

Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Doutorado em Saúde Pública



**VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE**

**NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:**

**Uma análise das práticas de saúde e do processo de construção da identidade  
profissional no contexto de Salvador, BA.**

Salvador – Bahia

2016

**VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE**

**NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:  
Uma análise das práticas de saúde e do processo de construção da identidade  
profissional no contexto de Salvador, BA.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do título de Doutor em Saúde Comunitária na área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Carmen Fontes Teixeira

Salvador – Bahia

2016

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

A668n Arce, Vladimir Andrei Rodrigues.

Núcleos de Apoio a Saúde da Família: uma análise das práticas de saúde e do processo de construção da identidade profissional no contexto de Salvador, BA / Vladimir Andrei Rodrigues Arce. -- Salvador: V.A.R.Arce, 2016.

169 f.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Políticas de Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Práticas de Saúde. 4. Modelos de Atenção à Saúde. 5. Identidade Profissional. I. Título.

CDU 614.2

---



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

**VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE**

**Núcleos de Apoio à Saúde da Família: uma análise das práticas de saúde e do processo de construção da identidade profissional no contexto de Salvador, BA.**

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

**Data de defesa:** 04 de julho de 2016.

**Banca Examinadora:**

*Carmen Fontes de Souza Teixeira*

Profa. Carmen Fontes de Souza Teixeira - Orientadora - IHAC/UFBA

*Isabela Cardoso de Matos Pinto*

Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA

*Lana Bleicher*

Profa. Lana Bleicher – FO/UFBA

*Marcelo Nunes Dourado Rocha*

Prof. Marcelo Nunes Dourado Rocha - IHAC/UFBA

*Maria Fátima de Sousa*

Profa. Maria Fátima de Sousa - UNB

**Salvador  
2016**

## **O operário em construção, de Vinícius de Moraes.**

“...Mas ele desconhecia  
Esse fato extraordinário:  
Que o operário faz a coisa  
E a coisa faz o operário.  
De forma que, certo dia  
À mesa, ao cortar o pão  
O operário foi tomado  
De uma súbita emoção  
Ao constatar assombrado  
Que tudo naquela mesa  
- Garrafa, prato, facão -  
Era ele quem os fazia  
Ele, um humilde operário,  
Um operário em construção.  
Olhou em torno: gamela  
Banco, enxerga, caldeirão  
Vidro, parede, janela  
Casa, cidade, nação!  
Tudo, tudo o que existia  
Era ele quem o fazia  
Ele, um humilde operário  
Um operário que sabia  
Exercer a profissão.

Ah, homens de pensamento  
Não sabereis nunca o quanto  
Aquele humilde operário  
Soube naquele momento!  
Naquela casa vazia  
Que ele mesmo levantara  
Um mundo novo nascia  
De que sequer suspeitava.  
O operário emocionado  
Olhou sua própria mão  
Sua rude mão de operário  
De operário em construção  
E olhando bem para ela  
Teve um segundo a impressão  
De que não havia no mundo  
Coisa que fosse mais bela...”

Dedico este trabalho a todas e todos profissionais que assumem para si  
a árdua e complexa tarefa de construir diariamente os  
Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
em Salvador e no Brasil.

## AGRADECIMENTOS

A Carmen Teixeira, mais que orientadora, obrigado por tornar esta pesquisa possível. Agradeço a acolhida, o carinho, o cuidado, o respeito e os ensinamentos, acadêmicos e de vida, compartilhados e construídos nesta marcante e feliz experiência de trabalho que pude vivenciar nesta trajetória;

A Marcos Vinícius Araújo, pelo fundamental e irrestrito apoio, sobretudo nos momentos mais difíceis, sem o qual este projeto não teria sido concretizado;

Aos professores Ana Luíza Vilasbôas e Marcelo Dourado, pelas contribuições preci(o)sas na qualificação do projeto, e às professoras Maria Fátima de Sousa, Isabela Cardoso Pinto e Lana Bleicher, que se somaram a Marcelo na avaliação desta pesquisa, agradeço a disponibilidade;

Aos amigos construídos nesta jornada, especialmente Lúcio Ramos e Daniela Biscarde, duplamente colegas, por apoiarem e compartilharem comigo momentos de alegria e angústias;

Às amigas e companheiras (do coração e da *práxis*) Maria Francisca de Paula Soares, Elaine Cristina de Oliveira e Melissa Catrini, pelo apoio afetuoso e sincero;

Aos professores do Departamento de Fonoaudiologia da UFBA, por terem apoiado meu afastamento para conclusão do curso;

Aos profissionais do NASF de Salvador, em especial a Ivana Ferreira e Fernanda Reis, pelo acolhimento e disponibilidade em relação à participação na pesquisa;

Ao Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS/ISC/UFBA), pelo apoio financeiro fornecido para a transcrição das entrevistas;

Aos meus familiares, por terem compreendido e apoiado tanta ausência em meio à distância;

E a todas e todos que, de alguma forma, contribuíram para esta pesquisa e para minha formação acadêmica.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 01: Dimensões do processo de construção/reconstrução de identidades profissionais 35

### ARTIGO 1

Gráfico 01. Distribuição de artigos por ano de publicação (2008-2015). 55

Tabela 01. Distribuição de artigos segundo localização da instituição dos autores. 56

Tabela 02. Distribuição de artigos segundo área do conhecimento e revista científica 57

Tabela 03. Distribuição de artigos segundo agente do trabalho enfocado nos estudos. 59

Tabela 04. Distribuição das áreas temáticas abordadas nos estudos analisados 59

Quadro 01. Características das atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF no Brasil descritas na literatura. 60

### ARTIGO 2

Quadro 01: Características dos modelos hegemônicos e das propostas de mudança na organização da atenção à saúde no SUS. 86

Quadro 02. Características das Práticas de saúde dos profissionais do NASF em Salvador, BA. 89



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BA</b>	Bahia
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CAPSi</b>	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>COMPP</b>	Centro de Orientação Médico-Psicopedagógico
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DF</b>	Distrito Federal
<b>DENEFONO</b>	Diretoria Executiva Nacional de Estudantes de Fonoaudiologia
<b>ENETERRA</b>	Encontro Nacional de Estudantes por Trabalho, Educação e Terra
<b>ENSP/FIOCRUZ</b>	Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz
<b>EqSF</b>	Equipes de Saúde da Família
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FSM</b>	Fórum Social Mundial
<b>HUPES</b>	Hospital Universitário Professor Edgar Santos
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NEPS</b>	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PET-SAÚDE</b>	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
<b>PMAQ-AB</b>	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

<b>PROVAB</b>	Programa de Valorização da Atenção Básica
<b>REDA</b>	Regime Especial de Direito Administrativo
<b>RSB</b>	Reforma Sanitária Brasileira
<b>SciELO</b>	Scientific Library Online
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SES</b>	Secretaria de Estado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFBA</b>	Universidade Federal da Bahia
<b>UFMG</b>	Universidade Federal de Minas Gerais
<b>UnB</b>	Universidade de Brasília
<b>VER-SUS</b>	Vivências e Estágios na Realidade do SUS
<b>VISAU</b>	Vigilância da Saúde

## RESUMO

Esta pesquisa se insere na problemática acerca do processo de conformação de novas práticas de saúde e de novos sujeitos no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil, tomando como cenário estratégico os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, considerando-se a amplitude de sua inserção nos sistemas municipais de saúde e o contexto aparentemente ambíguo no qual estão inseridos os profissionais que neles atuam, marcado, por um lado, pela reorientação das práticas, mudanças no processo de trabalho, intervenção ampliada e caráter generalista e, por outro, pela trajetória profissional e de formação historicamente especializada, centrada no mercado de trabalho privado e na prática tecnicista, fragmentada e alheia à perspectiva da integralidade da atenção. Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar a contribuição da inserção nos NASF para a (re) definição da identidade dos profissionais que integram estas equipes no município de Salvador, tendo como objetivos específicos: caracterizar a produção científica acerca das atividades desempenhadas pelos profissionais do NASF em todo Brasil; descrever as trajetórias, de formação e profissional, dos sujeitos que atuam em Salvador; analisar suas práticas de saúde/processo de trabalho em saúde e as relações destas com o propósito de reorientação do modelo de atenção à saúde; e identificar as principais características do trabalho dos profissionais que atuam neste contexto de ação. O referencial teórico da pesquisa partiu das contribuições de Mendes-Gonçalves acerca das práticas de saúde, associado a referenciais teórico-metodológicos sobre modelos de atenção à saúde, e de Dubar sobre as formas identitárias profissionais. Os resultados foram organizados em três artigos. O primeiro, desenvolvido por meio de uma análise bibliométrica e meta-análise da literatura sobre as atividades desenvolvidas no NASF, discute a tendência observada à reprodução da perspectiva assistencial hegemônica no âmbito do NASF no Brasil, em detrimento a um processo de mudança orientado pela integralidade da atenção. O segundo, que teve como objetivo específico analisar as práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais do NASF em Salvador, bem como potencialidades e limites das mesmas para a reorientação do modelo hegemônico de atenção à saúde, foi desenvolvido por meio de um estudo de caso do tipo qualitativo, no qual foram entrevistados profissionais dos NASF do município de Salvador considerados informantes-chave. Os resultados demonstram a busca dos profissionais pela construção de um cuidado ampliado aos usuários dos diferentes territórios estudados. Entretanto, este movimento não demonstra ser suficiente para afirmar uma nova socialidade no âmbito da ESF, uma vez que o olhar sobre o indivíduo tende a

prevalecer em relação ao olhar sobre o coletivo, o que tem evidenciado o privilégio de características organizativas do processo de trabalho que coadunam com os modelos assistenciais da Clínica Ampliada e Sanitarista, em detrimento de propostas orientadas pela integralidade da atenção. Já o terceiro artigo, também apoiado no estudo de caso, teve como objetivos descrever e analisar as trajetórias de formação e profissional destes sujeitos e discutir o processo de construção/reconstrução de suas identidades profissionais, a partir do trabalho que desenvolvem nestas equipes. Os resultados evidenciam que o NASF tem promovido a construção permanente de uma identidade essencialmente estratégica e relacional, forjada pela situação de trabalho em equipe, o que oportuniza uma ação generalista e necessariamente transformadora. Esta identidade representa uma potencialidade para o fortalecimento do processo de reorientação do modelo de atenção à saúde na realidade estudada, sobretudo em relação à promoção de mudanças nas práticas das equipes de Saúde da Família.

**Palavras-chave:** recursos humanos em saúde; saúde da família; atenção primária à saúde; prática de saúde pública; políticas públicas de saúde.

## ABSTRACT

This research is inserted in the issue of the process of forming new health practices and new subjects in the context of Primary Health care in Brazil, taking as strategic scenario the Family Health Support Centers, considering the breadth of insertion in local health systems and the seemingly ambiguous context in which professionals they work are included, marked on the one hand, the reorientation of practices, changes in the labor process, expanded intervention and general character and, second, the trajectory professional training and historically specialized, focused on the private labor market and technicalities practice, fragmented and unrelated to the perspective of comprehensive care. Thus, this study aimed to analyze the inclusion of the contribution in NASF to (re) defining the identity of the professionals within these teams in the city of Salvador, with the specific goals: to characterize the scientific production about the activities carried out by professionals the NASF throughout Brazil; describe the trajectories, training and professional subjects working in Salvador; analyze their health practices / work process in health and their relations with the purpose of reorienting the health care model; and identify the main features of the work of professionals working in this action context. The theoretical framework of the research is supported by the Mendes-Gonçalves contributions about health practices, along with theoretical and methodological frameworks on health care models, and Dubar on professional identity forms. The results were organized into three articles. The first, developed through a bibliometric analysis and meta-analysis of the literature on the activities of the NASF, discusses the trend of reproduction of care hegemonic perspective in the NASF in Brazil over a changing process guided by integrity attention. The second, which had the objective of analyzing the health practices developed by NASF professionals in Salvador, as well as potential and limits of the same to the reorientation of the hegemonic model of health care, was developed through a case study type qualitative, in which they were interviewed professionals of NASF of Salvador considered key informants. The results demonstrate the search for professionals by building a care extended to users of different studied territories. However, this move demonstrates not be enough to affirm a new sociality within the ESF, since the look on the individual tends to prevail over the look at the collective, which has shown the privilege of organizational characteristics of the work process that consistent with the healthcare models of Amplified Clinic and Sanitarian at the expense of targeted proposals for comprehensive care. The third study, also supported the case study aimed to describe and

analyze the formation of trajectories and professional these subjects and discuss the process of construction / reconstruction of their professional identities, from the work they do in these teams. The results show that the NASF has promoted the permanent construction of an essentially strategic and relational identity, forged by the work situation as a team, which gives opportunity a generalist and necessarily transformative action. This identity is a potential for strengthening the process of refocusing the health care model in the reality studied, especially regarding the promotion of changes in the practices of the Family Health teams.

**Key-words:** health manpower; family health; primary health care; public health practices; public health policy.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>25</b>
<b>2. TESE GERAL DA INVESTIGAÇÃO</b>	<b>31</b>
<b>3. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>32</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>33</b>
<b>4.1. GERAL</b>	<b>33</b>
<b>4.2. ESPECÍFICOS</b>	<b>33</b>
<b>5. JUSTIFICATIVA</b>	<b>34</b>
<b>6. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS</b>	<b>35</b>
Práticas de saúde / Processo de trabalho em saúde	<b>36</b>
Modelos Assistenciais/modelos de atenção à saúde	<b>40</b>
Formas identitárias profissionais	<b>44</b>
<b>7. ESTRUTURA DO DOCUMENTO</b>	<b>47</b>
<b>ARTIGO 1: QUE ATIVIDADES DESENVOLVEM OS PROFISSIONAIS DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL? SÍNTESE E META-ANÁLISE QUALITATIVA DA LITERATURA.</b>	<b>48</b>
Resumo	49
Abstract	50
Introdução	51
Metodologia	52
Resultados	54
Análise bibliométrica dos artigos selecionados	54
Meta-análise dos conteúdos dos artigos selecionados	60
Facilidades e Dificuldades enfrentadas pelos profissionais do NASF	64

Discussão	66
Considerações Finais	72
Referências Bibliográficas	73
<b>ARTIGO 2: PRÁTICAS DE SAÚDE E MODELO DE ATENÇÃO NO ÂMBITO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: O CASO DE SALVADOR, BA.</b>	<b>78</b>
Resumo	79
Abstract	80
Introdução	81
O debate atual sobre Modelos de Atenção à Saúde no SUS e a proposta do NASF	84
Metodologia	86
Resultados	89
As práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais do NASF em Salvador: características da situação atual	89
Discussão e Conclusões	96
Referências Bibliográficas	104
<b>ARTIGO 3: O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESPAÇO DE (RE)CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL: UM ESTUDO DE CASO.</b>	<b>110</b>
Resumo	111
Abstract	112
Introdução	113
Formas identitárias e processos de socialização: contribuições para uma análise da realidade do NASF	116
Metodologia	118
Resultados	121
Trajetórias de formação: motivações, características marcantes e percepções acerca do processo de socialização vivenciado.	121
Trajetórias sócio-profissionais prévias ao NASF: principais movimentos de emprego, características marcantes e percepções acerca do processo de socialização vivenciado.	124
O contexto atual de trabalho no NASF: motivações, características do trabalho e percepções acerca do processo de socialização em construção e de si mesmos.	125
Discussão e Conclusões	128



Referências Bibliográficas	133
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>137</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>142</b>
APÊNDICE A – Matriz Artgigos para análise SCIELO e LILACS	143
APÊNDICE B – Matriz de Análise das atividades	144
APÊNDICE C – Matriz de Análise das facilidades	145
APÊNDICE D – Matriz de Análise das dificuldades	146
APÊNDICE E – Ficha de Identificação dos sujeitos	147
APÊNDICE F – Perfil dos profissionais do NASF em Salvador entrevistados	149
APÊNDICE G – Roteiro de entrevista	150
APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	152
APÊNDICE I – Matriz de Análise das atividades	153
APÊNDICE J – Matriz de Análise dos instrumentos de trabalho	154
APÊNDICE K – Matriz de Análise dos objetos de trabalho	155
APÊNDICE L – Matriz de Análise das necessidades	156
APÊNDICE M – Matriz de Análise das finalidades	157
APÊNDICE N – Matriz de Análise das relações	158
APÊNDICE O – Matriz de Análise das trajetórias de formação	159
APÊNDICE P – Matriz das trajetórias sócio profissionais	160
APÊNDICE Q – Matriz de análise sobre o trabalho no NASF	162
<b>ANEXOS</b>	<b>167</b>
ANEXO 1 – Aprovação Comitê de Ética	168

## APRESENTAÇÃO

As discussões sobre as práticas de saúde e a construção da identidade dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), conformam a problemática central que orienta este estudo. Partindo-se da constatação de que estas questões são relevantes tanto para o campo científico da Saúde Coletiva quanto para o campo prático do trabalho que vem sendo desenvolvido nos serviços e sistemas de saúde, buscou-se contribuir com este debate desenvolvendo-se uma pesquisa cuja análise foi centrada especificamente em uma proposta inovadora que vem ganhando fôlego na política de saúde brasileira, e que tem como imagem-objetivo a ampliação e o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para tanto, reconhece-se o NASF como uma das principais inovações tecnológicas propostas pelo Ministério da Saúde (MS) nos últimos anos, o que se deve tanto ao caráter multiprofissional da proposta como também à organização diferenciada do processo de trabalho em saúde que o orienta. Isso tem permitido a atualização de alguns temas de interesse acadêmico da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde<sup>1</sup>, evidenciando novas lacunas do conhecimento para a prática científica em Saúde Coletiva, e que passaram a ser abordadas por diferentes pesquisadores nos últimos anos.

Todavia, ressalto que meu interesse acadêmico específico pela APS, especialmente pela ESF, surgiu antes mesmo da própria criação deste Núcleo, o que ocorreu somente em 2008. Na verdade, reconheço que este interesse tem sido construído paulatinamente em diferentes espaços de formação e de atuação profissional pelos quais passei, e que contribuíram, em alguma medida, para a escolha do objeto abordado nesta tese. Desta forma, apresento algumas experiências que considero significativas nos processos de socialização que pude vivenciar desde minha graduação até o presente momento, e que contribuíram, a meu ver, para a construção de minha identidade profissional e das práticas que desenvolvi, ou que sigo desenvolvendo, como estudante, como profissional e, mais recentemente, como docente e pesquisador.

---

<sup>1</sup>Compreende-se a área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde como uma das áreas temáticas do campo da Saúde Coletiva. PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública*, 2006, v.40, n.spe, p. 73-78.

Neste sentido, destaco, inicialmente, o processo de formação vivenciado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde cursei a graduação em Fonoaudiologia, entre os anos 2001 e 2005. Nesta vivência, foi marcante a dificuldade em aceitar o modelo elitizado e liberal que, em certa medida, orientava a formação no curso e, a partir do contato, mesmo incipiente, com algumas disciplinas de Saúde Pública, comecei a me interessar por questões relacionadas às políticas de saúde em geral, o que me fez compreender e qualificar as críticas que tinha ao foco essencialmente clínico, biomédico e privatista que predominava na profissão, que praticamente se isolava do debate e da inserção prática no SUS. Assim, busquei me inserir em outros espaços que dessem suporte às minhas inquietações sobre o processo de formação em saúde que estava vivenciando.

Um destes espaços foi o movimento estudantil, a partir da participação no Diretório Acadêmico do curso e em coletivos organizados de estudantes da área da saúde, o que permitiu o aprofundamento das reflexões sobre saúde como direito de todos e dever do Estado. Além disso, paralelamente à formação curricular do curso, vivenciei outros espaços de aprendizagem, tais como projetos de extensão e de pesquisa, todos atravessados pela pauta da defesa do SUS e da necessidade de reorientação da formação dos profissionais da saúde. Este foi um momento de efervescência política na universidade, que pautava e problematizava propostas que marcavam a conjuntura política à época, como a Reforma Universitária<sup>2</sup>, o Ato Médico<sup>3</sup> e a implantação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais na área da Saúde (DCN)<sup>4</sup>, tudo isso no contexto do início do governo Lula, em 2003.

Destaco também, neste momento, o aprofundamento de minha inserção no movimento estudantil, sobretudo a partir da participação na Diretoria Executiva Nacional dos Estudantes de Fonoaudiologia (DENEFONO), nacionalmente, e no fórum de estudantes que ajudei a construir, denominado Espaço Saúde Minas Gerais, em Belo Horizonte, que buscava articular estudantes de variados cursos e instituições de ensino superior da cidade. Este fórum estava diretamente envolvido com a construção e organização do projeto Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), financiado pelo MS e desenvolvido em parceria com o movimento estudantil da saúde de todo país, o que contribuiu para a compreensão acerca das potencialidades e dos limites da ação institucional na construção do SUS.

---

<sup>2</sup> Proposta de Reforma Universitária apresentada pelo governo Lula em 2003.

<sup>3</sup> Projeto de Lei que dispõe sobre o exercício da Medicina. Apresentado em 2002 (PLS 268), aprovado em 2013.

<sup>4</sup> Diretrizes Curriculares Nacionais dos diferentes cursos da área da saúde, aprovadas pelos Conselhos Nacionais de Educação e Saúde (CNE/CNS) em 2001 (Enfermagem, Medicina e Nutrição) e 2002 (Farmácia, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Biomedicina, Terapia Ocupacional).

Também foram marcantes as participações em espaços ampliados de organização e mobilização social, como o Encontro Nacional de Estudantes por Trabalho, Educação e Terra (ENETERRA), ocorrido em 2004, e o Fórum Social Mundial (FSM) e da Saúde (FSMS), em 2005, que me ajudaram a compreender, na prática, a ideia de determinação social da saúde. Toda esta trajetória de articulação com movimentos sociais, marcada por agrupamentos e rupturas, foi essencial para minha formação como sujeito político que se orienta necessariamente pela prática coletiva, na qual o movimento estudantil se constituía como importante ator político<sup>5</sup> em defesa do SUS. Isso fez com que a perspectiva da produção social do processo saúde-doença passasse a orientar estrategicamente a construção do fonoaudiólogo que eu estava me tornando, e que só foi possível devido a este movimento de ampliação da formação, já que por várias vezes considerei desistir do curso.

A partir disso, compreendi que o único espaço de atuação profissional possível para mim seria o SUS, especialmente a APS, o que me fez tomar a decisão de me inserir nesta realidade o quanto antes. Entretanto, esta não era uma possibilidade à época, já que, salvo raras exceções, não havia espaço para a inserção do fonoaudiólogo neste nível de atenção. Esta era uma questão contraditória para mim, que compreendia a importância da APS na organização dos sistemas de saúde, na reorientação do modelo biomédico hegemônico e na resolução dos diversos problemas de saúde das pessoas, e que, assim como apontavam diversos a(u)tores da Saúde Coletiva, defendia a perspectiva do trabalho interdisciplinar no âmbito do território.

Esta impossibilidade prática de inserção na APS, aliada à vivência ampliada que tive na universidade, contribuíram para a construção do interesse pela docência e pela pesquisa em Saúde Coletiva, o que vislumbrava como um projeto certo em minha vida profissional, mas que deveria acontecer somente após minha inserção concreta como trabalhador no SUS, o que busquei fazendo concursos em diversos municípios.

Enquanto isso, cursei uma especialização em Ativação de Processos de Mudanças na Formação Superior dos profissionais da saúde, organizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) em 2006, momento em que aprofundei as reflexões acerca dos desafios da formação do profissional da saúde, fortalecendo em mim a constatação de que, para transformar o sistema de saúde era necessário transformar também os próprios profissionais que trabalham neste sistema, sendo necessário implicá-los no projeto de

---

<sup>5</sup> TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

construção e afirmação do SUS, o que seria possível somente a partir da inserção destes na APS.

Também neste ano passei em concurso e assumi o cargo de fonoaudiólogo na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Já em Brasília solicitei lotação em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o que não foi possível à época. Assim, fui trabalhar como fonoaudiólogo clínico em um centro de referência para crianças e adolescentes, o COMPP (Centro de Orientação Médico-Psicopedagógico), onde fiquei até 2009. Neste serviço a demanda clínica ambulatorial era grande, e a partir desta experiência tive a certeza de que esta atuação, embora importante, não correspondia à perspectiva profissional que eu buscava desenvolver.

Assim, busquei ampliar minha participação neste serviço, inserindo-me em projetos interdisciplinares de assistência à saúde, na gestão de projetos de educação permanente e em grupos de pesquisa em serviço. Isso me levou a assumir a coordenação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da unidade, onde pude organizar espaços problematizadores de educação permanente e reflexão sobre o trabalho em saúde, trazendo para o cotidiano do trabalho aquilo que fazia já desde a graduação.

Ademais, passei a compor a equipe do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), que era integrada ao COMPP, em 2008. Neste lugar, que eu a princípio negava pelo caráter fortemente clínico, pude vivenciar efetivamente um trabalho interdisciplinar de cuidado à saúde numa perspectiva ampliada, que não se restringia ao diagnóstico e que buscava inserção nos territórios, ainda que com importantes limitações. Despertei o interesse, neste momento, pelo campo da Saúde Mental, que até então desconhecia, e resolvi fazer um curso de especialização na área, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Estas experiências me fizeram retomar, em alguma medida, o olhar sobre o processo saúde-doença no território, e com isso passei a colaborar com a construção de projetos que visavam articular o CAPSi à APS, capacitando, por meio de inserção no trabalho, profissionais como psiquiatras, pediatras e médicos de família para o cuidado a pessoas com sofrimento psíquico.

Neste cenário, embora tivesse descoberto novas possibilidades de atuação no SUS, o desejo de inserção na APS seguia existindo, e foi realimentado em 2008, quando finalmente foi criado o NASF. Brasília passou a implantar as primeiras equipes em 2009, e assim, solicitei remoção para uma destas. Neste período, cursei a especialização em Saúde Coletiva, com ênfase em Educação em Saúde, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de

Brasília (UnB), onde tive uma ampla formação que buscava privilegiar o desenvolvimento de práticas de saúde necessariamente transformadoras, orientadas pela Promoção da Saúde e pela perspectiva dos Determinantes Sociais.

Esta experiência fortaleceu não apenas minha intenção de trabalhar na ESF, como também permitiu o amadurecimento do olhar crítico sobre a APS, pois passei a me interessar por questões que iam além dos problemas práticos da implantação e execução da política na ponta, mas que envolviam tanto questões políticas quanto de ordem teórico-metodológicas, que me faziam querer entender mais a fundo os processos envolvidos no campo da saúde.

Assim, busquei me aprofundar no campo científico, e iniciei o curso de Mestrado em Ciências da Saúde, na área de concentração em Saúde Coletiva, em 2009, tendo optado por estudar a problemática da integralidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família. A realização desta pesquisa, além de representar um marco qualitativo no início de minha trajetória como pesquisador, contribuiu para a construção de um olhar diferenciado, problematizador e cientificamente embasado sobre a ESF, refletindo diretamente na inserção profissional que passei a ter a partir de 2010, quando finalmente consegui me inserir profissionalmente na APS.

Já no campo do trabalho, fui integrado a uma equipe NASF que ainda estava em processo de formação, mas que já contava com alguns profissionais que estavam desde a inauguração da unidade, o que havia ocorrido há menos de um ano da minha chegada, momento em que também foram lotados os profissionais das primeiras equipes de saúde da família (eqSF) da cidade. Entretanto, inicialmente o Centro de Saúde foi organizado na perspectiva tradicional de APS, sem organização do trabalho em equipes, sem delimitação territorial, com demanda aberta e sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que só foram incorporados meses depois.

Esta questão dificultou de forma expressiva a construção de uma nova lógica de trabalho, pois os profissionais já estavam bastante impregnados pelo paradigma tradicional de atendimento ambulatorial fragmentado e centrado na doença. Inclusive o NASF, que já existia antes mesmo das equipes, e que reproduzia este paradigma, desenvolvendo práticas essencialmente clínicas. Vivenciei, assim, a contradição frequentemente observada nas diferentes realidades da ESF e que diz respeito à dificuldade de se construir um modelo de atenção efetivamente contra-hegemônico.

Ainda assim, era nítido o esforço que as eqSF e o NASF faziam para implantar a Saúde da Família naquele território, pois embora a estrutura formal da Estratégia existisse, não era suficiente para superar a lógica tradicional de organização tecnológica da prestação de serviços, o que colocou duas questões centrais para a equipe NASF: 1<sup>a</sup>: fazia-se necessário iniciar um processo de capacitação pelo trabalho para os profissionais, incluindo o NASF, tendo como referência conhecimentos do campo da Saúde Coletiva, com especial enfoque na APS; 2<sup>a</sup>: tornava-se urgente orientar o trabalho do NASF para a implementação da ESF no território, passando a ser função dos profissionais deste Núcleo o apoio às eqSF nos processos de territorialização, planejamento e gestão do trabalho. Estas questões foram tomadas como diretrizes estratégicas do trabalho que vivenciei no NASF até 2011, pois tínhamos clareza de que se o modelo não mudasse, não seria possível construir o NASF.

