FACILITADORA DA OFICINA).

São várias perguntas que são dirigidas aos integrantes na tentativa de mostrar que os valores individuais podem servir para articular a equipe dentro e fora do trabalho. Trata-se de uma intervenção que se baseia nas histórias de vida dos integrantes onde a maioria se envolveu com experiências comunitárias e onde houve uma identificação e aprendizado. A facilitadora busca estimular o grupo a usar essas experiências no processo de vinculação no trabalho, pois se configuram como um traço comum de articulação. Entretanto não houve ressonância não foi possível para o grupo aproveitar essa intervenção a seu favor. Entretanto resulta na explicitação das dificuldades internas de comunicação e relacionamento.

É a participante 7, que desvenda o que ocorre em termos dos vínculos :

Agora vem o NASF. Estão misturados os pontos negativos e pontos positivos. Há muito ruído na comunicação, distorção e interpretação. Hostilidade, ou seja, reações, aquelas coisas assim "você chegou atrasado! Você tem alguma coisa contra mim?" Faltam compromissos, assertividade e compreensão por parte de algumas pessoas. No Juca Rosa existem alguns ruídos, mas a assertividade funciona, há entendimento. E acrescenta, no NASF Pequi, profissionais não sabem falar e não sabem ouvir, falta de união entre os colegas e a rotatividade entre os profissionais ainda é maior. A gente falou sobre isso, de pessoas saírem e entrarem, o NASF Juca Rosa não tem tanta rotatividade. (P 7).

O processo grupal de diagnose dos vínculos vai configurando uma dupla dinâmica de competição: entre os dois NASFs, simbolizadas pela percepção da existência de

um “grupo bom” e de um “grupo mau”, como também na relação NASFs/ESFs, a partir da dinâmica “Nós/eles” como fica explícito na fala da participante 1:

Na relação NASF/ESF, muitas equipes de SF nem querem criar o vínculo com o NASF. A unidade de saúde não entende qual o nosso papel, não sabe ouvir e não quer ouvir. Eles acham que o NASF vai dar mais trabalho e dizem que se não quiserem convidar o NASF, não convidam mesmo. Eles falam assim: "Vocês estão cobrando muito".(P 1).

No que diz respeito à competição entre os NASFs, o grupo busca uma explicação em termos da rotatividade do Pequi que é maior do que a do Juca Rosa, como relata a integrante a seguir:

No ano passado o NASF Pequi sofreu um grande abalo, porque a gente estava começando e a farmacêutica juntamente com a nutricionista foram demitidas. Ficamos deslocadas, em choque. Ficaram três profissionais: a fisioterapeuta que possui carga horária de 20 horas e duas profissionais de 40 horas (eu e a assistente social). Somente em janeiro 2014, as meninas voltaram. Então assim é complicado, é difícil. Eu passo pelo terror sempre! (P 9).

Em relação a essa situação de demissões e rotatividade o grupo revela sentimentos de insegurança, indiferença e desmotivação. A facilitadora indica que esses sentimentos são variáveis que quebram o vínculo embora, ao mesmo tempo, a explicitação e o diálogo sobre essas dificuldades podem fortalecê-las. A fragilização vincular no interior dos grupos dos NASF acumula diversas variáveis que podem ser relacionadas a uma superposição de dimensões determinantes da precarização da organização do trabalho, ou seja:

- Contrato de trabalho temporário gerando demissões, alta rotatividade e competição entre as equipes do NASF e das ESFs por serem esses últimos concursados;
- Implementação do modelo NASF sem a capacitação requerida e inicialmente sem coordenação;
- Recrutamento de profissionais com pouca experiência anterior na saúde coletiva;
- Inexistência por parte da gestão de atividades de preparação das equipes, de sensibilização das equipes de saúde da família para receber os NASFs;

- Inexistência de um processo de familiarização dos componentes do NASF na cidade de Eunápolis tendo em vista as dificuldades do processo migratório e
- Descontinuidade do recebimento do salário.

Jorge et al (2007) enfatizam que as políticas de saúde no Brasil na área da gestão de recursos humanos tem sido negligenciadas, verificando-se a precarização do trabalho, caracterizada pela ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, pela inserção de trabalhadores com baixa qualificação profissional, além de condições de trabalho não satisfatórias, viabilizadas pelas modalidades de contratação de pessoal com formas e vínculos não estáveis com o Estado, formas diferenciadas de remuneração, ausência de uma política de educação permanente no trabalho, entre outras. Neste contexto, a saúde vive hoje uma estrutura de trabalho geradora de muitos conflitos em função da convivência de diversos vínculos contratuais no mesmo ambiente de trabalho, o que dificulta muito o desenvolvimento coletivo da tarefa.

Entretanto, a possibilidade de explicitação dessas dificuldades enfrentadas, e da conseqüente fragilização de vínculos e do próprio eu, faz com que o grupo valorize a experiência da oficina e a condução da facilitadora enquanto o espaço que gerou as condições adequadas para a análise coletiva das dificuldades, do se ver e ver ao outro como podemos constatar na fala seguinte:

Voce falou que era importante falar a minha impressão e ouvir a do outro. E se observar isso é muito interessante, nem sempre a gente faz isso. É mais facil observar outro do que observar a si mesmo. Vou falar com a coordenadora para pedir sua vinda mais vezes.(P 6).

Essa fala já denota um ponto de inflexão onde já é possível para o grupo iniciar um outro movimento o de se ver, ao mesmo tempo em que vê o outro. Essa é uma atitude fundamental de promoção do crescimento individual e relacional no processo dos grupos operativos, básico na construção de vínculos estruturantes. (LEMOS,2010). O texto “ O diálogo” de Paulo Freire (ANEXO F), apresentado pela facilitadora, consolida essa etapa quando propõe como ideia central que é na palavra que se faz o homem.

## **5.2.4 Dimensão diagnóstica dos papéis grupais**

A facilitadora ao expor o conceito de papéis na teoria de Pichon-Rivière, enquanto o terceiro articulador grupal, exemplifica com a situação do NASF, enfatizando a necessidade de clareza do seu papel e da possibilidade de ruídos na comunicação quando esses papéis não estão claros. Também chama atenção para a necessidade de clarear a conexão entre a diversidade de papéis profissionais dentro do NASF, da clareza da relação interdisciplinar e ainda, para a emergência dos papéis que surgem no desenrolar da trama grupal e que segundo Pichon-Rivière (1991) interferem na produtividade do grupo. Essa dimensão foi operacionalizada com uma atividade de dramatização construída por subgrupos tendo como tema central a dinâmica existente entre o NASF e as ESFs. Trata-se de uma estratégia pedagógica que retrata as relações tal como ocorrem concretamente na realidade e aprofunda a compreensão, o diagnóstico e conseqüentemente auxilia no delineamento das ações necessárias.

### **5.2.4.1 Análise do cotidiano a partir da dramatização dos papéis da ESF e do NASF**

O principal resultado dessa atividade é a percepção dos integrantes do NASF relatada, com detalhes, sobre a insatisfação das ESFs com relação ao apoio dado pelo NASF. O apoio do NASF é questionado pelas ESF no sentido de que o que eles esperam não é atendido pelo NASF que, por sua vez alega que as ESF têm desconhecimento do papel do NASF. Conforme a encenação dos participantes sobre os papéis da ESF e do NASF a principal expectativa da ESF é que o NASF possa ajudar no atendimento ambulatorial e domiciliar no entanto, o NASF de uma maneira geral alega que não é o seu papel realizar atendimentos individuais, é realizar prevenção embora possa fazê-lo. As cenas trazem essa dimensão da relação entre os papéis NASF/ESFs como uma área de ambigüidade. No que diz respeito ao atendimento individual, existe a dúvida sobre o fato de ser ou não atribuição do NASF, uma vez que, no diálogo da cena dramatizada aparece um integrante do NASF com agendamento de 5 a 6 usuários numa tarde.

Ainda relacionado à zona de ambuidade dos papéis encontra-se a configuração do NASF como um serviço não característico de porta de entrada<sup>25</sup> do usuário no sistema de saúde, como explica a participante 1, no papel de nutricionista do NASF: “[...] o NASF não é porta de entrada, a gente chega lá onde o médico nunca foi e aquele paciente nunca teve acesso a uma unidade de saúde e o NASF vai atender? então isso também está complicando [...]”.

Outras zonas de ambiguidade e conflito de expectativa de papel entre NASF e ESF foram identificadas na atividade de dramatização:

- Atendimento ambulatorial e domiciliar - ou seja, a ESF espera dividir a sua carga de atendimento com o NASF que diz que o atendimento individual, de maneira geral, não é sua atribuição;
- O uso do carro no atendimento domiciliar - uma vez que o NASF alega que não faz atendimentos em determinados dias porque não tem carro sendo questionado pelos ACS que consideram que eles podem ir andando, embora o NASF explique que os ACS moram próximos a população atendida e os técnicos do NASF não;
- Atuação do NASF na sala de espera da ESF - fazendo ações educativas (palestras, teatros, vídeos, outras);
- Estratégias motivacionais - a ESF considera que o NASF poderia ser mais criativo nas suas estratégias de apoio, o NASF considera que cumpre as atribuições definidas pelo Ministério da Saúde;
- Atividades grupais - o NASF busca a atuação com grupos e inclusive grupos terapêuticos, mas a ESF considera difícil conseguir convocar a população para esses grupos.

---

<sup>25</sup>O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF. A organização dos processos de trabalho dos NASF deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. Intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob o encaminhamento das equipes de SF com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso e ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias. (BRASIL, 2014).

Em função dessas expectativas de papel não atendidas surgem percepções estereotipadas, desqualificadoras por parte da ESF a respeito do NASF conforme relatos a seguir:

Participante 6, no papel de Recepcionista da ESF: Povo preguiçoso, metido.

Participante 7, no papel de ACS: um bando que não tem o que fazer, ganham dinheiro no mole.

Participante 7, no papel de ACS: povo sem criatividade.

A existência dessas percepções gera impacto na subjetividade em termos de sentimentos de insegurança desmotivação e indiferença como também na saúde em termos de adoecimento dos integrantes do NASF, que na relação de poder ocupam o lugar do mais frágil por serem inexperientes recém-chegadas e com contrato temporário. Como diz a participante 6:

Eu ficava indiferente a algumas situações, eu não queria ficar assim porque poderia prejudicar minha imagem, não é? Tem local que fica nítida a indiferença da ESF e quando a gente chega ninguém dá bom dia nem boa tarde, não tem relação nenhuma, nem vínculo e parece que pensam assim: o que é que esse povo está fazendo aqui? Eu já estou indiferente a isso. Eu quando chego lá vejo o que tenho para fazer e faço e se não tiver nada eu sento e espero aparecer alguma coisa porque eu já estou indiferente à situação. (P 6).

O estereótipo surge também no sentido inverso, na percepção do NASF em relação ao ESF, o que provavelmente representa um fator dificultador do entendimento em termos da complementaridade dos papéis institucionais. Um exemplo aparece na fala da participante 9, a seguir:

Às vezes quando a gente chega à USF a gente é cobrada pelo porteiro: "Você atendeu fulano de tal ontem e por que não pode atender esse paciente hoje?". Ele não entende que aquele paciente que foi atendido ontem foi porque ele tem hanseníase, ele tem um grau de incapacidade! O paciente de hoje não há necessidade de atendimento pelo NASF porque esse paciente está com problema de coluna e deve ser encaminhado para uma clínica no SUS. A gente tenta explicar tudo isso, mas o porteiro não entende. Mas a vontade é de falar assim: "O senhor é porteiro, converse então com a enfermeira". Mas a gente não faz isso porque a gente gosta dele. (P 9).

A facilitadora assinala que o diálogo está baseado na estereotipia de papéis e indaga sobre a existência do processo de empatia. Assinala que "[...] ficamos

indiferentes uns em relação aos outros[...]" e indaga como o grupo pode romper com esse ciclo.

É possível identificar uma disputa pelo lugar do "ser atendido" ou seja, o NASF quer ser atendido na sua expectativa de que seu papel seja compreendido e que as demandas surjam naturalmente sem questionamento por parte da ESF. Do outro lado a ESF quer ser apoiada naquilo que sente ser sua maior necessidade que é o atendimento individual.

A partir das intervenções da facilitadora e das reflexões subjacentes o grupo inicia o processo de identificação dos caminhos de superação da relação, reconhecendo que o próprio NASF não sabe com precisão qual é o seu papel. Emerge que uma ESF chegou a encenar uma reunião mostrando como o NASF chega para uma reunião na unidade, segundo a participante 1 "[...] eles encenaram que a gente entrava e passava direto[...], imagine o nível!". A participante 2, acrescenta que "[...] por causa de uma pessoa rotulou todo mundo[...]".

Nesse momento o grupo busca um bode expiatório (o que é assinalado pela facilitadora) onde possa depositar a culpa pelas dificuldades vivenciadas na relação com as ESFs. Para Pichon-Rivière(1991), esse é um recurso que o grupo utiliza quando está em crise que com o objetivo de fuga da autocrítica é mais fácil ver no outro a raiz dos problemas do que em si mesmo.

Apesar das resistências em se perceber no processo, com as atividades desenvolvidas e intervenções realizadas pela facilitadora o grupo avança e se torna capaz da autoanálise crítica o que podemos constatar nas considerações apresentadas pela participante 8:

É professora, uma coisa que eu aprendi na nossa profissão, as atitudes do nosso conselho de psicologia são muito interessantes para nossa reflexão. O psicólogo só trabalhava para elite, praticamente. Chegou o momento de que se não mudasse essa ótica, o psicólogo estaria obsoleto no mercado porque outros terapeutas estavam ocupando nossos espaços. Eles começaram a ir para as políticas públicas, começaram a ampliar as praticas deles, começaram a desenvolver uma escuta que não existia, começaram a construir novas práticas que não existiam. Hoje a gente tem referências: psicólogo do NASF, psicólogo do CRAS, construídos a partir de novas práticas, de novos olhares e de novas escutas. Eu acredito que como o

NASF está em processo de construção e de constante transformação, acho que a gente precisa escutar mais, se ouvir mais. E tentar articular isso ao nosso papel. Talvez, como eu disse quem manda é o Ministério da Saúde, talvez, a realidade que a gente vive, ela tem que ser encaixada naquela caixinha que o Ministério da Saúde mandou ou será que temos novas propostas para mandar? Por que eu já vi em outras instâncias propostas serem mandadas e as coisas acontecerem por lá. Basta à gente ter dados, a gente ter experiência, a gente ter vivência e avançar. Então eu acho que o papel do NASF hoje no que diz respeito à escuta tem que ser ampliada, mesmo. Até para que a gente não se torne desnecessário, descartável. Já que a gente ainda não é parte das ESF, talvez antes de entrar a gente já seja excluído porque se tornou obsoleto. Então eu acho que a gente tem que ampliar essa escuta, e também ter uma mente voltada para somar. Se a gente ficar o tempo todo com esse discurso de que não posso, e que tem que ser assim [...] em minha opinião a gente segue, não vamos transgredir, chutar a barraca e tudo, mas a gente tem que abrir uma porta para escutar mais e construir novas estratégias. Será que o NASF não pode flexibilizar um pouco? De repente buscar uma forma para atender uma necessidade que é viável de ser atendida ou será que não? O NASF tem que se manter firme naquele propósito? Porque a gente muitas vezes fica muito presa em obedecer, mas não significa que a gente não possa pensar. (P 8).

Nesse momento, através da fala dessa porta voz o grupo assumiu o papel de conduzir a mudança, de alterar o círculo vicioso da relação onde cada lado formula sua expectativa e critica a do outro. É um avanço qualitativo da espiral dialética da mudança tal como preconizado por Pichon-Rivière (1991).

Como o movimento dialético é contraditório e implica em avanços e recuos, persiste a dificuldade em conciliar a expectativa das ESFs em relação ao atendimento individual o que é explicitado na fala da participante 7, que concorda em parte com participante 8 :

Teve um dia que eu deixei o resto da tarde para visita e sala de espera, quando eu fui ver a agenda já estava com dez, doze para atendimento individual numa tarde. Como vou atender doze pessoas individualmente e ainda fazer visita? Eu não consigo gente! Então, é preciso pensar em que ações do NASF nas ESF são possíveis mudanças, na questão de grupo, questão de palestra ou em atendimento individual, que é o que as ESF mais pedem do nutricionista e do psicólogo. (P 7).