Nesta conjuntura, por ter uma trajetória mais próxima ao campo da Saúde Coletiva, passei a assumir, juntamente com a terapeuta ocupacional da equipe, a posição de referência na complexa tarefa de implantar a ESF no território, ao mesmo tempo em que era necessário desvendar os pressupostos teórico-metodológicos do NASF e garantir também sua implantação. Os demais membros do Núcleo, embora bastante dispostos, tinham formações essencialmente clínicas, com pouca ou nenhuma bagagem teórica ou prática em Saúde Coletiva, o que tornou a experiência desafiadora e enriquecedora. Em essência, as reflexões sobre que profissionais éramos naquele momento e o que deveríamos fazer naquela política representavam a tônica que marcava toda discussão sobre processo de trabalho da equipe, já que a única clareza que tínhamos era que não seria mais possível, nem era desejável, reproduzir, no espaço da APS, a prática clínica tradicional que marcava historicamente nossas profissões.

Passei a perceber, com isso, que minha inserção no NASF como profissional dependia muito mais dos espaços comuns que existiam entre todos os profissionais da equipe, ficando o que era específico da Fonoaudiologia em lugar de menor destaque. E, com isso, comecei a me atentar para este fenômeno, sobretudo para a centralidade que ele ocupava nesta nova realidade de trabalho em saúde na APS.

Neste período, o Centro de Saúde onde estava lotado passou a ser campo de práticas dos cursos da área da saúde da UnB, e o contato com docentes e estudantes, sobretudo ligados a disciplinas de Saúde Coletiva, passou a ser corriqueiro, o que potencializou vários processos ligados ao fortalecimento da ESF na localidade. Participei, assim, como preceptor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), apoiando iniciativas

inovadoras que vinham sendo propostas na unidade, e que me faziam refletir a partir de contribuições e debates teóricos recentes.

Concluí o mestrado em 2011 e, logo em seguida, já certo de que gostaria de me inserir no âmbito acadêmico, fui aprovado no concurso para professor de Saúde Coletiva no Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Iniciou-se, portanto, um novo momento profissional em minha trajetória, embora meu trabalho siga tendo como foco a APS, abordada por meio de disciplinas, estágios e projetos de extensão e pesquisa.

Assim, a docência voltou a colocar a problemática do trabalho e da identidade do fonoaudiólogo no centro de minha reflexão, pois a prática docente que exerço, e que consta no novo currículo do curso, é orientada para afirmar a APS como centro ordenador do sistema de saúde, e que deve ser privilegiada. Desta forma, atuo diretamente com equipes de Saúde da Família e de NASF em Salvador.

Esta experiência tem sido desafiadora, sobretudo porque não há, na rede municipal, fonoaudiólogos no NASF. Dessa forma, insiro-me, com os estudantes, necessariamente a partir de uma articulação interdisciplinar, o que tem me permitido pensar este Núcleo essencialmente a partir do olhar sobre a equipe, e não sobre uma única categoria profissional. Com isso, tem sido possível perceber que os desafios colocados para a prática seguem sendo inúmeros, e que muitas vezes se repetem em diferentes realidades.

Estas questões acabaram me levando à realização da pesquisa que apresento nesta tese, e que foi desenvolvida neste cenário onde já estou inserido. Este movimento de construção de conhecimento demandou não apenas minha ruptura, enquanto pesquisador, com o senso comum, como também o exercício de me distanciar de meu objeto de pesquisa, de maneira a substituir minhas impressões particulares sobre o mesmo, que é tão impregnado em minha história, por um corpo de conhecimentos independente desta relação<sup>6</sup>. Reconheço, deste modo, que é necessário analisar a inserção do NASF na política de APS no Brasil a partir da ciência, o que busquei fazer ao longo deste processo de doutoramento e que culminou no produto que sintetizo nesta tese.

Neste intuito, busquei discutir duas questões: as práticas de saúde e a construção da identidade do profissional do NASF, a partir da realidade do município de Salvador. Para tal,

---

<sup>6</sup> BACHELARD, G. *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. 316p.



concretizando a necessária ruptura epistemológica com o senso comum, e compreendendo que o objeto da ciência, ao se tornar passível de investigação, é construído mesclando-se componentes empíricos e teóricos, e que isso pressupõe a possibilidade de descrição e de re-elaboração de seus componentes segundo alguma racionalidade<sup>7</sup>, busquei articular um referencial teórico diverso e que considero ser potencialmente complementar, partindo essencialmente das contribuições de Mendes-Gonçalves, para discutir as Práticas de Saúde/Processo de Trabalho em Saúde<sup>8</sup>, e Claude Dubar, para discutir o processo de construção da identidade profissional no contexto do trabalho<sup>9</sup>. As contribuições de outros autores que desenvolveram tais temáticas também foram incorporadas, especialmente as relacionadas ao debate sobre Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Com isso, foram produzidos três artigos que sintetizam os principais achados desta pesquisa.

Isto posto, acredito ter contribuído, embora não de maneira definitiva e totalizante, para o processo de construção de conhecimentos que buscam descortinar as características, as potencialidades e os desafios do trabalho em saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família, em geral, e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em particular. Todo este esforço orientado por uma das poucas certezas que marcaram a construção desta pesquisa: trabalhar no NASF requer, necessariamente, reinventar-se!

---

<sup>7</sup> SAMAJA, J. *Epistemología y metodología*. Elementos para una teoría de La investigación científica. Buenos Aires: EUDEBA, 1996. 414p.

<sup>8</sup> MENDES-GONÇALVES, R.B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. Cadernos CEFOR – Textos, 1. São Paulo: CEFOR, 1992, 53p.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*. Brasília, OPS, 1988. 68p. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, No. 6).

<sup>9</sup> DUBAR C. *A socialização*. Construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 343p.

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), concebida como um conjunto de práticas individuais e coletivas em saúde que são orientadas para a construção de um novo modelo assistencial de saúde, centrada no usuário (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008), tem sido considerada prioridade nas políticas públicas nas últimas décadas no Brasil e no mundo, estando atrelada a experiências de movimentos de reformas de sistemas de saúde que atribuem a ela papel crucial de porta de entrada e de ordenação de todo o sistema (AQUINO et al, 2014).

As experiências de Atenção Primária no Brasil nem sempre tiveram uma característica ampliada, e, sob influência do modelo proposto nos Estados Unidos, eram marcadas por práticas de saúde pública, restritas e focalizadas. Entretanto, em meados da década de 1970, no contexto de crise dos sistemas de saúde, que apresentavam alto custo referente à centralidade da atenção médica especializada e baixa resolubilidade, emergem movimentos de reforma no âmbito internacional que culminam na Declaração aprovada na Conferência de Alma-Ata, em 1978 (AQUINO et al, 2014).

Esta Conferência evidenciou a importância da Atenção Primária na organização dos modelos de atenção à saúde dos diversos países, buscando contrapor a atenção convencional a partir de um enfoque na promoção da saúde, na prevenção de riscos e agravos e na atenção continuada e abrangente, prestada por uma equipe de diferentes profissionais, onde a responsabilidade é compartilhada, com participação da comunidade e com colaboração intersetorial (GIL, 2006).

No Brasil, neste momento, diante da crise do setor saúde, surgiram programas de extensão de cobertura que preconizavam a implantação de ações e serviços básicos de saúde, a regionalização dos serviços e a participação comunitária (AQUINO et al, 2014; HEIMANN e MENDONÇA, 2005). Paralelamente, e em articulação com este processo, ocorreu o surgimento e o fortalecimento do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que propunha o reconhecimento do direito social à saúde, entendida em sua concepção ampliada como resultante de um conjunto de determinantes econômicos e sociais.

Ressalta-se que a RSB, enquanto fenômeno histórico e social, pode ser compreendida como uma reforma centrada em três elementos: na democratização da saúde, que reconhece o direito à saúde a partir de uma consciência sanitária que considera seus determinantes e que

garante o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS); na democratização do Estado, assegurando a descentralização do processo decisório e do controle social; e na democratização da sociedade, alcançando espaços da organização econômica e da cultura, por meio da produção e distribuição justa da riqueza e do saber e da adoção de mudanças no conjunto de políticas públicas e de práticas de saúde (PAIM, 2008). Seu aprofundamento culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que reafirmou a saúde como direito e dever do Estado e definiu os princípios e diretrizes para o arcabouço institucional do SUS.

Com a criação do SUS, buscou-se garantir a saúde das pessoas e das populações a partir da integração de ações e serviços públicos de saúde (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000), sendo constituído um espaço de debate sobre qual modelo deveria orientar as práticas de saúde neste sistema. Este debate tem envolvido gestores e técnicos responsáveis pela formulação e implementação de políticas voltadas à reorganização do sistema, bem como pesquisadores que atuam no espaço acadêmico e contribuem para a experimentação e aperfeiçoamento das estratégias implementadas ao longo dos últimos 26 anos.

A mais importante delas tem sido a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual possui características estruturais que potencializam a mudança do modelo hegemônico de atenção à saúde, tais como organização do processo de trabalho em equipe, definição de população adscrita em um território definido, desenvolvimento de ações orientadas pela integralidade à saúde das famílias, dentre outras (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A partir da implantação da ESF, é possível observar o aumento da cobertura e a melhoria do acesso da população às ações de saúde, bem como seus efeitos sobre a reorganização dos serviços e racionalização do uso de recursos (RODRIGUES et al, 2014; MEDINA e HARTZ, 2009). Ademais, estudos apontam que a ESF contribuiu para a redução do número de hospitalizações potencialmente evitáveis, como aquelas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, tendo em vista, especialmente, a atenção prestada pelas equipes de Saúde da Família a estes agravos por meio das diversas ações programáticas desenvolvidas (DOURADO et al, 2011; MACINKO et al, 2010).

Entretanto, apesar de avanços, a Saúde da Família ainda não pode ser considerada uma estratégia consolidada no que se refere à ruptura com o modelo de atenção tradicional no país e conseqüente reorientação do conteúdo das práticas de saúde e da maneira de organização do processo de trabalho (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014), uma vez que este modelo segue

centrado na doença e na medicina de alto custo que é exercida de forma verticalizada e excludente, não conseguindo entrar nas raízes dos problemas do sistema tradicional, sobretudo nas principais capitais brasileiras, nas regiões metropolitanas e nos municípios de grande porte, não conseguindo reduzir os riscos e agravos sociais de responsabilidades direta e indireta dos serviços de saúde (CAETANO e DAIN; 2002).

Neste sentido, as equipes de Saúde da Família, de forma geral, ainda têm como objeto privilegiado de suas práticas a doença e os agravos à saúde, negligenciando os principais problemas de saúde da população, seus danos, riscos e determinantes (COSTA, 2009), com práticas centradas nas pessoas, em detrimento de ações de vigilância à saúde, além de pouco envolvimento da comunidade (SANTOS et al, 2012). Além disso, ainda que os trabalhadores da saúde, sobretudo os médicos, reconheçam a importância das percepções, crenças e valores adotados por usuários ou por outros profissionais em suas práticas de saúde, o lugar de especialista é mantido, onde acabam tomando decisões e agindo pelo outro (SOUZA e MENANDRO, 2011). Segundo estes autores, há um distanciamento das questões trazidas pelas ciências humanas ao trabalho, além de maior valorização das práticas clínicas, sobretudo as orientadas pela medicina baseada em evidências.

Estas questões demonstram que este modelo precisa ser aperfeiçoado, de modo a contribuir para a mudança das práticas historicamente construídas e vivenciadas nos serviços de saúde, especialmente em relação ao modelo biomédico que ainda é hegemônico (SOUSA, 2008). Este panorama coloca em evidência a necessidade de se discutir permanentemente não apenas a organização tecnológica da ESF como também o perfil dos sujeitos que desenvolvem as práticas de saúde, bem como o processo de formação e consolidação de suas identidades profissionais, uma vez que, não raramente, possuem características profissionais dissonantes dos propósitos da RSB, do SUS e, especificamente, da APS.

Sabe-se que a reprodução das práticas de saúde possui relação direta com o modelo hegemônico de formação dos profissionais de saúde no Brasil, que segue sendo fragmentado e voltado para a hiperespecialização da força de trabalho, em detrimento de uma perspectiva de formação generalista, integrada ao sistema de saúde e interdisciplinar, (VENDRUSCOLO et al, 2014; GIL, 2005). Muito embora tenha havido um crescimento de políticas e experiências voltadas para a mudança do perfil dos profissionais de saúde no Brasil nos últimos anos (PINTO et al, 2013), estas características perduram e exercem grande influência na conformação das identidades dos diferentes profissionais da saúde, dificultando a implantação de propostas inovadoras nos sistemas de saúde.

Tendo em vista o enfrentamento dos desafios colocados na implantação e melhoria da qualidade da atenção à saúde no SUS, algumas inovações têm sido propostas no sentido de ampliar a abrangência e o escopo das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família. Neste contexto, inserem-se os NASF, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que têm como finalidade do trabalho, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), fortalecer a atenção integral à saúde da população no âmbito da ESF por meio da atuação de diferentes profissionais de saúde, de forma articulada com os trabalhadores das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas de saúde desenvolvidas no território (BRASIL, 2008).

Ainda segundo o MS, estes Núcleos devem ter suas ações desenvolvidas em parceria com as equipes de Saúde da Família, de modo a priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, mediante amplas metodologias, a exemplo do estudo e discussão de casos e situações, orientações e atendimento conjunto, sendo suas principais ferramentas de trabalho o Apoio Matricial (CAMPOS e DOMITTI, 2007), a Clínica Ampliada (CAMPOS e AMARAL, 2007), o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto Saúde no Território (BRASIL, 2009).

Assim, propõe-se que o NASF funcione como retaguarda especializada que atua no lócus da Atenção Básica, desenvolvendo o trabalho compartilhado e colaborativo na dimensão clínico-assistencial, que se refere à ação clínica direta com o usuário, e técnico-pedagógica, que diz respeito à ação de apoio educativo com e para as equipes de Saúde da Família. Em função disso, o apoio e a atenção do NASF devem envolver também riscos e vulnerabilidades populacionais, além do apoio ao processo de trabalho coletivo de uma equipe (BRASIL, 2014a). Além disso, espera-se que os profissionais do NASF possam agregar novas ações ao trabalho na ESF, podendo intervir em ações individuais ou coletivas que requerem competências específicas de algumas ocupações profissionais (BRASIL, 2014a).

Desde sua implantação<sup>10</sup>, os NASF têm sido apontados como importante avanço para a consolidação da ESF no âmbito do SUS, principalmente devido ao caráter multiprofissional da composição de sua equipe. Reconhece-se que sua implantação revitaliza e torna possível o apoio ao atendimento das múltiplas demandas por ações em diversos âmbitos, da promoção à

---

<sup>10</sup> Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de abril de 2016 apontam que já foram implantadas 4.598 equipes de NASF em todo o país, sendo 1.905 equipes na região Nordeste. Do total, 2.674 são do tipo I, 893 do tipo II e 1.031 do tipo III. Na Bahia, existem 264 equipes do Tipo I e 100 equipes do Tipo II, totalizando 3.364. Em Salvador existem cadastradas 11 equipes NASF do tipo I.

reabilitação, nos diversos ciclos de vida, bem como em problemas específicos, e no estabelecimento de ações setoriais e intersetoriais (AQUINO, et al 2014).

Estudos recentes, entretanto, têm evidenciado o risco da redução das práticas de saúde dos profissionais que compõem os NASF a seus aspectos técnicos e descontextualizados, orientadas pelo conhecimento específico das especialidades, sobretudo de tratamento ou reabilitação (COSTA et al, 2013; LEITE et al, 2013; ARAÚJO e GALIMBERTTI, 2013; CERVATO-MANCUSO et al, 2012; BARBOSA et al, 2010), não dialogando com as necessidades sociais de saúde dos territórios onde são desenvolvidas.

Esta preocupação é apontada por Teixeira e Vilasbôas (2014), ao problematizarem a centralidade das práticas desempenhadas por estes Núcleos na Clínica na medida em que se busca uma melhoria do atendimento individual e das relações subjetivas construídas no processo de cuidado, em detrimento das ações de Saúde Coletiva, a exemplo das práticas de promoção e vigilância em saúde, que continuam subalternas ao modelo médico hegemônico.

Há também uma grande preocupação dos profissionais em fazerem uso das ferramentas específicas propostas pelas portarias governamentais que orientam o NASF, entretanto, observa-se que estas ações não são necessariamente acompanhadas do uso de outras tecnologias, tais como de planejamento, de educação em saúde, de promoção da saúde, dentre outras que corroborem uma prática ampliada de atenção à saúde. Desta forma, pode-se estabelecer, assim, um modo tecnológico de funcionamento aquém do que se espera para a Atenção Primária à Saúde.

Este parece ser um importante desafio para a implantação e ampliação destes Núcleos na realidade brasileira, pois embora orientada por referenciais teórico-metodológicos que apontem para o privilégio de práticas coletivas, interdisciplinares e focadas no território, pode-se ter um resultado às avessas. Além disso, disputas por nichos de atuação profissional, expressas no mercado de trabalho, marcam as relações estabelecidas entre os diferentes profissionais da saúde, evidenciando as relações de poder existentes tanto no contexto do trabalho propriamente dito quanto na disputa entre conselhos de classe, o que repercute diretamente na forma como os profissionais do NASF trabalham em situações de equipe.

Logo, as práticas de saúde que são desenvolvidas no âmbito do NASF podem ser consideradas importantes objetos de análise acerca das potencialidades e limites das estratégias de reorientação do modelo de atenção. Especialmente no que diz respeito aos sujeitos destas práticas, cabe problematizar até que ponto a inserção nos NASF tem

contribuído, ou pode contribuir, para a redefinição da identidade profissional na medida em que as experiências vivenciadas por estes sujeitos apenas reproduzam as práticas que historicamente desenvolvem em outros níveis e espaços do sistema de saúde, ou, contrariamente, contribuam para a mudança e transformação destas práticas. Em outras palavras, se a identidade de profissional que segue sendo historicamente construída nos processos de formação e na trajetória ocupacional vivenciada por estes sujeitos, pode dar lugar a uma nova identidade, fundada na concepção ampliada de saúde, orientada pela identificação das necessidades de saúde da população e seus determinantes sociais, articulando saberes, métodos e técnicas de diversas disciplinas, e contemplando a integração de diferentes práticas profissionais.

Diante do exposto, identifica-se como uma importante problemática de estudos para o campo acadêmico da pesquisa em Saúde Coletiva o processo de conformação de novas práticas de saúde e de novos sujeitos no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Para tal, toma-se o contexto do NASF como cenário estratégico, considerando-se a vasta amplitude de sua inserção nos sistemas municipais de saúde e o contexto aparentemente ambíguo no qual está inserido, que é marcado, por um lado, pela reorientação das práticas, mudanças no processo de trabalho, intervenção ampliada e caráter generalista e, por outro, pela trajetória profissional e de formação especializada, centrada no mercado de trabalho privado, marcada pelo tecnicismo e pela atuação corporativa dos conselhos profissionais que disputam mercado e delimitam atuações, em geral, fragmentadas e descompromissadas com a integralidade da atenção.

Neste particular, reconhece-se como lacuna do conhecimento a falta de estudos que se debrucem sobre a redefinição da identidade profissional dos sujeitos que atuam no NASF que ocorre no processo de construção de novas práticas de saúde e de reorientação do processo de trabalho que marca a realidade destes profissionais. Além disso, torna-se fundamental compreender como esses sujeitos se constituem no processo de trabalho e forjam suas identidades, mesmo em contextos com importantes limitações.

## 2. TESE GERAL DA INVESTIGAÇÃO

Este projeto de pesquisa busca se debruçar sobre a tese de que os profissionais do NASF, ao se inserirem no espaço da Atenção Primária à Saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família, vivenciam contradições no âmbito de suas práticas, que embora tenham como norte a busca da afirmação do conceito ampliado de saúde e do trabalho interdisciplinar, esbarram na hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde, podendo reforçá-lo na medida em que buscam a afirmação do espaço do profissional especialista na APS, ainda que este ocorra de forma precarizada. Assim, acredita-se que este processo repercute sobre a constituição da identidade destes profissionais, provocando uma redefinição de sua identidade tradicional, enquanto profissionais de referência assistencial especializada, na medida em que passam a construir um perfil profissional mais vinculado às práticas de Atenção Primária, processo que pode potencializar a implementação da ESF e contribuir para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde no Brasil.



### 3. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo se orienta pela seguinte questão central: até que ponto a inserção no NASF está contribuindo (ou não) para a redefinição da identidade profissional dos sujeitos que trabalham nesse contexto de ação? Como desdobramento, propomo-nos a responder as demais questões:

- a) Como têm se caracterizado as atividades desenvolvidas pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil?
- b) Que práticas de saúde desenvolvem os profissionais do NASF na realidade de Salvador? Elas contribuem para a reorientação do modelo hegemônico de atenção à saúde no SUS?
- c) Como se configuram as trajetórias de formação profissional e de trabalho prévio (movimentos de emprego) vivenciadas pelos profissionais que trabalham nos NASF de Salvador?
- d) Quais são as principais características do trabalho atual no NASF? E como os profissionais percebem o processo de construção/reconstrução de suas identidades neste cenário de práticas?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Analisar a contribuição da inserção nos NASF para a construção/reconstrução das identidades profissionais dos trabalhadores que integram estas equipes no município de Salvador, Bahia.

### **4.2 Específicos**

1. Caracterizar a produção científica acerca das atividades desempenhadas pelos profissionais do NASF em todo Brasil;
2. Analisar as práticas de saúde/processo de trabalho em saúde dos profissionais que atuam nos NASF em Salvador;
3. Descrever a trajetória de formação dos profissionais que atuam nos NASF de Salvador;
4. Descrever a trajetória profissional dos profissionais que atuam nos NASF de Salvador;
5. Identificar as principais características do trabalho dos profissionais que atuam no NASF.

## 5. JUSTIFICATIVA

O crescimento acentuado do número de equipes NASF na realidade da atenção à saúde no Brasil evidencia a grande adesão que esta proposta tem alcançado no âmbito da Estratégia Saúde da Família e traz consigo a emergência de novas questões para o campo da Saúde Coletiva, sobretudo aquelas relacionadas às práticas de saúde e à constituição de identidades profissionais, considerando-se o contexto da inserção de novos profissionais na Atenção Primária à Saúde.

Não raramente se observa a existência de conflitos relacionados ao processo de trabalho dos profissionais de saúde que agora compõem a APS, e que se expressam cotidianamente em perguntas do tipo “o que fazer? como fazer? por que fazer?”, considerando-se o caráter inovador da proposta. Além disso, esta realidade confronta as identidades profissionais muitas vezes já sedimentadas, ocasionando uma “crise de identidade” desses sujeitos. Assim, ao reconhecer que este aparente impasse traz consequências para a ESF como um todo, o que inclui o modelo de atenção à saúde que se pretende afirmar no SUS, entende-se que tomar as práticas de saúde e a construção da identidade do profissional do NASF como objeto de pesquisa se faz necessário, de modo a fomentar a produção de conhecimentos que apontem para o avanço das políticas públicas de saúde e de formação de recursos humanos no Brasil.

## 6. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

O embasamento teórico deste projeto fundamenta-se no referencial proposto por Dubar (2005) acerca da construção das identidades profissionais. Assim, compreende-se que tal processo está relacionado à formação, à trajetória sócio-profissional, isto é, aos movimentos de emprego, e às características das práticas profissionais realizadas pelos sujeitos ao longo de sua vida profissional (Figura 1).



Figura 1 – Dimensões do processo de construção/reconstrução de identidades profissionais segundo Dubar (2005).

De forma a complementar este referencial e, considerando-se que as práticas a que estamos nos referindo são práticas de saúde, propõe-se o uso do referencial teórico acerca do Processo de Trabalho em Saúde partindo, sobretudo, das contribuições de Mendes-Gonçalves (1994; 1992; 1988), bem como da revisão das diversas concepções acerca de Modelos de atenção à saúde presentes na literatura brasileira do campo da Saúde Coletiva.

Neste sentido, propõe-se a integração de referenciais que, embora se apoiem em matrizes teóricas distintas, convergem ao reconhecerem a centralidade do trabalho na

sociedade capitalista e seu papel na transformação dos sujeitos, sendo este o motivo que levou à escolha pelos mesmos.

Desta forma, partindo do mais abstrato ao concreto, a síntese dessa revisão inicia com a sistematização dos conceitos de Práticas de saúde/processo de trabalho em saúde, sendo apresentando em seguida a revisão sobre Modelos de atenção em saúde, de modo a situar a especificidade da APS, para então retomar a problematização proposta nesse projeto, com base no referencial acerca da construção/reconstrução de identidades profissionais.

### **Práticas de saúde / Processo de trabalho em saúde**

Partindo das contribuições de Mendes-Gonçalves (1988), entendemos que as práticas de saúde são conjuntos estruturados de práticas sociais, portanto históricas, cuja característica essencial é a reprodução da sociedade, determinadas por relações sociais de produção, e não podem ser reduzidas a aspectos técnicos. Assim, são concebidas como a “reiteração articulada de um modo de inserção na divisão social do trabalho relacionada à reprodução de padrões histórica e socialmente significativos de normatividade” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.33).

Nesta perspectiva, torna-se necessário compreender as práticas de saúde a partir da categoria trabalho. Este, enquanto uma das formas de objetivação-exteriorização do homem no mundo, destaca-se por seu caráter ontológico-constituidor do ser social, sendo, portanto, compreendido como o elemento fundador do gênero humano. Representa, pois, a forma através da qual o homem natural dialeticamente se separa sem separar-se da natureza e, ao se diferenciar desta, estabelece com ela um intercâmbio que humaniza e torna social o mundo natural. Neste sentido, ao mesmo tempo em que humaniza a natureza, humaniza-se a si próprio, como parte dela, tornando possível o processo de socialização do mundo (GOMES e SCHRAIBER, 2011).

Para Marx (1971), o trabalho se refere à transformação da natureza pelo homem, e do homem pela natureza, de forma a satisfazer suas necessidades por meio de uma atividade produtiva. Segundo o autor, o processo de trabalho é constituído por três elementos: o *objeto de trabalho*, a *atividade* orientada a um fim e os *instrumentos ou meios de trabalho*. Ou seja, no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa

transformação está subordinada a um determinado fim. Assim, o trabalho é a atividade fundante do ser social, pois estabelece as relações que constituem os coletivos, e que mudam historicamente.

A partir das contribuições de Marx, Mendes-Gonçalves (1992) aponta a necessidade de se compreender os aspectos que compõem o processo de trabalho em saúde como momentos, evidenciando a mútua dependência e a relação entre agente, objetos, atividade e instrumentos, definindo-se uns em relação aos outros, sempre e necessariamente. Propõe, ainda, que sejam incorporados os conceitos *finalidade* – que exprime a ideia de projeto antes que a transformação se dê; *necessidade* – que não equivale a características naturais e anistóricas, mas corresponde a características qualitativas historicamente compreensíveis do homem, sendo que as necessidades que correspondem aos projetos que organizam o trabalho são basicamente necessidades do outro; e *socialidade* – os homens se organizam de forma historicamente variável para executar o trabalho, estabelecendo relações sociais entre si (relações sociais de produção), através de sua relação com objetos e instrumentos, que se constituem na necessidade de reprodução social.

Desta forma, os processos de trabalho em saúde não contêm nenhum objeto ou necessidade natural. Seus objetos e as necessidades que satisfarão serão sempre humanamente naturais, ou seja, social e historicamente determinados, realizados por agentes sociais, trabalhadores em saúde, dentro de uma divisão social do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994). Estes processos de trabalho se realizam nas relações sociais, que não podem ser descontextualizadas, reificadas e vistas de forma a-histórica, uma vez que são relações necessariamente econômicas e de poder (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Contrapondo o modelo predominante de atenção à saúde, Mendes-Gonçalves (1988) defende uma alternativa que se baseia no princípio mais geral de totalidade e de uma concepção dialética da relação entre objetividade e subjetividade, tomando a tecnologia como dimensão particular e abstrata. Suas contribuições se orientam pelas condições de reprodução social relativamente estáveis onde a qualidade da reprodução social é dada e onde o desenvolvimento das forças produtivas se encontra contido nos limites do tipo macro-histórico de organização capitalista.

Ressalta-se que, neste modo de produção, onde a sociedade é gerida pelo capital, o trabalho tem como função satisfazer a necessidade do capitalista, qual seja produzir lucro e apropriar-se do produto do trabalho para acumular riquezas, onde as necessidades dos

trabalhadores ficam reduzidas a bens e serviços, transformados em mercadorias (RAMOS, 2007).

Nesta perspectiva, os instrumentos de trabalho podem ser extraídos de seu processo real de produção em suas qualidades técnicas específicas (eficácia, produtividade, etc), mas é no processo real da produção que encontram sua concreticidade plena, tornando-se ao mesmo tempo suporte técnico de obtenção de um produto e suporte da reprodução social. Nesse sentido, a dimensão técnica é necessariamente subordinada à reprodução de um tipo macro-histórico de organização social.

Mendes-Gonçalves (1988) considera o homem social provisoriamente como um “homem faber”, dando destaque à categoria trabalho, o núcleo essencial da socialidade. Assim, compreende que o conceito de tecnologia se refere ao conjunto de organização técnica do processo de produção enquanto processo social e histórico que inclui a reprodução social, sendo que instrumentos de trabalho seriam as coisas que servem para intermediar a ação humana sobre os objetos conforme esse conjunto de determinações. Como tecnologia e instrumentos de trabalho são termos utilizados frequentemente como sinônimos, o autor propõe o conceito provisório de organização tecnológica para expressar a concepção em que os instrumentos (tecnologia) aparecem como momentos só compreensíveis por referência à totalidade.

No interior dos processos de trabalho em saúde se estabelecem tecnologias, ou nexos técnicos entre atividade e objeto de trabalho, que não se resumem a um conjunto de instrumentos materiais para o trabalho, mas se referem ao conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social, ou seja, a tecnologia é concebida como uma modalidade de organização do trabalho e como um saber (PEDUZZI, 2003).

Esta é a base teórica para a discussão sobre práticas de saúde, que são concebidas como conjuntos estruturados de práticas sociais cuja característica essencial é a reprodução de um tipo histórico determinado de relações sociais de produção: as sociedades capitalistas. Não podem, portanto, ser reduzidas a aspectos técnicos, e este é um desafio frente à voracidade da anistoricidade e do etnocentrismo que predominam, uma vez que os parâmetros basilares seguem sendo a autonomização, a reificação e a despolitização dos fenômenos reais (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Dialogando com os propósitos da Saúde Coletiva, que, segundo Paim (2006) tem como objeto as necessidades sociais de saúde, e não apenas os riscos, agravos, doenças e mortes, espera-se que as práticas de saúde devam considerar a análise dos determinantes destas necessidades, que não se esgotam na demanda, nas necessidades sentidas, nas necessidades médicas, nas necessidades de serviços de saúde, nas doenças, carências, riscos e sofrimentos. Trata-se de necessidades sociais, por envolverem as condições necessárias para o gozo da saúde, ou aquilo que um ser necessita para continuar sendo um ser.

Assim, compreende-se que as práticas de saúde referem-se aos processos de trabalho, podendo ser individuais e coletivas, clínicas e epidemiológicas, relacionando-as às demais práticas sociais, pois tomam como objeto as necessidades sociais de saúde. Essas práticas podem utilizar de diferentes conhecimentos, como das Ciências Sociais, para a compreensão e instrumentalização do processo de trabalho (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000). Portanto, manipular e transformar esse objeto demanda novos meios de trabalho, cujos instrumentos para apreensão do objeto são provenientes da antropologia, sociologia, política, dentre outros, onde os serviços de saúde se configuram como meios de trabalho, mas insuficientes para transformar o objeto, nesta perspectiva. Portanto, o trabalho propriamente dito envolve uma dimensão epidemiológica e social, mas também uma dimensão organizacional/gerencial (PAIM, 2006).

Nesse sentido, o profissional da saúde precisa identificar, descrever e explicar a ocorrência de necessidades, produzir informações para o estabelecimento de prioridades, selecionar técnicas e modos de intervenção para enfrentá-las e gerenciar conjunto de trabalhos cujos produtos ou serviços impactem sobre a saúde da coletividade. Este trabalho envolve dimensões técnica, econômica, política e ideológica, e um componente ético essencial vinculado à emancipação dos seres humanos, perpassado por valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia. Portanto, o profissional precisa dominar conhecimentos e habilidades específicas não redutíveis às ciências biológicas ou da saúde (PAIM, 2006). Esta perspectiva, construída no cerne do movimento da RSB, fundamentou a análise dos distintos modelos de organização tecnológica do trabalho em saúde, configurando o debate atual sobre modelos assistenciais/modelos de atenção.



## Modelos assistenciais / modelos de atenção à saúde

Pode-se dizer que o debate atual sobre modelos de atenção à saúde converge para o reconhecimento de um fenômeno complexo que se refere, em geral, a como, em um determinado contexto histórico-social, são organizados os serviços de saúde e realizadas as práticas, considerando também os valores que orientam o modo como a sociedade define saúde e os direitos dos seres humanos em relação à vida (FERTONANI et al, 2015).

A partir das contribuições de Mendes-Gonçalves referentes aos modos de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde, Paim (2003) desenvolveu o conceito de modelos assistenciais, definindo-o como combinações de saberes e técnicas utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, conformando formas de organização das relações entre sujeitos mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre danos, riscos e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. Desta forma, modelo assistencial representaria uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho utilizados nas práticas de saúde (PAIM, 2008).

Além dessa perspectiva, pode-se entender também os modelos de atenção de maneira sistêmica, articulando as dimensões *gerencial*, relativas ao processo de reorganização das ações e serviços, *organizativa*, referente ao estabelecimento de relações entre unidades de prestação de serviços, considerando a hierarquia dos níveis de complexidade tecnológica das ações de saúde, e *técnico-assistencial*, relativas às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, mediadas pelo saber e tecnologia que operam o processo de trabalho em saúde no plano da promoção da saúde, da prevenção de riscos e agravos, da recuperação e da reabilitação (TEIXEIRA, 2006).

Pode-se afirmar que existem dois modelos hegemônicos de atenção à saúde no Brasil. O modelo *médico-assistencial hospitalocêntrico* fundamenta-se na clínica e é centrado na figura do médico, onde se desenvolveu a medicina científica. O hospital e a rede de serviços privados são os principais lócus de organização deste modelo, que concentra os instrumentos de trabalho na tecnologia médica, atuando sobre a doença e os doentes, na perspectiva individual (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Outro modelo de atenção considerado hegemônico é o *sanitarista*, que incorporou as campanhas sanitárias e a elaboração e implantação dos programas especiais verticais de

controle de doenças e outros agravos. Este modelo influenciou o surgimento de sistemas de vigilância em saúde. Os instrumentos de trabalho são centrados na tecnologia sanitária, a exemplo de ações de educação em saúde, controle de vetores e imunização, e o objeto da atuação são os modelos de transmissão das doenças, com especial foco nos fatores de risco, tendo como sujeito das práticas os sanitaristas (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Visando superar a lógica hegemônica destes modelos, sobretudo do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, que entra em crise no início dos anos 1970 devido ao alto custo, baixa efetividade em relação à mudança no perfil epidemiológico da população e subordinação à lógica do capital, várias propostas alternativas de mudança do modelo foram elaboradas no Brasil.

Estas propostas, embora tenham surgido a partir da crítica ao modelo hegemônico, apresentam algumas diferenças em relação a suas bases conceituais, metodológicas, organizacionais e políticas, e foram sendo incorporadas na realidade da atenção à saúde em diferentes medidas, a depender, sobretudo, do contexto político e do desenvolvimento técnico-científico de cada proposta.

Os *distritos sanitários* contemplavam uma estratégia de reorganização dos serviços na perspectiva sistêmica, enfatizando a delimitação dos territórios correspondentes à área de abrangência da rede de serviços e a articulação dos diversos níveis de complexidade, considerando o perfil da demanda e as necessidades de saúde da população, articulando conceitos da geografia crítica, da epidemiologia e do enfoque situacional de planejamento (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014; TEIXEIRA, 1993; KADT e TASCA, 1993).

Já as propostas da *oferta organizada/ações programáticas de saúde* têm como foco a reorganização do processo de trabalho e do processo de produção de serviços desenvolvido em uma unidade de saúde, visando superar a lógica da demanda espontânea. A programação em saúde buscou articular diversas ofertas vinculadas ao atendimento das necessidades e dos problemas específicos da população, incorporando uma lógica epidemiológica e social (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014; SCHRAIBER, 1990).

Outra proposta é a *Vigilância da Saúde* (VISAU), que surge no final dos anos 1980, a partir das experiências de distritos sanitários (MENDES, 1993) e, ao incorporar o debate da promoção da saúde e dos pressupostos do modelo de determinação social do processo saúde-doença em coletividades humanas, tendo como imagem-objetivo a integralidade da atenção, passa a nortear arranjos tecnológicos entre práticas articuladas voltadas para o controle dos

determinantes, riscos e agravos à saúde, por meio de práticas de promoção, prevenção e assistência (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Na proposta da VISAU, a definição dos problemas de saúde, que passam a ser objeto do trabalho, e suas respectivas intervenções, apoiam-se em abordagens participativas de planejamento, sobretudo aquelas com enfoque estratégico-situacional (TEIXEIRA, 1993). Para tal, aliadas às tecnologias médicas e sanitárias, coexistem tecnologias de comunicação social, transcendendo, portanto, o espaço institucionalizado do sistema de serviços de saúde. Assim, a VISAU apoia-se na ação intersetorial e busca reorganizar as práticas de saúde no nível local intervindo sobre os danos, riscos e determinantes dos problemas de saúde, com ênfase em problemas que requerem atenção contínua, utilizando o conceito epidemiológico de risco, articulando ações de promoção, prevenção e reabilitação, intervindo sob forma de operações (PAIM, 2008).

Há ainda a proposta referente ao *Acolhimento*, que surge a partir da preocupação com a gestão e organização do trabalho no âmbito das unidades de saúde, tendo como pilares o acolhimento e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população que demanda o serviço, que formariam a base do modelo em defesa da vida (CAMPOS, 1994; MERHY, 1994). Busca-se com isso a humanização da atenção e melhoria da qualidade da atenção. Esta ideia impulsionou uma proposta sistemática de reorganização da clínica, denominada *Clínica Ampliada*, constituída nos pressupostos das equipes de referência, apoio matricial e elaboração de projeto terapêutico singular (CAMPOS, 2003), visando ajudar trabalhadores e usuários a lidarem com a complexidade dos sujeitos e a multiplicidade dos problemas de saúde (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Por fim, a *Saúde da Família*, como proposta implementada no SUS a partir do Programa Saúde da Família, em 1994, pode ser entendida como uma articulação de elementos provindos de vários movimentos ideológicos, incorporando propostas alternativas, tais como a Vigilância da Saúde e o Acolhimento, por exemplo. Ao deixar de ser um programa focalizado em populações excluídas do consumo de serviços de saúde, torna-se uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, buscando-se cobertura universal e reorganização do processo de trabalho em saúde da atenção básica, além de buscar promover mudanças nos demais níveis de atenção do sistema (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Estas propostas alternativas, ao coexistirem no contexto da atenção à saúde no Brasil, de certa forma influenciam a elaboração e implementação de políticas e estratégias de

mudança do modelo de atenção no SUS, principalmente no âmbito da APS, ou seja, na conformação da ESF, na medida em que foram sendo incorporadas ao longo do período de implantação da APS no Brasil. De fato, a expansão da Atenção Primária no país vem sendo marcada pelo diálogo e “interfertilização” entre o debate político-institucional, principalmente no âmbito do Ministério da Saúde, com o debate acadêmico, na medida em que, ao longo das diversas conjunturas atravessadas nos últimos 26 anos, tem se estabelecido certo “trânsito” de intelectuais que se deslocam do espaço acadêmico para ocupar posições de gestão ou assessoria junto aos órgãos governamentais, e com isso contribuem para a incorporação de suas propostas no discurso oficial referente às políticas e estratégias de mudança do modelo de atenção.

Nessa perspectiva, a análise do que tem sido denominado “modelo brasileiro de APS”, revela um amálgama de idéias, noções e conceitos que têm origens diversas, desde o “movimento ideológico” capitaneado pela OMS a partir da Declaração de Alma-Ata, passando pelas interpretações conferidas a este movimento no contexto latino-americano a partir da atuação da Organização Panamericana de Saúde (OPS), até a mais recente “Renovação da APS”, difundida nos países latinos e no Brasil nos últimos anos. Sobre esta “base ideológica”, tem se acrescentado, principalmente a partir da implementação da ESF, um conjunto heterogêneo de propostas cuja origem pode ser rastreada em diversos núcleos acadêmicos do campo da Saúde Coletiva, principalmente os que trabalharam na concepção da Vigilância da Saúde (incorporada em alguns documentos da ESF elaborados na segunda metade dos anos 90) e, mais recentemente, as propostas construídas em torno da noção de “Clínica Ampliada”, que vem predominando no discurso oficial nos últimos 10 anos, evidenciando-se, sobretudo, na concepção e propostas construídas em torno dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Portanto, é neste contexto de produção de propostas alternativas de organização tecnológica da atenção à saúde que se encontra o NASF, e desta forma, percebe-se que sua implantação implica novos desafios para a organização dos processos de trabalho no âmbito da APS, configurando um espaço possível de reorientação das práticas de saúde e do modelo de atenção à saúde a partir da redefinição das identidades profissionais. Com isso, chegamos ao núcleo central do nosso problema de investigação, qual seja, o processo de construção/reconstrução das identidades profissionais dos trabalhadores do NASF.

## **Formas identitárias profissionais**

Se as práticas de saúde são compreendidas no marco do processo de trabalho, portanto, são produzidas por agentes, sujeitos, que agem sobre algum objeto visando transformá-lo, ao passo em que são também transformados. Nesta perspectiva, o trabalho constitui e é constituído pelo agente do trabalho, o que pode ser observado no caso do profissional da saúde. E, no contexto do NASF, onde novos profissionais se somam à força de trabalho na APS, a questão do sujeito e da identidade torna-se crucial.

Parte-se da concepção de que a identidade é continuamente reconstruída, e está diretamente ligada à atitude transformadora em ato, estando a noção de sujeito vinculada ao caráter relacional e contingente das identidades e historicidades de indivíduos e grupos. Assim, a subjetividade é sempre intersubjetividade, sendo o sentido existencial dessa relação configurado como o ato de se colocar diante do Outro e engendrar as co-possibilidades de ambos e seu mundo compartilhado, considerando-se que o que move o encontro dos sujeitos e seu mundo não se restringe ao êxito técnico das práticas de saúde, mas refere-se a um sucesso ético e estético, que possibilita o sentido existencial do sujeito (AYRES, 2001).

Portanto, compreende-se que a constituição do sujeito que trabalha na ESF é permeada pela experiência vivida no próprio processo de trabalho. Assume-se que o processo de trabalho que vem sendo construído nas experiências de implantação do NASF está conformando a identidade destes profissionais. Entretanto, estes profissionais possuem histórias de trabalho e de formação que também repercutem em suas identidades, e que podem potencializar ou mesmo limitar o trabalho a ser desenvolvido nestes Núcleos. Desta forma, faz-se necessário acessar e compreender os processos que estão sendo vividos pelos profissionais do NASF, bem como as trajetórias que traçaram ao longo de sua formação, buscando-se analisar a contribuição da inserção nos NASF para a (re) definição da sua identidade profissional.

Para tal, partimos das contribuições de Dubar (2005) acerca da construção das identidades sociais e profissionais. Para o autor, a identidade é produto de sucessivas socializações, e está relacionada ao conceito de ator social, tornando-se central a maneira pela qual os atores se identificam uns com os outros. Os sujeitos, tomados como atores, possuem certa definição da situação na qual estão inseridos, que inclui uma maneira de se definir a si próprio e de definir os outros. Essa definição recorre a diversas categorias tomando a forma

de argumentos que implicam interesses e valores, posições e posicionamentos. Entretanto, as autodefinições de atores, em um contexto dado, não são estritamente determinadas pelo próprio contexto, já que cada um dos atores tem uma história que pesa em suas identidades de ator. Ou seja, a identidade não se define somente em função de um campo determinado de práticas, mas também em função de sua trajetória, tanto pessoal como social. Assim, a trajetória subjetiva resulta de uma leitura interpretativa do passado e de uma projeção antecipatória do futuro, estando as identidades de ator vinculadas a formas de identificação pessoal, que são socialmente identificáveis (DUBAR, 2005).

Desta forma, existem dois eixos de identificação de uma pessoa considerada ator social. Um eixo sincrônico, ligado a um contexto de ação e de definição da situação, em um espaço dado e culturalmente marcado, e um eixo diacrônico, referente a uma trajetória subjetiva e a uma interpretação da história pessoal, socialmente construída. Assim, é na articulação desses eixos que intervêm as maneiras como cada um se define, ao mesmo tempo como ator de um sistema determinado e produto de uma trajetória específica. Essa questão torna problemáticas as identificações, entre as oficiais, atribuídas por outros, e as subjetivas, reivindicadas por si e reconhecidas pelos outros (DUBAR, 2005).

Estas formas de identificação socialmente pertinentes em uma esfera de ação determinada são denominadas por Dubar como formas identitárias, e articulam o termo identidade ao termo socialização. Assim, há uma socialização relacional dos atores em interação em um contexto de ação, denominada de socialização das atividades, constituindo as identidades para o outro, e a socialização biográfica dos atores engajados em uma trajetória social, denominada socialização dos indivíduos, constituindo as identidades para si (DUBAR, 2005).

Estes dois sentidos de socialização resultam de uma concepção de ator que se define a um só tempo pela estrutura da ação e pela história de sua formação. Neste sentido, o autor aponta que não existe nenhuma identidade essencial na história humana, sendo todas as identidades denominações relativas a uma época histórica e a um tipo de contexto social, configurando-se, portanto, como construções sociais e de linguagem. Assim, são consideradas em processos históricos e contextos simbólicos.

As formas identitárias discutidas pelo autor não são identidades pessoais, no sentido de designações singulares de si, mas referem-se a construções sociais partilhadas com todos os que têm trajetórias subjetivas e definições de atores homólogas, principalmente no campo

profissional. Assim, ressalta-se a centralidade do trabalho e o lugar eminente das identificações profissionais na vida social, considerando o contexto econômico e social de crise, não reduzindo o trabalho a uma simples troca econômica ou a uma dimensão exterior à subjetividade. Entretanto, reconhece-se que a identidade no trabalho não é a única dimensão da identidade pessoal, o Si-mesmo. A subjetividade não é apenas socialmente construída, mas também intimamente trabalhada, e a questão se refere a saber quais relações existem na idade adulta entre as categorias de identificação que provêm das instituições oficiais e as que emergem das interações da vida cotidiana (DUBAR, 2005).

## 7. ESTRUTURA DO DOCUMENTO

O desenvolvimento da pesquisa contemplou a elaboração de três produtos distintos, apresentados a seguir sob a forma de artigos, que correspondem aos objetivos específicos definidos anteriormente. Desse modo, o primeiro apresenta a caracterização e análise da produção científica brasileira sobre o NASF, focando especificamente nos trabalhos que abordam as atividades realizadas pelos diversos profissionais que integram a equipe desta unidade. O segundo e o terceiro apresentam os resultados do estudo de caso desenvolvido em Salvador-Bahia, contemplando a análise das práticas de saúde e a discussão acerca do processo de construção/reconstrução da identidade profissional dos membros da equipe do NASF.

Cada um dos artigos traz, além da introdução, questões da pesquisa e objetivos, a metodologia específica que foi adotada, os resultados e a discussão, estando organizados da seguinte forma:

**ARTIGO 1:** Que atividades desenvolvem os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil? Síntese e meta-análise qualitativa da literatura.

**ARTIGO 2:** Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o caso de Salvador, BA.

**ARTIGO 3:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família como espaço de (re) construção da identidade profissional: um estudo de caso.



## **ARTIGO 1**

**Que atividades desenvolvem os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil? Síntese e meta-análise qualitativa da literatura.**

## QUE ATIVIDADES DESENVOLVEM OS PROFISSIONAIS DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL? SÍNTESE E META-ANÁLISE QUALITATIVA DA LITERATURA.

Vladimir Andrei Rodrigues Arce

Carmen Fontes Teixeira

### Resumo

Este artigo tem como objetivos sintetizar as características da produção científica brasileira que aborda as atividades desempenhadas pelos profissionais dos NASF e analisar o conteúdo destas atividades e os aspectos facilitadores e dificultadores do processo de trabalho. Trata-se de uma análise bibliométrica e meta-análise qualitativa da literatura publicada no período 2008-2015 nas bases eletrônicas SCIELO e LILACS. Os resultados evidenciam o crescimento do interesse acadêmico pelo tema. O enfoque sobre o trabalho de profissionais específicos é privilegiado em relação à equipe. Prevalencem estudos qualitativos, com pouco uso de dados secundários, sendo a organização do processo de trabalho em saúde geral o tema mais discutido. Em relação ao conteúdo das atividades, predominaram as referências a ações de acolhimento, assistenciais e de reabilitação. As atividades de prevenção de doenças, proteção e vigilância e as de planejamento, programação, controle, avaliação e gestão também foram identificadas, porém em menor expressão. As atividades de promoção da saúde, atuação intersetorial e ação sobre o território foram pouco abordadas, sendo as ações de matriciamento e capacitação/educação permanente as menos discutidas. Os aspectos facilitadores envolvem a proatividade e a boa relação dos profissionais, bem como a estrutura organizacional contra-hegemônica da proposta. Já os dificultadores incluem a persistência do modelo biomédico hegemônico na Saúde da Família, as más condições de trabalho e a falta de apoio da gestão. Percebe-se uma tendência à reprodução da perspectiva assistencial hegemônica no âmbito do NASF em detrimento de um processo de mudança orientado pela integralidade da atenção.

**Palavras-chave:** saúde da família; atenção primária à saúde; prática de saúde pública; políticas públicas de saúde; sistemas de saúde.

**Abstract**

The article aims to summarize characteristics of the Brazilian scientific production addresses the activities performed by NASF's professional and analyze the content of these activities and the facilitating and inhibiting aspects of the labor process. A qualitative bibliometric analysis and meta-analysis of the literature published in the period 2008-2015 were performed in the electronic databases SCIELO and LILACS. Results show a growth of academic interest in the subject. Focusing on the specific professional work is preferred over the team. Preval qualitative studies, with little use of secondary data, being the organization of the labor process in general health the most discussed topic. Regarding the content of the activities predominated references to actions of receptivity to users, care and rehabilitation. The activities of disease prevention, protection and monitoring and planning, programming, control, evaluation and management were also identified, but to a lesser degree. Health promotion activities, intersectoral action and action on the territory were little discussed, and the actions of matrix support and training / permanent education less discussed. Facilitating aspects involve proactivity and good relationship among professionals, as well the organizational structure counter hegemonic proposal. Inhibiting aspects include the persistence of hegemonic biomedical model in Health, poor working conditions and lack of management support. Tendency to reproduce the care hegemonic perspective is noticed in the NASF rather than a process of change guided by comprehensive care.

**Key-words:** family health, primary health care, public health practice, public health policy, health systems.

## Introdução

Os estudos sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) têm ocupado lugar de destaque na produção científica da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde no Brasil (SANTOS e TEIXEIRA, 2016), destacando-se as pesquisas acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada a principal proposta para a reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Com vistas a potencializar a ESF, o Ministério da Saúde (MS) propôs a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações das equipes de Saúde da Família (eqSF) com vistas à garantia da integralidade da atenção (BRASIL, 2008), incorporando diversas categorias profissionais. Ainda que se trate de uma proposta relativamente recente, em maio de 2016 já se contava com 4.063 equipes credenciadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2016).

Especificamente em relação às atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais do NASF postula-se que o fazer nestes Núcleos seja orientado pelo Apoio Matricial, perspectiva concebida tanto como arranjo organizacional quanto como metodologia de gestão do trabalho em saúde, e que tem como objetivo superar a lógica fragmentada de encaminhamentos clínicos entre os profissionais da saúde, assegurando retaguarda assistencial e apoio técnico-pedagógico às equipes referência no cuidado (OLIVEIRA e CAMPOS, 2015; CUNHA e CAMPOS, 2011; CAMPOS e DOMITTI, 2007).

A partir deste contexto, a reflexão em torno do processo de trabalho em saúde, frequentemente reconhecido como ponto crítico do processo de fortalecimento da ESF (SHIMIZU e CARVALHO JUNIOR, 2012; REIS et al, 2007; RIBEIRO et al, 2004), vem sendo revigorada, tanto por profissionais e gestores envolvidos com a implantação e o desenvolvimento dos NASF quanto por pesquisadores e docentes envolvidos com a formação destes profissionais e que problematizam o que e como deve ser feito o trabalho neste Núcleo.

Ressalta-se que o tema das atividades desenvolvidas pelos profissionais da saúde está circunscrito ao trabalho em saúde, e se refere ao trabalho propriamente dito, ou o trabalho vivo em ato (MERHY e FRANCO, 2006), componente essencial do trabalho, e que quando relacionado aos demais elementos, como o objeto, os instrumentos de trabalho e o agente, configuram a categoria Processo de Trabalho em Saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992). A

partir destas contribuições podem ser pensadas as práticas de saúde que, na perspectiva da integralidade da atenção, envolvem diversas atividades relacionadas à intervenção sobre danos, riscos e determinantes dos problemas de saúde, o que engloba ações de promoção, prevenção e reabilitação, bem como ações sobre o território e intersetoriais (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014; ALMEIDA-FILHO, 2011; PAIM, 2006).

Desta forma, analisar as atividades que vêm sendo desenvolvidas no âmbito do NASF pode ser útil para a identificação das características que marcam o processo de implantação e desenvolvimento desta proposta no Brasil, permitindo adequações e mudanças de pontos frágeis ou mesmo manutenção e aprofundamento de potencialidades, de modo a fortalecer a APS.

Isso pode ser feito por meio de estudos empíricos, mas também a partir de estudos de revisão da literatura que busquem sintetizar as principais características da produção científica relacionada a estas atividades, bem como seus principais achados. Reconhece-se que, frente a importantes desafios observados no campo da formação, da gestão e, sobretudo, da prestação de serviços pelos profissionais que atuam nestes Núcleos, as publicações relacionadas ao trabalho no NASF, ainda que recentes, têm desempenhado importante papel na orientação do que vem sendo implantado nos diferentes territórios, uma vez não ser incomum a busca dos profissionais por análises e descrições de outras experiências para embasarem suas ações, o que justifica a realização de um estudo de revisão sobre o assunto.

Logo, este artigo tem como objetivos sintetizar as características da produção científica que aborda as atividades desempenhadas pelos profissionais dos NASF e analisar o conteúdo destas atividades, de modo a identificar tendências atuais e aspectos que facilitam ou dificultam o processo de trabalho que vem sendo construído nas diferentes realidades descritas na literatura em todo o Brasil.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo de revisão de literatura no qual foram realizadas análise bibliométrica (VOSGERAU e ROMANOWSKI, 2014) e meta-análise qualitativa (BICUDO, 2014) dos artigos científicos que abordavam as diferentes atividades desempenhadas pelos profissionais do NASF. Para tal, foram analisados os artigos publicados no período entre 2008 e 2015, tendo como fonte de dados as bases eletrônicas SCIELO e LILACS.

Considerando-se que o NASF é uma proposta relativamente recente no cenário da Atenção Primária à Saúde no Brasil, optou-se por adotar, nas pesquisas, o uso dos termos “Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família” e “NASF”, relacionados por meio do operador booleano *OR*, de forma a viabilizar um levantamento mais abrangente de artigos relacionados ao tema. Ressalta-se que na base de dados SCIELO, a pesquisa foi feita considerando-se os filtros *todos os índices e português*. Já na base de dados LILACS, que foi acessada por meio do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizou-se os filtros *português, texto completo e artigo*.

Inicialmente foram levantados 402 artigos na SCIELO e 548 artigos na LILACS, totalizando 950 documentos. Inicialmente foram analisados os títulos e os resumos destes trabalhos, tendo sido adotado como critério de inclusão artigos que abordassem, a partir de análises empíricas, as atividades desenvolvidas no âmbito do NASF, sendo considerados tanto os trabalhos que tinham como objeto específico as atividades do NASF quanto trabalhos que tinham como objeto de estudo atividades gerais desenvolvidas por quaisquer profissionais da Estratégia Saúde da Família, porém com atuação destacada de profissionais deste Núcleo. Assim, foram incluídos os artigos de caráter avaliativo e os relatos de experiência, sendo depurados os artigos que abordavam outras temáticas, bem como os artigos de natureza teórica ou ensaística e as revisões de literatura referentes ao NASF, o que resultou na seleção de 71 artigos da SCIELO e 50 da LILACS, totalizando 121 trabalhos.

A partir deste banco de artigos selecionados, foram depuradas as duplicações dentro das próprias bases e entre as bases, resultando em um número de 56 artigos. Finalmente foi feita a leitura exploratória daqueles artigos que não puderam ser classificados somente a partir da leitura do título e do resumo, sendo excluídos 4 documentos referentes a resumos de dissertações ou teses e ainda artigos que tinham como foco um instrumento de trabalho muito específico do NASF, como protocolos de avaliação clínica, restando 52 artigos. A partir da leitura detalhada deste total, verificou-se ainda que 8 artigos eram pouco específicos em relação às atividades dos profissionais do NASF, tendo sido, portanto, excluídos do conjunto de documentos a serem analisados, resultando, desta forma, no número final de 44 artigos incluídos nesta pesquisa (APÊNDICE A).