O papel prescrito do NASF pelo Ministério da Saúde é bastante detalhado inclusive especificando as atribuições, as atividades para operacionalizá-las, o plano de reuniões e até a agenda<sup>26</sup> desses encontros como podemos verificar na descrição a seguir:

<sup>26</sup> Recomendações para a construção da agenda: **1º ponto:** mapeamento das ações desenvolvidas em cada UBS vinculada ao NASF • Dias das reuniões das equipes de AB. • Horário de visitas domiciliares das equipes de AB. • Grupos e outras atividades desenvolvidas. • Forma de organização da UBS: atendimento à demanda espontânea, agendamentos para ações de cuidado continuado etc. **2º ponto:** mapeamento das condições existentes para o desenvolvimento do trabalho na UBS • Carga horária e turnos de trabalho dos profissionais das

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 deverá procurar redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado.

c) O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. Assim, as atividades a serem desenvolvidas pelo NASF, podem englobar , atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes ou atendimentos realizadas somente pelos profissionais da equipe de AB com apoio do NASF.

d) Para isso, o pressuposto que deve ser seguido, independentemente da configuração da ação, é a pactuação conjunta entre os profissionais do NASF da ESF sobre o que será realizado e a manutenção da coordenação do cuidado com as equipes de AB, lembrando que a atuação utiliza a lógica do apoio matricial que significa compartilhamento/colaboração, mesmo em situações em que sejam realizadas intervenções específicas do profissional do NASF.

---

equipes de AB. • Espaço físico disponível para realização de ações (na UBS e em outros espaços do território). • Materiais e equipamentos necessários para a realização das intervenções. • Fluxos e serviços já existentes intra e intersetorialmente para possíveis parcerias. • Necessidade e disponibilidade de carro para realização de atendimento domiciliar. **3º ponto:** organização da proposta de agenda • Definição das reuniões de matriciamento, englobando todas as equipes vinculadas com periodicidade variável. • Definição das ações conjuntas com as equipes vinculadas. • Definição das ações assistenciais diretas do NASF (individuais e coletivas), a partir da construção de projetos terapêuticos e ações estratégicas no território. • Integração das agendas dos profissionais do NASF. É importante ressaltar que a organização da agenda possa ser realizada por meio de pactuação com as equipes de AB, coordenadores/gerentes de UBS e gestores municipais. (BRASIL, 2014).

Como podemos verificar, mais uma vez, existem instruções detalhadas de como o NASF deve funcionar o que parece não existir é a percepção de que para que todos esses procedimentos sejam adotados é necessário antes de qualquer coisa investir no clareamento dos papéis e principalmente no desenvolvimento das relações interpessoais a partir do movimento dialético entre a tarefa concreta e a fantasia, a subjetividade e entre o eu e o outro.

### **5.2.5 Dimensão estratégias de ação**

Essa dimensão tem como objetivo a partir da análise da tarefa, vínculos e papéis delinear as ações para resolução dos problemas identificados, para que se constitua no fator central de acompanhamento do processo de mudança do grupo posteriormente à oficina, no ambiente de trabalho.

O grupo é solicitado a refletir sobre todo o processo vivido e a construir coletivamente estratégias de ação, novas práticas que possam proporcionar clareza e funcionalidade ao papel do NASF considerando a perspectiva, as demandas identificadas pelas equipes de saúde da família.

Pichon-Rivière(1991) considera que formular projetos de ação é o que tira o grupo da crise porque delinea uma realidade diferente do que está sendo vivenciado articulando os integrantes em relação à tarefa coletiva, mas, também, clareando a sua contribuição individual a partir do papel profissional criando as bases para a atuação interdisciplinar.

É importante salientar que durante a etapa diagnóstica dos vínculos e papéis o grupo já iniciou essa tarefa de pensar soluções para os problemas identificados, tais como: aumentar o tempo da visita às unidades; propor que as reuniões com as ESF para discutir questões das ações programáticas e da gestão voltem a ser semanais; realizar reuniões com pequenos grupos das ESF para aumentar a escuta em relação aos problemas trazidos pelas equipes; participar das reuniões da equipe de saúde da família; a proposta de ser facilitador na ESF para trabalhar questões como estresse, vínculo e outras necessidades dos ACS e das equipes de saúde da

família; ter uma vez por mês, com o tempo maior, uma reunião com os enfermeiros das unidades às quais estão vinculados.

Para a realização do delineamento de ações, o grupo foi dividido em dois subgrupos que chegaram às seguintes definições:

### Quadro 2 - Plano de Ação

Proposições do grupo 1	
01	Fazer encontros dinâmicos bimestrais para promoção de mudanças/ melhorias em relação às ações do NASF com a unidade básica da saúde da família através do desenvolvimento de atividades lúdicas e criativas para geração de ideias, na casa de alguém ou em outro espaço, com toda equipe e coordenação do NASF.
02	Criar espaço para a realização de encontros motivacionais com as equipes de saúde da família uma vez a cada semestre com cada unidade, na própria unidade de saúde ou em um espaço na comunidade com o NASF, unidade de saúde da família e coordenação do NASF.
03	Realizar consultas compartilhadas dos casos agendados nas demandas das unidades de saúde, mensalmente, pelo menos um caso na própria unidade de saúde com a participação das equipes NASFs, as equipes de unidade de saúde da família e alguns órgãos da rede intersetorial que possam contribuir.
Proposições do grupo 2	
01	Realizar planejamento participativo NASF e ESF para levantar as ideias para elaborar estratégias de ações conjuntas para solucionar os problemas utilizando-se da técnica chuva de ideias: Então, qual que é o problema? A obesidade no território? E o que você acha que pode ser feito? Cada um expõe a sua ideia.
02	Rodas de conversa sobre o matriciamento com a presença do NASF e ESF
03	Realizar oficinas para fazer levantamentos de temas de interesse das ESF para trabalhar em grupos específicos (ANEXO F) e discutir as estratégias de criação e desenvolvimento de grupos, tais como, criar um grupo, quais os objetivos e os fundamentos.
04	Criar espaço de discussão sobre consulta compartilhada (ANEXO F) envolvendo o NASF e as ESF incluindo os odontólogos
05	Criar espaço de discussão conjunta (NASF e ESF) sobre os passos e os critérios para elaboração de projetos terapêuticos singulares - PTS (ANEXO F) - que é outra forma de cuidar/ cuidado, mas ainda é pouco conhecido, não só pela ESF, mas também por alguns integrantes das equipes do NASF. Em Eunápolis tem uma reunião multissetorial que o NASF participa uma vez por mês onde a gente pega um caso leva para rede para discutir, e a tentar resolver o problema conjuntamente. Indiretamente você está fazendo um projeto terapêutico, mas a gente não tem o hábito de sentar junto com a unidade.

Fonte: Oficina de intervenção da pesquisa: grupo operativo e práticas de saúde em um núcleo de apoio à saúde da família (NASF), 2014.

E concluindo a atividade de planejamento da proposta de ação do NASF, a participante 1 acrescenta:

Precisamos entender que se fizermos esse planejamento participativo, as rodas de conversas, os projetos terapêuticos e as consultas compartilhadas, poderemos melhorar esse vínculo e a definição de papéis e, conseqüentemente, a comunicação. E aí atingiremos o objetivo de melhorarmos essa relação e essa visão que temos em relação ao NASF (P 1).

É possível identificar que o plano de ação formulado pelos dois grupos do NASF, conjuntamente, é capaz não só de incorporar as diretrizes do Ministério da Saúde como o planejamento participativo, como também de incorporar novas estratégias de ação como as reuniões motivacionais. Em relação a essa última ideia específica, a facilitadora entrevistou no sentido de terem clareza de que é uma demanda, questionou a validade e o grupo foi capaz de argumentar com base em uma atividade já realizada com essas características e que obteve sucesso junto à ESF que a solicitou.

É um momento em que o grupo consolida sua autonomia inclusive em relação ao próprio processo do grupo operativo no qual existe um profissional no papel de facilitador de processo e não de professor, mas que ocupa simbolicamente o lugar do saber naquele contexto.

#### **5.2.6 Dimensão da avaliação da oficina**

A avaliação feita pelos integrantes da oficina denotou os efeitos obtidos pela aplicação da técnica dos grupos operativos na análise das práticas de saúde do NASF, com a identificação dos obstáculos à realização da tarefa e à proposição de estratégias para resolução dos elementos dificultadores do processo de trabalho, compartilhado entre as equipes do NASF e da ESF. Apresentou a mudança operada também no plano individual, como denomina Pichon-Rivière, no plano das verticalidades, ou seja, do encontro do pensar/sentir/agir individual com a horizontalidade da tarefa coletiva configurando, assim, um processo intersubjetivo de construção de significados e estratégias de mudança. É o que podemos observar nos seguintes depoimentos:

Hoje eu estou saindo igual ontem. Noooossa! Um cansaço mental porque as ideias não param. E eu estou vendo que tem muito trabalho pela frente e é um trabalho que vai ser difícil, não vai ser fácil, não [...] uma luz no fim do túnel [...] várias reflexões. Eu estou vendo que a gente precisa aproveitar

enquanto as reflexões estão à flor da pele para a gente tentar mudar. Então eu saio feliz demais com a experiência. Muito agradecida. Agradeço muito a Izabel pela oportunidade que ela está nos dando. Quando ela falou que iria fazer um mestrado com o NASF falei: “ai meu Deus! O que Izabel vai arrumar pra mim?” e falei assim igual às meninas/ enfermeiras das ESFs (risos) “lá vêm mais trabalho!” (P 2).

O depoimento da participante 2, mostra que foi possível efetivamente operar o processo de empatia, uma vez que a integrante se vê atuando da mesma maneira que percebia e criticava a postura dos integrantes da ESF.

A relação NASF/ESF apareceu no grupo operativo como um elemento dificultador no desenvolvimento da tarefa dos profissionais do NASF, articulado por conflitos ligados a relações de poder, dominação, opressão e desvalorização. Houve um processo de deposição das ansiedades e das dificuldades no exercício do papel instituído do NASF na figura do profissional enfermeiro que figurou como bode expiatório no processo grupal. Esse estereótipo atribuído ao enfermeiro foi bastante visível na dramatização onde o grupo encenou experiências e reviveu sentimentos da sua interação horizontal com os membros das equipes de saúde da família nas quais são vinculados.

O grupo também foi capaz de não só explicitar seus pensamentos e sentimentos sobre a sua situação, mas transformá-los em motor da mudança. O fato de o grupo ter aceitado participar da oficina já implicou em uma nova forma de se relacionar com o trabalho, na medida em que o referencial teórico/metodológico que seria utilizado na oficina era uma estratégia desconhecida e que iria problematizar o seu cotidiano. Demonstrou também a necessidade de transformar uma realidade de trabalho precária e desmotivadora, tal como é expresso a seguir:

Confesso que fiquei com receio por ser novo para mim e ainda passei para o NASF “pessoal vamos participar” e expliquei “mas eu não sei como vai ser, mas vamos lá que pode ser legal”. A gente veio, eu vim com muito receio, por que não sabia como é que era. Mas estou muito agradecida pela oportunidade, há muito tempo que esse sonho pessoal e profissional de Izabel tem sido também meu sonho. Porque eu tenho visto como o NASF vem sendo desmotivado [...] eu também desmotivada. Então há muito tempo eu fico pensando assim: “ai, como fazer uma coisa diferente, alguma coisa legal para o NASF!” Penso mil e uma ideias. Não tenho apoio da gestão, não tem recurso, não tem nada. Tem sempre um jogando um balde de água fria, aí você fica naquela, vamos arrumar outra coisa para motivar, vamos fazer são João, vamos fazer alguma coisa. Mas isso é nosso, eu sonhei muito com esse momento! (P 2).

Foi possível identificar ainda, que o processo desenvolvido na oficina resultou em reflexões relacionadas com outros papéis, por exemplo, os familiares e com outras relações. Segundo Lemos (2010), a técnica dos grupos operativos quando aplicada no ambiente de trabalho promove uma reflexão que se generaliza atingindo várias dimensões da vida do indivíduo que participa da experiência.

Agradecida por Izabel ter escolhido falar do NASF no mestrado. Estou muito feliz Azê, por você ter vindo. Você nos proporcionou momentos maravilhosos. Eu estou saindo daqui engrandecida, como pessoa, como profissional, com várias reflexões. Algumas coisas da minha vida pessoal, eu já fui lá e imaginei meu casamento, minha profissão, e meu filho várias vezes e por várias coisas que você falou. Agradeço-lhe profundamente, pois foram momentos maravilhosos! Quem nos dera esses dois dias pudessem se transformar em um mês, dois, todo mês, o ano inteiro (risos), seria ótimo! (P 2).

A implicação, o envolvimento com a análise do modelo de organização do trabalho é capaz de produzir a autoavaliação e o clareamento da necessidade de mudar e, conseqüente, delineamento do projeto de mudança. Os depoimentos das participantes 6 e 7, a seguir são expressões desses resultados:

Eu saio reflexiva também, em algumas unidades eu fui indiferente e eu queria mudar isso! Aqui eu consegui perceber algumas coisas que posso fazer para mudar, apesar de achar que já fiz tudo, mas vejo que ainda tem alguma coisa que pode ser feita. A realidade é essa, eu não vou poder deixar de ir e nem essa unidade vai deixar de ter o serviço do NASF, então eu vou precisar inventar alguma coisa para que essa realidade mude. Depois desses dois dias vou tentar não ser indiferente, mudar minha postura para ver se a do outro muda. (P 6).

Com isso, o que é que eu posso melhorar? Eu sou professora também, dou aula para os cursos técnicos e para uma faculdade de Ed. Física. "Gente dá para usar essa postura com os alunos. Olha aí o fio da meada." Então esse encontro serviu para uma vida como todo. Não só aqui no NASF, mas, para a vida lá fora. Muito obrigado, mesmo! Que Deus abençoe muito a vida de vocês. E se precisar do NASF acho que a gente vai estar aqui de novo. (P7).

A comparação com a expectativa inicial, ou seja, o comportamento de entrada na oficina, também, oferece elementos para avaliar o seu efeito na produção de uma subjetividade permeada de sentimentos de confiança nas próprias capacidades, não só no plano individual, mas, também na perspectiva do trabalho em equipe, no plano coletivo. Demonstra ainda a assunção do papel de assessor, da relação de ajuda e

do comprometimento com a tarefa como podemos ver nos depoimentos descritos abaixo:

Eu acho que superou todas as minhas expectativas. Eu sinceramente achei que iria ser uma chatice, mas foi perfeito! A gente tem problema em casa e as coisas que aconteciam aqui eu ligava com as coisas de lá, “eu vou ter que tomar algumas atitudes”. E realmente me ajudou mesmo, foi muito bom. Eu estou saindo daqui me sentindo um pouco mais forte. Um pouco mais decidida. Foi muito bom para mim (P 5).

Então eu vi que não sou só a nutricionista que faz o atendimento e “tchau enfermeira, tchau gente!”. Eu sou responsável por motivar minha equipe, porque se um se desmotiva o outro se desmotiva, pois é uma cadeia! E antes eu não tinha esse olhar. Pensava vou chegar lá fazer meu trabalho e pronto! Em um momento eu fui individual com minha equipe, eu peço perdão a minha equipe, porque em alguns momentos eu ia e chegava lá “Ah, hoje eu vou palestrar porque estou com vontade de falar”, mas não perguntava “você quer falar comigo hoje?”. Então eu estou saindo daqui hoje com essa responsabilidade não só de me sentir motivada, mas de motivar toda minha equipe! Estou saindo daqui levando coisas para o resto da minha vida. (P 7).

Uma dimensão fundamental da técnica dos grupos operativos, e que se verifica na presente experiência, é a capacidade de desenvolver a coesão grupal, a motivação pelo trabalho em equipe através da superação da ação fragmentada baseada em estereótipos, e preconceitos, assim como da percepção da realidade de forma dilemática, o que gera o impasse e a crise. Pelos depoimentos em geral e, em específico o da participante 8, podemos identificar essa dimensão:

Eu saio daqui me sentindo desafiada, mais desafiada e ao mesmo tempo mais tranquila, também, porque você de uma forma vivencial transformou palavras em vivências no grupo e nem sempre temos como trazê-las! Quando você é parte é diferente de quando você está fora. É bom quando a gente vê essas coisas acontecerem. Hoje a gente está mais horizontal, construímos o mínimo de horizontalidade entre nós como NASF. (P 8).