A análise dos artigos selecionados foi realizada em dois momentos. Inicialmente foi feita uma análise bibliométrica da produção segundo as seguintes categorias: ano de publicação; região geográfica de afiliação institucional dos autores; área do conhecimento e revista publicada; metodologia e abrangência do estudo; fontes de dados utilizadas; agente do

trabalho focado no estudo (trabalho da equipe ou trabalho de uma profissão específica); e área temática central. Ressalta-se que para categorizar as áreas do conhecimento, bem como das revistas, foi feita análise dos escopos das revistas descritos nas páginas eletrônicas de cada uma delas, sendo posteriormente relacionados às áreas adotadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Posteriormente, foi feita também a meta-análise qualitativa a partir da leitura do conteúdo dos artigos, sendo definidas três categorias operacionais para a análise: 1) Atividades de trabalho desenvolvidas no âmbito do NASF (APÊNDICE B); 2) Aspectos facilitadores do trabalho no NASF (APÊNDICE C); 3) Aspectos dificultadores do trabalho no NASF (APÊNDICE D).

Em relação às atividades, estas foram analisadas de acordo com categorias construídas a partir das contribuições de Teixeira e Vilasbôas (2014), Almeida-Filho (2011) e Paim (2006) acerca das práticas de saúde, uma vez que estes autores partem da perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Desta forma, as atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF foram classificadas em: a) atividades de planejamento, programação, controle, avaliação e gestão; b) atividades de promoção da saúde, atuação intersetorial e ações sobre o território; c) atividades de prevenção de doenças, proteção e vigilância; e d) atividades de acolhimento, assistenciais e de reabilitação/tratamento. Considerando-se a centralidade do Apoio Matricial na proposta do NASF, e partindo das contribuições de Campos e Domitti (2007) acerca desta temática, propôs-se uma categoria específica para classificar tais atividades, a saber: e) atividades de matriciamento e capacitação/educação permanente de profissionais. Em relação aos aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho, estes foram organizados a partir das categorias genuínas que emergiram dos dados identificados nos artigos.

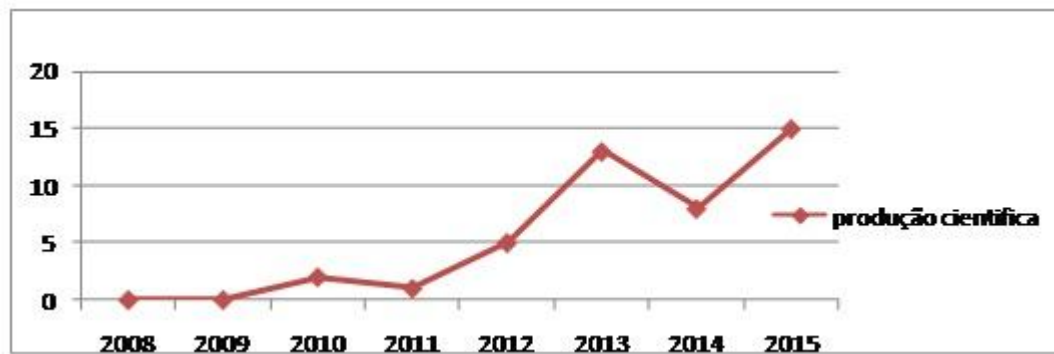
## **Resultados**

### **Análise bibliométrica dos artigos selecionados**

Os resultados da análise bibliométrica evidenciaram as tendências das primeiras publicações referentes às atividades desenvolvidas no âmbito dos Núcleos de Apoio à Saúde

da Família em diferentes regiões do Brasil. Considerando-se o contexto recente da inserção destes Núcleos na ESF, observa-se que os primeiros artigos foram publicados a partir de 2010, tendo havido um crescimento importante a partir de 2013 (13 artigos), com pico de produção em 2015 (15 artigos), conforme demonstrado no Gráfico 01.

**Gráfico 01.** Distribuição de artigos por ano de publicação (2008-2015).



Fonte: Elaboração própria

Ademais, como se pode verificar na Tabela 01, estas publicações estão concentradas basicamente em duas regiões do país: Sudeste e Nordeste, com pouca diferença numérica entre ambas. Entretanto, ressalta-se que, em relação ao Sudeste, há uma grande concentração da produção científica no estado de São Paulo, responsável pela grande maioria dos artigos publicados por esta região no período estudado. Já em relação ao Nordeste, não há discrepância entre os estados de onde foram originadas as publicações, chamando a atenção o fato do maior número de artigos ter sido produzido por meio de colaborações interestaduais de pesquisadores. Nota-se, ainda, que a região Norte foi a única que não obteve nenhuma publicação no período analisado, bem como se verificou a existência de apenas uma colaboração internacional.



**Tabela 01.** Distribuição de artigos segundo localização da instituição dos autores.

Localização da instituição dos autores		Artigos	
Região	Estado	N	%
Norte	-	0	0
Nordeste	Ceará	4	9,1
	Pernambuco	3	6,8
	Paraíba	3	6,8
	Rio Grande do Norte	2	4,5
	Outros estados	5	11,4
	<b>Subtotal</b>	<b>17</b>	<b>38,6</b>
Sul	Paraná	2	4,5
	<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>4,5</b>
Sudeste	São Paulo	12	27,3
	Minas Gerais	5	11,4
	Rio de Janeiro	2	4,5
	<b>Subtotal</b>	<b>19</b>	<b>43,2</b>
Centro-Oeste	Goiás	1	2,3
	Distrito Federal	1	2,3
	<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>4,6</b>
Colaboração inter-regional		3	6,8
Colaboração internacional		1	2,3
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>100</b>

Em relação às áreas do conhecimento que concentram as revistas científicas nas quais foram analisados os artigos, observa-se o predomínio de artigos publicados na grande área da Saúde, havendo poucas publicações veiculadas na grande área Ciências Humanas. Considerando-se as áreas específicas, aproximadamente metade (47,7%) foi veiculada em periódicos da Saúde Coletiva, com grande variação do escopo de revistas, conforme demonstra a Tabela 02. Verifica-se ainda que 20,4% da produção estão publicados em revistas da área Educação Física (que congrega as sub-áreas Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional), 13,6% estão relacionados à área Psicologia, 9% estão publicados na área Enfermagem e 5% na Nutrição. Apenas 2 artigos da área das Ciências da Saúde não puderam ser classificados quanto à área específica, por terem sido publicados em revistas com escopo mais geral.

**Tabela 02.** Distribuição de artigos segundo área do conhecimento e revista científica.

Área do conhecimento	Áreas específicas	Revista Científica	N	%
Ciências da Saúde	Saúde Coletiva	Ciência e Saúde Coletiva	5	11,4
		PHYSIS Revista de Saúde Coletiva	4	9,1
		Saúde em Debate	3	6,7
		Interface	2	4,5
		Revista Brasileira de Promoção da Saúde	2	4,5
		Revista APS	1	2,3
		Trabalho, Educação e Saúde	1	2,3
		Revista de Saúde Pública	1	2,3
		Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	1	2,3
		Epidemiologia e Serviços de Saúde	1	2,3
		<b>Subtotal</b>	<b>21</b>	<b>47,7</b>
	Educação Física	CODAS	2	4,5
		Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR		
		CEFAC	2	4,5
		Audiology Communication Research	2	4,5
		Fisioterapia em Movimento	1	2,3
		Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde	1	2,3
		<b>Subtotal</b>	<b>9</b>	<b>20,4</b>
	Enfermagem	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental		
		Escola Anna Nery	2	4,5
		Texto e Contexto – Enfermagem	1	2,3
<b>Subtotal</b>	<b>4</b>	<b>9,1</b>		
Nutrição	Revista de Nutrição	2	4,5	
	<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>4,6</b>	
Inespecífica	O mundo da saúde	1	2,3	
	Revista Brasileira de Ciências da Saúde	1	2,3	
	<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>4,6</b>	
Ciências Humanas	Psicologia	Psicologia USP	2	4,5
		Psicologia, Ciência e Profissão	2	4,5
		Estudos de Psicologia	1	2,3
		Psicologia e Sociedade	1	2,3
		<b>Subtotal</b>	<b>6</b>	<b>13,6</b>
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>100</b>	

Em relação aos aspectos metodológicos presentes nos diferentes artigos, percebe-se um amplo predomínio de desenhos do tipo qualitativo no estudo das atividades desenvolvidas no âmbito do NASF, representando 77% de toda a produção analisada (34 artigos), aos quais se somam 3 que integraram técnicas qualitativas e quantitativas em seus desenhos metodológicos. Apenas 7 artigos (16%) utilizaram apenas metodologias quantitativas. Em relação à abrangência dos estudos, houve um predomínio de análises construídas a partir da realidade municipal, o que corresponde a 54% (24 artigos) do total. 20% (9 artigos) consideraram o contexto local de atuação das equipes NASF e 14% (6 artigos), os distritos

sanitários. As menores frequências estão relacionadas às abrangências estadual e nacional, com 7% (3 artigos) e 5% (2 artigos) respectivamente.

Analisando-se as fontes de dados utilizadas nestas publicações, verificou-se que a quase totalidade dos artigos (98%) fez uso de dados primários. Salienta-se que 4 artigos (9%) fizeram uso de ambas as fontes de dados, e apenas 1 artigo utilizou somente dados secundários. 89% (39 artigos) do total tiveram como sujeitos da pesquisa os profissionais do NASF e 18% (8 artigos) os profissionais das equipes de Saúde da Família, mesmo percentual para os estudos que adotaram como sujeitos da pesquisa os gestores. Os usuários compuseram o grupo menos acessado nos estudos acerca das práticas do NASF, tendo sido incluídos em apenas 4,5% dos estudos (2 artigos). Ressalta-se que 12 artigos consideraram mais de um tipo de sujeito na composição dos públicos-alvo de suas pesquisas.

Verificou-se também que, embora o uso de dados secundários não tenha sido expressivo em relação à totalidade destas pesquisas, destacou-se, dentre tais dados, o uso de documentos referentes a relatórios de produtividade dos profissionais do NASF, sendo também analisados projetos de credenciamento do NASF junto ao Ministério da Saúde, agendas dos profissionais e prontuários.

Em relação ao agente do trabalho focado nos artigos, identificou-se maior frequência de estudos que abordaram as práticas do NASF a partir de um profissional específico, o que representou 56,8% do total, conforme demonstra a Tabela 03. Neste contexto, foi possível identificar 7 diferentes profissionais estudados, destacando-se o psicólogo e o fonoaudiólogo. Chama também a atenção a pouca produção relacionada ao profissional médico, com apenas 1 artigo. Os trabalhos voltados para a análise das práticas do NASF na perspectiva da equipe representaram apenas 43% do total estudado.

Finalizando a análise bibliométrica, foram sistematizadas as áreas temáticas abordadas pela produção científica levantada nesta pesquisa, conforme demonstra a Tabela 04. Verificou-se que a maioria da produção (33 artigos) teve como área temática central o processo de trabalho em saúde geral no âmbito do NASF, aos quais se somam 6 artigos que deram ênfase às práticas específicas do processo de trabalho do NASF (3 artigos sobre Apoio Matricial, 1 sobre Promoção da Saúde, 1 sobre Gestão e 1 sobre Reabilitação), totalizando 89% dos artigos. Em relação às demais áreas temáticas abordadas nos estudos, identificou-se a Saúde Mental (2 artigos), a Alimentação e Nutrição, a Saúde da Mulher e a Saúde do Idoso (1 artigo cada).

**Tabela 03.** Distribuição de artigos segundo agente do trabalho focado nos estudos.

Agente do trabalho focado		N	%
Profissional específico	Psicólogo	7	16
	Fonoaudiólogo	5	11,3
	Nutricionista	4	9,1
	Terapeutas Ocupacionais	3	6,8
	Fisioterapeuta	3	6,8
	Educador Físico	2	4,5
	Psiquiatra	1	2,3
	<b>Subtotal</b>	<b>25</b>	<b>56,8</b>
Equipe NASF		<b>19</b>	<b>43,2</b>
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>100</b>

Por fim, foi possível perceber que 6 dos artigos que discutiram o processo de trabalho em geral do NASF também abordaram concomitantemente outras áreas temáticas, a saber: o processo de implantação (3 artigos) e a formação dos profissionais do NASF (3 artigos).

**Tabela 04.** Distribuição das áreas temáticas abordadas nos estudos analisados

Práticas Específicas							
Área Temática	Várias práticas	Apoio Matricial	Promoção da Saúde	Reabilitação	Gestão	N	%
Trabalho em Geral	33*	3	1	1	1	39	88,6
Saúde Mental	2	-	-	-	-	2	4,5
Alimentação e Nutrição	1	-	-	-	-	1	2,3
Saúde da Mulher	1	-	-	-	-	1	2,3
Saúde do Idoso	1	-	-	-	-	1	2,3
N	38	3	1	1	1	44	
%	86,3	6,8	2,3	2,3	2,3		100

\*Neste universo também constam os artigos que envolveram as áreas temáticas da formação e do processo de implantação do NASF.

## Meta-análise do conteúdo dos artigos selecionados

Com relação à meta-análise qualitativa dos conteúdos dos artigos selecionados, as principais características das atividades desenvolvidas pelos profissionais relatadas na literatura estão sintetizadas no Quadro 01.

**Quadro 01.** Características das atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF no Brasil descritas na literatura.

CATEGORIA	EIXOS
<b>Atividades</b>	
Atividades de acolhimento, assistenciais e de reabilitação/tratamento	Atendimento clínico ao usuário Visitas e atendimentos domiciliares Grupos de avaliação clínica e terapêuticos Acolhimento dos usuários Ações de cuidado em saúde aos trabalhadores da ESF
Atividades de prevenção de doenças, proteção e vigilância	Ações educativas e sensibilizadoras de prevenção Execução de ações programáticas Implantação e desenvolvimento de práticas saudáveis Produção de material educativo
Atividades de planejamento, programação, controle, avaliação e gestão	Apoio à gestão dos sistemas e serviços de saúde Planejamento e gestão do próprio trabalho Análise de situação de saúde e das demandas das equipes de Saúde da Família Avaliação do trabalho
Atividades de promoção da saúde, atuação intersetorial e ações sobre o território	Territorialização e construção de redes intersetoriais de apoio Práticas específicas de promoção da saúde Comunicação das atividades na comunidade
Atividades de matriciamento e capacitação/educação permanente de profissionais	-
<b>Facilidades</b>	
	Perfil proativo e à boa relação estabelecida entre os profissionais do NASF Características contra-hegemônicas da estrutura organizacional do NASF

	Apoio da gestão Bom funcionamento das unidades de saúde e o apoio da rede assistencial e intersetorial Qualificação dos profissionais Apoio das equipes de saúde da família
<b>Dificuldades</b>	
	Hegemonia do modelo de atenção biomédico e à resistência das equipes de Saúde da Família à proposta do NASF Falta de apoio da gestão e às más condições de trabalho Formação, qualificação e perfil profissional pouco adequados à proposta Desestruturação das redes de atenção à saúde e grande demanda reprimida

Observou-se uma grande predominância de referências a atividades de *acolhimento, assistenciais e de reabilitação/tratamento* nas práticas dos profissionais do NASF, sendo as únicas a serem descritas em todos os artigos. Em seguida, destacaram-se as atividades de *prevenção de doenças, proteção e vigilância*, porém em expressão menor e comparável às atividades de *planejamento, programação, controle, avaliação e gestão*. Já as atividades de *promoção da saúde, atuação intersetorial e as ações sobre o território* foram pouco expressivas nos artigos, sendo que as menos referidas foram as atividades de *matriciamento e capacitação/educação permanente de profissionais*.

Em relação às **atividades de acolhimento, assistenciais e de reabilitação/tratamento**, foi possível identificar cinco eixos. O primeiro, que se refere ao *atendimento clínico ao usuário*, foi o mais frequentemente descrito nos estudos, e diz respeito ao atendimento ambulatorial aos sujeitos que apresentam algum tipo de patologia/doença e/ou sofrimento que esteja afetando sua saúde. Este atendimento pode ser feito por apenas um profissional do NASF, como também por meio de uma intervenção compartilhada entre profissionais das equipes de Saúde da Família e profissionais do NASF. Há pouco detalhamento sobre tais atividades, e apenas um artigo faz referência a um atendimento clínico orientado por uma perspectiva teórica específica, a Reabilitação Baseada na Comunidade.

O segundo eixo é referente a *visitas e atendimentos domiciliares*, em geral, relacionadas a sujeitos acometidos por problemas de saúde que estejam com dificuldades em acessar o serviço de saúde, caracterizando uma expansão do atendimento ambulatorial, que

termina por permitir ao profissional conhecer melhor a realidade em que tais sujeitos vivem. O terceiro eixo diz respeito às atividades desenvolvidas em *grupos de avaliação clínica e terapêuticos*, onde se busca ampliar a abrangência das ações de cunho assistencial para um maior número de pessoas. Nesta categoria também há poucas informações sobre os aspectos teórico-metodológicos que sustentam as abordagens grupais. Menos expressivas, as atividades de *acolhimento dos usuários* compõem o quarto eixo, e as *ações de cuidado em saúde aos trabalhadores da ESF*, que dizem respeito ao quinto e último eixo, sendo este o menos citado dentre todos, aparecendo em apenas 2 artigos analisados.

As **atividades de prevenção de doenças, proteção e vigilância**, por sua vez, contemplam quatro eixos. O primeiro concentra quase todas as atividades desta categoria e se refere às *ações educativas e sensibilizadoras de prevenção*. Dizem respeito basicamente a atividades preventivas desenvolvidas em oficinas, grupos, salas de espera e palestras, geralmente relacionadas aos conhecimentos específicos dos diferentes profissionais que compõem os NASF. Embora não haja detalhamento de tais atividades, transparece a ênfase na adoção de práticas centradas na mudança de comportamentos dos usuários.

Outros três eixos puderam ser observados nesta categoria, embora de maneira bastante incipiente: o eixo referente à *execução de ações programáticas*, o eixo da *implantação e desenvolvimento de práticas saudáveis* e o eixo da *produção de material educativo*. Dentre estes, destacam-se a perspectiva campanhista e programática destas ações, que geralmente se configuram como respostas a solicitações da gestão central dos diferentes municípios.

A terceira categoria observada é concernente às **atividades de planejamento, programação, controle, avaliação e gestão** e, embora bem menos expressivas que as atividades assistenciais, também se destacaram no âmbito das práticas dos profissionais do NASF, sendo o *apoio à gestão dos sistemas e serviços de saúde* a mais evidente, envolvendo tanto ações nas unidades de saúde quanto ações mais complexas no nível da gestão municipal, como é o caso da implantação de programas de avaliação e qualificação da APS, bem como na participação estratégica em áreas temáticas/linhas de cuidado estruturadas nas secretarias municipais de saúde.

O eixo *planejamento e gestão do próprio trabalho* também é expressivo nesta categoria, e evidencia as ações dos profissionais do NASF voltadas para a organização do cotidiano de trabalho, que envolve a criação de rotinas e protocolos assistenciais, fluxos e confecção de relatórios e fichas de produção, bem como a pactuação permanente de agendas e

ações com as equipes de Saúde da Família. Por outro lado, as atividades de *análise de situação de saúde e das demandas das equipes de Saúde da Família* ocupam um espaço pouco relevante no contexto geral do trabalho deste Núcleo, bem como as atividades de *avaliação do trabalho* realizado pela equipe.

As **atividades de promoção da saúde, atuação intersetorial e ações sobre o território** não obtiveram destaque dentre as abordadas nos diferentes estudos analisados. Ainda assim, foi possível identificar três eixos que caracterizam tais atividades. O primeiro é referente à *territorialização e construção de redes intersetoriais de apoio* evidenciando o processo de articulação dos profissionais do NASF com demais equipamentos sociais no território em que estão inseridos. Embora haja pouco detalhamento destas atividades, esta articulação parece ocorrer principalmente com instituições do setor público, havendo pouca referência a movimentos sociais ou lideranças comunitárias.

O segundo eixo diz respeito às *práticas específicas de promoção da saúde*, por meio de ações educativas em grupos e oficinas, geralmente lúdicas, tais como passeios e bailes. Também se destacam as atividades relacionadas aos equipamentos educacionais, como escolas e creches. Já o último eixo, referido apenas por 2 artigos, diz respeito à *comunicação das atividades na comunidade*, evidenciando a incipiência da comunicação direta e permanente do NASF com a população de seu território.

Por fim, a última categoria identificada é referente às **atividades de matriciamento e capacitação/educação permanente de profissionais**. Apesar deste ser o principal eixo orientador das práticas específicas do NASF no âmbito da ESF, chama a atenção o fato de tais atividades serem pouco referidas nos estudos analisados, aparecendo apenas menções a ações de capacitação dos profissionais das equipes de Saúde da Família, em diversos temas, como Saúde Mental, Alimentação e Nutrição e Humanização com escassa descrição das metodologias abordadas, havendo referências tanto ao uso de ferramentas tradicionais de formação continuada, como palestras, quanto à articulação do processo formativo ao processo assistencial vivido no trabalho, o que caracterizaria a educação permanente.

Também foram identificadas referências, ainda que com pouca expressão, a atividades de discussão de casos. Estas ocorrem, sobretudo, nas reuniões do NASF com as equipes de Saúde da Família e, em geral, estão relacionadas à construção do Planejamento Terapêutico Singular dos diferentes casos discutidos. Optou-se por não inserir tais atividades em nenhuma das categorias anteriores, uma vez que não foi possível classificar se estão relacionadas ao



processo assistencial, ao matriciamento das equipes, ou a ambos. O mesmo ocorreu em relação às reuniões, tanto as que são feitas com as eqSF quanto as do próprio NASF. Mesmo bastante citadas como atividades estruturantes do trabalho do NASF, a maioria dos artigos não explicitava claramente a finalidade das mesmas, dificultando o processo de categorização.

### **Facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais do NASF**

Com relação às facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais para desempenharem suas atividades no âmbito do NASF, observou-se um grande predomínio de referências às dificuldades, sendo que 14 artigos sequer abordaram os aspectos considerados facilitadores do trabalho. De todo modo, foi possível identificar 6 eixos sobre os quais se articulam as principais questões que propiciam o bom funcionamento do trabalho no NASF.

O eixo mais expressivo diz respeito ao *perfil proativo e à boa relação estabelecida entre os profissionais do NASF*, evidenciando que parte importante do êxito do trabalho se deve ao empenho e à capacidade de entrosamento destes profissionais, o que é demonstrado por meio de características subjetivas e habilidades relacionais descritas como disponibilidade, flexibilidade, postura acolhedora e capacidades de mobilização, adaptação e reflexão crítica.

O segundo eixo está relacionado às *características contra-hegemônicas da estrutura organizacional do NASF*, que se baseia, segundo os artigos, na perspectiva do trabalho integrado em equipe, na co-responsabilização, na coletividade e na diversidade, na autonomia e na relação comunicativa e desburocratizada, e que favorecem o andamento das atividades neste contexto.

O *apoio da gestão* configura o terceiro eixo, citado em 5 artigos, questão diretamente ligada à relação positiva entre o trabalho e o apoio político e operacional do gestor, que ocorre por meio da disponibilização de recursos materiais, educação permanente e estabelecimento de apoiadores institucionais para o trabalho do NASF, de modo a favorecer a implantação de uma proposta inovadora na ESF.

O quarto eixo se refere ao *bom funcionamento das unidades de saúde e o apoio da rede assistencial e intersetorial*, e aponta que os aspectos estruturais do contexto onde estão inseridos os NASF afetam diretamente o trabalho, que é favorecido quando as unidades de

saúde conseguem desenvolver de maneira satisfatória seu trabalho, o que é fomentado quando há parcerias com outros serviços de saúde, com demais equipamentos sociais do território, ou mesmo com instituições de ensino superior.

Os dois últimos eixos, referentes à *qualificação dos profissionais* e ao *apoio das equipes de saúde da família*, embora evidenciem importantes aspectos facilitadores do trabalho, foram pouco significativos no conjunto dos trabalhos analisados.

Os aspectos considerados dificultadores do trabalho no NASF, abordados por todos os artigos, foram classificados em quatro grandes eixos. O mais referido diz respeito à *hegemonia do modelo de atenção biomédico e à resistência das equipes de Saúde da Família à proposta do NASF*, identificando-se questões relacionadas à organização do trabalho da equipe NASF, ainda fortemente influenciada pela reprodução de um modelo clínico fragmentado, também reproduzido pelas eqSF. Aparecem várias referências à desigualdade de relações de poder entre o NASF e as eqSF, destacando-se com frequência a dificuldade de adesão à proposta por parte dos médicos.

O segundo eixo de dificuldades, também bastante mencionado nos artigos analisados, é referente à *falta de apoio da gestão e às más condições de trabalho*. Neste sentido, pesa sobre as equipes NASF a pressão de parte dos gestores, tanto locais quanto municipais, pelo aumento da produtividade, medida em termos das ações realizadas. Ademais, quando não há esta pressão, é comum haver uma postura omissa em relação ao NASF, que se reflete tanto na indefinição de diretrizes claras para o trabalho e na falta de política para o aprimoramento do mesmo, quanto na precarização das condições de trabalho, evidenciadas na falta de infraestrutura física e material adequadas, contratos precários, salários reduzidos, sobrecarga de trabalho, dentre outros.

Dificuldades relacionadas à *formação, qualificação e perfil profissional pouco adequados à proposta* compõem o terceiro eixo desta categoria e, embora não tão expressivos quanto os dois primeiros, expõem a dificuldade relacionada ao perfil do agente das práticas de saúde do NASF, que, em geral, como demonstrado nos artigos, não foi formado para uma atuação interdisciplinar condizente com os pressupostos da APS e tampouco dispôs de capacitações para tal no ambiente de trabalho.

O último eixo é referente à *desestruturação das redes de atenção à saúde e grande demanda reprimida*, e evidencia as dificuldades relacionadas ao contexto estrutural do trabalho, que é geralmente marcado por grande pressão, inclusive da população, por

atendimentos clínicos para especialidades que não estão contempladas em outros níveis de atenção, fazendo com que o trabalho do NASF tenha que responder majoritariamente a um propósito clínico reabilitador. A pouca articulação com a rede intersetorial do território também é referida nesta categoria.

Além destas dificuldades, foram feitas menções assistemáticas a outras barreiras encontradas no cotidiano das unidades de saúde, tais como dificuldade de acesso a prontuários e a falta de conhecimento de diferentes atores sobre determinadas profissões. A situação de grande vulnerabilidade socioeconômica da população e a baixa participação desta na construção de propostas para o NASF também foram questões apontadas como dificultadoras do trabalho do Núcleo.

## **Discussão**

Os dados referentes à análise bibliométrica revelam que o interesse acadêmico sobre o trabalho no âmbito do NASF vem ganhando corpo no contexto da pesquisa em APS, ainda que prevaleçam estudos com caráter descritivo exploratório. Desta forma, acredita-se que o crescimento do número de publicações, que teve pico em 2015, deve prosseguir nos próximos anos, sobretudo com o possível incremento de artigos oriundos de pesquisas de mestrado e doutorado, que tendem a ser mais frequentes na medida em que as experiências de trabalho no NASF vão se tornando mais estruturadas e complexas, o que certamente evidenciará novas lacunas do conhecimento.

A concentração atual das pesquisas basicamente em duas regiões do país, Sudeste e Nordeste, coincide com o fato de que estas são as regiões que possuem a maior parte das equipes NASF em todo o país (41% no Nordeste e 29% no Sudeste), segundo dados do CNES (BRASIL, 2016). Especificamente em relação ao Sudeste, percebe-se um predomínio de pesquisas produzidas no estado de São Paulo, estado com o maior número de pesquisadores e grupos de pesquisa cadastrados no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPQ (CNPQ, 2014).

O predomínio da temática do Processo de Trabalho em Saúde dos profissionais do NASF em relação aos demais enfoques específicos evidencia o movimento atual de pesquisadores em compreenderem como está sendo estabelecido o trabalho nesta realidade, que, segundo Gonçalves e colabores (2015), é marcado por incertezas e variações que englobam condições de trabalho e modos de organizar os serviços. Esta é uma temática de

grande interesse do campo da Saúde Coletiva, frequentemente associada a pesquisas sobre atenção à saúde, gestão e modelos assistenciais, dentre outros (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2006), o que explica, em alguma medida, o fato de quase metade das publicações estarem veiculadas em revistas desta área. Entretanto, esta abordagem ainda carece de maior investimento teórico em relação à categoria analítica Processo de Trabalho em Saúde, que é pouco utilizada nas pesquisas, uma vez que prevalecem descrições e análises que tomam como base apenas as normas e diretrizes do Ministério da Saúde.

Ainda sobre as temáticas, não foram observados estudos de avaliação dos impactos da inserção do NASF no trabalho das equipes de Saúde da Família, na (re)configuração das redes de atenção à saúde e na melhoria das condições de saúde dos usuários, pontos críticos do processo de implantação e fortalecimento do SUS (TEIXEIRA et al, 2014; AQUINO et al, 2014; PAIM et al, 2011; BARATA, 2008) e que demandam maior investimento acadêmico. Outros temas caros para a Saúde Coletiva também estão pouco presentes nesta produção, como Promoção da Saúde, Gestão e Apoio Matricial. Especificamente em relação a este último tema, considerando a centralidade que esta perspectiva de trabalho ocupa na estrutura organizacional do NASF, nos moldes do que postulam Campos e Domitti (2007), identifica-se a necessidade de se analisar como estão se configurando os processos de matriciamento nos territórios, bem como suas potencialidades e limites na prática, uma vez que não raramente tem sido observado um processo de desresponsabilização quando se aciona mais de um profissional no cuidado, sobretudo em situações de trabalho precarizado e pouco comunicativo (MEDEIROS, 2015).

Ademais, ainda são poucas as análises relacionadas inclusive a áreas definidas como prioritárias pelas diretrizes do MS para o NASF (BRASIL, 2008), tais como Saúde Mental, Saúde da Mulher e Alimentação e Nutrição, não havendo pesquisas relacionadas diretamente às demais áreas, como Saúde da Criança, Práticas Integrativas, dentre outras. Assim, faz-se necessário analisar se tais prioridades, previamente sinalizadas nacionalmente, coincidem ou não com as reais necessidades de saúde da população nos territórios, considerando-as como aquelas a serem redefinidas por sujeitos individuais e coletivos que atuam sobre os antagonismos gerados na estrutura social, e que não se limitam aos serviços de saúde (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014).

O fato de se destacarem estudos que focam o trabalho de um profissional específico, a exemplo do psicólogo, fonoaudiólogo ou do nutricionista, evidencia o movimento atual de determinadas profissões em se debruçarem sobre os diferentes aspectos do trabalho no âmbito

da APS, o que tem sido observado também em outros países (OLIVEIRA e CAMPOS, 2015) realidade pouco comum no Brasil para várias profissões antes da criação do NASF. Isso repercute no aumento observado de publicações relativas a este Núcleo em revistas de áreas específicas, sinalizando uma maior integração de conhecimentos relacionados à APS em espaços acadêmicos geralmente restritos a assuntos especializados de diversas profissões.

Se por um lado este recorte sinaliza uma possibilidade profícua para o surgimento de novas reflexões acerca das práticas de saúde e das identidades profissionais, por outro preocupa na medida em que o olhar sobre o NASF, em sua totalidade, tem sido secundarizado. Esta questão é especialmente relevante nos primeiros anos de implementação de uma nova política, cujo desempenho depende das características das agências implementadoras, das condições políticas, econômicas e sociais, e da forma de execução de atividades (VIANA, 1996), o que pode fragilizar o propósito de se fortalecer uma perspectiva transformadora de modelo de atenção à saúde, que tem como base a ideia de equipe como integração de trabalhos (PEDUZZI, 2001), demandando, portanto, pesquisas com maior enfoque no trabalho em equipe.

Em relação aos aspectos metodológicos, o amplo uso de métodos e técnicas qualitativas de produção e análise dos dados, associado a uma abrangência majoritariamente restrita ao nível municipal das pesquisas, reforça a ideia de haver um importante movimento dos pesquisadores em compreenderem com maior profundidade as diferentes realidades e as especificidades que caracterizam o desenvolvimento do NASF. Esta abordagem metodológica, ao permitir uma aproximação fundamental entre sujeito e objeto em situações onde a linguagem e as práticas se configuram como matérias primas da pesquisa, tem sido considerada apropriada para situações complexas onde há pouco conhecimento estruturado (MINAYO, 2010; MINAYO e SANCHES, 1993), o que se aplica à realidade atual destes Núcleos.

Esta questão também se expressa no alto índice de uso de dados primários, que são especialmente produzidos diretamente com os profissionais do NASF. Além disso, a falta de informações sistematizadas acerca das atividades desenvolvidas por estes Núcleos, geralmente ocasionada pela pouca disponibilidade de instrumentos de gestão adequados para o acompanhamento do trabalho, repercute sobre o baixo uso de dados secundários nestas pesquisas..

Em relação ao conteúdo das atividades identificadas nos diferentes artigos analisados, é notório o predomínio do cunho assistencial em relação às atividades de prevenção, de planejamento e gestão, e de promoção da saúde. Ainda que seja necessária a realização de estudos específicos para se afirmar que tais atividades estão realmente prevalecendo sobre as demais nos diferentes territórios, esta pesquisa aponta indícios de que a clínica tem ocupado lugar central na atuação do NASF. Esta questão, ao mesmo passo em que pode representar um avanço no cuidado aos sujeitos no espaço da APS (AYRES, 2004), também pode significar uma restrição da integralidade da atenção uma vez que subjuga ações voltadas aos determinantes e aos riscos, centrando-se nos danos à saúde a partir da clínica (TEIXEIRA, e VILASBÔAS, 2014).

Ademais, considerando-se que dentre tais atividades prevalecem os atendimentos clínicos ambulatoriais, compartilhados entre profissionais ou não, ainda que este tipo de abordagem seja previsto em caráter excepcional para casos específicos (BRASIL, 2009), sua hegemonia faz com que seja imperativo identificar as características da clínica que vem sendo construída no NASF, o que inclui analisar os instrumentos utilizados no cuidado e as relações estabelecidas entre profissionais e destes com os usuários. Nesse particular, cabe ressaltar que a proposta de Clínica Ampliada (CAMPOS e AMARAL, 2007; CUNHA, 2005), embora apontada como referência para o trabalho do NASF (BRASIL, 2009), é pouco conhecida pelos profissionais e, pode estar sendo reproduzida a clínica tradicional fragmentada dos serviços especializados, e de forma precarizada, tendo em vista a não adequação da estrutura física da APS para tal finalidade, o que representaria um importante risco para o fortalecimento da ESF.

As atividades de cunho preventivo também se destacam no trabalho do NASF e, embora menos representativas no conjunto, configuram as principais ações coletivas destes Núcleos nos territórios. Nesta realidade, pode-se perceber que há uma tendência a se reproduzir uma perspectiva tradicional de educação em saúde na APS, vertical e normatizadora, centrada na mudança de comportamentos e atitudes, uma vez que palestras e salas de espera se sobressaem em relação às demais atividade, o que contraria a perspectiva dialógica de prática educativa, emancipatória e participativa, que busca a transformação de saberes e a autonomia dos sujeitos (MACHADO et al, 2007; ALVES, 2005). Dada a importância da prevenção no trabalho do NASF, torna-se primordial a qualificação dos profissionais para esta finalidade.

Em relação às atividades de planejamento e gestão, percebe-se a importante faceta do apoio institucional que o NASF fornece aos processos de gestão da saúde, corroborando Moura e Luzio (2014). Ademais, as atividades de organização do próprio trabalho também são significativas no cotidiano do profissional do NASF e, embora o pouco detalhamento destas atividades dificulte a identificação da perspectiva de planejamento que as orienta, é possível perceber o privilégio de ações de cunho normativo e burocrático, contrariando a perspectiva estratégico-situacional que tem sido proposta para o SUS, cujo propósito é explicar, de maneira abrangente, situações e formas intervenção sobre os problemas, de modo a resolvê-los ou controlá-los (TEIXEIRA, 2010). Verifica-se também a pouca institucionalização da avaliação do trabalho, revelando o espaço marginal que a avaliação ocupa nos serviços de saúde, ainda que cada vez mais seja reforçada a necessidade de se avaliar permanentemente as intervenções realizadas (MEDINA et al, 2005).

Igualmente, percebe-se que as ações voltadas para a análise de situação de saúde da população são pouco significativas, demonstrando a limitada importância que se dá ao processo de reconhecimento das necessidades de saúde da população coberta pelos NASF, contrariando diversos autores que apontam a importância destas para a organização e definição do trabalho em saúde (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014; TEIXEIRA, 2010; CECÍLIO, 2006). Neste contexto, recomenda-se que novos estudos busquem analisar com profundidade estas questões, sobretudo a perspectiva do planejamento no NASF.

Pode-se inferir também que o lugar da promoção da saúde e da atuação intersetorial sobre o território tem sido negligenciado de forma geral no NASF, aspecto particularmente preocupante uma vez que estas atividades estão na base de propostas alternativas de modelo de atenção à saúde, como é caso da proposta da Promoção e Vigilância da Saúde (TEIXEIRA, 2006). O lugar marginal que estas atividades ocupam pode indicar certa fragilidade da proposta, sobretudo em relação à promoção da saúde já que não foi possível identificar se todas estas atividades, comumente assumidas como de promoção da saúde, efetivamente se diferenciam daquelas voltadas para a prevenção. Este é um debate importante que vem sendo provocado por diversos autores (PELLEGRINI FILHO et al, 2014; CZERESNIA, 2003), e que precisa ser mais bem compreendido na realidade do NASF.

Da mesma forma, as atividades específicas de matriciamento e capacitação dos profissionais da ESF foram pouco referidas nos artigos. Esta constatação, particularmente relevante mediante a definição do Apoio Matricial como eixo do trabalho no NASF, precisa ser explorada em outros estudos, uma vez que há pouca clareza em relação aos espaços em

que ocorrem prioritariamente tais atividades, que podem ser nas discussões de casos durante as reuniões com as equipes de Saúde da Família, nas atividades tradicionais de formação como palestras, e até mesmo nos atendimentos ou visitas domiciliares compartilhados.

Finalizando os achados desta pesquisa, o predomínio de dificuldades sobre as facilidades expressa o quão tem sido desafiador implantar e desenvolver uma proposta tecnologicamente e politicamente inovadora na realidade do SUS, como é o caso do NASF. Ainda assim, pode-se perceber que o perfil proativo e a boa relação dos profissionais, bem como a estrutura organizacional contra-hegemônica da proposta, baseada em trabalho matricial em equipe e não em atendimento ambulatorial, são elementos que convergem para o bom desempenho do trabalho em saúde nos territórios. A questão da estrutura da proposta parece atuar como um fator de proteção à pressão, interna ou externa, que os profissionais sofrem para estabelecerem o modelo ambulatorial tradicional. Desta forma, ao buscarem construir novas práticas, possuem uma base normativa que possibilita o exercício da autonomia e da criatividade, ainda que esta seja pouco específica em relação ao fazer cotidiano.

Neste ensejo, nota-se que o principal dificultador do trabalho no NASF está relacionado à problemática do modelo de atenção, mais precisamente à hegemonia do modelo biomédico na ESF, o que é observado tanto em situações de resistência das equipes à proposta não ambulatorial de trabalho do NASF, quanto em situações em que o próprio NASF reproduz este modelo em seu interior. Esta constatação demonstra como a lógica produtivista de atendimento clínico ambulatorial segue fortalecida na ESF, em detrimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Desta forma, não parece ser possível o pleno funcionamento do NASF em contextos onde a ESF não funciona como tal. Assim, analisar situações de conflitos desta natureza se faz necessário, adicionando-se a isso a questão da desigualdade do poder entre equipes e profissionais, que é tão frequente no trabalho em saúde e que dificulta o desenvolvimento de propostas alternativas (VILLA et al, 2015; OLIVEIRA et al, 2011; ARAÚJO e ROCHA, 2007), buscando-se identificar possíveis contribuições e limites do NASF para a reorientação da lógica hegemônica.

A falta de apoio da gestão e as más condições de trabalho também se destacam como importantes aspectos dificultadores do trabalho no NASF, e revelam o pouco planejamento dos municípios para efetivarem a proposta. Muitas vezes focados no incentivo financeiro do MS para a implantação do NASF, vê-se pouco investimento, sobretudo político, na proposta, o que fragiliza as diferentes experiências construídas. Esta realidade também é observada no



contexto geral do sistema de saúde, onde a precariedade das redes de atenção à saúde, que carece de serviços especializados, faz com que haja frequentemente um direcionamento do trabalho do NASF para dar conta de uma grande demanda reprimida. Esta é uma questão central para o fortalecimento da ESF (ASSIS, 2015), e precisa ser enfrentada no campo da política de saúde.

### **Considerações Finais**

A análise da produção científica sobre o NASF, embora tenha revelado o crescente interesse dos pesquisadores da área da Saúde Coletiva sobre o tema, demonstra a necessidade de se expandir os estudos para diferentes regiões do país, dado o panorama de desigualdade do acesso à saúde e de fragmentação que ainda marca a estruturação do SUS, que se apresenta como uma arena permanente de conflitos e enfrentamentos (SANTOS e CAMPOS, 2015; TEIXEIRA et al, 2014; ANDRADE et al, 2013), devendo ser amplamente estudado.

Ressalta-se que a análise do conteúdo desta produção evidenciou uma tendência à reprodução da perspectiva assistencial hegemônica no âmbito do NASF, o que reforça a permanência e a reprodução de um modelo de atenção à saúde centrado na prática clínica e no cuidado a doentes, em detrimento de um processo de mudança que enfatize a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos. Pelo que foi analisado nos artigos selecionados, este fato decorre da existência de uma série de elementos dificultadores do trabalho neste Núcleo relacionados a uma aparente inadequação do perfil profissional, em função das características do processo de formação universitária, à falta de apoio da gestão e à manutenção de condições de trabalho não condizentes com a mudança do conteúdo e da organização das práticas profissionais, o que afeta sua articulação com as atividades das eqSF e fortalece o a hegemonia do modelo biomédico neste contexto.

Este panorama geral evidencia a necessidade de se produzir análises mais detalhadas sobre o processo de trabalho em saúde no âmbito do NASF, com maior aprofundamento teórico acerca desta categoria, de forma a tornar possível não apenas o reconhecimento das potencialidades e dos limites desta proposta para a transformação do modelo de atenção à saúde no SUS, como também a construção de novas contribuições voltadas para o fortalecimento deste propósito.

Nesse sentido, sugere-se a realização de estudos que incluam, além dos profissionais diretamente envolvidos com as atividades assistenciais, demais atores envolvidos no trabalho do NASF, como gestores, profissionais das eqSF e usuários, de modo que diferentes pontos de vista contribuam para as análises que envolvem este objeto. Recomenda-se também a realização de estudos que associem a análise das práticas de saúde à conformação de modelos de atenção à saúde nas realidades que contam com o NASF em suas redes.

Do mesmo modo, é urgente a construção e o aperfeiçoamento de instrumentos de gestão que possibilitem a síntese das atividades desenvolvidas no NASF, qualificando a informação, sobretudo considerando as características específicas deste trabalho. A implantação recente do sistema E-SUS pode significar uma mudança neste quadro, uma vez que há instrumentos que viabilizam a coleta e a organização das informações, o que pode ser potencializado.

Por fim, evidencia-se a necessidade de se construir perfis profissionais adequados para a proposta, debate que não deve se ater ao âmbito das características pessoais, mas que perpassa necessariamente pela formação qualificada de recursos humanos para o trabalho na ESF. Neste particular, reconhece-se que apenas o perfil não é suficiente para o bom desempenho da proposta, devendo haver investimentos de várias ordens, sobretudo política, de modo que não haja uma naturalização dos processos crônicos de desestruturação da política na prática dos NASF, mas o contrário, fortalecendo os componentes estruturais do sistema de saúde, a exemplo do financiamento, gestão e infraestrutura, visando potencializar a implementação plena da Política de Atenção Primária, o que inclui a expansão das eqSF e a consolidação do trabalho dos NASF.

### **Referências Bibliográficas**

ALMEIDA-FILHO, N. Saúde como campo de práticas. In: ALMEIDA-FILHO, N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 105-39.

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

ANDRADE, M.V.; NORONHA, K.V.N.S.; MENEZES, R.M. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ. Apl*, v. 17, n. 4, p. 623-45, 2013.

- AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; NUNES, C.A. et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-71.
- ARAÚJO, M.B.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.2, p.455-64, 2007.
- ASSIS, M.M.A. Redes de Atenção à Saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: ALMEIDA, P.F.; SANTOS, M.A.; SOUZA, M.K.B. *Atenção Primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 45-64.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc.* v.13, n.3, p. 16-29, 2004.
- BARATA, R.B. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. et al. (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 167-213.
- BICUDO, M. A.V. Meta-análise: seu significado para a pesquisa qualitativa. *Revemat: revista eletrônica de educação matemática*, v. 9, p. 7-20, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Rede Assistencial, 2016. Disponível em: [<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11676>]. Acesso em: 20 abr, 2016.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica; n. 27. Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Diário Oficial da União, 25 Jan 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html) . Acesso em: 26 maio 2014.
- CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.4, p.849-59, 2007.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.2, 399-407, 2007.
- CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p. 117-30.
- CUNHA, G.T. A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc.*, v.20, n.4, p.961-70, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO.

Censo do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, 2014. Disponível em:

<http://lattes.cnpq.br/web/dgp/por-uf2>. Acesso em 15 jan, 2016.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

GONCALVES, R.M.A.; LANCMAN, S.; SNELWAR, L.I. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. bras. saúde ocup.*, v.40, n.131, p.59-74, 2015.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.2, p.335-42, 2007.

MEDEIROS, R.H.A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis*, v.25, n.4, p.1165-84, 2015.

EDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO R. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.

MERHY, E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Dicionário da Educação e Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p 276 – 82.

MARTINS, A.A.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. et al. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. *Physis*, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 457-74, 2009.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. Cadernos CEFOR – Textos, 1. São Paulo: CEFOR, 1992. 53p.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*. v.9, n.3, p. 37-248, 1993.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

MOURA, R.H.; LUZIO, C.A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface (Botucatu)*, v.18, suppl.1, p.957-70, 2014.

OLIVEIRA, H.M.; MORETTI-PIRES, R.O.; PARENTE, R.C.P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendiano. *Interface (Botucatu)*, v.15, n.37, p.539-550, 2011.

OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G.W.S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciênc. saúde coletiva*, v.20, n.1, p. 229-238, 2015.

PAIM, J. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional? In: PAIM, J. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 99-116.

PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, JS; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 3-12.

PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. et al. The brazilian health system: history, advances, and challenges; *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Dicionário da Educação e Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p 199-207.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.*, v. 35, n.1, p. 103-9, 2001.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p. 305-26.

REIS, M.A.S.; FORTUNA, C.M.; OLIVEIRA, C.T., et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface (Botucatu)*, v.11, n.23, p.655-66, 2001.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.2, p.438-46, 2004.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saude soc.*, v.24, n.2, p.438-46, 2015.

SANTOS, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. *Saúde debate*, v.40, n.108, p.219-230, 2016.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.9, p.2405-14, 2012.

TEIXEIRA, C.F. (org). *Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências*. Salvador: EDUFBA; 2010. 161p.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLA, J.P. *Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família*. Salvador: Edufba, 2006. p. 59-83.

TEIXEIRA, C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: mudança ou conservação? In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

TEIXEIRA, C.F.; SOUZA, L.E.P.F.; PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, JS; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 3-12.

VIANA, A.L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Rev Adm Pública*, v.30, p.5-43, 1996.

VILLA, E.A.; ARANHA, A.V.S.; SILVA, L.L.T. et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate*, v.39, n.107, p.1044-52, 2015.

VOSGERAU, D.S.R.; ROMANOWSKI, J.P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*, Curitiba, v.14, n. 41, p. 165-89, 2014.

## **ARTIGO 2**

**Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à  
Saúde da Família: o contexto de Salvador, BA.**

## **PRÁTICAS DE SAÚDE E MODELO DE ATENÇÃO NO ÂMBITO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: O CONTEXTO DE SALVADOR, BA.**

Vladimir Andrei Rodrigues Arce

### **Resumo**

Este artigo tem como objetivo analisar as práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais do NASF em Salvador, buscando-se entender as potencialidades e os limites das mesmas para o apoio à reorientação do modelo de atenção à saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, no qual foram entrevistados profissionais do NASF considerados informantes-chave. O referencial teórico se estruturou a partir das categorias processo de trabalho em saúde e modelos de atenção à saúde. Os resultados evidenciam a busca dos profissionais pela construção de um cuidado ampliado aos usuários dos diferentes territórios estudados. Entretanto, este movimento não demonstra ser suficiente para afirmar uma nova socialidade no âmbito da ESF, uma vez que o olhar sobre o indivíduo tende a prevalecer em relação ao olhar sobre o coletivo. Este contexto tem evidenciado o privilégio de características organizativas do processo de trabalho que coadunam com os modelos assistenciais da Clínica Ampliada e Sanitarista. Aponta-se a necessidade de maior apropriação de novos instrumentos de trabalho articulados às necessidades sociais da população, de forma que a sensibilidade para as questões sociais demonstrada no cotidiano do trabalho se traduza em ações planejadas e executadas na perspectiva da integralidade da atenção.

**Palavras-chave:** saúde da família; atenção primária à saúde; prática de saúde pública; políticas públicas de saúde; sistemas de saúde.



**Abstract**

The article aims to analyze health practices developed by NASF professionals in Salvador, Bahia State, searching to understand the potentials and the limitations to support the reorientation of the healthcare model. A qualitative approach was performed in a case study and NASF professionals were interviewed as key informants. Theoretical framework was structured from the labor process categories in health and healthcare models. Results show the search for a building expanded care to users of different studied territories by the professionals. However, this professionals behaviors demonstrates not be enough to affirm a new sociality within the ESF, since the look on the individual prevail over the look at the collective. The context has shown the privilege of organizational characteristics of the labor process in line with the health care models of Amplified Clinic and Sanitarian. Points the need for greater ownership of new articulated working tools to the social needs of the population for the sensitivity to social issues demonstrated in daily work be translated into actions planned and implemented from the perspective of comprehensive care.

**Key words:** family health, primary health care, public health practice, public health policy, health systems.

## Introdução

No contexto da Reforma Sanitária brasileira (PAIM, 2008), que levou ao reconhecimento do direito social à saúde (BRASIL, 1988) e à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (TEIXEIRA et al, 2014), a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um marco na incorporação da Atenção Primária à Saúde (APS) na política de saúde brasileira (ESCOREL et al, 2007), assumindo papel central na ampliação do acesso e na reorientação das práticas de saúde e do sistema de saúde como um todo. Com isso, vem cumprindo papel crucial de porta de entrada do sistema (AQUINO et al, 2014; SOUSA e HAMANN, 2009), cujas práticas passam a ser orientadas para a construção de um novo modelo assistencial de saúde, centrado no usuário (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008) e regido por princípios e diretrizes que privilegiam a delimitação da base territorial e populacional das unidades de saúde, a adstrição de clientela, o trabalho em equipe e a reorganização das ações e serviços, tendo como finalidade a garantia da atenção integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (ESCOREL et al, 2007; SOUSA, 2008, GIL, 2006).

Desde sua implantação no SUS, vários estudos têm apontado os efeitos positivos da ESF em diferentes localidades, como a melhoria do acesso às ações de saúde, o que promove maior equidade em saúde, (MALTA et al, 2016) além da reorganização dos serviços e racionalização do uso de recursos (RODRIGUES et al, 2014; OLIVEIRA et al, 2012; MEDINA e HARTZ, 2009, FACCHINI et al, 2006), com conseqüente redução do número de hospitalizações potencialmente evitáveis (DOURADO et al., 2011; MACINKO et al., 2010) e dos índices de mortalidade infantil (AQUINO et al, 2008), dentre outros. Entretanto, ainda não se pode considerar que esta proposta consolidou a ruptura com o modelo de atenção tradicional no país, com conseqüente reorientação do conteúdo das práticas de saúde (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014; SOUSA, 2008).

Neste sentido, observa-se, sobretudo nos municípios de grande porte, que seguem sendo privilegiadas as práticas centradas na assistência à doença e aos agravos à saúde, através de uma medicina de alto custo, verticalizada e excludente, em detrimento das práticas de prevenção e de promoção da saúde (SANTOS et al, 2012; NAKAMURA et al, 2009; COSTA, 2009; CAETANO e DAIN; 2002). Ademais, observa-se um modo de gestão fortemente taylorizado do processo de trabalho na ESF, que é também caracterizado por

condições precárias de trabalho (CORDEIRO e SOARES, 2015; SHIMIZU e CARVALHO JUNIOR, 2012), o que vem dificultando o pleno desenvolvimento da proposta.

Visando ampliá-la e aperfeiçoá-la, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), de modo a fortalecer a integralidade da atenção por meio da atuação de uma equipe multiprofissional articulada aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eqSF), compartilhando e apoiando as práticas de saúde desenvolvidas no território (BRASIL, 2008). Ainda que o surgimento deste Núcleo tenha sido influenciado não apenas pela preocupação com a atenção integral, mas também por aspirações de cunho corporativista de outras profissões da saúde (CASTRO e MACHADO, 2012), o NASF tem sido reconhecido como um importante avanço para a consolidação da ESF no SUS, principalmente devido ao caráter multiprofissional de suas equipes (AQUINO et al 2014), mesmo que sua implantação tenha ocorrido de maneira pouco sistematizada, com capacitação insuficiente e processos de trabalho por vezes conflituosos em relação às eqSF (LANCMAN et al, 2013).

Acerca desta proposta, ainda não existem evidências concretas na literatura sobre os efeitos do NASF na ESF, entretanto, a análise das poucas experiências descritas até o momento tem demonstrado o risco da redução das práticas de saúde dos profissionais destas equipes a seus aspectos técnicos e descontextualizados, orientadas pelo conhecimento específico das especialidades, sobretudo de tratamento ou reabilitação (SOUSA et al, 2015; RODRIGUES e BOSI, 2014; COSTA et al, 2013; LEITE et al, 2013; ARAÚJO e GALIMBERTTI, 2013; CERVATO-MANCUSO et al, 2012; BARBOSA et al, 2010). Esta preocupação é apontada por Teixeira e Vilasbôas (2014) ao problematizarem a centralidade das práticas desempenhadas por estes Núcleos na clínica, na medida em que buscam a melhoria do atendimento individual e das relações subjetivas construídas no processo de cuidado em detrimento das ações de Saúde Coletiva, a exemplo das práticas de promoção e vigilância em saúde, que continuariam, portanto, subalternas ao modelo médico hegemônico.

Verifica-se, assim, que as práticas de saúde representam uma questão central para a reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da APS. Neste particular, pode-se compreendê-las como conjuntos estruturados de práticas sociais, que são históricas, cuja característica essencial é a reprodução da sociedade, articulados em um modo de inserção na divisão social do trabalho, determinadas por relações sociais de produção, econômicas e de poder, contidas no tipo macro-histórico de organização capitalista, não podendo ser reduzidas a seus aspectos técnicos, o que as caracterizam, portanto, como processo de trabalho

(MENDES-GONÇALVES, 1992; 1988). Assim, é em uma determinada conjuntura social concreta que se definirá o objeto e as finalidades destas práticas (MERHY, 2014), que se estruturam a partir de instrumentos materiais, referentes a equipamentos, material de consumo, medicamentos, entre outros, e imateriais, que representam os saberes que articulam os sujeitos e os instrumentos materiais em determinados arranjos.

Para Marx (1971), o processo de trabalho é constituído por três elementos: o *objeto de trabalho*, a *atividade* orientada a um fim e os *instrumentos ou meios de trabalho*. Ou seja, no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Assim, o trabalho se configura como a atividade fundante do ser social, pois estabelece as relações que constituem os coletivos, e que mudam historicamente.

Incorporam-se ao processo de trabalho em saúde a *finalidade* – que exprime a ideia de projeto antes que a transformação se dê; *necessidade* – que não equivale a características naturais e anistóricas, mas corresponde a características qualitativas historicamente compreensíveis do homem, referindo-se às necessidades do outro; e *socialidade* – que compreende que os homens se organizam de forma historicamente variável para executar o trabalho, estabelecendo relações sociais de produção entre si, através de sua relação com objetos e instrumentos (MENDES-GONÇALVES, 1992). Neste contexto, é no interior dos processos de trabalho em saúde que se estabelecem tecnologias, ou nexos técnicos entre atividade e objeto de trabalho, que se referem ao conjunto de saberes e instrumentos que expressam a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social, (PEDUZZI, 2003), sendo este modelo tecnológico de produção da saúde, que é permeado por sujeitos que pactuam entre si, resultado da correlação de forças que se estabelece no processo, uma vez que esta pactuação pode ocorrer por meio de mecanismos de negociação, mas também a partir de conflitos e tensões vividos neste cenário (MERHY e FRANCO, 2006). Portanto, o trabalho em saúde se encontra na esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização, sendo seu produto indissociável do processo que o produz, ou seja, é a própria realização da atividade (PIRES, 2000).

Na perspectiva da integralidade da atenção, sobre a qual se orienta a ESF no Brasil, PAIM (2006), discute que os processos de trabalho em saúde (e conseqüentemente um modelo de atenção regido por estes princípios) devem tomar como objeto as necessidades sociais de saúde, que não se esgotam na demanda nem nas necessidades sentidas, médicas ou

de serviços de saúde. Assim, compreende-se que as práticas de saúde podem ser individuais e coletivas, clínicas e epidemiológicas, e se relacionam às demais práticas sociais.

Para desempenhá-las, pode-se utilizar de diferentes conhecimentos, como das Ciências Sociais, para a compreensão e instrumentalização do processo de trabalho (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000). Portanto, manipular e transformar esse objeto demanda novos meios de trabalho, o que envolve uma dimensão epidemiológica e social, mas também uma dimensão organizacional/gerencial, fazendo com que o profissional precise dominar conhecimentos e habilidades específicas não redutíveis às ciências biológicas ou da saúde (PAIM, 2006).