Expressões individuais de emoção através do choro ocorreram durante todo o desenvolvimento da oficina denotando o nível de sensibilidade do grupo e também o nível de fragilização do processo grupal e da subjetividade. E não é diferente no final da mesma, mas nesse momento, provavelmente, apresenta outra conotação, a de alegria pelos resultados em termos da visualização de caminhos para a mudança. É o que demonstra o depoimento descrito a seguir:

A vivência que nós tivemos eu queria que todo mundo do NASF estivesse aqui para vivenciar o que nós vivenciamos. Eu também estou saindo extremamente feliz! [...] aqui a gente viveu momentos intensos, falamos de nossas vidas e ouvimos sobre a vida do outro. E é esse o desejo, na

verdade, de fazermos diferente. Desde o primeiro dia que eu fui para o curso com a colega (chorando) o que eu quero fazer desse curso é perceber e conhecer melhor o outro. E quando a gente conhece a intimidade do outro passa a ter outro olhar do outro e da vida também. Não é só questão do NASF, porque se eu também não consigo me entender eu não vou conseguir me fazer entender como profissional para o outro. Então eu acho que a gente deve pensar muito nisso em quem somos e o que queremos! Que NASF nós somos? O que podemos melhorar? Quero te agradecer, você é humilde, você permitiu que a gente fosse facilitadora, deixou que a gente falasse da nossa experiência, porque o outro tem medo de falar quem é com medo da reação do outro e isso é muito comum no NASF, ainda. E Bel, por permitir que a gente vivenciasse isso. A gente não tem oportunidade de ter momentos motivacionais como esses, eu tenho certeza que se todo mundo aqui falasse a palavra chave, seria motivação (P 1).

Um aspecto importante a ser ressaltado é que em quase todos os depoimentos existem elogios à atuação da facilitadora, quer seja em termos da sua humildade, quer seja pelo espaço de fala e pela escuta. Esse é um indicador dos efeitos da técnica dos grupos operativos, uma vez que, o facilitador conduz o desenvolvimento da intervenção, ou seja, demonstra na prática o que preconiza a teoria, é um agente de implementação do modelo teórico metodológico.

Outro aspecto relevante são os agradecimentos à pesquisadora pela realização da oficina, essa é uma variável fundamental, uma vez que sinaliza o fato de que, mesmo sem a fala, a presença da pesquisadora foi também facilitadora no seu silêncio, não foi inibidora, devido à confiança anterior existente na relação institucional, sem a qual não seria possível a realização da intervenção e da pesquisa.

O papel da técnica dos grupos operativos fica demonstrado pelo auxílio no clareamento da tarefa institucional e da relação de cada integrante com ela, no mapeamento das necessidades individuais e coletivas de cada papel profissional, ajudando os participantes a perceberem as lacunas existentes entre o papel prescrito e o papel exercido, assim como, as dificuldades de compreensão do mesmo pela comunidade dos territórios adstritos e pelas Unidades de Saúde da Família.

Ao promover essa análise do papel do NASF foi possível aproximar as duas equipes em relação a uma necessidade comum – a construção conjunta de um

papel institucional para o qual as integrantes não foram capacitadas, e, portanto, desenvolvendo uma atuação fragmentada, num processo de construção utilizando seus próprios recursos profissionais por dificuldade de apropriação do modelo esperado. Nesse sentido é que os eixos articuladores de um grupo na visão de Pichon-Rivière (1991), tarefa, vínculos e papéis se mostraram úteis no desenvolvimento dessa trajetória grupal de diagnosticar os obstáculos à operatividade no plano individual e coletivo, expresso pelo movimento de se ver e ver o outro no processo e conjuntamente delinear um projeto de superação.

A técnica dos grupos operativos inclui no seu protocolo de análise do acontecer grupal um esquema de avaliação denominado “vetores do cone”, tal como foi descrito anteriormente. A partir dos seus parâmetros: comunicação, pertinência, pertença, tele, cooperação e aprendizagem, podemos completar a análise dos resultados do processo grupal do grupo do NASF. O padrão de comunicação foi caracterizado por uma fluidez crescente, onde todos os integrantes se manifestaram, demonstrando motivação e pertinência para a análise da tarefa. O sentimento de pertencimento ao grupo, dimensão importante na construção vincular foi sendo construído na medida em que foi sendo possível a explicitação dos sentimentos e conflitos internos, que criou a condição de percepção de que os problemas são comuns, abrindo o espaço necessário para a cooperação dos papéis na busca de soluções. O indicador da tele, ou seja, do clima grupal foi demonstrado, justamente, no explicitar um problema ou uma discordância no grupo e não ser atacado por isso, gerando um clima propício à aprendizagem e mudança. Nesse aspecto foi possível concluir pelo processo da mudança da atitude de autocentramento para a de identificação da necessidade do outro, quer seja interno ao grupo do NASF quer seja externo das ESFs.

Por fim, ao usar o método dialético na análise do conteúdo produzido, o grupo operativo pressupõe a identificação das contradições existentes no processo e o seu nível de resolução. Na presente experiência a contradição central vivenciada pelo grupo foi a de ter que exercer um papel para o qual não havia se apropriado e que demandava uma habilidade em estabelecer vínculos no contexto de fragilização de vínculos pelas condições de trabalho oferecidas. Outras contradições são decorrentes dessa: o ter que desenvolver acolhimento e escuta das outras equipes

dos ESFs, quando internamente era difícil acolher e escutar o integrante do próprio grupo; apropriar-se de uma tarefa institucional quando a própria instituição ainda não a havia incorporado.

O depoimento enviado por um integrante do NASF um mês depois da realização da oficina confirma a análise dos resultados desenvolvida no presente estudo, que demonstra o papel da técnica dos grupos operativos no processo de mudança, ao mesmo tempo em que apresenta indícios da continuidade da contradição central, ou seja, ao mesmo tempo em que há um investimento na formação dos trabalhadores há um aprofundamento da precarização das condições de trabalho, em específico a questão da rotatividade de pessoal em função dos contratos temporários. É o que podemos visualizar na sequência de mensagens abaixo:

Oi Bel, então eu vou gravar um pouquinho aqui falando como está sendo a experiência do NASF depois de ter participado do grupo operativo. O que eu percebi foi que o NASF todo saiu muito motivado do grupo operativo, todo mundo saiu com a cabeça diferente da que entrou, então, foi muito bom! A gente teve algumas mudanças, a psicóloga, aquela que estava grávida, saiu do NASF, na verdade, ela pediu para sair porque o marido foi transferido para outra cidade. E mais uma vez os vínculos se romperam aí. A fisioterapeuta também saiu. As duas eram do NASF Pequi e, recentemente, entrou uma fisioterapeuta nova. Entrou, tem pouquinho tempo, uma pessoa bem alegre, motivada, a equipe já a acolheu e criou um vínculo muito bom com ela em pouco tempo. Voltou uma pessoa do NASF que estava participando do curso de matriciamento da rede de saúde mental na cidade de Embu das Artes. Ela passou 30 dias na cidade de Embu das artes para conhecer como funcionava o sistema de saúde, na parte de saúde mental mesmo. E ela trouxe a experiência dela. Ela falou que o NASF de lá é muito diferente do NASF daqui. O foco lá, realmente é a psicologia e que tem muito mais psicólogo no NASF de lá do que no daqui. Então, assim, a gente vê que o NASF vai se adequando à realidade de cada local. Ela trouxe várias coisas interessantes do NASF de lá para ver se a gente consegue adaptar para o nosso. Então foi muito bom.

E quanto aos desdobramentos dos resultados da oficina em grupo operativo ela descreveu:

O grupo operativo trouxe pra gente, Izabel, o estímulo da gente criar um vínculo maior entre as equipes. Eu fiquei muito emocionada porque após o grupo operativo o NASF desenvolveu várias atividades nas unidades que foram extremamente elogiadas. Existe, também, um grupo no Whatsapp das enfermeiras onde foram elogiadas algumas ações do NASF. Hoje já colocam fotos, agradecem e as unidades que não têm NASF as enfermeiras falam: "ah! eu queria ter um NASF também!" Tenho visto que as meninas estão muito motivadas, estão fazendo atividades, assim, maravilhosas e está sendo muito legal e muito agradável. O vínculo, também, entre a própria equipe do NASF melhorou muito. Então eu sempre falo com elas pra gente não perder isso que foi construído, que começou na verdade com o

grupo operativo que foi proposto. Então a ideia é fazer mesmo o que foi proposto, fazer esse plano de ação, melhorar os vínculos que já temos melhorado. A motivação nossa não tem nem comparação de como elas estavam e de hoje como elas estão! E o resultado que eu tenho visto, realmente, são essas atividades que elas estão propondo nas unidades. Estão fazendo parceria mesmo! O NASF realmente está desenvolvendo aquela questão do apoio nas unidades de saúde. Está participando mesmo e a gente vê que existem algumas equipes que já colocam o NASF como equipe mesmo, como uma equipe única. Virou UBS e NASF uma equipe só. E isso está sendo muito legal e muito reconhecido! Agente só tem a agradecer o que foi proposto e se quiser ter uma continuidade estamos abertas pra continuidade do grupo operativo e mais alguma ideia nova, pois está sendo muito bom.

## **CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo geral do presente estudo foi analisar o processo grupal de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no que diz respeito a sua tarefa institucional de apoio às Equipes de Saúde da Família (ESF) nas dimensões clínica, pedagógica e gerencial. A pesquisa teve como questão central a avaliação dos efeitos da aplicação da metodologia dos grupos operativos na análise das práticas de saúde das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, da Secretaria de saúde do Município de Eunápolis – Bahia.

Os resultados da pesquisa-ação desenvolvida demonstraram a efetividade da técnica dos grupos operativos, aplicada por intermédio de um facilitador de processo grupal com expertise na área da psicologia social de Pichon-Rivière e das características da inserção da pesquisadora no contexto institucional. Foi possível constatar o desenvolvimento de um processo contínuo de interação entre as participantes, o que favoreceu o fortalecimento do vínculo e a coesão do grupo, dimensões fundantes da análise crítica/criativa da tarefa institucional e dos papéis profissionais a elas vinculados.

O processo grupal desenvolvido constituiu-se em um espaço que possibilitou aos profissionais integrantes do NASF reflexões e questionamentos sobre o seu papel institucional prescrito pelo Ministério da Saúde e, a partir do processo comunicativo, a construção coletiva do papel possível, dadas as características apresentadas pelas UBS da SMS de Eunápolis.

As atividades desenvolvidas dentro da técnica dos grupos operativos possibilitaram a integração do pensar, sentir e agir relacionados às práticas profissionais cotidianas, o que motivou e articulou o grupo na busca de soluções para os problemas identificados nas contradições operacionais entre o papel prescrito e o papel exercido pelo NASF, ao mesmo tempo em que promoveu uma autoanálise dos sujeitos integrantes do grupo. Esses resultados são condizentes com as observações de Lemos (2011), quando se refere à experiência em grupo operativo como: “[...]. Lançar-se numa corrente de possibilidades onde objeto e sujeito tendem a coincidir e não se pode alterar o objeto sem problematizar o sujeito. É imaginar,

fantasiar e propor hipóteses científicas”. Nessa perspectiva, a metodologia escolhida foi eficaz e adequada aos propósitos da pesquisa.

No que se refere a cada objetivo específico, é possível concluir no final desse estudo que esses também foram alcançados no decorrer do processo de desenvolvimento da oficina. No que diz respeito ao objetivo 1 - *identificar as principais dimensões facilitadoras e dificultadoras na dinâmica de funcionamento interno do grupo e na sua relação de trabalho com as equipes do ESF* - foi levantada a percepção do grupo nas dimensões objetivas e subjetivas sobre a missão/objetivo do NASF. Acerca das dimensões facilitadoras o grupo revelou a incorporação de valores humanos fundamentais não só para o trabalho em grupo como, também, para uma atuação humanizada na saúde com escuta qualificada entre os sujeitos numa rede de relação social entre profissionais/usuários/gestores. Com relação às dimensões dificultadoras fragilidades foram identificadas no perfil dos integrantes do NASF que participaram da pesquisa, profissionais jovens, com pouca ou nenhuma experiência na Atenção Básica, sem muita propriedade de conhecimento sobre a sua função e não bem aceitos pelas ESFs. Os relatos dos participantes demonstraram um processo de trabalho precarizado (contratos temporários de trabalho, NASF “jogado no colo” e falta de capacitação introdutória em relação à tarefa/missão/objetivo do NASF).

Com relação ao objetivo específico 2- *analisar o padrão de comunicação identificando os tipos de vínculos existentes e os obstáculos ao desenvolvimento da cooperação* – o estudo revelou ruídos de comunicação e competição entre as equipes do NASFs e entres estas e as ESFs. Emergiram as percepções de que as ESFs não compreendem a função do NASF e de que os enfermeiros das ESFs acham que os NASF trabalham pouco. Emergiu também a fragilização dos vínculos em virtude das perdas frequentes dos colegas de trabalho devido ao alto índice de rotatividade no grupo. A pesquisa revelou, ainda, efeitos no plano da subjetividade, de um contrato precário de trabalho que foi percebido pela existência de tensão grupal no exercício do papel profissional representada por uma mobilização emocional (expressa no choro) manifestada logo no início do processo grupal, mas que acompanhou todo o desenrolar da oficina.

Acerca do objetivo específico 3 - *analisar a atuação dos integrantes no exercício dos papéis que emergem no grupo, identificando os processos de complementaridade e suplementaridade* – foi identificada insatisfação das ESFs com relação ao apoio recebido do NASF pelo desconhecimento por parte das ESFs das possibilidades de atuação no apoio matricial, por atuar na lógica de atenção centrada na doença o que gerou, segundo relatos dos participantes da pesquisa, uma pressão para que o NASF trabalhe na lógica ambulatorial, centrada apenas na dimensão assistencial do apoio matricial. No plano da organização do trabalho o estudo demonstrou discrepâncias entre as políticas, diretrizes e programas elaborados pelo MS e a sua operacionalização pelas equipes da UBS. O que foi expresso pelas dificuldades de interpretação das portarias e cadernos normativos do NASF disponibilizados pelo governo, bem como dos objetivos do NASF, inclusive sobre sua função primordial de apoio matricial às Equipes de Saúde da Família. Esse conceito esteve no centro do debate durante a oficina realizada, permeado de muita dificuldade de compreensão. Trata-se de uma prática técnica e relacional que se consolida, sobretudo, por meio de construção de espaços dialógicos entre as pessoas envolvidas no processo de produção do cuidado em saúde (usuários, profissionais de saúde e gestores). Entretanto, em relação ao presente objeto de estudo não foram detectadas iniciativas capazes de atender as demandas no âmbito das relações grupais.

No entanto, o grupo valorizou a experiência da oficina, avançou e iniciou um movimento de se ver ao mesmo tempo em que vê o outro. Ao reconhecer que o próprio NASF não sabe com precisão qual o seu papel, o grupo iniciou um processo de identificação das possibilidades de superação da relação NASF/ESF denotando crescimento individual e relacional e, nesse sentido, no que diz respeito ao objetivo específico 4 - *possibilitar a elaboração conjunta de estratégias de enfrentamento das dificuldades identificadas relacionadas ao trabalho em si e ao processo grupal* – observa-se que o grupo apresentou a mudança operada também no plano individual, como denomina Pichon-Rivière, no plano das verticalidades, ou seja, na articulação do pensar/sentir/agir individual com a horizontalidade da tarefa coletiva configurando-se em um processo intersubjetivo de construção de significados e estratégias de mudanças. A pesquisa possibilitou aos componentes a refletirem sobre seu universo, a se verem como sujeitos de mudanças capazes de intervirem na realidade, tanto que construíram propostas de ação. Esse é o verdadeiro objeto

percebido: o uso do grupo operativo como uma metodologia capaz de ajudar as equipes dos NASFs a reformarem, resignificarem e assumirem novas posições.

Esses aspectos reforçaram a proposta da existência de articuladores grupais que compreendidos e desenvolvidos através da técnica dos grupos operativos tornaram-se fundantes do processo de aprendizagem e mudança, na dialética sujeito/grupo/contexto social, que é a perspectiva da psicologia social operativa. Nesse sentido, é importante destacar o potencial formativo e transformador da técnica dos grupos operativos, testemunhados pelos próprios participantes, ao oportunizar a expressão e análise coletiva das contradições e conflitos e a integração entre o pensar, sentir e agir aspectos, geralmente, dissociados nos contextos de trabalho provocando adoecimento.