Logo, construir práticas de saúde nesta perspectiva parece ser um importante desafio para a implantação e ampliação dos NASF na realidade brasileira, pois embora orientados a privilegiarem práticas coletivas, interdisciplinares e focadas no território, pode-se ter um resultado às avessas, o que inclui o não cumprimento do objetivo de apoiar a ESF em seu propósito de reorientar o modelo de atenção à saúde no SUS. Essa questão, por sua vez, ganha relevância política e acadêmica quando se constata que em outubro de 2015 existiam 3.523 equipes já cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em todo país (BRASIL, 2015), evidenciando um grande contingente de força de trabalho investido nessa política, que deve ser analisado.

Em vista disso, este artigo tem como objetivo analisar as práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais do NASF em um município de grande porte, buscando-se entender as potencialidades e os limites das mesmas para o apoio à reorientação do modelo de atenção à saúde.

### **O debate atual sobre Modelos de Atenção à Saúde no SUS e a proposta do NASF**

Pode-se entender os modelos de atenção à saúde a partir de uma visão sistêmica, articulando as dimensões *gerencial*, relativa ao processo de reorganização das ações e serviços, *organizativa*, referente ao estabelecimento de relações entre unidades de prestação de serviços, considerando a hierarquia dos níveis de complexidade tecnológica das ações de saúde, e *técnico-assistencial*, relativa às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, mediadas pelo saber e tecnologia que operam o processo de trabalho

em saúde no plano da promoção da saúde, da prevenção de riscos e agravos, da recuperação e da reabilitação (TEIXEIRA, 2003).

Paim (1994) aponta que no Brasil coexistem dois modelos hegemônicos de atenção à saúde, o modelo *Médico-assistencial hospitalocêntrico* e o modelo *Sanitarista*, construídos ao longo do século passado, como resultado das opções políticas que foram adotadas no âmbito da Saúde Pública e da medicina Previdenciária (OLIVEIRA e FLEURY, 1989). No contexto do processo de Reforma Sanitária e construção do SUS, surgiram várias propostas de mudança, que problematizam distintos aspectos dos modelos vigentes e sugerem redefinição na organização e gestão das ações e serviços, nos processos de trabalho e nas relações com os usuários, a exemplo dos *Distritos Sanitários*, a *Oferta Organizada/Ações Programáticas de Saúde*, o *Acolhimento*, a *Clínica Ampliada*, a *Vigilância da Saúde* e a própria *Saúde da Família*. As principais características dos modelos hegemônicos e destas propostas de mudança podem ser visualizadas no Quadro 01.

Neste contexto, quando da criação dos NASF, o MS adotou como referência conceitual e organizativa em sua concepção a proposta da *Clínica Ampliada*, considerando que as ações desenvolvidas pelos profissionais inseridos nestes Núcleos devem se dar em parceria com as eqSF de modo a priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, sendo suas principais ferramentas de trabalho o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto Saúde no Território (BRASIL, 2009). Para tal, propõe-se que o NASF funcione como retaguarda especializada que atua no lócus da APS, desenvolvendo o trabalho compartilhado e colaborativo nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica, envolvendo tanto os riscos e vulnerabilidades populacionais quanto o processo de trabalho coletivo das eqSF, agregando novas ações ao trabalho na ESF e podendo intervir em ações coletivas, prioritariamente, e individuais, excepcionalmente, que requerem competências específicas de algumas ocupações profissionais (BRASIL, 2014).

Portanto, espera-se que o profissional do NASF analise a realidade socioeconômica e epidemiológica da área, articule os serviços de saúde e demais equipamentos sociais no território, identifique prioridades e construa abordagens adequadas ao perfil da população, além de atuar na prevenção e na promoção da saúde, incluindo o apoio às ações voltadas para populações específicas, priorizando nove áreas estratégicas, dentre as quais estão a reabilitação, saúde mental, saúde da mulher, dentre outras (BRASIL, 2011, 2009, 2008).

**Quadro 01.** Características dos modelos hegemônicos e das propostas de mudança na organização da atenção à saúde no SUS.

	<b>Modelos de Atenção</b>	<b>Principais características</b>
Hegemônicos	Modelo médico-assistencial hospitalocêntrico	Fundamenta-se na clínica e na medicina científica, centrando-se na figura do médico; Atuação com foco na doença e nos doentes, na perspectiva individual. Hospital e rede de serviços privados como principais lócus de organização Instrumentos de trabalho centrados na tecnologia médica
	Sanitarista	Subalterno ao modelo médico-assistencial hospitalocêntrico; Foco nas campanhas sanitárias e na elaboração e implantação dos programas especiais verticais de controle de doenças e outros agravos, o que influenciou o surgimento de sistemas de vigilância em saúde. Os sujeitos das práticas são os sanitaristas; Objeto central da atuação os modelos de transmissão das doenças, com especial foco nos fatores de risco. Instrumentos de trabalho são centrados na tecnologia sanitária, a exemplo de ações de educação em saúde, controle de vetores e imunização.
Propostas Alternativas	Distritos sanitários	Estratégia de reorganização dos serviços na perspectiva sistêmica Ênfase na delimitação dos territórios/áreas de abrangência da rede de serviços e a articulação dos diversos níveis de complexidade Foco no perfil da demanda e nas necessidades de saúde da população Articulando instrumentos advindos da geografia crítica, da epidemiologia e do enfoque situacional de planejamento.
	Oferta organizada/ações programáticas de saúde	Foco na reorganização do processo de trabalho e do processo de produção de serviços desenvolvido em uma unidade de saúde, visando superar a lógica da demanda espontânea. A programação em saúde buscou articular diversas ofertas vinculadas ao atendimento das necessidades e dos problemas específicos da população, incorporando uma lógica epidemiológica e social.
	Vigilância da Saúde	Incorpora experiências de distritos sanitários e o debate da promoção da saúde e da determinação social do processo saúde-doença em coletividades humanas Integralidade da atenção, articulando práticas de controle dos determinantes, riscos e agravos à saúde, por meio de práticas de promoção, prevenção e assistência. Objeto do trabalho se refere aos problemas de saúde Tem como instrumentos de trabalho as abordagens participativas de planejamento, sobretudo aquelas com enfoque estratégico-situacional, além de tecnologias médicas, sanitárias e de comunicação social. Apoiar-se na ação intersetorial utilizando o conceito epidemiológico de risco e intervindo sob a forma de operações.
	Acolhimento	Preocupação com a gestão e organização do trabalho no âmbito das unidades de saúde. Foco no acolhimento e no estabelecimento de vínculos entre os profissionais e população. Base do modelo em defesa da vida. Baseia-se na humanização e na melhoria da qualidade da atenção.
	Clínica Ampliada	Impulsionada pela proposta do Acolhimento. Constituída nos pressupostos das equipes de referência, apoio matricial e elaboração de projeto terapêutico singular (PTS), visando ajudar trabalhadores e usuários a lidarem com a complexidade dos sujeitos e a multiplicidade dos problemas de saúde.
	Saúde da Família	Articulação de elementos provindos de vários movimentos ideológicos, incorporando propostas alternativas, tais como a <i>Vigilância da Saúde</i> e o <i>Acolhimento</i> . Torna-se estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, buscando-se cobertura universal e reorganização do processo de trabalho em saúde da atenção básica, além de buscar promover mudanças nos demais níveis de atenção do sistema.

Fonte: Elaborado a partir de Teixeira e Vilasbôas (2014).

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa (MINAYO e SANCHES, 1993) na qual foi realizado um Estudo de Caso (YIN, 2005) do processo de trabalho dos profissionais do NASF. Para tal, definiu-se como cenário da pesquisa a estrutura

organizacional dos NASF de Salvador, Bahia, partindo-se da constatação de que havia um processo em curso de articulação e mobilização dos profissionais que trabalham nos NASF, que teve início em 2013, e que tinha como objetivo construir espaços de troca e formação para o trabalho, o que potencializou o surgimento de um contexto favorável ao envolvimento dos profissionais com a implantação da proposta, motivando a escolha do campo para a pesquisa.

Ressalta-se que, de acordo com o Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017, a organização do modelo de atenção à saúde do município adota oficialmente como perspectiva orientadora a *Vigilância da Saúde*, tendo a ESF sido implantada em 2002, sendo assumida como eixo orientador e coordenador das práticas de cuidados (SALVADOR, 2014). Com uma população estimada em 2.921.087 habitantes para 2015 (IBGE, 2015), a rede básica de serviços de saúde é organizada em 12 distritos sanitários, com aproximadamente 30% de cobertura de ESF e 41 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) segundo dados de outubro de 2015 (BRASIL, 2015). O município possui ainda cobertura de 25% de Saúde Bucal, tendo aderido ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com 189 equipes de Atenção Básica e 02 NASF, ao Programa Saúde na Escola (PSE) com 77 equipes de Saúde da Família, ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), tendo 62 das 112 vagas ocupadas em 2014, e ao Programa Mais Médicos, tendo 18 das 40 vagas ocupadas no mesmo ano. Ressalta-se que 89% dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde do município são privados (SALVADOR, 2014).

Em relação aos NASF, as três primeiras equipes foram implantadas em 2008 em um distrito sanitário após realização de estudo epidemiológico e discussão com as eqSF, sendo definida a composição das equipes com as seguintes profissões: educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, que foi posteriormente replicada para as demais equipes do município. Foram adotados contratos de trabalho temporários, inicialmente através de seleção emergencial e, posteriormente, por Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), sendo que a partir de 2013 os profissionais passaram a ser substituídos por meio de concurso público (SALVADOR, 2010). Atualmente o município dispõe de 11 equipes NASF (BRASIL, 2015), sendo 02 deles cadastrados há menos de 01 ano no CNES, dando apoio a aproximadamente 100 equipes de Saúde da Família.

Para a definição dos sujeitos que participaram da pesquisa adotou-se a técnica Snow Ball (BIERNACKI e WALDORF, 2002), sendo consideradas as indicações da área técnica responsável pelos NASF na SMS do município, de docentes da Universidade Federal da



Bahia que desenvolveram estágios com estas equipes e dos próprios profissionais inicialmente indicados, conformando um universo de informantes-chave para a pesquisa.

Para tal, foram elaborados os seguintes critérios de inclusão: a) profissionais reconhecidos como estratégicos na implantação e no desenvolvimento do NASF em sua equipe; b) profissionais que atuavam há aproximadamente um ano na mesma equipe NASF; e c) profissionais de equipes consistidas há pelo menos um ano no CNES. A partir das indicações, buscou-se garantir ao menos um representante de cada categoria profissional que compunha o NASF em Salvador, e ao menos um profissional de cada equipe. Desta forma, a partir dos critérios utilizados, foram definidos e identificados os sujeitos participantes da pesquisa (APÊNDICE E), que totalizaram 12 profissionais de 9 equipes NASF, cujos perfis estão descritos no Apêndice F .

Para a produção dos dados foram utilizadas fontes primárias, acessadas a partir do uso de roteiro de entrevistas com os profissionais do NASF (APÊNDICE G). Assim, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (MINAYO, 2010) em profundidade, que foram pré-agendadas diretamente com os profissionais e realizadas em sua maioria no ambiente de trabalho dos sujeitos, tendo algumas sido feitas em sala isolada na Universidade Federal da Bahia. Também foi utilizado Diário de Campo para anotação de situações e impressões subjetivas relevantes para a pesquisa.

A análise do material foi organizada em duas dimensões. Em relação à categoria analítica *Práticas de saúde/processo de trabalho dos profissionais do NASF*, os dados foram analisados conforme os pressupostos da Análise de Conteúdo (BAUER, 2002), sendo a codificação e a análise propriamente dita das práticas de saúde empreendidas a partir do referencial teórico do Processo de Trabalho em Saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994; 1992; 1988), tendo como categorias operacionais os momentos do processo de trabalho em saúde apontados pelo autor.

Em relação à categoria analítica *Mudança/Conservação do Modelo de atenção à saúde no âmbito do NASF*, a partir da análise das características das práticas de saúde dos profissionais do NASF, buscou-se analisar se está ocorrendo ou não um processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, e, se sim, em direção a qual proposta teórico-metodológica, considerando-se as contribuições de Teixeira e Vilasbôas (2014). Para tal, os dados foram organizados e confrontados com as características dos principais modelos descritos na literatura.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia (HUPES/UFBA), sob o número 473.854/2013 (ANEXO 1), tendo os sujeitos assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (APÊNDICE H), seguindo as diretrizes da Resolução no. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

### As práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais do NASF em Salvador: características da situação atual

Em relação ao perfil dos agentes das práticas estudados, verificou-se que a idade média é de 32 anos, variando de 26 a 39, sendo a ampla maioria do sexo feminino. Estes profissionais trabalham em média há 2 anos em suas equipes, e possuem tempo médio de formação igual a 8,3 anos, variando entre 4 e 16 anos. 58% do total se formaram em universidades públicas e 75% não fizeram estágio na ESF durante a graduação. 58% possuem ou estão cursando pós-graduação em área correlata ao campo da Saúde Coletiva, sendo que apenas 1 profissional possuía mestrado na área. 16% dos entrevistados possuem especialização voltada para atuação clínica.

As principais características das práticas de saúde dos profissionais do NASF observadas nesta pesquisa estão sintetizadas no quadro 02.

**Quadro 02.** Características das Práticas de saúde dos profissionais do NASF em Salvador, BA.

Momentos do processo de trabalho	Eixos
Atividades	Atividades voltadas para os usuários Atividades voltadas para as eqSF Atividades de planejamento, gestão, organização do Trabalho e capacitação Atividades de articulação da rede de saúde/território
Instrumentos de trabalho	Imateriais (políticas de saúde, conhecimentos do campo da Saúde Coletiva, conhecimento técnico especializado)

	Materiais (organização do processo de trabalho e operacionalização de atividades educativas)
Objetos	Indivíduo e doença de forma ampliada Trabalho das equipes de saúde da família Condições de vida da população Modos de adoecimento e fatores de risco
Necessidades	Condições de vida e trabalho da população Acesso da população a profissionais e serviços de saúde
Finalidades	Transformar as práticas de saúde dos profissionais das eqSF Ampliar abrangência e capacidade resolutiva das eqSF Melhorar a qualidade de vida da população
Relações sociais	Gestão (burocratizada, pouco apoio político) Equipes de saúde da família (resistência à proposta não ambulatorial, reificada, tensionamentos, vínculo em processo de construção) Profissionais NASF (interdisciplinaridade, horizontalidade e coesão no trabalho, organização política) População (frágil)

a) Atividades e instrumentos de trabalho no NASF

As atividades que vêm sendo desenvolvidas nas diferentes equipes estudadas foram agrupadas em quatro eixos (APÊNDICE I). O eixo mais citado foi o das *atividades voltadas para os usuários*, onde se observou o predomínio de atendimentos clínicos de curta duração, que podem ser compartilhados principalmente com outros profissionais do NASF e, em menor expressão, com profissionais das eqSF, além de atendimentos em grupo e visitas domiciliares. Nota-se uma grande dificuldade dos profissionais em dar continuidade aos processos terapêuticos iniciados, por não possuírem agenda específica de atendimento, e também pela baixa adesão das eqSF a estas atividades.

Também é significativa a realização de atividades educativas de prevenção, sobretudo a partir da inserção em grupos conduzidos pelas eqSF (tabagismo, hiperdia, grupo de idosos e gestantes) bem como em grupos organizados pelo próprio NASF (grupo de atividades físicas, obesidade e saúde mental) ou atividades pontuais (salas de espera, feiras de saúde e campanhas sanitárias promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde).

Em relação ao eixo *atividades voltadas para as eqSF*, as principais são referentes a reuniões, semanais ou quinzenais, direcionadas principalmente para discussão de casos e

consequente capacitação das equipes com relação a conhecimentos específicos das diferentes profissões. Metade dos entrevistados fez referência à realização de reuniões voltadas para o apoio à organização do processo de trabalho das eqSF.

O eixo das *atividades de planejamento, gestão, organização do trabalho e capacitação* foram relatadas por oito entrevistados, sendo que estas acontecem, em sua maioria, durante as reuniões semanais da equipe NASF, onde buscam pactuar as agendas de trabalho e planejar as ações a serem propostas às eqSF, embora também as utilizem, de maneira assistemática e menos expressiva, para confeccionar material informativo, bem como sistematizar informações em saúde. Ademais, são realizadas discussões de casos entre os profissionais do NASF, que se capacitam não apenas em relação a determinados agravos à saúde, mas, também, acerca do próprio trabalho, quando são estudadas e discutidas diferentes temáticas definidas a partir da necessidade da equipe. Um entrevistado afirmou ser um espaço também de avaliação permanente do trabalho. Também foram citadas reuniões com áreas técnicas da SMS, reuniões gerais das unidades de saúde onde estão lotados e atividades pontuais de apoio aos gestores locais.

Por fim, o eixo das *atividades de articulação da rede de saúde/território* foi o menos citado pelos entrevistados, sendo a principal atividade a articulação com escolas, por meio do desenvolvimento de ações junto ao Programa Saúde na Escola (PSE), em parceria com as eqSF, onde, em geral, são desenvolvidas atividades preventivas. Também foram relatadas visitas institucionais, sendo a maioria a serviços de saúde especializados para encaminhamento de usuários e, de maneira bastante incipiente, visitas a demais equipamentos sociais ou lideranças comunitárias.

Em relação aos instrumentos de trabalho utilizados nas atividades do NASF (APÊNDICE J), observou-se um amplo predomínio do uso de instrumentos imateriais no trabalho dos profissionais, estando os principais relacionados à organização do próprio trabalho. Desta forma, todos os entrevistados apontam que o profissional do NASF deve ter capacidade comunicacional criativa e proativa para desenvolver seu trabalho em equipe, de maneira flexível, comprometida e participativa, valorizando o diálogo e a criação de vínculos, sendo capaz de resolver conflitos e de lidar com imprevistos de forma planejada. Referem também a importância da ampliação do olhar sobre o cuidado à população, inserindo novas abordagens e metodologias de trabalho na relação com os usuários, como a terapia comunitária e práticas integrativas, sobretudo voltadas para o acolhimento humanizado e para

a valorização da subjetividade. A capacidade crítica de articulação política foi apontada como necessária ao trabalho por apenas dois entrevistados.

Os principais conhecimentos que orientam as práticas de saúde da maioria dos profissionais estão relacionados às políticas de saúde, em especial as voltadas para a APS e a estruturação e funcionamento da ESF e do próprio NASF. Outros conhecimentos do campo da Saúde Coletiva, como conceitos e métodos da epidemiologia e das ciências sociais e humanas também são apontados como necessários para o trabalho, embora em menor grau. Metade dos entrevistados citou a necessidade de se ter um conhecimento técnico especializado ampliado, para lidar com a amplitude dos problemas de saúde na APS em uma perspectiva de atuação generalista.

Quanto aos instrumentos materiais utilizados, basicamente estes se dividem entre instrumentos voltados para organização do processo de trabalho (uso de formulários e prontuários para registro do PTS, livros-ata para registro das atividades coletivas e comunicação entre profissionais e lista de critérios para definição de atendimentos individuais) e instrumentos para a operacionalização de atividades educativas com os usuários (material audiovisual e de escritório).

#### b) Objetos e necessidades

Em relação aos objetos de trabalho dos profissionais do NASF (APÊNDICE K), é possível verificar o privilégio do foco no indivíduo e na doença de forma ampliada, considerando-se a subjetividade e o contexto familiar e social em que os usuários vivem. Estes objetos são evidenciados, sobretudo, pela centralidade que os “casos” ocupam na organização do trabalho.

Em menor escala, foi possível perceber que o trabalho das eqSF também se configura como um dos objetos de trabalho do NASF, na medida em que ampliá-lo, qualificá-lo e transformá-lo são propósitos assumidos por seis entrevistados, sobretudo a partir da articulação de uma rede de atenção à saúde no território.

As condições de vida da população também são consideradas objetos sobre os quais atuam os profissionais, porém, de forma assistemática e pontual. E, por fim, os modos de adoecimento e fatores de risco são apontados por metade dos entrevistados como foco do

trabalho do NASF, abordados a partir de práticas de prevenção de doenças voltadas para a mudança de comportamento da população.

As principais necessidades que os profissionais afirmam orientar suas práticas de saúde dizem respeito às condições de vida e trabalho da população, que carece de acesso a moradia, educação de qualidade, lazer, saneamento e emprego, dentre outras questões (APÊNDICE L). Portanto, referem-se a necessidades sociais que se articulam com a saúde. Sete dos entrevistados apontam a necessidade de maior acesso da população a profissionais e serviços de saúde, considerando a elevada demanda por atendimentos especializados, que são pouco estruturados na rede de atenção à saúde do município, influenciando diretamente no trabalho desenvolvido.

#### c) Finalidades

No contexto estudado, percebe-se o propósito geral de transformar as práticas de saúde dos profissionais das eqSF de forma a provocar mudanças no modelo de atenção (APÊNDICE M). Neste sentido, os entrevistados consideram que o modo como as eqSF organizam seu trabalho não está de acordo com a proposta central da ESF, por ser focado no atendimento ambulatorial individual, com pouca interdisciplinaridade, sendo as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde negligenciadas no cotidiano, ou resumidas a programas verticais. Além disso, foi apontado como finalidade a ampliação da abrangência e da capacidade resolutiva das eqSF sobre os diversos problemas de saúde da população. Dois entrevistados fizeram referência à melhoria da qualidade de vida da população.

#### d) Relações sociais

As relações estabelecidas no cotidiano do trabalho do NASF estão agrupadas em quatro eixos (APÊNDICE N). O eixo das *relações com a gestão* prevaleceu no discurso de todos os entrevistados, com grande referência à situação precária que se encontra a ESF no município, que é percebida pelos profissionais como burocratizada, desestruturada e negligenciada pelo poder público, e que muitas vezes é organizada numa perspectiva contrária à proposta transformadora do modelo de atenção, estando centrada prioritariamente no

atendimento ambulatorial, em detrimento das demais ações. Para os entrevistados, esta situação reverbera nas condições de trabalho que não correspondem às necessidades do NASF, e que são agravadas pela falta de uma política de gestão do trabalho e pela insuficiência de uma rede de atenção à saúde para dar suporte à APS.

Neste contexto, para a maioria dos sujeitos é dada pouca importância ao NASF pelo município, o que também é percebido em relação à gestão dos distritos sanitários e das unidades de saúde, com algumas exceções. O fato dos gestores das unidades serem indicações políticas foi apontado como dificultador, uma vez que frequentemente não compreendem a lógica da ESF e do NASF, e por vezes pressionam por abertura de agenda para atendimento ambulatorial. Apenas dois profissionais referiram ter uma relação de parceria com os gestores locais.

Já o vínculo de trabalho estável e a existência de uma técnica de referência para o NASF no município que compreende e apoia, em alguma medida, os profissionais, ainda que com pouca governabilidade no âmbito da gestão, foram considerados fatores positivos do trabalho.

O eixo das *relações com as eqSF* também foi bastante citado pelos entrevistados. Todos referiram que vem ocorrendo uma melhora nesta relação desde que os NASF foram reestruturados com a chegada dos novos servidores, embora conflitos e tensionamentos sigam existindo. Estes se devem, especialmente, ao fato do NASF não ter atendido às solicitações feitas pela maioria das eqSF para se tornarem referência para atendimentos ambulatoriais. Para os entrevistados, há uma tendência à desresponsabilização da eqSF pelo andamento dos casos quando acionam o NASF, o que ocorre majoritariamente por meio das reuniões conjuntas, mas também de maneira assistemática em outros espaços, como no corredor das unidades ou por mensagem telefônica, ou ainda por encaminhamentos diretos ao NASF sem discussão prévia nas reuniões.

Para a maioria dos entrevistados, há eqSF que resistem ao trabalho do NASF por não concordarem com a proposta, sobretudo pelas mudanças na organização do trabalho ocasionadas pela chegada do NASF, como a obrigatoriedade da realização de reuniões, o que é percebido como sobrecarga de trabalho ou mesmo como vigilância e monitoramento do que estão fazendo. Para os entrevistados, as eqSF são instigadas a mudarem suas práticas centradas no atendimento ambulatorial, o que incomoda e afasta algumas equipes. Neste

contexto, dois entrevistados demonstraram o incômodo de se sentirem amarrados às equipes, uma vez que o trabalho do NASF depende da articulação com a eqSF.

De forma geral, os profissionais do NASF se sentem subutilizados, tendo que, a todo momento, construir estratégias para convencerem as equipes a buscá-los para construírem ações em conjunto, já que nem sempre as reuniões agendadas são realizadas. Foi possível observar que todos os Núcleos buscaram construir vínculos com as eqSF a partir do acolhimento ou mesmo do atendimento ambulatorial a casos que eram encaminhados ou demandados por estas, ainda que não fossem considerados prioritários para tal atividade, de forma a abrir possibilidades de diálogo aproximação entre as equipes. Atualmente, alguns Núcleos têm problematizado esta questão, que acabou dando maior centralidade à prática voltada para o indivíduo e para os agravos/doenças.

Em relação ao contato com os profissionais das eqSF, percebe-se maior vinculação aos enfermeiros e aos ACS. Em relação aos médicos, três entrevistados revelaram que a rotatividade dos mesmos, por estarem vinculados ao PROVAB, faz com que o trabalho seja reduzido ao atendimento ambulatorial, com pouca disponibilidade para a prática em conjunto com o NASF. As relações desiguais de poder também foram citadas por quatro entrevistados, sendo que a desvalorização do ACS ou disputas entre profissões que compõem as eqSF foram citadas como complicadores do estabelecimento de uma melhor articulação de trabalho com o NASF.

Poucos entrevistados deram ênfase às potencialidades vivenciadas nas relações com as eqSF, e estas estão diretamente relacionadas ao fato de novos servidores terem assumido as equipes, estando com disposição de construírem novas ações. Uma entrevistada também identificou que as eqSF que buscam maior aproximação com o NASF atualmente são as que possuem seu trabalho mais próximo às diretrizes gerais da ESF.

Em relação ao eixo das *relações estabelecidas entre os profissionais do NASF*, estas foram consideradas positivas pela maioria dos entrevistados, havendo estabelecimento de parcerias interdisciplinares de forma efetiva, horizontal e coesa em diferentes atividades. O perfil dos profissionais foi considerado um potencial para o desenvolvimento da proposta, uma vez que a grande maioria apresenta disponibilidade para o trabalho, ainda que a formação específica para tal seja incipiente. Apenas três entrevistados citaram problemas pontuais de relação dentro da equipe NASF, relacionados diretamente à dificuldade do desenvolvimento de trabalho em equipe por parte de alguns profissionais. Uma entrevistada revelou a



existência de conflitos relacionados a disputas por área de saber e linhas teóricas de atuação, mas que estão em processo de superação.

A relação efetiva entre as diferentes equipes NASF do município possibilitou a criação de um movimento político a favor da capacitação para o trabalho, o que levou à constituição da comissão de educação permanente do NASF, propiciando a articulação entre as equipes e a socialização de ideias, ações e dúvidas. Este processo avançou para o questionamento da situação de precarização da saúde em todo o município, sendo que a participação no movimento de greve dos servidores municipais da saúde ocorrida em 2015 foi reconhecida pelos entrevistados como importante marco, tendo tido a adesão de muitos profissionais do NASF.

Por fim, o eixo das *relações do NASF com a população*, além de ter sido o menos frequente nas respostas dos entrevistados, evidenciou a fragilidade deste aspecto, havendo variações entre as equipes. Quando há alguma relação de maior proximidade, está relacionada à criação de um vínculo pontual a partir dos atendimentos individuais que são realizados por algum profissional da equipe, ou, em menor grau, aos grupos educativos que são desenvolvidos pelo NASF. Ainda assim, metade dos entrevistados afirma que a população não compreende o que é o NASF, e que frequentemente cobra abertura de agenda para atendimentos ambulatoriais. Apenas dois entrevistados afirmaram que há uma boa inserção do NASF na comunidade.

## **Discussão e Conclusões**

Considerando-se que as práticas de saúde não devem se limitar às suas características técnicas, nota-se um movimento dos profissionais do NASF em reforçar a ampliação destas práticas no sentido da construção de um cuidado ampliado aos usuários dos diferentes territórios estudados. Entretanto, este movimento não demonstra ser suficiente para afirmar uma nova socialidade no âmbito da ESF baseada na efetiva integralidade da atenção e na atuação sobre os problemas de saúde, uma vez que o olhar sobre o indivíduo tende a prevalecer em relação ao olhar sobre o coletivo.

Esta questão tem seu início na constatação do perfil dos profissionais que participaram da pesquisa, pois embora tenham em geral pouco tempo de formados, a maioria não vivenciou a ESF durante a graduação, evidenciando que a formação generalista, integrada ao sistema de

saúde e interdisciplinar ainda segue sendo um desafio para o SUS (VENDRUSCOLO et al, 2014; GIL, 2005). De toda forma, a busca individual por qualificação em cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva, em detrimento do investimento na formação clínica, demonstra a disponibilidade destes profissionais para este trabalho em especial, o que pode ser considerado uma importante potencialidade para o momento atual e futuro breve, caracterizado como de construção e apropriação do espaço de trabalho.

Em relação à categoria analítica *Práticas de saúde/processo de trabalho dos profissionais do NASF*, o predomínio de atividades de cunho clínico-assistencial evidencia o peso que é dado à clínica, aos diferentes agravos/doenças e aos sujeitos adoecidos. Esta questão também pode ser percebida nas ações técnico-pedagógicas juntos às eqSF, quando há uma valorização maior do conhecimento específico e da instrumentalização dos profissionais em relação às questões técnicas do cuidado. Embora esta seja uma diretriz do trabalho do NASF, a centralidade desta perspectiva limita o desenvolvimento de outras práticas, tais como de promoção da saúde e de vigilância da saúde. Corroborando com outros estudos, tanto em relação ao NASF (RODRIGUES e BOSI, 2014; COSTA et al, 2013; ARAÚJO e GALIMBERTTI, 2013) quanto em relação às eqSF (CORDEIRO e SOARES, 2015; SHIMIZU e CARVALHO JUNIOR, 2012; SANTOS et al, 2012; NAKAMURA et al, 2009).

Deste modo, verifica-se que o principal objeto de trabalho do NASF em Salvador se refere aos indivíduos e às doenças/agravos à saúde, contextualizados nas relações familiares e sociais que caracterizam os diferentes casos abordados pelos profissionais. No entanto, percebe-se que estas práticas clínicas não configuram, necessariamente, a consolidação de um atendimento ambulatorial tradicional, pois extrapolam o ambiente do consultório na medida em que são realizadas em outros espaços, como os domicílios ou grupos terapêuticos, e geralmente são caracterizadas por intervenções breves, sem o uso de instrumentos materiais tipicamente voltados para a clínica biomédica ainda que demandem conhecimento técnico ampliado devido ao caráter generalista da APS. Neste sentido, este cuidado clínico perpassa, sobretudo, pela valorização do sujeito, da singularidade e das relações imbricadas em seu processo de adoecimento (CUNHA, 2005), e pelo compartilhamento do conhecimento e pelo estabelecimento de vínculos, de forma que os usuários possam lidar melhor com suas questões, ou mesmo resolvê-las, reforçando a perspectiva de cuidado humanizado e ampliado, corroborando Ayres (2004).

A constatação de que há um predomínio de instrumentos imateriais sobre os materiais reforça a perspectiva de construção desta nova abordagem clínica na ESF. Entretanto, há

pouca referência ao uso de novas tecnologias imateriais de planejamento, de intervenções clínicas ou mesmo de comunicação social, ou seja, o trabalho aparenta estar sendo desenvolvido de forma intuitiva, baseado na relação subjetiva e nas características pessoais dos profissionais, o que pode limitar o alcance das práticas desenvolvidas, devendo ser objeto de capacitação para qualificação do trabalho.

Ao se constatar que o NASF também possui como objeto de trabalho os modos de adoecimento e fatores de risco, reconhece-se a busca por uma ampliação da prática para além da clínica, o que ocorre por meio de práticas educativas, que demandam os principais instrumentos materiais usados no trabalho. Entretanto, nota-se uma tendência à afirmação de uma perspectiva preventivista destas práticas, que na maioria das vezes respondem a propostas verticais de educação em saúde, com pouca relação com as reais necessidades da população, o que também foi observado por Costa *et al* (2013), ocasionando na construção de estratégias essencialmente centradas no conteúdo, de caráter fortemente campanhista, reforçando uma perspectiva tradicional de educação em saúde (ALVES, 2005), ainda que algumas propostas com caráter emancipatório possam ser percebidas em menor grau.

Ademais, a pouca realização de práticas de promoção da saúde evidencia a fragilidade da articulação com demais equipamentos sociais do território, ou mesmo com as lideranças comunitárias, reforçando o lugar de marginalidade da Promoção da Saúde na APS, o que também é demonstrado em outros estudos (ARCE e SOUSA, 2013; GURGEL et al, 2011; SILVA e RODRIGUES, 2010), sendo esta uma das limitações da ESF para dar conta de reorientar o modelo de atenção à saúde (TEIXEIRA, 2006). Essa questão é ainda mais notória quando a capacidade crítica de articulação política do profissional no âmbito da saúde é apontada como necessária por poucos profissionais, bem como quando as condições de vida e trabalho da população, que deveriam ser objeto central do trabalho na ESF, configuram-se como objetos do trabalho de forma assistemática e pontual, ainda que sejam percebidas como necessidades da população, demonstrando uma redução da prática do profissional, conforme sinalizaram Mendes-Gonçalves (1988; 1992) e Paim (2006).

Esta questão evidencia uma possível contradição do trabalho, já que embora os profissionais percebam a magnitude das necessidades sociais que se articulam à saúde da população, não as enfrentam no âmbito do território, ainda que apontem a importância dos instrumentos imateriais, tais como os conhecimentos do campo da Saúde Coletiva ou das ciências sociais e humanas, para o trabalho. Reforça-se, nesse sentido, a perspectiva do olhar

ampliado para os indivíduos e os agravos à saúde, sem que, necessariamente, os determinantes deste processo e os impactos sobre o coletivo sejam objetos do trabalho.

Faz-se necessário, portanto, que haja uma incorporação das ideias e propostas do movimento em torno da Promoção da Saúde, como aponta Teixeira (2006), extrapolando ações de educação e mobilização popular, desencadeando ações intersetoriais nos territórios. Reforça esta ideia a constatação de que parte das necessidades da população identificada pelos profissionais se refere a serviços de saúde, ou melhor, ao acesso a tratamentos ou serviços de referência em outros níveis de atenção. Isso evidencia a falta de uma rede estruturada de atenção à saúde para dar suporte à grande demanda da população que está adoecida e que não encontra referência para o cuidado necessário, sendo a articulação desta rede um papel desempenhado de maneira precária pelos profissionais, ainda que esta coordenação seja uma função da APS e que tem potencialidade de exercer impacto significativo na saúde da população (RODRIGUES et al, 2014). Essa fragilidade da rede implica diretamente no trabalho do NASF na medida em que exerce uma pressão para uma ênfase maior na dimensão clínica-assistencial.

O fato do trabalho das eqSF também ser identificado como um dos objetos de trabalho do NASF demonstra o quão estratégico este Núcleo pode ser nas propostas de qualificação da ESF, podendo ser um estratégico instrumento mobilizador e provocador de mudanças, uma vez que sua característica pressupõe a inserção de novas rotinas no cotidiano das eqSF, ainda que encontre resistências, como foi observado neste estudo.

Neste sentido, verifica-se que o trabalho no NASF possui uma dimensão gerencial importante, sendo que práticas de planejamento e gestão do próprio trabalho são recorrentes e necessárias para a operacionalização do apoio às equipes, o que inclui ações voltadas para a capacitação. Essa dimensão demonstra ser essencial para a definição e articulação de todas as demais atividades realizadas pela equipe. Entretanto, ainda que não estejam totalmente inseridas no processo de trabalho das próprias eqSF (SARTI *et al*, 2012), faz-se necessário que as práticas de planejamento e gestão sejam mais bem estruturadas no âmbito do NASF, como também apontam Araújo e Galimberti (2013), devendo ser parte essencial do processo de trabalho, e não apenas vivenciados de forma improvisada ou intuitiva, o que deverá favorecer a democratização e a redução da alienação no trabalho, de forma a mobilizar as vontades de diferentes atores, conforme aponta Paim (2006), de forma estratégica e participativa, o que é frágil na realidade observada.

Diante deste contexto, é interessante notar que há uma preocupação dos profissionais do NASF em promover mudanças nas práticas das eqSF, que são entendidas como fragmentadas e centradas no modelo médico hegemônico. Este dado demonstra que os profissionais do NASF avaliam que as eqSF não cumprem com seu papel de ampliação da APS, o que frequentemente ocasiona tensionamentos entre as equipes, ainda que diversas parcerias ocorram, evidenciando a complexidade que marca as relações sociais estabelecidas na realidade estudada.

A começar pela relação com a gestão, há um entendimento comum a todos os entrevistados que o NASF ocupa um lugar de não prioridade no âmbito da gestão municipal, por não haver uma política clara de incentivo ao pleno funcionamento, com precárias condições de trabalho. Esta realidade se estende à ESF como um todo, que conta com baixa cobertura populacional e pouco investimento político e financeiro, o que tem afetado também a disponibilidade e a motivação destes profissionais para o trabalho, corroborando com a ideia de que o maior desafio para o SUS é político (PAIM et al, 2011), dificultando o papel de reorientação do modelo de atenção à saúde que se espera da ESF. Esta questão representa um importante dificultador para o trabalho do NASF, que depende diretamente do pleno funcionamento das eqSF.

Os problemas na relação com as eqSF persistem, em menor grau, ainda hoje em algumas realidades, e estão diretamente ligados ao fato do NASF não aceitar suprir a demanda de atendimentos clínicos ambulatoriais solicitada pelas eqSF, o que também foi constatado por Lancman et al (2013). As concessões feitas de modo a lidar com os tensionamentos iniciais e construir algum vínculo com as eqSF acabaram por tornar esta prática central no trabalho, o que precisa ser revisto. Além disso, o fato da construção destas práticas clínicas ocorrerem sem a efetiva adesão das eqSF, e também sem a disponibilidade de recursos materiais específicos para intervenções de ordem clínica, ainda que diferenciada, sinaliza o risco de estarem sendo construídas práticas simplificadas de cuidado, que são reforçadas pelas dificuldades apontadas pelos profissionais em dar seguimento aos casos abordados, o que poderia reforçar uma perspectiva reducionista de extensão de cobertura de serviços básicos de APS (PAIM, 2012), o que precisa ser melhor analisado.

De toda forma, o fato do NASF não ceder à lógica do encaminhamento e atendimento ambulatorial tradicional evidencia que há, ainda que de maneira incipiente, uma diferenciação em relação às propostas de trabalho destas equipes, onde o NASF ocupa e sustenta o lugar de

crítica e de mudança, reforçando a potencialidade desta proposta para a qualificação da ESF no município.

Ademais, percebe-se que há uma relação desigual entre estas equipes, onde o NASF é colocado em um lugar de subordinação, tendo que, a todo momento, convencer as equipes a aderirem ao trabalho, gerando desgaste e desânimo em alguns profissionais, que referem uma sensação de subutilização. O fato das relações profissionais serem mais profícuas com enfermeiros e ACS, e menos com médicos, demonstra que ainda há um distanciamento do médico em relação às propostas de trabalho em equipe na APS, o que também foi observado por Costa *et al*, (2014), o que fica mais difícil em situações de alta rotatividade deste profissional nos serviços, sendo este um importante desafio a ser enfrentado, uma vez que o médico segue sendo o elemento central do processo assistencial em saúde no nível institucional (PIRES, 2000). Entretanto, a recente renovação de muitos profissionais das eqSF tem sido considerada uma potencialidade do momento atual da ESF em Salvador, onde novos arranjos e pactuações se tornaram possíveis devido a uma maior motivação para o trabalho destes novos profissionais.

A boa relação estabelecida entre os profissionais que atuam no NASF evidencia a potencialidade desta proposta para a efetivação da interdisciplinaridade, o que representa um avanço para o trabalho na APS. Entretanto, faz-se necessário ampliar esta questão em direção às eqSF, o que foi observado também por Gonçalves *et al* (2015), considerando-se o risco de se haver um processo de autonomização da equipe, o que pode gerar fragmentação do trabalho e maior distanciamento entre as equipes.

Ainda sobre a relação de trabalho entre os profissionais do NASF, o movimento de articulação dos profissionais de todas as equipes de Salvador tem permitido não apenas as trocas de experiências de trabalho como também a construção de um sujeito coletivo, com ações políticas críticas e propositivas, desenvolvendo ações que explicitam e defendem os interesses coletivos, propiciando a gênese de um ator coletivo, nas palavras de Testa (1995), no contexto da saúde do município, o que potencializa o desenvolvimento da proposta. Isso também tem possibilitado a construção de um processo de trabalho relativamente homogêneo entre as equipes, ainda que com algumas diferenças, ao contrário do que foi observado por Leite *et al* (2014).

Por fim, a fragilidade da relação do NASF com a população, que tem a tendência histórica de buscar atendimentos focais, orientada pelo modelo curativo (GONÇALVES *et al*,

2015), acaba limitando as práticas a ações individuais ou grupais de forma pontual, enfraquecendo a possibilidade desta relação constituir uma estratégia política de melhoria da atenção à saúde, o que evidencia os desafios que devem ser enfrentados pelos profissionais, gestores e pela própria população, que dizem respeito, sobretudo, a um maior envolvimento dos usuários na construção, na efetivação e na avaliação das políticas de APS.

Diante deste contexto, considerando-se o lugar que o NASF ocupa na divisão social do trabalho, e que é determinado necessariamente pelas relações sociais de produção que caracterizam nossa sociedade, conforme aponta Mendes-Gonçalves (1988), reconhece-se a potencialidade do NASF para provocar mudanças no processo de trabalho das eqSF, mas ainda se faz necessário que os processos de trabalho do próprio NASF sejam melhor estruturados, com definição das finalidades, das atividades e dos instrumentos de trabalho coerentes com um objeto ampliado, para além do indivíduo e da doença, o que demanda não apenas o esforço de qualificação dos agentes deste trabalho mas, sobretudo, de investimento político e financeiro que dê sustentabilidade à construção de uma nova socialidade, o que deve ocorrer de forma atrelada à ESF em geral.

Em relação à categoria analítica *Mudança/Conservação do Modelo de atenção à saúde no âmbito do NASF*, verifica-se um movimento dialético na realidade estudada, uma vez que as características centrais das práticas de saúde dos profissionais do NASF tendem a afirmar duas propostas de modelo de atenção à saúde, quais sejam a *Clínica Ampliada*, em maior medida, como forma de buscar superar as práticas clínicas biomédicas fragmentadas das equipes de Saúde da Família – uma proposta de mudança, e o modelo *Sanitarista*, buscando-se extrapolar o limite clínico por meio de práticas centradas na prevenção – uma proposta de conservação.

Neste sentido, observa-se a coexistência de uma proposta alternativa, orientada, sobretudo, pela potencialidade do trabalho interdisciplinar e do olhar ampliado em relação aos indivíduos e suas doenças/agravos, e de uma proposta hegemônica, construída a partir da grande adesão às práticas preventivas das equipes de Saúde da Família, e que geralmente são articuladas a ações programáticas verticais. Coincide entre estes modelos, portanto, a centralidade do trabalho nos agravos/doenças dos indivíduos, ainda que mediante diferentes enfoques.

Esta realidade demonstra ser fortemente influenciada pelo contexto técnico e político da ESF na qual o NASF está inserido, como a questão da qualidade da atenção prestada pela

ESF e da estruturação das redes de atenção à saúde no município, mas também reside nas próprias características do NASF enquanto parte da política de atenção básica, especialmente em relação à questão da articulação em equipe de profissões historicamente voltadas para a clínica e para o conhecimento especializado, o que já desafia a implantação da proposta desde o começo. Avaliar o grau de influência de cada uma destas questões sobre a conformação das diferentes experiências de NASF no Brasil torna-se, portanto, uma necessidade identificada por este estudo.

Ressalta-se que a fragilidade de práticas voltadas para a integralidade da atenção faz com que propostas cunhadas sob o olhar epidemiológico, como é o caso da *Vigilância da Saúde*, sejam pouco fomentadas, o que é evidenciado na baixa realização de ações de vigilância e de promoção da saúde no âmbito do NASF. Neste sentido, faz-se necessário que os propósitos do trabalho do NASF sejam definidos pela gestão, uma vez ser a VISAU o modelo de atenção assumido pelo município como orientador da reorganização da APS e do SUS, o que pode gerar convergências e contradições que precisam ser analisadas em novas pesquisas.

De toda forma, considerando-se que é a dinâmica dos atores nas disputas de projetos tecnoassistenciais que delinea os horizontes na saúde, de forma articulada a outros setores na produção social (CONILL, 2008), este estudo aponta para a necessidade de um aprofundamento das dimensões ética e política no processo de trabalho do NASF, o que é essencial para o fortalecimento da ESF e de seu propósito reorientador do modelo de atenção à saúde no SUS.

Assim, verifica-se a necessidade de maior apropriação, por parte dos profissionais dos NASF, de novos instrumentos de trabalho articulados às necessidades sociais da população, que não podem ser reduzidas a doenças e agravos à saúde, de forma que a sensibilidade para as questões sociais demonstrada no cotidiano do trabalho se traduza em ações planejadas e executadas por estes profissionais na perspectiva da integralidade da atenção. Esta questão requer, além de políticas de capacitação da força de trabalho que atualmente atua nestes Núcleos, maior investimento político e financeiro da gestão na proposta, além de maior compromisso das instituições formadoras com a mudança na formação dos profissionais de saúde que atuam nestes espaços, para que não se corra o risco de que esta proposta se torne um mecanismo hegemônico de contrarreforma no cerne da APS, sobretudo em contextos onde a ESF esteja fragilizada, como é o caso da realidade estudada.



## Referências Bibliográficas

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

AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; NUNES, C.A. et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-71.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M.L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*, v. 99, p. 87-93, 2008.

ARAÚJO, E.M.D.; GALIMBERTTI, P.A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol. Soc.* v. 25, n. 2, p. 461-8, 2013.

ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saude soc.*, v.22, n.1, p. 109-123, 2013.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc.*, v.13, n.3, p. 16-29, 2004.

BARBOSA, E.G.; FERREIRA, D.L.S.; FURBINO, S.A.R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. mov.*, v.23, n.2, p. 323-30, 2010.

BAUER, M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 189-217.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Res*, v.10, n.2, p.141-63, 2002.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federal do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Rede Assistencial, 2015. Disponível em: [<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11676>]. Acesso em: 15 abr, 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica; n. 27. Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 24 out. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Diário Oficial da União, 25 Jan 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 26 maio 2014.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis*, v.12, n.1, p. 11-21, 2002.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*, v.22, n.2, p.477-506, 2012.

CERVATO-MANCUSO, A.M.; TONACIO, L.V.; SILVA, E.R. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.12, p. 3289-300, 2012.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, suppl.1, p.s7-s16, 2008.

CORDEIRO, L.; SOARES, C.B. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.20, n.11, p.3581-88, 2015.

COSTA, L.S.; ALCÂNTARA, L.M.; ALVES, R.S. et al. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. *CoDAS*, v.25, n.4, p. 381-7, 2013.

COSTA, J. G. O modo tecnológico da Vigilância da Saúde e o Trabalho das equipes de Saúde da Família. 2009. 132p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

CUNHA, G.T. *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

DOURADO, I.; OLIVEIRA, V.B.; AQUINO, R. et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. *Medical Care*, v.49, n.6, p. 577-84, 2011.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v.21, n.2-3, p.164-76, 2007.

FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.11, n.3, p. 669-81, 2006.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.6, p.1171-81, 2006.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.2, p. 490-8, 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

GONCALVES, R.M.A.; LANCMAN, S.; SNELWAR, L.K. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. bras. saúde ocup.*, v.40, n.131, p. 59-74, 2015.

GURGEL, M.G.I.; ALVES, M.D.S.; MOURA, E.R.F. et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. *Esc. Anna Nery*, v.15, n.3, p. 610-15, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Sinopse do Censo Demográfico de 2015*. Rio de Janeiro, 2015.

LANCMAN, S.; GONCALVES, R.M.A.; CORDONE, N.G. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v.47, n.5, p. 968-75, 2013.

LEITE, D.C.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis*, v.23, n.4, p. 1167-87, 2013.

LEITE, D.F.; NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis*, v.24, n.2, p. 507-25, 2014.

MARX, K. *O capital*. Vol. 1, Livro 1. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Ed Civilização Brasileira, 1971.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; AQUINO, R. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*, v.29, n.12, p.2149-60, 2010.

MALTA, D.C.; SANTOS, M.A.S.; STOPA, S.R. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva*, v.21, n.2, p.327-38, 2016.

MARTINS, A.A.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. et al. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. *Physis*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 457-74, 2009.

MEDINA, M.G.; HARTZ, Z.M.A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.5, p.1153-67, 2009.

- MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.
- MENDES-GONÇALVES, RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. Cadernos CEFOR – Textos, 1. São Paulo: CEFOR, 1992.53p.
- MENDES-GONÇALVES, RB. *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*. Brasília, OPS, 1988. 68p. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, No. 6).
- MERHY, E.E. *Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo*. 2.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 148p. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva.
- MERHY, E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Dicionário da Educação e Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p 276 – 82.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.
- MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, v.9, n.3, p. 237-48, 1993.
- NAKAMURA, E.; GUTIERRES, K.A.; COHN, A. O traço normatizador das práticas das equipes do PSF. In: COHN, A. (org). *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009. p. 169-202.
- OLIVEIRA, J.A.; FLEURY, S. (IM) *Previdência Social: 60 anos de História da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. 360p.
- OLIVEIRA, L.S.; ALMEIDA, L.G.N; OLIVEIRA, M.A.S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.11, p.3047-56, 2012.
- PAIM, J.S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?. *Saúde debate*, v.36, n.94, p. 343-47, 2012.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, Série Saúde no Brasil (1), p. 11-31, 2011.
- PAIM, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.
- PAIM, J. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional? In: PAIM, J. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 99-116.
- PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: campo científico e âmbito de práticas. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. p. 59-73.

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: COSTA, M.F.L.; SOUZA, R.P. (Org.). *Epidemiologia e Saúde*. 4ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 455-66.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.1, n.1. p.75-91, 2003.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. *Rev. bras. enferm.*, v.53, n.2, p. 251-263, 2000.

RODRIGUES, D.C.M.; BOSI, M.L.M. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Nutr.*, v.27, n.6, p. 735-46, 2014.

RODRIGUES, L.B.B.; SILVA, P.C.S.; PERUHYPE, R.C. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, v.19, n.2, p. 343-52, 2014.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2014.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2010

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.10, p. 2687-702, 2012.

SARTI, T.D.; CAMPOS, C.E.A; ZANDONADE, E. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, v.28, n.3, p.537-548, 2012.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta. *Ciênc.Saúde Coletiva*, v.14, suppl.1, p.1325-35, 2009.

SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev. bras. enferm.*, v.61, n.2, p.153-158, 2008.

SOUSA, D.; OLIVEIRA, I.F.; COSTA, A.L.F. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Psicol. USP*, v.26, n.3, p.474-483, 2015.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.9, p. 2405-14, 2012.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev. bras. enferm.*, v.63, n.5, p. 762-769, 2010.

TEIXEIRA, C.; SOUZA, L.E.P.F.; PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 121-37.

TEIXEIRA, C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: mudança ou conservação? In: PAIM, JS; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

TEIXEIRA C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, v.27, v.65, p.257-77, 2003.

TEIXEIRA, C.F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo permanente. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. *Modelos de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p.

TESTA M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M.L.; KLEBA, M.E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Educ. rev.*, v.30, n.1, p. 215-44, 2014.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2005. 212p.

### **ARTIGO 3**

**O Núcleo de Apoio à Saúde da Família como espaço de (re) construção da  
identidade profissional: um estudo de caso.**

## O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESPAÇO DE (RE) CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL: UM ESTUDO DE CASO

Vladimir Andrei Rodrigues Arce

### Resumo

A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil tem demandado um processo de reorganização do trabalho no âmbito da Atenção Primária, fazendo com que profissionais historicamente formados e reconhecidos como especialistas passem a construir novas práticas de saúde com vistas à mudança no modelo hegemônico de atenção à saúde. Este processo tem provocado diversos conflitos, dentre os quais destacamos a questão da identidade profissional, que passa a ser confrontada diante de um novo contexto de ação e de socialização para estes sujeitos. Este artigo tem como objetivo descrever e analisar as trajetórias de formação e profissional dos profissionais do NASF e discutir o processo de construção/reconstrução de suas identidades profissionais a partir da inserção nas equipes de Salvador, BA. Trata-se de estudo de caso de abordagem qualitativa desenvolvido com profissionais que atuam nas equipes NASF do município. Os dados foram construídos por meio de entrevistas semi-estruturadas e diário de campo, seguidos de Análise de Conteúdo. Os resultados demonstram um movimento de negação inicial das profissões as quais se filiaram originalmente, reconhecidas como limitadas, tecnicistas e descontextualizadas, estando em curso uma construção identitária comum aos profissionais, caracterizada como autônoma, coletiva, processual e relacional, processo que tem permitido o reconhecimento de si como profissional da saúde, o que se tornou possível apenas a partir da inserção no NASF, embora tenha sido disparado, de forma incipiente, na formação. Verifica-se, desta forma, a potencialidade do NASF para a desalienação do profissional e para o rompimento com a lógica taylorizada do trabalho em saúde. A constante busca por mudanças representa a característica central no processo de constituição destes sujeitos, tornando-os atores estratégicos para a organização de processos de transformação no âmbito da saúde.

**Palavras-chave:** pessoal de saúde; saúde da família; atenção primária à saúde; prática de saúde pública; políticas públicas de saúde.



**Abstract**

The implementation of the Family Health Support Centers (NASF) in Brazil has demanded a reorganization process of the health work in the Primary Care and new health practices from professionals historically trained and recognized as experts for a view to change the hegemonic model of health care. Thus the professional identity is confronted to a new context of action and socialization for these subjects causing many conflicts in them. The article aims to describe and analyze the trajectories of training and professional NASF workers and discuss the process of construction / reconstruction of their professional identities from integration in teams of Salvador, BA. A qualitative approach was performed in a case study with professionals working in these teams NASF. Data were built through semi-structured interviews and field diary, followed by content analysis. The results show an initial denial movement of the professions which have joined originally recognizing them as limited, technician and decontextualized. Nevertheless, a common identity is being constructed by professionals, characterized as autonomous, collective, procedural and relational process has allowed the recognition themselves as health care, which was made possible only by entering the NASF, although it has been incipient in training during graduation. Thus the potential of NASF for desalienation of professional and to break with the logic of Taylorized health work. The constant search for change is the central feature in the process of setting up these subjects, making them strategic actors for the organization of transformation processes in this field.

**Key words:** health personnel, family health, primary health care, public health practice, public health policy

## Introdução

A inserção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no contexto de implementação da Política de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil promoveu a incorporação de novos profissionais à força de trabalho responsável pelo funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos territórios. Nesta nova realidade, profissionais tradicionalmente identificados como especialistas, e que geralmente trabalham em função de determinados problemas de saúde, passaram a ter suas competências profissionais ampliadas, tendo que apoiar as equipes de Saúde da Família (eqSF), ampliando o repertório e a resolutividade de suas ações, de modo a garantir a integralidade da atenção e o fortalecimento desta estratégia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012; 2008).

Estas novas competências incluem a realização de análises de situação de saúde das comunidades, trabalho colaborativo, planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais e fortalecimento de políticas públicas, dentre outras (FRAGELLI, 2013), o que tem transformado, de forma pragmática e simbólica, o lugar destes profissionais no sistema de saúde brasileiro, fazendo com que sejam, portanto, corresponsáveis pelos objetivos gerais da ESF, dentre os quais se destaca o propósito de reorientar o modelo de atenção à saúde no país (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Neste sentido, a implantação do NASF pode ser considerada um avanço para a consolidação do SUS, sobretudo pelo caráter multiprofissional de suas equipes (AQUINO et al, 2014). Entretanto, observa-se a configuração de uma situação profissionalmente desafiadora para os profissionais envolvidos, uma vez que a lógica de trabalho desta proposta não deve ser focada em práticas clínico-terapêuticas, mas sim em ações desenvolvidas em conjunto com as eqSF, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, tendo como principais ferramentas de trabalho o Apoio Matricial (CAMPOS e DOMITTI, 2007), a Clínica Ampliada (CAMPOS e AMARAL, 2007), o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto Saúde no Território (BRASIL, 2009).

Com isso, pressupõe-se que este trabalho envolva uma dimensão clínico-assistencial, que se refere à ação clínica direta com o usuário, podendo o profissional intervir em ações individuais ou coletivas que requerem competências específicas de algumas ocupações profissionais, e também uma dimensão técnico-pedagógica, que diz respeito à ação de apoio educativo com e para as equipes de Saúde da Família. Por conseguinte, o apoio ao processo

de trabalho coletivo das eqSF e a atenção prestada ao usuário devem envolver a prevenção de riscos à saúde bem como atenção específica a populações vulneráveis (BRASIL, 2014).

Essa estrutura organizativa inovadora implica, necessariamente, em um processo de reorganização do trabalho no âmbito da APS, incluindo a eqSF, o que tem colocado em xeque não apenas as práticas de saúde historicamente construídas por estes profissionais, mas também, e de maneira bastante significativa, suas formas identitárias, sendo comum observar recorrentes processos de “crise de identidade” entre aqueles que estão inseridos neste novo contexto de ação profissional. Ressalta-se que o termo “crise de identidade” aqui utilizado faz referência às frequentes queixas de profissionais em relação ao conflituoso processo de adaptação a esta nova realidade. Essa questão tem sido relacionada, dentre outros fatores, à dificuldade que estes profissionais têm de serem reconhecidos no trabalho, decorrente da sensação de não pertencimento e de invisibilidade no espaço da APS (LANCMAN et al, 2013).