A pesquisa apontou para a importância do apoio institucional local, do acolhimento dos profissionais contratados e do desenvolvimento das equipes de saúde em processo grupal, de tal forma a traduzir o que foi pensado em práticas pertinentes, adaptadas à realidade local. A equipe do NASF, embora inexperiente, apresentou no seu repertório competências relacionais, adquiridas em experiências anteriores, requeridas para o trabalho no NASF. Entretanto, em função das condições de trabalho, o desenvolvimento desse potencial se encontrava restrito e até bloqueado em alguns casos, embora, com a realização da intervenção com a técnica dos grupos operativos foi possível tomar consciência de ações, possibilidades e projetar novas práticas.

Ficou patente a partir dos resultados obtidos que o trabalho em equipe é essencial para o desenvolvimento do trabalho no NASF, uma vez que se apresenta como dispositivo capaz de promover a reestruturação do espaço relacional interno e com as ESFs. A articulação dos saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal é um requisito indispensável no cotidiano do trabalho em equipe com vistas à obtenção da interdisciplinaridade, flexibilidade, e pró - atividade.

Ainda no plano da subjetividade, o referencial teórico e metodológico dos grupos operativos de Pichon-Rivière, nesse estudo, criou condições para que conteúdos implícitos como os afetos, inseguranças, medos e sentimentos estereotipados que

atravessam o processo de trabalho do NASF na relação com as Equipes de Saúde da Família pudessem ser explicitados e compreendidos estimulando a postura ativa frente às dificuldades reconfigurando às representações subjetivas. Esse processo possibilitou a construção de alternativas criativas de mudanças para operacionalização conjunta das práticas de saúde.

A mudança nos grupos ocorre quando é possível transitar, quando a desordem é percebida como a gênese de uma nova ordem, quando é possível reinterpretar o passado e ressignificá-lo. É o momento onde é possível identificar o que aproveitar em cada experiência e, a partir daí, incorporar dimensões da experiência anterior ao novo, a visão do outro que nos permite ver o todo e não um fragmento da realidade abrindo caminho para a resignificação do eu no grupo e mundo e reelaboração de nossos papéis.

Nesse sentido, o grupo operativo motivou aos profissionais do NASF que participaram da oficina a valorizar as discussões, a escuta qualificada, o diálogo e a troca de conhecimentos em grupo para a reflexão crítica de suas práticas, estimulando-os a administrarem seus conflitos, inseguranças e medos. Esse processo culminou na elaboração conjunta de propostas de ações com alternativas para a transformação da forma de pensar, sentir, interagir e agir do grupo no que diz respeito a sua tarefa institucional nas dimensões clínica, pedagógica e gerencial.

No contexto dessa análise conclusiva cabe a questão: seria possível obter o mesmo resultado se a oficina fosse realizada com o mesmo grupo, com os mesmos objetivos e a mesma carga horária, sem a aplicação da técnica com base no referencial teórico e metodológico dos grupos operativos de Pichon-Rivière? Pode ser que sim, pois um grupo pode ser operativo sem que a técnica tenha sido aplicada. A diferença é que a aplicação da técnica aumenta a probabilidade de se obter os resultados uma vez que já se parte para a intervenção com um dispositivo configurado teórico e metodologicamente com base empírica para atender as características de análise da tarefa grupal a partir dos vínculos, papéis, comunicação e contradições internas.

Com relação à manutenção dos efeitos da intervenção realizada com o NASF, torna-se essencial à implementação de algumas estratégias organizacionais fundamentadas nos princípios das políticas de educação permanente de humanização que favoreçam, no plano coletivo e no plano individual, aos integrantes do NASF a motivação e a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Para isso é importante tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, vinculando, dessa forma, o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos para que o aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano do trabalho.

Entre as estratégias que devem ser implementadas, as que surgiram como prioritárias, referem-se à realização da capacitação introdutória dos integrantes do NASF e a criação de espaços de encontro e mediação de impasses e conflitos entre NASF, equipes vinculadas e coordenação/gestão das UBS sempre que necessário e, especialmente, em situações em que seja identificada maior resistência para o desenvolvimento de ações na lógica do apoio matricial. Esse papel de mediação pode ser exercido pela gestão municipal de Saúde (Secretário de Saúde, Coordenação Geral e Apoiadores da Atenção Básica). No plano macro institucional é importante repensar a precarização da organização do trabalho no que diz respeito ao contrato de trabalho temporário que gera demissões e alta rotatividade dos integrantes do NASF.

A técnica dos grupos operativos se configurou, a partir dos resultados dessa pesquisa, como um dispositivo de enfrentamento da crise social, do desamparo, da necessidade de alteração da forma de ver e agir no mundo. Sua proposta de aprendizagem e mudança baseada na perspectiva do aprender a aprender cria condições necessárias para integrar pensamentos e sentimentos na ação, assim como para transformar o pensamento crítico em ação social. É possível afirmar que o grupo operativo pode ser aplicado em qualquer instituição ou ambiente de interação entre os sujeitos, desde que atenda a uma necessidade clara das pessoas envolvidas.

Finalizando, vale salientar a importância da realização de novas investigações utilizando a estratégia da pesquisa-ação com a aplicação do grupo operativo no contexto da gestão da Atenção Básica em diferentes regiões de saúde problematizando as diretrizes e instruções normativas do NASF nesses seis anos de implantação na Atenção Básica. Novos estudos poderiam subsidiar um alinhamento na formatação de um projeto de qualificação permanente dos integrantes dos NASF e das ESF para desenvolverem um trabalho articulado e harmônico com base na realidade e necessidades concretas da população, fundamentado nos princípios da Atenção Básica e do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 4.1 LIÇÕES APRENDIDAS: O OLHAR DO PESQUISADOR INTEGRANTE

A realização desta pesquisa foi um grande desafio e constitui-se numa experiência empreendedora no sentido de lançar-me numa caminhada inusitada e assumir o risco do ineditismo e pluralidade dos acontecimentos e sentimentos desvelados pelos sujeitos participantes da oficina referentes à dimensão subjetiva sobre o objeto investigado nesse estudo – O de processo de trabalho do Núcleo de Apoio de Saúde da Família – NASF.

O estudo foi enriquecedor uma vez que me deu a oportunidade de conhecer e envolver-me, profundamente, com os novos núcleos do conhecimento das ciências sociais e humanas - a pesquisa-ação, a psicologia social e o grupo operativo de Pichon–Rivière. O contato com esses novos campos do conhecimento e da aprendizagem, tão inovadores e apaixonantes com seus princípios emancipatórios e humanitários, agregou valores de natureza do conhecimento (epistemológicas) e de natureza afetiva (epistemofílicos), imensuráveis, no - meu eu existir no mundo – em todas as dimensões das relações interpessoais (familiar, profissional, social).

Eu nunca tinha ouvido falar de pesquisa-ação, de grupo operativo e de Pichon-Rivière. E essa foi uma variável de grande influência nas dificuldades que eu encontrei para realização da dissertação e da pesquisa em geral. Sobre o papel institucional do NASF, também, não tinha propriedade de conhecimentos nem no campo teórico e nem no prático. Não tinha clareza sobre a tecnologia relacional central de apoio matricial do NASF às ESF. Dessa forma, em virtude do meu

desconhecimento relacionado a esse campo do conhecimento novo e muito complexo, para apreendê-lo e me tornar qualificada, com capacidade e domínio teórico para realização deste trabalho, houve necessidade de dedicar-me aos estudos no mínimo seis horas diariamente.

Outra dificuldade, que vivenciei com grande intensidade, emergiu no desenvolvimento da pesquisa, especificamente, na participação da oficina do grupo operativo com os integrantes do NASF quando na realização da atividade - análise do cotidiano a partir da dramatização dos papéis da ESF e do NASF - a relação NASF/ESF - houve um processo de deposição das ansiedades e das dificuldades no exercício do papel instituído do NASF na figura do profissional enfermeiro que figurou como bode expiatório no processo grupal. Este estereótipo, atribuído ao enfermeiro, foi articulado por conflitos ligados a relações de poder, dominação, opressão e desvalorização, bastante visível na dramatização onde o grupo encenou experiências e reviveu sentimentos da sua interação horizontal com os membros das ESF nas quais são vinculados.

Vivenciar essa situação foi o momento mais difícil na realização da pesquisa, pois sendo uma profissional enfermeira da instituição pesquisada me fez sentir atingido e bastante incomodado pelo estereótipo atribuído aos enfermeiros da ESF, o que resultou em uma mobilização emocional interna causando-me, entre outros efeitos, taquicardia, enjoo, tontura, sudorese e angústias. René Barbier (1985) escreve que “[...] o nível de implicação histórico/existencial constitui o elemento fundamental de toda reflexão crítica sobre a prática social. É aprofundando esse nível de implicação que se pode interpretar com o máximo de objetivação o impacto psicoativo e o impacto estrutural/profissional presentes na pesquisa-ação.”

O papel de observador silente que assumi no desenvolvimento da oficina de grupo operativo na pesquisa de intervenção sobre as práticas de saúde do NASF foi fundamental para manter-me na conduta ética necessária a todo pesquisador - de promover um clima de confiabilidade, de não proferir juízo de valores ou manifestar-se de modo a interferir diretamente nas percepções e opiniões dos sujeitos pesquisados e alterar de alguma forma os resultados da pesquisa. René Barbier (1985 p. 117) refere que “fazer pesquisa ação em ciências sociais é assumir o risco

de ser interrogado sobre seu papel [...] É aceitar uma interpelação sobre o sistema de valores e atitudes do pesquisador do qual depende o equilíbrio e a personalidade”. Parafrazeando Pichon-Rivière (1991), os papéis não podem ser qualificados como certos ou errados, precisam ser compreendidos no contexto do desenvolvimento da tarefa, dos processos de interação dos tipos de vínculos desenvolvidos, pois ajudam a identificar os obstáculos à operatividade do grupo, inexistindo um juízo de valor.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMSON, Gladys. Artigo publicado no site do InterPsic:

<http://www.interpsic.com.br/saladeleitura/EcroPichon.html>, São Paulo. 2.000

BASTOS, Alice Beatriz B. Izique. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon Psicólogo in Formação ano 14, n, 14 jan./dez. 2010 Copyright © 2010 Instituto Metodista de Ensino Superior CNPJ 44.351.146/0001-57  
<https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2348/2334>

ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6):1677-1682, 2013. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/19.pdf> Acessado em 24 de novembro de 2014.

ANDRADE, L. M. B. Et al. Análise da implantação dos núcleos de apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde Transformação Social*. vol.3 ano.1 Florianópolis, jan. 2012. Disponível <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S217870852012000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S217870852012000100005&script=sci_arttext)> Em 23 fev. 2014.

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

ARIAS, E H L et al. Gestão do Trabalho no SUS. in: Cadernos RH Saúde – Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) - Brasília, 2006. p. 112-117.

AZEVEDO, C. da S. Planejamento e Gerência no Enfoque Estratégico Situacional de Carlos Matus. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (2): 129-133, abr/jun, 1992.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência da Atenção Integral à Saúde. Diretoria de Atenção Básica. Diretrizes do Estado da Bahia para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Uma proposta para a qualificação da Atenção Básica. Salvador-Bahia. 2010.

BARBIER, René." *Pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (1985).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.  
[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/3nob\\_sus.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/3nob_sus.htm) Acessado em 10 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores

para o setor e dá outras providências. <http://ebookbrowse.net/portaria-n%C2%BA-2-198-gm-minist%C3%A9rio-da-sa%C3%BAde-anexo-i-pdf-d150992745> Acessado em 10 de dezembro de 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde .Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) acessado em 07 de março de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília(DF); 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. – 2. Ed. – Brasília, 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2009.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. – D.O.U., 29/06/2011 - Seção 1. Brasília,2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação (CGMA) / Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS). Notas dos indicadores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS 2011). <http://189.28.128.178/sage/idsus/graficobolhas.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, nº 34, 176 p. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília – DF 2012.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; PIERANTONI Célia Regina; MACHADO, Maria Helena. Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, vol. 3, n. 1 (mar. 2006, p 8).

CAMPOS, F. E. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, vol. 3, n. 1 (mar. 2006, p 41).

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In CAMPOS, G. W. S et all. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª Ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Huccitec: Editora Fiocruz, 2009, p 871p.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA. G. T. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Revista Saúde e Sociedade da Universidade de São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011 disponível <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013)> Acesso em 23 fev 2014

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.

CECCIM. Ricardo Burg; FERLA Alcindo Antônio. Educação permanente em saúde In: **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira Júlio Cesar França Lima Organizadores. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV,2008.

CECCIM Ricardo Burg e FEUERWERKER Laura C. M.O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004  
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>

DIAS, RB; CASTRO, FM. Grupos Operativos. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em <<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>>. Acesso em 20/11/2013.

ENGEL, G. I. Pesquisa-ação .Educar em Revista, núm. 16, 2000, pp. 181-191 Universidade Federal do Paraná. Paraná, Brasil .

FERNANDEZ, A. M. **El campo grupal – notas para una genealogía**. Buenos Aires, Ed. Nueva Vision. 1998.

FERREIRA, Jussara Cargnin. Efeitos profissionais associados a Cursos de Especialização em Gestão de Hemocentros: um estudo sobre a percepção dos egressos. Dissertação apresentada ao Programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, 2014.

FERREIRA, Michelyne Antônia Leôncio; MOURA Alda Alice Gomes. Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das conferências nacionais de saúde (CNS), Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães Departamento de Saúde Coletiva Recife, 2006.

FORTUNA CM, Franceschini TRC, MISHIMA SM, Matumoto S, PEREIRA MJB. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da

formação de facilitadores. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(2):[10 telas] mar-abr 2011 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) acessado em 15/10/2013.

FREIRE, Paulo – **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra. Pp.77-95. 1996

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. O; CRUZ, N. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. In MINAYO, M. C. de S. (org.); 14ª edição. Petrópolis: Vozes, 1994.

GUATARRI, F. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. Suely Rolnik (seleção, prefácio, produção). 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

QUIROGA, Ana. **Relaciones sociales, procesos de crisis y cambio y subjetividad; Identidad y sujeto situado**; Psicología social, subjetividade y proceso social in Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Buenos Aires, Ediciones Cinco, 1998. ( Pags. 11-31).

KAES, René. **La articulacion La categoria de intermediário y psico-social**. Revista de Psicologia y Psicoterapia de Grupo, Tomo VII nº- 1, Buenos Aires, 1984.

KODA, Mirna Yamazato et al. Grupo com agentes comunitárias: a construção de novas possibilidades do cuidar. Psicol. cienc. prof. vol.32 no.2 Brasília 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000200017>

KOERICH,MS et all. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; 11(3):717-23. Available from: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm>> Acesso em 04 de março 2014.

LANE, Silvia Tatiane Maurier. **O que é Psicologia Social**. São Paulo. Brasiliense. 1981.

LEMOS, Denise. V.S. As relações humanas: Eu o outro e o grupo social. In Grupos: **O poder da construção coletiva**. Rio de Janeiro. Qualitymark, 2010.

LEMOS, Denise. V.S. **Grupos: o poder da construção coletiva**. Rio de Janeiro. Qualitymark, 2011.

LEMOS, Denise. V.S Compreendendo o processo de mudança. Texto de uso interno do Programa de Agentes Sociais de Mudança da UFBA, 2012.

LEMOS, Denise. V.S Os fatores que articulam um grupo: uma leitura da concepção de Pichon-Rivière. Texto de uso interno do Programa de Agentes Sociais de Mudança da UFBA, 2013.

LOPES F R F et al. Experiência educativa com grupos de atenção à criança em Mariana-MG . Rev. bras. educ. med. vol.36 no.1 supl.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200025>

LUBISCO, Nídia Maria Lienert; Santana, Isnaia Veiga; Vieira, Sônia Chagas. **Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e teses**. 4. ed. rev. e ampl. Salvador: EDUFBA, 2008

MACHADO, Alvaro Lima. A formação grupal como estratégia para o desenvolvimento profissional docente em curso de licenciatura. Projeto de pesquisado Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade, na área de concentração Educação, Tecnologias Intelectuais, Currículo e Formação do Educador, da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, 2012.

MACHADO, Maria Helena. Gestão do Trabalho em Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira Júlio Cesar França Lima Organizadores. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MACHADO Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária: Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília, 2006. p. 12-25.

MANIGOT, M. - Comunicacion Humana en los pequeños grupos. Aula proferida na Primeira Escola de Psicologia Social da Argentina Fundada por Pichon Rivière, 1992.

MELO-SILVA, L. L., Duarte, C. V. & Reis, V. A. B. Orientação profissional: um aprendizado de mão dupla. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 3, pp. 315-323, set./dez. 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

Molini-Avejonas DR, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* vol.15 no. 3 São Paulo 2010. <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf>. **Acessado em 17 de novembro de 2014. 23:01**

NASCIMENTO DDG. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008. 154 p.

OLIVEIRA, M. A. de C.; NASCIMENTO, D. D. G. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio À Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. São Paulo: 2010; 34(1):92-96.

OMS. Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. I. Organização Mundial da Saúde. II. Título: Relatório do encontro internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas, Adelaide 2010. [http://www.who.int/social\\_determinants/publications/isa/portuguese\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf). Acessado em 11 novembro de 2014

ORLANDI, Eni Puccinelli. Discurso, Imaginário Social e Conhecimento. Em Aberto, Brasília, ano 14, n.61, jan./mar. 1994.

<http://www.rbep.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/view/911/817> Acessado em 07 julho 2014 as 22h.

PAIM, Jairnilson Silva. **Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde**: o caso do SUS Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.34-46, maio-ago 2006

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/05.pdf>

PAIM. J.S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública* 2006;40(N Esp):73-8.

PARISI, Luis Felipe e ANTONI, Clarissa de. A psicologia na atenção primária à saúde: práticas psicossociais, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Clínica & Cultura* v. III, n.I, jan-jun 2014, 71-85

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. *Interface (Botucatu)* [online]. 2000, vol.4, n.6, pp. 151-151.ISSN 1807-

5762.[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S141432832000000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S141432832000000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) . Acessado em 03de abril de 2014 as 20:53'.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe. In: **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira Júlio Cesar França Lima Organizadores. 2.ed. rev. ampliada. - Rio de Janeiro: EPSJV,2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2001, vol.35, n.1, pp. 103-109. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.

[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003489102001000100016&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003489102001000100016&script=sci_abstract&tlng=en) Acessado em 03de abril de 2014 as 20:02'

PICHON-REVIÉRE, E. **O processo grupal**. 4ª. ed. rev. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

PICHON-REVIÉRE, Enrique. PICHON-RIVIÉRE. **Teoria del vínculo**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision,1985 (Pags.21-78).

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- a b r, 2004.

RODRIGUES, Patrícia Ferreira; ALVARO, Alex Leandro Teixeira; RONDINA, Regina. Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. *REVISTA CIENTÍFICA ELETÔNICA DE PSICOLOGIA* – ISSN: 1806-0625. Ano IV – Número 7 – Novembro de 2006 – Periódicos Semestral.

[http://faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/lh21p1iEajxIWcK\\_2013-5-10-15-30-2.pdf](http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/lh21p1iEajxIWcK_2013-5-10-15-30-2.pdf) acessada em 26 dez 2014 8:26'

ROLIM, KMC, Bezerra MGA, Moreira VTA, Maria FM. Mulheres em uma aula de hidroginástica: experienciando o interrelacionamento grupal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2004;17(1):8-13.

SILVA, K.L et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 2009, Jan- Fev; 62(1): 86-91.

SIMÕES, Fabiana Verdan; STIPP, Marlucci Andrade Conceição. Grupos Na Enfermagem: Classificação, Terminologias E Formas De Abordagem. in Grupos na área de saúde mental (SPADINI LS ET AL) *Esc Anna Nery R Enferm* 2006 abr; 10 (1): 139 - 44.  
[http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=Grupos+Na+Enfermagem%3A+Classifica%C3%A7%C3%A3o%2C+Terminologias+E+Formas+De+Abordagem&btnG=&lr=lang\\_pt](http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=Grupos+Na+Enfermagem%3A+Classifica%C3%A7%C3%A3o%2C+Terminologias+E+Formas+De+Abordagem&btnG=&lr=lang_pt)>Acessado em 08/11/2013 as 13:02minutos.

SOARES, S. M et al . Grupos Operativos de Aprendizagem nos Serviços e Saúde: Sistematização De Fundamentos E Metodologias in Grupos Operativos de Aprendizagem nos Serviços de Saúde -Soares SM et al Esc Anna Nery R Enferm 2007 mar; 11 (1): 52 – 57.

TEIXEIRA, C.F. et al. Produção Científica sobre Política, Planejamento e Gestão em Saúde no Campo da Saúde Coletiva: Visão Panorâmica. In: Almeida-Filho, N; Paim, JS. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1. Ed. – Rio de Janeiro: Medbook, 2014: p. 590-591.

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública* 6/2000.  
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6348/4933>

TERENCE, A. C. F.(UNESP/FCAV) FILHO, Edmundo Escrivão (USP/EESC) Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de Outubro de 2006.

TORRES H. C. et al. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.13 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2005 <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200020>

TURATO. E R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 2005;39(3): 507-514.  
[www.wsp.br/rsp](http://www.wsp.br/rsp)

VIEIRA-DA-SILVA LM et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Supl. 1): S131-S143 nov., 2010.

VELLOSO, Marco Aurélio Fernandez e MEIRELES, Marilucia Melo. Seguir a aventura com Enrique José Pichon-Rivière: uma biografia. São Paulo: Casa do psicólogo,2007

WATZLAWICK,P. El arte de amargarse la vida. Barcelona, ed. Herder, 1995.  
PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004 41

ZIMERMAN, David. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade  
Vínculo Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA) v.4 n.4 dez. 2007  
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2101.pdf>

ZIMERMAN, David . **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2ª edição, 2000.

ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L. C. e colaboradores. Como Trabalhamos com Grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com Ênfase em Gestão de Serviços de Hemoterapia

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa que faz parte de dissertação de mestrado inserida no Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase em Serviços de Hemoterapia, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC, da Universidade Federal da Bahia – UFBA. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Se houver dúvida sobre questões éticas estamos à disposição para os devidos esclarecimentos.

#### **Informações sobre a pesquisa:**

**Título do Projeto:** *Grupo operativo e práticas de saúde em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)*

**Pesquisadora Responsável:** Izabel Josefa dos Santos

**Orientadora:** Denise Vieira da Silva

A pesquisa tem por objetivo analisar o processo grupal de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no que diz respeito a sua tarefa institucional de apoio às Equipes de Saúde da Família (ESF) nas dimensões clínica, pedagógica e gerencial.

A pesquisa será desenvolvida na Secretaria de Saúde do município de Eunápolis-Ba, com 14 (quatorze) profissionais de saúde, integrantes dos dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Serão realizados três encontros: 1. Familiarização das equipes do NASF com a equipe e com o projeto da pesquisa (4 horas). 2. Primeira etapa da intervenção com a utilização da técnica dos grupos operativos (8 horas). 3. Segunda etapa da intervenção com a utilização da técnica dos grupos operativos (8 horas). Todos os encontros serão gravados em vídeo para posterior análise dos dados e elaboração do relatório final da pesquisa. No último encontro será aplicado um instrumento, com questões abertas, para avaliação individual dos participantes, da pesquisa, sobre as oficinas realizadas de Grupo Operativo.

Salientamos que as oficinas serão conduzidas por uma psicóloga social, especialista na técnica de Coordenação de Grupos Operativos e nesse tipo de intervenção grupal, com 30 anos de experiência. Sendo que as eventuais mobilizações emocionais previstas aos participantes da pesquisa, serão

trabalhadas a partir das referências teórico-metodológicas da Técnica dos Grupos Operativos de Pichon-Riviére, que é objeto desse estudo. A utilização dos dados coletados terá fins, **exclusivamente** científicos e, sua identidade e o que for discutido durante a realização dos encontros serão mantidos em sigilo.

Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual (anonimato, confiabilidade, participação voluntária). Ressaltamos que sua participação é voluntária, que não conferirá risco de nenhuma espécie, não implicará em despesas pessoais, retribuição monetária e ou privilegio institucional e que você é livre para interromper a sua participação a qualquer momento, sem que haja necessidade de justificar sua decisão.

O resultado da pesquisa será apresentado em formato de artigo e estará disponível no site do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, devendo ser encaminhado por email a todos os sujeitos da pesquisa.

Contatos da pesquisadora responsável: Av. Santos Dumont, 623, centro, CEP 45.820.010.  
[izabel.santo@hotmail.com](mailto:izabel.santo@hotmail.com) Celular: 73 91019000

Contatos da orientadora da pesquisa: Centro de Recursos Humanos –UFBA. Email:  
[deniselemos50@hotmail.com](mailto:deniselemos50@hotmail.com)

Local e data: Eunápolis - Bahia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

(  ) Concordo em participar do estudo “**Grupo operativo e práticas de saúde em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**” . (  ) Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como me foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade. (  ) Não concordo em participar da pesquisa.

Nome do participante da pesquisa \_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

OBS: Deverão ser assinadas duas vias sendo que uma via ficará com a pesquisadora e uma ficará com o (a) participante).

## APÊNDICE B– Declaração de Aceite da Organização Campo do Estudo



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva Mestrado

Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com Ênfase em Gestão de Serviços de Hemoterapia

### DECLARAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_ Secretário de Saúde do Município de Eunápolis-Bahia, estou de acordo que a aluna Izabel Josefa dos Santos utilize nosso serviço como campo de investigação para sua pesquisa intitulada “Grupo operativo e práticas de saúde em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)”, sob a orientação da professora, doutora, Denise Vieira da Silva, com o objetivo analisar o processo grupal de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no que diz respeito a sua tarefa institucional de apoio às Equipes de Saúde da Família (ESF) nas dimensões clínica, pedagógica e gerencial.

Trata-se de uma atividade do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva com Concentração em Gestão de Sistemas de Saúde com ênfase em serviços de Hemoterapia do Instituto de Saúde Coletiva Mestrado da Universidade Federal da Bahia. A participação dessa instituição é voluntária, a identidade dos participantes e o que for discutido durante os encontros serão mantidos em sigilo, de forma a garantir o anonimato do serviço e dos participantes.

A utilização dos dados coletados terá fins, exclusivamente científicos e ao final dessa investigação, o resultado da pesquisa será apresentado em formato de artigo e estará disponível no site do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, devendo ser encaminhado por email para essa organização e a todos os sujeitos da pesquisa..

O estudo será desenvolvido na Secretaria de Saúde do município de Eunápolis-Ba, com 14 (quatorze) profissionais de saúde, integrantes dos dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Serão realizados três encontros: 1. Familiarização das equipes do NASF com a equipe e com o projeto da pesquisa (4 horas). 2. Primeira etapa da intervenção com a utilização da técnica dos grupos operativos (8 horas).3. Segunda etapa da intervenção com a utilização da técnica dos grupos operativos (8horas).Todos os encontros serão gravados em vídeo para posterior análise dos dados e elaboração do relatório final da pesquisa. No último encontro será aplicado um instrumento, com questões abertas, para avaliação individual dos participantes, da pesquisa, sobre as oficinas realizadas de Grupo Operativo.

Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual (anonimato, confiabilidade, participação voluntária). Ressaltamos que sua participação é voluntária, que não conferirá risco de nenhuma espécie, não implicará em despesas pessoais, retribuição

monetária e ou privilegio institucional e que você é livre para interromper a sua autorização a qualquer momento, sem que haja necessidade de justificar sua decisão..

Diante destes dados, sinto-me suficientemente esclarecida (o) a respeito da pesquisa, e assino essa declaração indicando minha concordância e autorização.

Eunápolis,.....de.....de 2014.

Assinatura / carimbo\_\_\_\_\_

OBS: Deverão ser assinadas duas vias sendo que uma via ficará com a pesquisadora e uma ficará com o (a) participante).

**ANEXO A**

**Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro**

**PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008**

Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando o inciso II do art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde - SUS; Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social; Considerando os princípios e as diretrizes propostos no Pacto Pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o Pacto firmado entre as esferas de governo nas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão; Considerando a Regionalização Solidária e Cooperativa firmada no Pacto Pela Saúde e seus pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social; Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde no SUS; Considerando o fortalecimento da estratégia Saúde da Família definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que preconiza a coordenação do cuidado a partir da atenção básica organizada pela estratégia Saúde da Família; Considerando a Política Nacional de Promoção da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, sobre o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no Brasil; Considerando a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, conforme o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta o desenvolvimento das ações da pessoa com deficiência no SUS; Considerando as diretrizes nacionais para a Saúde Mental no SUS, com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, da reforma psiquiátrica; Considerando a Portaria nº 710/GM, de 10 de junho de 1999, que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional; Considerando a Política Nacional de Saúde da Criança e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, seus princípios e diretrizes; Considerando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC no SUS, a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações que compreendem o universo de abordagens denominado pela Organização Mundial da Saúde - OMS de Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa - MT/MCA, a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia; Considerando a Lei nº 8.856 de 1º de março de 1994, que define a carga horária semanal máxima

dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional; Considerando a Lei nº 9.696, de 1 de setembro DE 1998 que dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle; Considerando o cronograma de envio das bases de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD/SUS, do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, estabelecido na Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007; Considerando a Política Nacional de Medicamentos, que tem como propósito garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população aqueles considerados essenciais; Considerando que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, estabelecida por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, e da integralidade e da equidade; e Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, bem como a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, resolve:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. § 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família. § 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. § 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. § 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo. § 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. § 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo. § 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional. § 5º prática da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura no NASF deverá ser realizada em consonância com a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006.

Art. 4º Determinar que os NASF devam funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais do NASF considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais, observando o seguinte: I - Para os profissionais médicos, em substituição a um profissional de 40 horas semanais, podem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um, sendo permitido o cadastro de profissionais de CBO diferentes; II - Para os profissionais fisioterapeutas, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um; III - Para os profissionais terapeutas ocupacionais, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um; e, IV - Para as demais ocupações vale a definição do caput deste parágrafo. § 1º A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. § 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental. § 3º Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados. § 4º As ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF, estão descritas no Anexo I a esta Portaria.

Art. 5º Definir que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família. § 1º Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a,

no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família. § 2º O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas: I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

Art. 6º Definir que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família. § 1º O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2. § 2º Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2.

Art. 7º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal: I- definir o território de atuação de cada NASF quando as equipes de Saúde da Família às quais estes NASF estiverem vinculados pertencerem a um mesmo Município ou ao Distrito Federal; II - planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, como educação continuada e atendimento a casos específicos; III - definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra-referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias; IV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente; V - manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão; VI - disponibilizar a estrutura física adequada e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que comporão os NASF; VII - realizar avaliação de cada NASF, estimulando e viabilizando a capacitação dos profissionais; VIII- assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais dos NASF; e IX- estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento dos NASF.

Art. 8º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: I - identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5º desta Portaria; II - assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF, de acordo com o planejamento, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias; III - realizar avaliação e/ou assessorar sua realização; e IV - acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF segundo os preceitos regulamentados nesta Portaria.

Art. 9º Definir que o processo de credenciamento, implantação e expansão dos NASF: I - esteja vinculado à implantação/expansão da Atenção Básica/Saúde da Família na proporcionalidade definida no artigo 5º desta Portaria; II - obedeça a mecanismos de adesão e ao fluxo de credenciamento, implantação e expansão definidos no Anexo II a esta Portaria, podendo ser utilizados os quadros do Anexo III a esta Portaria; e III - tenha aprovação da Comissão Intergestores Bipartite de cada Estado.

Art. 10. Definir como valor de transferência para a implantação dos NASF, segundo sua categoria: I - NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF 1, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Art. 11. Definir como valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, segundo sua categoria: I - NASF 1: o valor de 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. § 1º Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES. § 2º O envio da base de dados do SCNES pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para o banco nacional deverá estar de acordo com a Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007. § 3º O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverão ser registrados no SIA/SUS, mas não gerarão créditos financeiros.

Art. 12. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria façam parte da fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB variável) e componham o Bloco Financeiro de Atenção Básica. § 1º Incidem nos fluxos e requisitos mínimos para manutenção da transferência e solicitação de crédito retroativo os requisitos definidos pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. § 2º O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes ao NASF aos Municípios e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações: I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou; II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou; III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais dos NASF e/ou; IV - inexistência do número mínimo de Equipes de Saúde da Família

vinculadas ao NASF, sendo consideradas para esse fim as Equipes de Saúde da Família completas e as Equipes de Saúde da Família incompletas por período de até 90 dias.

Art. 13. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Vairável - Saúde da Família.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

### ANEXO I

São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF: - identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas; - identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações; - atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF 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 intersectorialidade, 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, folders e outros veículos de informação; - avaliar, em conjunto com as ESF 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; e - elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada. Ações de Atividade Física/Práticas Corporais - Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PT nº 687/GM, de 30 de março de 2006 -, compreende que as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as

práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras.

Em face do caráter estratégico relacionado à qualidade de vida e à prevenção do adoecimento, as ações de Atividade Física/Práticas Corporais devem buscar a inclusão de toda a comunidade adstrita, não devendo restringir seu acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis. Detalhamento das ações: - desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade; - veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado; - incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais; - proporcionar Educação Permanente em Atividade Física/Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente; - articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública; - contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência; - identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF; - capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais; - supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade; - promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - escolas, creches etc; - articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais; e - promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Práticas Corporais e sua importância para a saúde da população.

Ações das Práticas Integrativas e Complementares – Ações de Acupuntura e Homeopatia que visem à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, ampliando o acesso ao sistema de saúde, proporcionando incremento de diferentes abordagens, tornando disponíveis outras opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS. Detalhamento das ações: - desenvolver ações individuais e coletivas relativas às Práticas Integrativas e Complementares; - veicular informações que visem à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado; - incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares; - proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com as ESF, sob a forma da coparticipação,

acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente; - articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública; - contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência; - identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF; - capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares; - promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - escolas, creches etc; e - realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional. Ações de Reabilitação - Ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

A Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência - Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 - compreende que as "deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente" (CIF, 2003). O processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a Inclusão Social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território. Assim, é fundamental que os serviços de atenção básica sejam fortalecidos para o cuidado da população com deficiência e suas equipes tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutiva e de qualidade, encaminhando adequadamente os usuários para os outros níveis de complexidade quando se fizer necessário.

As ações de reabilitação devem ser multiprofissionais e transdisciplinares, provendo o desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas no qual, por meio do entrosamento constante entre os diferentes profissionais, se formulem projetos terapêuticos únicos que considerem a pessoa, suas necessidades e o significado da deficiência no contexto familiar e social. Os resultados das ações deverão ser constantemente avaliados na busca por ações mais adequadas e prover o melhor cuidado longitudinal aos usuários. Detalhamento das ações: - realizar diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF; - desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado; - desenvolver ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil; - desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento; - realizar

ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos; - acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF; - desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos; - desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros; - realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos; - capacitar, orientar e dar suporte às ações dos ACS; - realizar, em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares; - desenvolver projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência; - orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo; - desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão; - acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes; - acompanhar o uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário; - realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde; e - realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência.

Ações de Alimentação e Nutrição - Ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis. A promoção de práticas alimentares saudáveis é um componente importante da promoção da saúde em todas as fases do ciclo da vida e abrange os problemas vinculados à desnutrição, incluindo as carências específicas, a obesidade e os demais distúrbios nutricionais e sua relação com as doenças e agravos não transmissíveis. Nessa direção, é importante socializar o conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como desenvolver estratégias de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos locais de custo acessível e elevado valor nutritivo. A incorporação das ações de alimentação e nutrição, no âmbito da Atenção Básica, deverá dar respostas as suas principais demandas assistenciais, ampliando a qualidade dos planos terapêuticos especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação. O diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, propiciada pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional confere racionalidade como base de decisões para as ações de nutrição e promoção de práticas alimentares saudáveis, que respeitem a diversidade étnica, racial e cultural da população.

As ações de Alimentação e Nutrição integram o compromisso do setor saúde com relação aos componentes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional criado pela Lei. nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada. Detalhamento das ações:

- conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários;
- capacitar ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; e
- elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contrareferência do atendimento.

Ações de Saúde Mental - Atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação. A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que já inclui a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os CAPS, dentro da Política de Saúde Mental, são estratégicos para a organização dessa rede, pois são serviços também territorializados, que estão circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários que os frequentam - sua família, escola, trabalho, igreja etc. - e que visam resgatar as potencialidades desses recursos comunitários, incluindo-os no cuidado em saúde mental.

Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania. Detalhamento das ações:

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;
- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;
- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;
- evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não manicomial, diminuindo o

preconceito e a segregação em relação à loucura; - desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc; - priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade; - possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e - ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

Ações de Serviço Social - Ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado. Considerando-se o contexto brasileiro, suas graves desigualdades sociais e a grande desinformação acerca dos direitos, as ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania. Detalhamento das ações: - coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF; - estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF; - discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades; - atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais; - identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento; - discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde; - possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade; - identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social; - apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde; - desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas; - estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF; - capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e - no âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenioterapia.

Ações de Saúde da Criança - Ações de atenção às crianças desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, cuja complexidade

exija atenção diferenciada. Ações de Inter consulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família, que estejam inseridas num processo de educação permanente. Ações de capacitação dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família e os demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico. Detalhamento das ações: - realizar junto com as ESF o planejamento das ações de saúde da criança; - realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional; - apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da criança, além de situações específicas, como a de violência intrafamiliar; - discutir com as ESF os casos identificados que necessitem de ampliação da clínica em relação a questões específicas; - criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade; - evitar práticas que levem a medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; - desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando desenvolver espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, escolas, associações de bairro etc); - priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da criança se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade; - ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração; e - realizar visita domiciliar conjunta às equipes Saúde da Família a partir de necessidades identificadas, a exemplo dos casos de pacientes impossibilitados de deambular.

Ações de Saúde da Mulher - Ações de Inter consulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família que estejam inseridas num processo de educação permanente; ações de capacitação em serviço dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família; ações de atenção individual às mulheres, desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família; cuja complexidade do caso exija atenção diferenciada; ações diferenciadas, como pré-natal de risco não habitual, cujo acompanhamento se desenvolva de maneira compartilhada com as equipes Saúde da Família; realização de colposcopia e biópsias dirigidas, realização de cirurgias de alta-freqüência (CAF) e demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico. Detalhamento das ações: - realizar junto com as ESF, o planejamento das ações de saúde da mulher; - realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional; - apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da mulher, além de situações específicas como a de violência intrafamiliar; - discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões específicas; - criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade; - evitar práticas que levem à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; - desenvolver ações de mobilização de recursos

comunitários, buscando constituir espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, escolas, associações de bairro etc; - priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da mulher se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade; - ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração; e - realizar visita domiciliar em conjunto com as equipes Saúde da Família a partir de necessidades identificadas, a exemplo dos casos de pacientes impossibilitados de deambular.

Ações de Assistência Farmacêutica - Ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. A Assistência Farmacêutica nos NASF visa fortalecer a inserção da atividade farmacêutica e do farmacêutico de forma integrada às equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, cujo trabalho buscará garantir à população o efetivo acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo com a resolubilidade das ações de promoção, de prevenção e de recuperação da saúde, conforme estabelecem as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família e da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Detalhamento das ações: - coordenar e executar as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família; - auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde; - promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso; - assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família; - selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços; - receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na Atenção Básica/ Saúde da Família; - acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população; - subsidiar o gestor, os profissionais de saúde e as ESF com informações relacionadas à morbimortalidade associados aos medicamentos; - elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade; - intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade com a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, visando uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida; - estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica; e - treinar e capacitar os recursos humanos da Atenção Básica/Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica.

## **ANEXO II MECANISMOS DE ADESÃO/IMPLANTAÇÃO DOS NASF I.**

Para implantar os NASF, os Municípios e o Distrito Federal devem elaborar Projeto de Implantação, contemplando: - o território de atuação, formado por áreas contíguas de equipes de Atenção Básica/Saúde da Família; - as principais atividades a serem desenvolvidas; - os profissionais a serem inseridos/contratados; - a forma de contratação e a carga horária dos profissionais; - a identificação das Equipes Saúde da Família - ESF vinculadas aos NASF; - o planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes SF e a equipe dos NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das ESF quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar; - o código do CNES da Unidade de Saúde em que será credenciado o serviço NASF, que deve estar inserida no território das ESF vinculadas; - o formato de integração no sistema de saúde, incluindo fluxos e mecanismos de referências e contra referências aos demais serviços da rede assistencial, prevendo mecanismos de retorno da informação e a coordenação do acesso pelas ESF; e - descrição dos investimentos necessários à adequação da Unidade de Saúde para o bom desempenho das ações dos NASF. II. A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou a sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta ao Ministério da Saúde. III. A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Vencido o prazo fixado, o Município poderá enviar a solicitação de credenciamento com o protocolo de entrada na SES que comprove a expiração do prazo diretamente ao Ministério da Saúde. IV. Após a aprovação, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de NASF que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável. V. O Município, com as equipes previamente credenciadas pelo Estado, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades.

## ANEXO B



**Ministério da Saúde**

**Gabinete do Ministro**

### **PORTARIA Nº 3.124, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012**

Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências; Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação Inter federativa; Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle; Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Considerando a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável; Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde; Considerando a necessidade de redefinir e adequar as diretrizes e normas nacionais ao atual funcionamento e organização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e revisar os parâmetros de vinculação no âmbito da Atenção Básica; e Considerando pactuação estabelecida em Reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 22 de novembro de 2012, resolve: Art. 1º Ficam redefinidos os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Art. 2º Ficam criados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 -NASF 3. §1º O NASF 3 é criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. §2º Os critérios para implantação, características específicas, composição das ocupações e recursos

financeiros federais para os NASF 3 encontram-se definidos no art. 3º desta Portaria. Art. 3º Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser organizados, com financiamento federal, nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3, seguindo os parâmetros e critérios abaixo estabelecidos: 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. II - Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); III - A modalidade NASF 2 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 120 (cento e vinte) 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 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. IV - Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); V - A modalidade NASF 3 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 80 (oitenta) 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 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. VI - Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. §1º A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal correspondente ao NASF. §2º O número máximo de NASF 2 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2. §3º O número máximo de NASF 3 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 3. §4º Os valores dos incentivos financeiros para a implantação e os recursos de custeio, que serão transferidos a cada mês tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES, serão objeto de portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde. Art. 4º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da efetiva implementação das alterações ocorridas no NASF junto ao SCNES.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

## ANEXO C

### GRUPO OPERATIVO E PRÁTICAS DE SAÚDE EM UM NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) - PROGRAMA DA OFICINA FORTALECIMENTO DE EQUIPE – EUNÁPOLIS. BA.

#### **Objetivo geral**

Analisar o processo grupal de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no que diz respeito a sua tarefa institucional de apoio às Equipes de Saúde da Família (ESF) nas dimensões clínica, pedagógica e gerencial.

#### **Objetivos específicos**

Identificar as principais dimensões facilitadoras e dificultadoras na dinâmica de funcionamento interno do grupo e na sua relação de trabalho com as equipes do ESF;

Analisar o padrão de comunicação identificando os tipos de vínculos existentes e os obstáculos ao desenvolvimento da cooperação;

Analisar a atuação dos integrantes no exercício dos papéis que emergem no grupo, identificando os processos de complementaridade e suplementaridade;

Possibilitar a elaboração conjunta de estratégias de enfrentamento das dificuldades identificadas relacionadas ao trabalho em si e ao processo grupal de desenvolvimento do mesmo.

A escolha desse modelo deve-se à sua adequação à compreensão dos obstáculos institucionais em termos da gestão e da dinâmica grupal do trabalho em equipe.

#### **Primeiro Dia**

- Abertura
  - Apresentação da facilitadora
  - Apresentação do grupo
- Como estamos chegando para a oficina – individual
- O que vale a pena discutirmos/aprendermos nesses dois dias (sub grupos)
- O que não queremos que aconteça nesses dois dias (subgrupos)
- Apresentação da Proposta da Oficina (ajustes de expectativas)
  - Tema: O conceito de grupo
- Do próprio grupo – contar uma história significativa
  - Tema: O conceito de grupo
- Aquecimento ( pós almoço) – Roda dos nomes e qualidades/ Sorriso milionário
- Explorando os conceitos de Necessidade/Objetivo do NASF:
- A história do surgimento do Nasf; para que existimos; para quem; o que nos define (em subgrupos)
- Plenária de discussão
- Avaliação do dia: como estamos saindo desse encontro de hoje
- Recadinhos para o facilitador ( escrito em papéis deixados disponíveis, anônimos ou não)
- Roda de despedida

## Segundo Dia

- Atividade de Acordamento corporal liderado por alguém do grupo
- Atividade de comunicação “Correio elegante” – mandar uma mensagem falada para grupo ou para alguém  
Tema: Explorando o conceito de Vinculo
- Atividade de DG e análise do processo
- “ O lugar onde nasci influenciou para a pessoa que eu sou hoje
- Aquecimento( pós almoço): A quadrilha de São João  
Tema: O processo de Comunicação
- Leitura do texto “Dialogo”
- Análise do Cotidiano identificando como está a Interação eo processo de Comunicação do NASF ( intra e extra grupo)  
Tema: Os papeis no grupo
- Análise do Cotidiano: dramatização dos papeis da USF e NASF
- Plenária para discussão
- Planejando a mudança – Plano de Ação: O que fazer; como; quando; quem ( o que for possível realizar)
- Avaliação do seminário: como estamos saindo
- Roda de despedida

## ANEXO D

Parecer consubstanciado do CEP número 795.068/2014. Data da Relatoria:  
08/07/2014

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** GRUPO OPERATIVO E PRÁTICAS DE SAÚDE EM UM NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

**Pesquisador:** Izabel Josefa dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 31062214.4.0000.5030

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 795.068

**Data da Relatoria:** 08/07/2014

**Apresentação do Projeto:**

Segundo a pesquisadora, a motivação para o projeto advém dos depoimentos obtidos após a realização de oficinas no decorrer do curso "Gestão com pessoas grupais e relações interpessoais" do módulo do mestrado profissionalizante em saúde coletiva. A pesquisadora afirma que o estudo se direcionará à aplicação da técnica de grupo operativo na atividade de análise das práticas de saúde das equipes do NASF na Secretaria de Saúde do município. Esclarece, ainda, a autora do projeto que esta secretaria contempla um modelo de gestão participativo que envolve a constituição de um conselho gestor incluindo representantes da rede assistencial de saúde (RAS) do município. Salienta a pesquisadora que a qualidade da assistência à saúde se fortalece com os estilos de liderança adotados pelos gestores, a dinâmica cooperativa dos papéis e motivação do trabalho como consequência.

Para a autora do projeto, o grupo operativo é um processo que envolve tanto o plano institucional da gestão como também o plano operacional dos serviços de saúde, além disso, a citada técnica proporciona a constituição de redes vinculares de laços solidários proporcionando uma sustentação da identidade no trabalho.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n  
Bairro: Canela CEP: 40.110-040  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7480 E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 795.068

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral foca a análise no processo grupal de trabalho do NASF às equipes de saúde da família (ESF) nas dimensões clínica, pedagógica e gerencial e os específicos contemplam as principais dimensões facilitadoras e dificultadoras na dinâmica de funcionamento interno do grupo e nas suas relações de trabalho com as equipes do ESF, a atuação dos integrantes no exercício dos papéis que emergem no grupo e a elaboração conjunta de estratégias de enfrentamento das dificuldades identificadas relacionadas ao trabalho em si e ao processo grupal de desenvolvimento do mesmo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto contém clareza no que se refere ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, é estruturado numa ampla revisão da literatura e com clareza na diretriz teórica. Ressalta a importância do respeito à dignidade humana, proporcionando às pessoas o direito de decidirem sobre a participação ou não no processo de pesquisa, além de benefícios aos integrantes do grupo de apoio de saúde da família na modalidade NASF 1.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na modalidade de pesquisa-ação, objetivando uma intervenção social através da técnica de grupos operativos em dois núcleos de apoio à saúde da família (NASF). A pesquisa será desenvolvida na Secretaria de Saúde do município de Eunápolis-BA com 14 profissionais de saúde integrantes dos dois núcleos de apoio de saúde da família na modalidade NASF 1 implantados em novembro de 2009. Adota a pesquisadora a metodologia central preconizada nos grupos operativos de Pichon Riviere que apresenta três articuladores centrais operantes no processo de desenvolvimento grupal: a tarefa a realizar, os vínculos interpessoais a constituir os papéis a exercer. Esses articuladores serão objetos de análise e desenvolvimento a partir da observação e intervenção no processo comunicativo do grupo NASF. O processo de pesquisa com aplicação da técnica serão realizadas em três encontros e todos estes serão gravados em vídeos para posterior análise das falas e movimento corporais.

Quanto à análise e interpretação dos resultados, a autora utilizará a técnica de análise do discurso que segundo a mesma "o pesquisador preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta fazendo uma leitura da posição discursiva do sujeito", além de fundamentar-se no referencial dos vetores de avaliação do processo grupal proposto por Pichon Riviere.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n  
 Bairro: Canela CEP: 40.110-040  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepico@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 795.066

A relatora do presente projeto se posiciona favorável a sua liberação desde que os demais membros do comitê de ética assim se posicionem e que seja revisado o TCLE, conforme discriminado no item "recomendações" da Plataforma Brasil.

**Recomendações:**

Recomendado à pesquisadora a inclusão do TCLE, quais suportes emocionais serão dados aos Informantes no decorrer da pesquisa. Tão logo a pesquisadora atenda a essa recomendação o projeto pode ser liberado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após atender à recomendação, sugiro pela aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PARECER CONSUBSTANCIADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 2 de julho de 2014 o processo no.095/14 referente ao projeto de pesquisa em tela.

Tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n  
 Bairro: Canela CEP: 40.110-040  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7480 E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 795.055

SALVADOR, 17 de Setembro de 2014

---

Assinado por:  
Alicione Brasileiro Oliveira Cunha  
(Coordenador)

Endereço: Rua Basílio de Gama s/n  
Bairro: Cidade Nova CEP: 40.110-040  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7480 E-mail: cepisc@ufba.br

Página 04 de 04

## ANEXO E

### Algumas ferramentas/estratégias das quais os profissionais do Nasf podem lançar mão para colocar em prática o apoio matricial

## Colocando em Prática o Apoio Matricial: Algumas Ferramentas que o Nasf pode Utilizar

### 3

Neste capítulo, serão trabalhadas algumas ferramentas/estratégias das quais os profissionais do Nasf podem lançar mão para colocar em prática o apoio matricial. Em sua maioria, trata-se de ferramentas e modos de atuar transversais, não específicos de ocupação alguma do Nasf, embora possa estar mais próximo de determinadas ocupações e profissões. Essas ferramentas, com as práticas específicas por núcleo ou área de atuação (que serão objeto de publicação específica), indicam um escopo possível de atuações e práticas do Nasf, buscando ampliar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, bem como ampliar as ofertas/ações de saúde na AB.

#### 3.1 Trabalhando com grupos

As práticas grupais constituem importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Básica. É possível identificar diversas modalidades de grupos, tais como: grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (hipertensão, obesidade, diabetes), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), grupos de medicação, grupos terapêuticos etc.

O trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos.

A principal função de muitos desses grupos situa-se na questão da educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes alguns de seus objetivos. Contudo, muitas vezes prevalece um tipo de prática

Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | Departamento de Atenção Básica

que, parafraseando Campos (2003) com a ideia de "clínica degradada", poderíamos chamar de degradação dos grupos: as pessoas recebem uma espécie de consulta coletiva ou os grupos se reduzem a sessões informativas reiteradas, questões que, muitas vezes, estão por trás da chamada "não adesão" dos pacientes.

64

Vários questionamentos podem ser feitos por usuários: "Para que frequentar um grupo se eu sou diabético? Para escutar toda semana que não devo comer doce? Ou que devo caminhar? Será que faz sentido?". Na ânsia de se tentar manter a adesão aos grupos, medidas coercitivas como distribuição da medicação somente neste contexto, ou sedutoras, oferecendo lanches ou prêmios, acabam se tornando usuais, prejudicando ainda mais o desenvolvimento de intervenções terapêuticas coletivas positivas. Mas, se não funciona, por que as equipes mantêm esse tipo de prática? Geralmente porque não sabem fazer diferente.

O modelo biomédico que tradicionalmente embasa a formação dos profissionais de saúde, e não apenas dos médicos, exige uma postura ativa onde eles se coloquem como aqueles que têm as soluções e as respostas, que orientam e resolvem, deixando o usuário em uma posição passiva, compatível com sua denominação de "paciente". Esse tipo de modelo reflete a formação dos trabalhadores em saúde, e a possibilidade de sua transformação está intimamente associada ao desenvolvimento de uma abordagem nova, centrada no usuário, e não no atendimento e na intervenção dos profissionais. Faz-se necessária atitude receptiva a esse sujeito, acolhendo suas questões pessoais, subjetivas, seus dramas familiares e sociais, suas dificuldades... Questões para as quais, muitas vezes, não temos respostas.

Em geral, nos hospitais e nos ambulatórios fechados, esses temas não frequentam os consultórios e atendimentos aos leitos, onde o contato é controlado, restrito, focado. Mas, na Atenção Básica, faz-se necessário poder trabalhar abordando esses problemas e sofrimentos. Ou seja, faz-se primordial transformar a prática para efetivamente se criar o grupo. Essa transformação gera adesão, continuidade e valorização do espaço grupal. Se me oferecessem oportunidade de ter trocas vitais e verdadeiras com pessoas que lidam com problemas parecidos e, se entre nós, fôssemos estimulados a buscar alternativas e soluções, por que eu não iria? Essa mudança na forma de condução dos grupos e na postura dos profissionais acaba gerando mudanças nos usuários, transformando também a sua postura, com maior participação, empoderamento e desenvolvimento da autonomia e da própria capacidade de criar soluções para suas dificuldades.

Assim sendo, podemos dizer que as práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Mas podemos ousar ir além. Existem hoje, na Estratégia Saúde da Família, diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção.

Entre essas atividades, destacam-se:

– **Terapia comunitária:** a abordagem desenvolvida por Adalberto Barreto e hoje presente em todo o País oferece espaço e suporte para que as pessoas possam dividir suas dores e sofrimentos. Podendo ser liderada por qualquer pessoa da equipe que tenha a formação adequada, constitui-se em importante ferramenta de promoção e prevenção em termos de saúde mental. Apesar disso, não se propõe a ser espaço terapêutico de transtornos mentais específicos, sendo mais um momento de fortalecimento, apoio, reestruturação e socialização para muitos usuários.

65

– **Grupos de convivência:** tradicionalmente utilizados no cuidado e no apoio, sobretudo aos usuários da terceira idade, têm demonstrado efeito positivo em termos de melhora do estado emocional, remissão de quadros depressivos, socialização e redução da solidão. Os trabalhos manuais costumam ser parte importante da rotina desses grupos, assim como atividades sociais como passeios e festas. Diferem das oficinas especializadas para pacientes com transtornos mentais graves, como as realizadas em unidades como os Caps, mas, por acontecerem na unidade, dentro da comunidade, possuem ação particularmente importante de reintegração social dos pacientes. Nos contextos de isolamento produzidos pelo aumento da violência urbana e pelas limitações e fragilidades da velhice, esses grupos têm se mostrado muito potentes para ressignificar as escolhas de vida desse grupo etário.

– **Grupos de mulheres:** os grupos com mulheres têm sido realizados em unidades de Atenção Básica no País há muitos anos, porém com poucos relatos publicados ou estudos de acompanhamento realizados. De maneira geral, estruturam-se como grupos de apoio e suporte, possibilitando espaços de acolhida e escuta, promovendo reflexão e reforço da autoestima e fortalecendo o vínculo com a equipe. Contribuem para a redução da busca espontânea da unidade por pacientes com queixas físicas sem explicação médica. Costumam serem grupos abertos, sem temas definidos, onde normalmente os problemas, tensões e dificuldades do dia a dia são discutidos. Neles, podem se aprimorar e trocar estratégias para lidar em melhores condições com as discriminações de gênero, a problemática da violência doméstica e as ansiedades oriundas das mudanças de ciclo vital (menopausa, crescimento dos filhos, aposentadoria etc.).

Enquanto metodologias de trabalho de grupo podem-se destacar também:

– **Grupos operativos:** na década de 1940, o psicanalista argentino Pichon-Rivière definiu o grupo operativo como conjunto de pessoas com objetivos comuns, que se propõem a uma tarefa, explícita ou implicitamente, interagindo e estabelecendo vínculos. O grupo operativo deve ser dinâmico (fomentando a comunicação e a criatividade), reflexivo (principalmente na avaliação das dificuldades que levam o grupo a não resolver uma tarefa, por exemplo), democrático (usando o princípio da autonomia, em que o grupo define as ações e prioridades).

– **Grupos terapêuticos:** além de metas terapêuticas específicas (alívio de sintomas e melhora na situação de sofrimento), os grupos terapêuticos agregam objetivos de incremento do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Existem algumas características importantes com relação a esta modalidade de grupo: baseiam-se no compartilhamento de experiências, no aumento do conhecimento sobre a situação-problema e do autocuidado, no compromisso do

sujeito com suas ações, na construção de objetivo comum entre o grupo, na criação de estratégias de aumento da motivação e de enfrentamento da situação-problema.

– **Grupos motivacionais:** existe a possibilidade de serem desenvolvidos grupos motivacionais que adaptam técnicas utilizadas na terapia breve. A intenção principal consiste em focar atenção sobre o tema que dificulta ou interfere na mudança de comportamento. Para tanto, é fundamental que o grupo esteja efetivamente comprometido em realizar as mudanças necessárias e compreenda sua situação como um problema a ser solucionado.

Esses grupos podem ser muito úteis em situações nas quais os sujeitos necessitem adquirir e fortalecer compromisso ou ampliar o desejo de mudança.

66



Comunidade de Práticas

Prezado leitor,

Conheça e compartilhe modos de organizar grupos na Atenção Básica acessando:

<<http://bit.ly/12hpxEi>>

### 3.2 Fundamentos técnicos que facilitam a estruturação e a organização do trabalho em grupo

Alguns aspectos descritos a seguir são importantes de serem considerados durante a estruturação de um grupo e mesmo durante os próprios encontros grupais. São eles:

- **Estrutura básica de um encontro de grupo**

Um encontro grupal é geralmente composto por três fases: apresentação, desenvolvimento e encerramento. A apresentação é o início do contato dos participantes com o grupo e do vínculo. Onde é apresentada a metodologia de trabalho e utilizadas técnicas de apresentação e de descontração. Uma técnica que pode ser utilizada, por exemplo, é a de jogar uma bolinha de borracha para a pessoa que deve falar. Funciona muito bem para faixas etárias mais jovens. Outra forma é utilizar a ordem em que as pessoas estão sentadas, ou a ordem em que chegam ao encontro. O importante é quebrar a regra comum, pois as pessoas ficam mais atentas.

A segunda é a fase de desenvolvimento propriamente dita, subdividida em três momentos: aquecimento, no qual é introduzido o tema do encontro; aprofundamento, no qual o tema é explorado de forma mais extensa e detalhada; e o terceiro, processamento, no qual é dado o feedback ou devolução sobre o tema abordado. Não é interessante deixar pendências para os encontros subsequentes, embora algumas vezes o planejamento sofra alterações ao longo do encontro, de acordo com demandas apontadas pelos participantes do grupo.

A terceira é a fase de encerramento. Neste momento, são utilizadas técnicas de fechamento buscando sintetizar ou encaminhar a discussão para seu final. Além disso, no encerramento, também costuma ser realizada pequena avaliação do encontro ou das atividades do grupo como um todo.

#### • Contratualização

A contratualização ou pactuação inicial de regras em um grupo é fundamental para seu sucesso. As regras de funcionamento devem ser explicitadas e justificadas logo no início da atividade. Quando uma regra não explícita for apresentada durante o processo grupal, é importante que esta seja discutida, buscando consenso entre os integrantes. Portanto, certa flexibilidade e negociação quanto às regras são desejáveis, desde que isso não prejudique a interação.

É importante reforçar que o momento de pactuação e apresentação das regras pode ser manejado diferentemente, a depender do tipo de grupo. Por exemplo, se um grupo sempre se reúne com as mesmas pessoas, não há sentido realizar a cada encontro a apresentação e a pactuação das regras. Estas podem ser trabalhadas sempre que chega algum membro novo ou quando as regras precisam ser revistas ou fortalecidas. No caso da apresentação dessas regras no início desse mesmo tipo de grupo exemplificado, é interessante fazer uma rodada de “como vão as coisas”, ou seja, de socialização dos sentimentos atuais (novidades) de cada membro.

O sigilo deve fazer parte da pactuação inicial, lembrando aos participantes que todos naquela circunstância estão expostos da mesma forma. Quando alguma quebra de sigilo ocorrer, cabe ao facilitador ficar atento. Em nenhum momento, esse processo deve ser conduzido de forma a julgar ou condenar alguém, requerendo-se habilidade e parcimônia da parte do facilitador para mediar possíveis conflitos entre os participantes.

#### • Dinâmicas de grupo

Constituem-se em formas de atuação com grupos. Em geral, são utilizadas para provocar algum tipo de mobilização ou de reflexão nos participantes. Essas reflexões visam trazer ao debate temas diversos, como crenças e noções dos participantes a respeito de algo, sobre a forma como o grupo se comporta ou mesmo sobre o comprometimento e as expectativas com os resultados da atividade. Além disso, essas dinâmicas podem ser utilizadas para “acordar” as pessoas, aquecê-las física ou mentalmente para o início de um debate. Esses momentos podem ser propícios para o autoconhecimento, reflexões coletivas ou difusão de informações sobre algum tema específico.

Um dos objetivos das dinâmicas é estimular as pessoas a expressarem suas vivências ao grupo. É possível encontrar ampla gama de dinâmicas com diferentes objetivos e metodologias. Na leitura complementar, são apresentadas algumas fontes que podem auxiliar no trabalho quando houver necessidade de utilizar dinâmicas de grupo, lembrando que elas não são uma panaceia e devem ser utilizadas com critério.

#### • Comunicação

A comunicação é o cerne de qualquer atividade em grupo. O facilitador deve estar atento para a comunicação não verbal que ocorre durante os encontros, uma vez que pode apontar para

diferentes sentidos aquilo que está sendo expresso em palavras. A cooperação e a comunicação dentro de um grupo favorecem o aprendizado e as mudanças de atitude. É muito importante que seja mantido clima de espontaneidade e empatia diante das experiências relatadas nos encontros. Nesse sentido, é essencial estar atento a situações que possam estar associadas a conflitos variados, por exemplo, um desentendimento ou discussão entre os participantes, que devem ser trabalhados, e não esquecidos.

#### • Características do moderador/facilitador

Na equipe de saúde, deve ser identificado o integrante que apresenta melhores características e afinidades com o tipo de grupo que está sendo proposto (ou que está situacionalmente mais disposto ou com mais condições). Para que a atividade tenha êxito em seus objetivos, o facilitador deve acreditar na proposta e gostar de trabalhar em grupo. Isso auxilia tanto na pactuação quanto no manejo das situações que podem ocorrer nos encontros, pois os participantes percebem de imediato as reações do facilitador, ainda que sutis ou disfarçadas. Além disso, é demandado ao facilitador manter alto grau de respeito pessoal, coerência e ética em suas condutas, proporcionando ambiente seguro para que os integrantes possam expressar-se sem receio de serem julgados. Atitudes de paciência ativa e tranquilidade permitem que os integrantes tenham tempo suficiente para adquirir confiança no ambiente e ultrapassar algum período de ansiedade ou desconfiança inicial que possa estar ocorrendo. É importante também que o facilitador tenha um bom poder de síntese, seja empático, conheça as técnicas e o planejamento realizado antes do início do grupo, mantendo sempre certa humildade diante do desconhecido que certamente vai ocorrer no percurso do grupo.

Seguem pequenas dicas que podem ajudar na montagem e condução desses grupos:

- Planejem a atividade discutindo coletivamente (se possível com toda a equipe) a finalidade desse novo grupo: a que se destina? Quem serão as pessoas convidadas a participar? E quais resultados se espera atingir com ele? Quais as demandas territoriais existentes?
- Para uma boa interação, o grupo deve ter idealmente entre 12 e 16 pessoas, e dispor de um local onde possam conversar sem serem interrompidos durante uma hora e meia a duas horas.
- É sempre bom que a condução seja compartilhada por pelo menos duas pessoas da equipe: isso permitirá que, enquanto uma conduz os debates e a circulação das falas, por exemplo, a outra fique atenta a manifestações não verbais que possam mostrar apreensão, medo, desconforto e ansiedade. Assim, essas emoções poderão ser trabalhadas e isso melhorará o clima do grupo como um todo.
- A cada sessão é fundamental propiciar a circulação das falas, estimular a conversa lateral (isto é, a fala entre eles, e não somente dirigida aos facilitadores), acolher e apresentar os novos membros. Para tal, perguntas que estimulam a descrição funcionam melhor que perguntas do tipo sim ou não. Por exemplo: “Como foi que vocês tiveram o diagnóstico da sua doença? O que sentiram naquele momento? O que estava se passando em suas vidas?” São perguntas melhores que: “Foi difícil receber o diagnóstico dessa doença?”

Ou: “Vocês conseguem cumprir as indicações dietéticas?”, porque essas perguntas podem ser rapidamente respondidas por sim ou não e interrompem a circulação das falas. Já as descrições e a transmissão de experiências ecoam nas pessoas e colaboram para que cada uma examine sua própria experiência e com as demais debatam as estratégias utilizadas para lidar com a doença.

- Também é importante resumir no início de cada sessão os objetivos do grupo e, no final, dar um fecho à conversa resumindo um pouco o que se passou naquele encontro.
- Ainda, reservem sempre uns 20 ou 30 minutos no final para analisar entre os facilitadores como foi o encontro de grupo. É importante ter um pequeno diário para registrar as mudanças que vão se produzindo nas pessoas (i.e.: quem nunca falava um dia fala), eventos marcantes (alguma revelação, confissão ou dica compartilhada etc.).
- Os facilitadores do grupo cuidam do espaço, cuidam de que o grupo aconteça e para tal: preparam o local para receber as pessoas, devem ser sempre pontuais e não permitir que o grupo seja interrompido. Isso implica um gentil convite aos participantes dos grupos a desligarem seus celulares e na solicitação a toda pactuação com a equipe de saúde para priorizar a atividade de maneira que ela não seja nem suspensa, nem interrompida. A continuidade é base da confiabilidade no grupo e isso é a matéria-prima desse tipo de trabalho. Em geral, as pessoas gostarão de voltar se tiverem a impressão de terem compartilhado de uma experiência verdadeira. Para isso, é fundamental que percebam que os facilitadores realmente estavam a fim de estar ali, dedicados por inteiro ao grupo.

69

### 3.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No PTS, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas, o que leva a aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de responsabilização (BRASIL, 2009b, p. 42).

Um Projeto Terapêutico Singular constitui-se, então, em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, que pode ser apoiada pela equipe Nasf. É uma variação da discussão de “caso clínico” e geralmente é dedicado às situações mais complexas.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e responsabilização das ações, com a horizontalização dos poderes e conhecimentos (CAMPOS, 2003). Isso não quer dizer que o projeto

Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | Departamento de Atenção Básica

terapêutico também não se (re)formule e seja gerido no cotidiano, pois muita coisa acontece e muitas conversas laterais podem ser feitas entre uma reunião e outra.

A construção de um PTS pode ser sistematizada em quatro momentos:

70

**1) Diagnóstico e análise:** deverá conter uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais) e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades dele. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

**2) Definição de ações e metas:** após realizados os diagnósticos, as equipes que desenvolvem o PTS fazem propostas de curto, médio e longo prazo, quais serão discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou pessoa próxima. Construir um PTS é um processo compartilhado e, por isso, é importante a participação do usuário na sua definição.

**3) Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um (usuários, equipe de AB e Nasf) com clareza. Além disso, estabelecer que o profissional com melhor vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o caso favorece a dinâmica de continuidade no processo de cuidado. A definição da pessoa com a função de gestão do PTS ou gestão do caso é fundamental para permitir que, aconteça o que acontecer, tenha alguém que vai sempre lembrar, acompanhar e articular ações.

**4) Reavaliação:** neste momento, discute-se a evolução do caso e se farão as devidas correções de rumo, caso sejam necessárias.

Destaca-se que as reuniões para discussão de PTS são momentos muito importantes nessa construção, pois cada membro da equipe trará aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade do vínculo estabelecido com o usuário ou com a família em questão. Uma estratégia possível é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões de construção e discussão de PTS.

Por fim, seguem alguns aspectos relevantes para a construção de um PTS:

- Procurar descobrir o sentido da doença ou do sofrimento para o usuário: respeitar e ajudar na construção de relações causais próprias, mesmo que não sejam coincidentes com o conhecimento científico atualmente disponível.
- Procurar conhecer as singularidades do usuário, perguntando sobre os medos, as raivas, as manias, o temperamento, seu sono e seus sonhos. São perguntas que ajudam a entender a dinâmica do usuário e suas características. Elas têm importância terapêutica, pois possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico.
- Procurar avaliar se há negação da doença/condição, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com a doença ou condição. À medida que a conversa transcorre, é possível, dependendo da situação, fazer essas avaliações, que podem ser muito úteis na elaboração do projeto terapêutico.

### 3.6 Atendimento domiciliar compartilhado

A atenção domiciliar à saúde é uma modalidade em processo de expansão e desponta como amplo campo de atuação na Atenção Básica, tanto para as equipes da ESF, quanto para os núcleos de apoio.

Esta modalidade de atenção à saúde tem sido amplamente difundida no mundo e tem como pontos fundamentais o paciente, a família, o cuidador, o contexto domiciliar e a equipe multiprofissional. Portanto, é uma atividade que envolve não só os diferentes profissionais da área da saúde, como também o usuário e sua família.

É fundamental por parte do Nasf aprofundar o conhecimento a respeito dos casos. Nesse sentido, a construção do genograma familiar e do ecomapa fornece dados consistentes e informações úteis ao processo de avaliação diagnóstica. Além disso, também auxilia as equipes no mapeamento de redes de apoio e recursos comunitários disponíveis. A construção conjunta de um Projeto Terapêutico Singular para o indivíduo ou família em questão passa impreterivelmente por uma definição clara da necessidade de apoio, caracterização do contexto, avaliação diagnóstica e mapeamento de recursos. Assim, os atendimentos domiciliares poderão servir a diversos

Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | Departamento de Atenção Básica

propósitos, de acordo com a situação específica de cada família. Os atendimentos domiciliares compartilhados podem servir tanto como recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial, quanto recurso terapêutico na fase de intervenção ou ainda no acompanhamento longitudinal dos pacientes. Tais fatos definem a atenção domiciliar como um campo de prática amplo, que oportuniza diversas possibilidades de intervenção.

76

Dessa forma, os atendimentos domiciliares compartilhados realizadas por profissionais da ESF e do Nasf seguem a mesma metodologia e sistemática que embasa as ações da atenção domiciliar como um todo. Existem, contudo, algumas particularidades inerentes à dinâmica do processo de trabalho fundamentado no apoio matricial. A principal delas consiste no fato de os profissionais do Nasf não terem vinculação direta/imediata com os usuários. O vínculo primário do usuário dar-se à com a equipe de Saúde da Família, e é justamente a qualidade desse vínculo que determinará uma série de fatores essenciais ao êxito das intervenções propostas. Assim, durante a fase de avaliação inicial de um caso, além das informações coletadas no prontuário e com os profissionais que solicitam o apoio, os atendimentos domiciliares compartilhados podem surgir como importante elemento auxiliar na coleta de informações sobre a família e seu funcionamento. Antes dos atendimentos domiciliares compartilhados, devem-se discutir os seus objetivos, estabelecer um roteiro básico a ser seguido e definir quais profissionais acompanharão o ACS durante a intervenção.

Outro fator relevante para o sucesso de um atendimento domiciliar compartilhado consiste de uma série de habilidades de observação e comunicação por parte do profissional que realiza o apoio. Uma vez que o domicílio é o território íntimo e privativo da família, é extremamente necessário que seja mantida postura de respeito aos valores pessoais e culturais em questão. Nesses momentos, a presença do agente comunitário de saúde auxilia imensamente que a equipe de saúde tenha livre trânsito na comunidade e entre seus membros.

Mesmo não havendo roteiro rigidamente preestabelecido de como se deve organizar um atendimento domiciliar, é possível delinear, de forma geral, alguns aspectos indispensáveis ao bom andamento de uma atividade dessa complexidade:

1. Discussão do caso entre profissionais do Nasf, ESF e SAD.
2. Definição de prioridades nas ações de apoio.
3. Consenso da necessidade em realizar o atendimento domiciliar compartilhado.
4. Planejamento do atendimento propriamente dito (agendamento de data e horário).
5. Solicitação de permissão com a família pelo ACS para realização do atendimento domiciliar, explicando a presença do profissional do Nasf na ocasião.
6. Preparação de materiais necessários durante o atendimento domiciliar: equipamentos, papéis, formulários ou instrumentos.
7. Checagem de dados e revisão do roteiro proposto para o atendimento domiciliar entre profissional da ESF, ACS e Nasf.
8. Execução do atendimento e registro em prontuário das informações coletadas.
9. Discussão entre as equipes sobre as condutas a serem tomadas a partir da consolidação dos dados e fatos obtidos na fase de avaliação.

Segundo a Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, a atenção domiciliar deve se organizar em três diferentes modalidades: AD1, AD2 e AD3. A modalidade AD1 é a atenção domiciliar realizada pela equipe de Saúde da Família e dela se beneficiarão os “usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária (não podendo se deslocar até a unidade de saúde)” (BRASIL, 2012). Essa modalidade tem as seguintes características:

- Permite maior espaçamento entre as visitas.
- Não necessita de procedimentos e técnicas de maior complexidade.
- Não necessita de atendimento médico frequente.
- Possui problemas de saúde controlados/compensados.

Os usuários inseridos nessa modalidade deverão ser cuidados pelas equipes de Atenção Básica, com suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Já as modalidades AD2 e AD3 compreenderão os usuários que demandam maior número e frequência de visitas domiciliares e maior uso de equipamentos, ficando sob os cuidados dos Serviços de Atenção Domiciliar – SAD (Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar – Emad e as Equipes Multiprofissionais de Apoio – Emap), de modo compartilhado com as equipes de Atenção Básica.

### 3.7 Atendimento compartilhado

O atendimento ou consulta compartilhada pode ser considerado uma das intervenções mais frequentes na rotina de trabalho de um profissional do Nasf. Ao ser solicitado a apoiar, uma das primeiras oportunidades desse profissional de conversar diretamente com o paciente ou família em questão costuma ser atendimento compartilhado entre a equipe de ESF e do Nasf.

A experiência acumulada por meio da implantação das equipes de matriciamento mostra que tais atendimentos servem a vários propósitos: fortalece o vínculo preexistente de confiança do usuário com a equipe de Saúde da Família e agora com os profissionais do Nasf; facilita a comunicação e a coleta de dados por parte do apoiador; permite a pactuação de ações por meio de um mediador externo; possibilita ao apoiador contato com a realidade do paciente sem a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica inédita.

No contexto de trabalho do Nasf, as consultas compartilhadas constituem ótima ocasião para um contato pessoal entre equipe de apoio e usuário, oportunizando momentos de discussão sobre o caso antes e após o atendimento. Durante a consulta, normalmente estarão presentes ao menos um integrante da equipe de Saúde da Família e um do núcleo de apoio, além do paciente ou seus familiares. A configuração do cenário da consulta dependerá de sua finalidade.

Será apresentado a seguir um caso clínico ilustrativo de situações comuns de acesso ao Nasf. A escolha das ferramentas e das intervenções terapêuticas a serem empregadas deve sempre contemplar as necessidades levantadas pelo caso. Evidentemente, cada equipe proporá ações que estejam em sua governabilidade e cuja execução se adeque à realidade local. Segue o caso:

“Janete tem 42 anos, trabalha como vigilante noturna e é mãe de quatro filhos. Está divorciada há dois anos, período em que começou a sentir dificuldades para dormir. Em função disso e também por problemas de relacionamento com o genro, que vive com ela, e a filha mais nova, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde. Durante a consulta com o médico de Família, disse que necessitava muito de uma psicóloga, uma vez que se sentia solitária e precisava de alguém para conversar.

A partir da demanda que se apresentava nesse momento, o médico indicou o uso de um ‘ansiolítico natural’ e solicitou apoio à equipe do Nasf. Em reunião de equipe, optou-se por fazer um atendimento domiciliar compartilhado, envolvendo a agente comunitária daquele território, o médico de Família e a farmacêutica do Nasf, que já conhecia Janete de alguns grupos na comunidade e sabia que ela andava meio sumida nos últimos tempos.

Quando da chegada ao domicílio, a filha mais velha relata que Janete tentou suicídio com ingestão exagerada dos medicamentos para dormir e, naquele momento, estava sendo encaminhada para internação no hospital geral do município. A equipe coletou algumas informações sobre o funcionamento familiar e solicitou ser avisada quando da previsão de alta de Janete.

Retornando à UBS, os profissionais que realizaram a visita desenharam o genograma e o ecopama da família para visualizar melhor suas relações, seus pontos fortes e as principais dificuldades. Então planejaram outro atendimento domiciliar para a primeira semana após a alta hospitalar de Janete, para construir com ela um plano para a continuidade do seu tratamento. Além disso, uma pessoa tentaria contato com algum profissional do hospital, para discutir o caso e avaliar se dava para visitar Janete no hospital.

Após a internação, Janete teve alta e lá foi a equipe até o seu domicílio novamente. Nesta conversa com Janete e seus familiares, identificou-se a necessidade de um acompanhamento mais próximo de Janete, o que seria realizado por meio do grupo terapêutico coordenado pela psicóloga do Nasf. A farmacêutica, que já tinha vínculo com Janete, ficou de acompanhar de perto seu uso dos medicamentos com o médico da equipe, bem como de apresentá-la à psicóloga que a atenderia no grupo. A ACS continuaria a fazer visitas regulares a fim de auxiliar a família nos seus outros conflitos e acionaria a equipe caso tivesse dificuldades ou percebesse outras necessidades da família. Todo esse esquema terapêutico foi acordado com Janete, discutido e pactuado com a equipe."

Um parêntese: como você e sua equipe agiriam em uma situação dessas? Que outras possibilidades poderiam ser pensadas? Que tal usar esse caso ou um caso real vivenciado por você como um disparador de discussão na sua equipe?

## ANEXO F

### O DIÁLOGO

Paulo Freire

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, ação-reflexão.

Se não amo o mundo, se não amo a vida, se não amo os homens, não me é possível o diálogo. O diálogo, como encontro dos homens para a tarefa comum de saber agir, se rompe, se seus pólos (um deles) perdem a humildade.

Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?  
Como posso dialogar, se me admito como um homem diferente, virtuoso pôr herança, diante dos ou meros “isto”, em que não reconheço outros eu?

Como posso dialogar, se me sinto participante de um “gueto” de homens puros, donos da verdade e saber, para quem todos os que estão fora são “essa gente”, ou não “nativos inferiores”?

Como posso dialogar se parto de que a pronúncia do mundo é tarefa de homens seletos e que a pressa das massas na história é sinal de sua deterioração que devo evitar?

Como posso dialogar, se me fecho à contribuição dos outros, que jamais reconheço, e até me sinto ofendido com ela?

Como posso dialogar se temo a superação e se, só em pensar nela, sofro e definho?

A autossuficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não tem humildade ou a perdem, podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.

Não há também, diálogo se não há uma intensa fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e de refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de ser mais, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens.

A fé nos homens é um dado a priori do diálogo. Pôr isto existe antes mesmo de que ele se instale. O homem dialógico tem fé nos homens antes de encontrar-se frente a frente com eles. Esta, contudo, não é uma ingênua fé. O homem dialógico, que é crítico, sabe que, se o poder de fazer, de criar, de transformar, é um poder dos homens, sabe também que podem eles, em situação concreta, alienado, terem este poder prejudicado. Esta possibilidade, porém, em lugar de matar no homem dialógico a sua fé nos homens, aparece a ele, pelo contrário, como um desafio ao qual tem de responder. Está convencido de que este poder de fazer e transformar, mesmo que negado em situações concretas, tende a renascer. Pode renascer. Pode constituir-se. Não gratuitamente, mas na luta pôr sua libertação. Com a instalação do trabalho não mais escravo, mas livre, que dá a alegria de viver. Sem esta fé nos homens, o diálogo é uma farsa. Transforma-se, na melhor das hipóteses, em manipulação adocicadamente paternalista.

Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, o diálogo se faz numa realização horizontal e a confiança de um pólo no outro é consequência óbvia. Seria uma contradição se, amoroso, humilde e cheio de fé, o diálogo não provocasse este clima de confiança entre seus sujeitos.