Vale lembrar que situação semelhante foi vivenciada pelos médicos, cuja integração à ESF vem gerando a constituição do “médico de família” no Brasil, ainda que caracterizada por dificuldades que limitam a construção de sua identidade, considerando-se que o contexto da APS requer um perfil profissional generalista e uma atitude essencialmente flexível e humanizada, contrária às características da prática médica hegemônica, que é marcada pela tendência à especialização e tecnificação do cuidado (SOUZA e MENANDRO, 2011; ROMANO, 2008).

Entretanto, no contexto do NASF, o elemento da multiprofissionalidade não é menor, uma vez que a configuração de uma identidade para o “profissional do NASF” passa necessariamente pela relação que é estabelecida entre os diferentes sujeitos, e destes com suas trajetórias profissionais, o que tem tornado este processo complexo e dinâmico.

Assim, além das “queixas” explicitadas por profissionais que vivem esse aparente desajuste, percebe-se que, não raramente, as práticas de saúde têm sido reduzidas a aspectos técnicos e descontextualizados, orientadas pelo conhecimento específico das especialidades, sobretudo de tratamento ou reabilitação, conforme pode ser observado em diferentes estudos (AGUIAR e COSTA, 2015; RODRIGUES e BOSI, 2014; COSTA et al, 2013; LEITE, ANDRADE e BOSI, 2013; ARAÚJO, GALIMBERTTI, 2013; CERVATO-MANCUSO et al, 2012; BARBOSA, FERREIRA e FURBINO, 2010), o que está relacionado, dentre vários fatores, ao perfil dos profissionais que atuam neste espaço.

Em contrapartida, há evidências de que estas equipes têm contribuído para a construção de mudanças no âmbito da ESF, sobretudo relativas ao processo de trabalho das eqSF (VOLPONI, GARANHANI e CARVALHO, 2015), o que foi demonstrado também por este estudo<sup>11</sup>, demonstrando que o contexto de trabalho no NASF é marcado por características paradoxais e desafiadoras.

Neste sentido, cabe indagar, em específico, como a estrutura de ação do NASF está incidindo sobre a construção e reconstrução das identidades profissionais dos que nele estão inseridos, o que demanda a realização de pesquisas que possam elucidar, portanto, as características desse processo, seus limites e possibilidades, tendo em vista que este Núcleo se inscreve no conjunto de estratégias de mudança e recomposição das práticas que compõem o modelo de atenção à saúde vigente no SUS. Desta forma, diversas questões relacionadas ao trabalho do profissional do NASF passam a ter relevância para o campo científico, o que inclui, portanto, a questão da identidade profissional.

Embora não haja estudos específicos sobre a temática da identidade dos profissionais do NASF, é possível perceber o movimento das diferentes profissões da saúde no sentido de refletirem sobre as práticas que estão sendo desenvolvidas nestes Núcleos, bem como de se afirmarem como profissionais necessários à ESF, conforme observado em estudo de revisão da literatura<sup>12</sup>. Essa constatação evidencia, portanto, que a mudança no contexto de ação profissional tem gerado novas reflexões sobre o lugar destes profissionais no sistema de saúde. Este movimento, ainda incipiente, tem privilegiado as questões isoladas de cada profissão, evidenciando uma necessidade de se construir análises que considerem os profissionais na perspectiva da equipe, ou seja, como sujeitos que socializam atividades e suas biografias, e que vivenciam um processo histórico singular.

Visando contribuir com este debate, este artigo tem como objetivos descrever e analisar as trajetórias de formação e de trabalho dos profissionais que atuam no NASF e discutir o processo de construção/reconstrução de suas identidades profissionais a partir do trabalho que desenvolvem nas equipes que compõem o sistema municipal de saúde de Salvador, BA.

---

<sup>11</sup> Resultado apresentado no artigo 2 desta tese.

<sup>12</sup> Resultado apresentado no artigo 1 desta tese.

## **Formas identitárias e processos de socialização: contribuições para uma análise da realidade do NASF**

Considerando-se a relevância do tema da identidade no campo do trabalho em saúde, parte-se do entendimento de que as formas identitárias profissionais estão relacionadas às atividades de trabalho, de onde se originam, pois estas dão sentido à existência individual e organizam a vida de coletivos. Desta forma, é por meio de um processo específico de socialização, que liga educação, trabalho e carreira, que as identidades se constroem no interior de instituições e de coletivos que organizam as interações e asseguram o reconhecimento de seus membros como profissionais (DUBAR, 2012).

Neste sentido, a imersão em uma nova situação de trabalho pode possibilitar a reconstrução da identidade profissional a partir de um novo processo de socialização que se inicia e que é conjugado à trajetória de formação e sócio-profissional pregressa (DUBAR, 2005). Logo, o processo de recomposição da identidade profissional é permanente, não sendo adquirida para sempre, já que se constrói nas e pelas interações ao longo da vida (DUBAR, 2001). Ademais, a identidade está relacionada ao conceito de ator social, o que torna central a maneira pela qual os atores se identificam uns com os outros. Assim, os sujeitos, tomados como atores, possuem certa definição da situação na qual estão inseridos, que inclui uma maneira de se definir a si próprio e de definir os outros. Essa definição recorre a diversas categorias tomando a forma de argumentos que implicam interesses e valores, posições e posicionamentos.

Entretanto, as autodefinições de atores, em um contexto dado, não são estritamente determinadas pelo próprio contexto, já que cada um dos atores tem uma história que pesa em suas identidades de ator. Ou seja, a configuração identitária não se define somente em função de um campo determinado de práticas, mas também em função de sua trajetória, tanto pessoal como social. Assim, a trajetória subjetiva resulta de uma leitura interpretativa do passado e de uma projeção antecipatória do futuro, estando as identidades de ator vinculadas a formas de identificação pessoal, que são socialmente identificáveis (DUBAR, 2005).

Desta forma, existem dois eixos de identificação de uma pessoa considerada ator social. Um eixo sincrônico, ligado a um contexto de ação e de definição da situação, em um espaço dado e culturalmente marcado, e um eixo diacrônico, referente a uma trajetória subjetiva e a uma interpretação da história pessoal, socialmente construída. Assim, é na

articulação desses eixos que intervêm as maneiras como cada um se define, ao mesmo tempo como ator de um sistema determinado e produto de uma trajetória específica. Essa questão torna problemáticas as identificações, entre as oficiais, atribuídas por outros, e as subjetivas, reivindicadas por si e reconhecidas pelos outros (DUBAR, 2005).

Estas formas de identificação socialmente pertinentes em uma esfera de ação determinada são denominadas pelo autor como formas identitárias, e articulam o termo identidade ao termo socialização. Assim, há uma socialização relacional dos atores em interação em um contexto de ação, denominada de socialização das atividades, constituindo as identidades para o outro, e a socialização biográfica dos atores engajados em uma trajetória social, denominada socialização dos indivíduos, constituindo as identidades para si.

Estes dois sentidos de socialização resultam de uma concepção de ator que se define a um só tempo pela estrutura da ação e pela história de sua formação. Neste sentido, não existe nenhuma identidade essencial na história humana, sendo todas as identidades denominações relativas a uma época histórica e a um tipo de contexto social, configurando-se, portanto, como construções sociais e de linguagem. Assim, são consideradas em processos históricos e contextos simbólicos (DUBAR, 2005).

Por fim, as formas identitárias discutidas pelo autor não são identidades pessoais, no sentido de designações singulares de si, mas referem-se a construções sociais partilhadas com todos os que têm trajetórias subjetivas e definições de atores homólogas, principalmente no campo profissional. Assim, Dubar (2005) defende a centralidade do trabalho e o lugar eminente das identificações profissionais na vida social, considerando o contexto econômico e social atual de crise, não reduzindo o trabalho a uma simples troca econômica ou a uma dimensão exterior à subjetividade. Todavia, reconhece-se que a identidade no trabalho não é a única dimensão da identidade pessoal, o Si-mesmo. A subjetividade não é apenas socialmente construída, mas também intimamente trabalhada, e a questão se refere, portanto, a conhecer quais relações existem na idade adulta entre as categorias de identificação que provêm das instituições oficiais e as que emergem das interações da vida cotidiana.

No campo da saúde, pode-se dizer que a identidade está diretamente ligada à atitude transformadora em ato, na qual a noção de sujeito é vinculada ao caráter relacional e contingente das identidades e historicidades de indivíduos e grupos. Assim, a subjetividade é sempre intersubjetividade, sendo o sentido existencial dessa relação configurado como o ato de se colocar diante do Outro e engendrar as co-possibilidades de ambos e seu mundo

compartilhado, considerando-se que o que move o encontro dos sujeitos e seu mundo não se restringe ao êxito técnico das práticas de saúde, mas refere-se a um sucesso ético e estético, que possibilita o sentido existencial do sujeito (AYRES, 2001).

Afirma-se, assim, a natureza ontológica do trabalho, enquanto atividade fundante do ser social, por estabelecer as relações que constituem os coletivos, e que mudam historicamente. Neste sentido, ao transformar o objeto, o homem também se transforma, sendo o agente do processo de trabalho, que influencia e é influenciado pelo objeto, pelas atividades e pelos instrumentos utilizados (MARX, 1971), o que também se expressa no campo da saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Nesta perspectiva, a partir da criação do NASF e do estabelecimento de suas diretrizes de trabalho, configura-se um contexto de ação que implica os profissionais destes Núcleos em um processo de trabalho necessariamente relacional, onde ocorre a socialização de atividades e de biografias, sendo comum o movimento de busca por uma identidade, frequentemente disparado por um processo de autoafirmação. Tudo isso permeado pelas trajetórias, de formação e de trabalho, destes profissionais, o que torna possível a realização de uma análise sobre a questão da identidade profissional nesta realidade.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, considerando-se a aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, que são da mesma natureza (MINAYO e SANCHEZ, 2008). Para tal, foi realizado um Estudo de Caso (YIN, 2005), uma vez ser esta uma estratégia adequada para se compreender fenômenos sociais complexos, como é caso do processo de (re)construção das identidades profissionais no contexto de trabalho no NASF, cuja complexidade escapa ao controle do pesquisador, na medida em que envolve sujeitos imersos em uma situação real.

Definiu-se como cenário da pesquisa a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Salvador, partindo-se do reconhecimento de que havia um processo em curso de organização e mobilização dos profissionais que trabalham nos NASF, que teve início em 2013, e que tinha como objetivo construir espaços de articulação e formação para o trabalho que vem sendo desenvolvido no município. Desde então, foram realizados encontros periódicos dos profissionais, que apesar de terem encontrado resistência por parte da gestão

da Secretaria Municipal de saúde (SMS) no início, passaram a ser apoiados, contando com a participação de representantes dessa instituição. Este processo potencializou o surgimento de um contexto favorável ao envolvimento dos profissionais com a implantação da proposta em Salvador, o que motivou a escolha do campo para a pesquisa.

Ressalta-se que, de acordo com o Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017, a organização do modelo de atenção à saúde do município adota oficialmente como perspectiva orientadora a Vigilância da Saúde, tendo a ESF sido implantada em 2002, sendo assumida como eixo orientador e coordenador das práticas de cuidados (SALVADOR, 2014). Com uma população estimada em 2.921.087 habitantes para 2015 (IBGE, 2015), Salvador é a terceira cidade mais populosa do país, sendo a rede básica de serviços de saúde organizada em 12 distritos sanitários, com aproximadamente 30% de cobertura de ESF e 41 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), segundo dados de outubro de 2015 (BRASIL, 2015).

O município possui cobertura de 25% de Saúde Bucal, tendo aderido ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com 189 equipes de Atenção Básica e 02 NASF, e ao Programa Saúde na Escola (PSE) com 77 equipes de Saúde da Família. Também aderiu ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), tendo 62 das 112 vagas ocupadas em 2014, e ao Programa Mais Médicos, com 18 das 40 vagas ocupadas no mesmo ano. Além disso, a rede conta com 6 Centros de Especialidades Odontológicas, 9 serviços de Pronto Atendimento 24 horas, 18 Centros de Atenção Psicossocial, 3 Centros Especializados em Reabilitação, sendo 1 de gestão municipal, e 9.217 leitos na rede hospitalar, dos quais 68% são vinculados ao SUS. Ressalta-se, ainda, que 89% dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde do município são privados (SALVADOR, 2014).

Em relação aos NASF, as primeiras equipes foram implantadas em 2008 no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, após realização de estudo epidemiológico e discussão com as equipes de Saúde da Família. Desta forma, as primeiras equipes NASF foram definidas com as seguintes profissões: educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Esta composição foi posteriormente replicada para outros distritos sanitários do município, sem a realização de novos estudos locais. Foram adotados contratos de trabalho temporários, inicialmente através de seleção emergencial e, posteriormente, por Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), sendo que a partir de 2013 os profissionais passaram a ser substituídos por meio de concurso público (SALVADOR, 2010).



Atualmente o município dispõe de 11 equipes NASF (BRASIL, 2015), dando apoio a aproximadamente 100 equipes de Saúde da Família, sendo 02 delas cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) há menos de 01 ano do período de coleta de dados desta pesquisa.

Para a definição dos sujeitos que participaram da pesquisa foi adotada a técnica *Snow Ball* (BIERNACKI e WALDORF, 2002), sendo consideradas as indicações da área técnica responsável pelos NASF na SMS do município, de docentes da Universidade Federal da Bahia que desenvolveram estágios com estas equipes e dos próprios profissionais inicialmente indicados, conformando um universo de informantes-chave para a pesquisa.

Para tal, foram elaborados os seguintes critérios de inclusão: a) profissionais reconhecidos como estratégicos na implantação e no desenvolvimento do NASF em sua equipe; b) profissionais que atuavam a aproximadamente um ano na mesma equipe NASF; e c) profissionais de equipes consistidas há pelo menos um ano no CNES. A partir das indicações, buscou-se garantir ao menos um representante de cada categoria profissional que compunha o NASF em Salvador, e ao menos um profissional de cada equipe. Desta forma, foram definidos os sujeitos participantes da pesquisa, compostos por 03 psicólogas, 03 terapeutas ocupacionais, 02 assistentes sociais, 02 nutricionistas, 01 fisioterapeuta e 01 educador físico, totalizando 12 profissionais de 09 equipes NASF (APÊNDICE F).

A idade média dos entrevistados foi de 32 anos, variando de 26 a 39, sendo a ampla maioria do sexo feminino. Estes profissionais trabalhavam em média há 2 anos em suas equipes, e possuíam tempo médio de formação igual a 8,3 anos, variando entre 4 e 16 anos. 58% do total se formaram em universidades públicas e 75% não fizeram estágio na Estratégia Saúde da Família durante a graduação. 58% possuem ou estão cursando pós-graduação em área correlata ao campo da Saúde Coletiva, sendo que apenas 1 profissional possuía mestrado na área. Apenas 16% dos entrevistados possuem alguma especialização relacionada à perspectiva clínica de atuação.

Para a produção dos dados desta pesquisa foram utilizadas fontes primárias que foram acessadas a partir do uso de roteiro para entrevistas com os profissionais do NASF. Assim, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas em profundidade (GASKELL, 2002), que foram pré-agendadas diretamente com os profissionais e realizadas em sua maioria no ambiente de trabalho dos sujeitos, tendo algumas sido feitas em sala isolada na Universidade

Federal da Bahia. Ademais, foi utilizado Diário de Campo para anotação de situações e impressões subjetivas relevantes para a pesquisa.

A análise foi feita conforme os pressupostos da Análise de Conteúdo (BAUER, 2002), tendo como referência teórica a perspectiva da socialização no processo de construção das formas identitárias de Dubar (2005), a partir do estudo de suas dimensões biográfica e relacional, na codificação e na análise propriamente dita dos dados relacionados à construção da identidade dos profissionais neste processo. Para tal, foi construída uma matriz de análise (APÊNDICE I), que buscou dar conta dos processos envolvidos na construção/reconstrução da identidade profissional dos trabalhadores do NASF.

Desta forma, para se analisar a identidade profissional, categoria analítica desta pesquisa, foram investigadas as três dimensões de socialização vivenciadas pelos profissionais em suas trajetórias, e que se configuraram como as categorias operacionais do estudo, a saber: a) a trajetória de formação profissional dos trabalhadores do NASF (APÊNDICE O); b) a trajetória sócio-profissional, ou movimentos de emprego, do período anterior à entrada destes sujeitos no Núcleo (APÊNDICE P); e c) o contexto de atuação atual, ou o trabalho propriamente dito no âmbito do NASF (APÊNDICE Q), que se refere a como os profissionais percebem e definem seu trabalho e a si mesmos neste contexto.

Esta pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos previstas na Resolução no. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo garantidos os princípios éticos da pesquisa científica. Assim, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE H) em duas vias. Ressalta-se que esta pesquisa integra projeto de pesquisa “Análise da implantação e dos processos de trabalho desenvolvidos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Salvador, Bahia”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgar Santos/UFBA, sob o parecer de número 473.854, de 29 de novembro de 2013 (ANEXO 1).

## **Resultados**

**Trajetórias de formação: motivações, características marcantes e percepções acerca do processo de socialização vivenciado.**

Foi possível observar algumas congruências em relação às motivações que levaram os sujeitos a decidirem por seus cursos de graduação. Os entrevistados relatam que conheciam superficialmente as diferentes profissões da área, comentando que suas escolhas foram influenciadas por características de personalidade e vivência em outros âmbitos, sobretudo familiar e educacional. De um modo geral, as respostas permitem pensar que isto contribuiu para a construção de uma perspectiva assistencialista, reproduzindo assim uma visão hegemônica acerca do cuidado em saúde.

Nesse sentido, a decisão da maioria dos entrevistados pela área da saúde parece ter se dado com alguma facilidade, o que também se aplica aos profissionais da área de humanas (psicologia e serviço social), ainda que quase todos tenham tentado mais de uma graduação no momento em que realizaram seus vestibulares, evidenciando incertezas acerca da escolha específica. Duas entrevistadas, inclusive, buscaram ajuda profissional para decidirem o que estudar, tendo outra se decidido somente a partir da realização de uma análise sobre as possibilidades de inserção no mercado de trabalho. Apenas uma afirmou ter tido clareza da escolha da profissão.

Em relação ao processo de formação vivenciado em seus cursos, também foi possível perceber o predomínio de elementos similares nas trajetórias da maioria destes profissionais, uma vez que seus currículos centravam-se em torno do estudo de patologias, do aprendizado da prática clínica individual e da aquisição de habilidades essencialmente técnicas, com dissociação entre teoria e prática, e pouca inserção em serviços públicos de saúde. A maioria dos entrevistados relata que percebiam a existência destas discrepâncias, a ponto de vivenciar “momentos de dúvidas em relação à permanência nos cursos”, ao não se identificar com esta proposta de formação e de trabalho (N1, N2, N3, N4, N6, N7, N9, N10). Vale ressaltar que apenas os profissionais do Serviço Social e da Educação Física admitiram concordar com os eixos centrais de suas formações, que foram caracterizadas como “ampliadas, críticas e não tecnicistas” (N8, N11, N12), ainda que não fossem relacionadas diretamente à saúde.

Alguns destes entrevistados apontam que, em função da discordância com o projeto pedagógico dos cursos, começaram a desenvolver um maior interesse em “abordagens coletivas de trabalho em saúde” (N3, N4, N5, N6, N7). Neste particular, o contato com o campo da Saúde Coletiva demonstrou ter sido “fundamental” para que estes sujeitos prosseguissem em seus cursos, o que aconteceu principalmente por meio de projetos de pesquisa e extensão (N4, N9). Processo similar ocorreu com uma dos entrevistadas que atribuiu este papel ao campo da Psicologia Social (N1). Ainda assim, o lugar da Saúde

Coletiva nos currículos foi apontado como “marginal” por todos os entrevistados, chegando a ser “inexistente” para alguns.

A maioria dos profissionais se aproximou de forma significativa a movimentos políticos em suas graduações. Sete dos entrevistados tiveram relação com o movimento estudantil, tendo a maioria atuado em centros e diretórios acadêmicos, motivada, sobretudo, por questões relacionadas à “estruturação de seus cursos” (N1, N5, N6, N7, N8, N10), “assistência estudantil” (N8, N9), à “luta em defesa do SUS” (N5, N7, N10) e pela “reorientação dos currículos” (N5, N7, N10). Esta participação no movimento estudantil foi “essencial para a formação crítica e política” (N1, N4, N5, N7, N10), sendo que parte importante dos conhecimentos relacionados ao SUS foi construída nestes espaços de militância. Além disso, outros 3 profissionais chegaram a se aproximar de outros movimentos durante a graduação, como movimento negro (N9), movimento político partidário no campo da esquerda (N4) e associação de pais de pessoas com deficiência (N6), os quais também foram considerados marcos importantes para a formação profissional e pessoal.

Quanto à contribuição dos cursos profissionalizantes para o trabalho que desenvolvem no NASF, os entrevistados reconhecem a insuficiência de conhecimentos e métodos adequados, apontando principalmente os “limites da formação em Saúde Coletiva”, área que consideram essencial para o trabalho atual. As experiências vividas em outros espaços de aprendizagem, como projetos de pesquisa, extensão e, sobretudo, a aproximação a movimentos de organização política, especialmente o movimento estudantil, foram apontadas, entretanto, como fundamentais, por terem dado “subsídios importantes para a prática que desenvolvem e para a construção de uma concepção ampliada de saúde” (N1, N4, N5, N7, N9).

Verificou-se, portanto, que foi comum o sentimento de não “filiação” da maioria dos entrevistados à cultura político-institucional de seus cursos, bem como o processo recorrente de estranhamento dos demais sujeitos envolvidos nesta socialização, como professores e colegas de curso, que não os reconheciam como pares, reforçando “crises de auto-reconhecimento” destes sujeitos. Entretanto, paradoxalmente, este processo foi apontado por vários profissionais como positivo em suas trajetórias, sobretudo por ter demandado uma “postura mais ativa em relação à própria formação” (N5), levando-os a “desenvolverem novas habilidades e capacidades necessárias para o trabalho em saúde”. Ressalta-se que 4 sujeitos (N9, N10, N11, N12) afirmaram não ter passado necessariamente por este tipo de conflito, incluindo aqueles cujos cursos não possuíam um enfoque estritamente clínico de formação.

**Trajetórias sócio-profissionais prévias ao NASF: principais movimentos de emprego, características marcantes e percepções acerca do processo de socialização vivenciado.**

Os principais espaços de atuação profissional prévia ao NASF dos entrevistados estavam relacionados a projetos multiprofissionais em âmbitos diversificados, e que demandavam práticas nas quais o fazer técnico específico não era central em suas abordagens, ainda que fossem permeadas por conhecimentos oriundos de seus núcleos profissionais. Assim, foi possível identificar experiências de socialização na “gestão de programas e políticas de saúde” (*N1, N6, N11*), na “formação de estudantes” (*N3, N7*) e profissionais por meio das universidades, na “execução de projetos sociais de mobilização de jovens e qualificação de trabalhadores” (*N10*) e em serviços não convencionais de cuidado à saúde (*N6*), como “brinquedotecas”. A maioria destes espaços estava relacionada ao setor público, prevalecendo vínculos precários de trabalho. Ademais, 4 destes sujeitos cursaram residência multiprofissional em saúde da família (*N3, N5, N7, N10*).

Os espaços clínicos convencionais, como consultórios privados, atendimentos domiciliares ou serviços ambulatoriais, não se configuraram como locais privilegiados de atuação destes sujeitos. Desta forma, embora 5 profissionais tenham trabalhado numa perspectiva de atendimento clínico individual (*N5, N6, N7, N9, N10*), 2 destes referem ter passado rapidamente por esta experiência enfrentando dificuldades de adaptação, uma por não conseguir estabelecer uma relação de “cobrança pelos serviços prestados” (*N5*), e outra pelo “excesso de atividades e condições inadequadas de trabalho” (*N9*), que afetavam sua autonomia, o que considerava “alienante”. Outras 3 seguem desenvolvendo suas atividades clínicas no campo da reabilitação (*N6, N7, N10*), de forma paralela ao trabalho no NASF, seja em atendimentos domiciliares privados, seja em instituições especializadas em reabilitação, pública e privada, ainda que 2 destas profissionais afirmem buscar construir uma prática diferenciada e questionadora de propostas essencialmente tecnicistas e centradas na doença.

Ressalta-se, ademais, que ao menos dois profissionais relataram ter desenvolvido práticas consideradas mais específicas de suas profissões por motivos financeiros, o que os levou a se inserirem no campo da “produção industrial” (*N9*) e no “trabalho fiscal em conselho de classe” (*N12*), atividades que não exercem mais. Ademais, uma profissional teve

experiência atuando em “assessoria a estudantes de colégios privados” (N2) dando continuidade ao que desenvolvia em sua graduação, também não exercendo mais atualmente.

Em relação a estas experiências, a maioria dos entrevistados pontuou como características marcantes de seus trabalhos a possibilidade de conduzir uma prática não medicalizante. Neste sentido, o trabalho multiprofissional foi uma realidade para 7 profissionais (N1, N3, N5, N6, N10, N11, N12), sendo que 3 já tinham trabalhado em outro NASF. Cinco entrevistados vivenciaram situações comunitárias de atuação, em geral relacionadas a “populações consideradas socialmente vulneráveis” (N1, N2, N8, N11, N12), o que permitiu a construção de habilidades para o desenvolvimento de um trabalho com enfoque coletivo. Os sujeitos que vivenciaram uma prática mais direcionada para o atendimento clínico reforçaram que esta era diferenciada, pois “atuavam a partir de uma perspectiva social do processo saúde-doença” (N6, N10), o que implicava em “práticas ampliadas de cuidado em saúde” (N7).

Pelo exposto, constata-se que foi possível perceber a existência de uma postura crítica e problematizadora entre a maioria dos sujeitos, a qual se expressa no cotidiano do trabalho no NASF por meio de posições propositivas em relação a mudança de atitudes consideradas cristalizadas em seus trabalhos.

### **O contexto atual de trabalho no NASF: motivações, características do trabalho e percepções acerca do processo de socialização e de si mesmos.**

Em relação ao contexto de ação em questão, observou-se que as principais motivações que levaram a maioria dos profissionais a se inserir no NASF estão relacionadas à possibilidade de “participar de uma proposta com enfoque coletivo” (N3, N4, N5, N6, N7, N8, N9, N10, N12), considerada diferenciada e orientada por uma “perspectiva ampliada de cuidado em saúde” (N4, N5), sobretudo por contemplar a atenção às famílias em contextos territoriais. Neste sentido, foram feitas alusões à “construção de um novo modelo de atenção” (N3, N4, N5), orientado por práticas de prevenção de riscos e promoção da saúde, de forma que o “hospital não se configurasse como a única possibilidade de cuidado para os usuários” (N3).

Quatro profissionais pontuaram que este era um objetivo vislumbrado desde a época da graduação, e outros 3 afirmaram ter conhecido a proposta do NASF somente em

experiências de residências multiprofissionais em saúde da família, tendo todos se afinado com os pressupostos gerais da proposta. Três entrevistadas fizeram referência também ao fato de terem buscado sair de empregos que não as motivavam (N1, N9, N11), principalmente porque lidavam “somente com usuários doentes” (N9), incluindo alguns em situação que “demandava cuidados paliativos” (N11), o que foi considerado “desgastante e adoecedor”.

Ademais, 4 sujeitos apontaram como uma motivação a mais a “busca por estabilidade profissional e financeira” (N2, N3, N7, N12), o que não tinham até então, e 2 fizeram referência a “exclusão de outras possibilidades de lotação no concurso” (N11, N12), com as quais não se identificavam, a exemplo da inserção em atividades gerenciais ou em serviços especializados de reabilitação.

Os entrevistados, de forma geral, definiram o NASF como uma equipe que trabalha em função de apoiar as equipes de Saúde da Família. Entretanto, ressaltaram que se trata de um apoio considerado *orgânico* ao trabalho destas equipes, pois vai *além de uma prática pontual de retaguarda*, com presença contínua e cotidiana, que se configura necessariamente em função das características do lugar onde trabalham. Ressalta-se também a frequência com que se referem à ideia de *trabalho coletivo enquanto espaço de construção e reconstrução de práticas das equipes de Saúde da Família*, e não apenas o *somatório de diferentes especialidades*. Ainda sobre esta questão, apenas 1 profissional definiu o NASF como “espaço de agrupamento de especialistas” (N11) que trabalham essencialmente em função do que é demandado pelas equipes de SF.

Em relação às principais características deste trabalho, todos os profissionais ressaltaram a *centralidade da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade*, ressaltando o caráter *processual* e necessariamente *relacional* do NASF, o que demanda “disponibilidade, atitude crítica e habilidades de um generalista”. Caracteriza ainda este trabalho a “necessidade permanente do planejamento coletivo” (N5), levando-se em conta que são “as características da população e do território (que) definem o eixo orientador do trabalho do NASF” (N10), em detrimento do privilegiamento das características específicas do perfil profissional de cada sujeito. Ademais, identificou-se o “caráter permanentemente formador” (E) do próprio trabalho.

Em relação às diferenças deste trabalho para os anteriormente vivenciados, 11 entrevistados ressaltaram o fato do trabalho em equipe ser considerado efetivamente *interdisciplinar*, por demandar que o profissional necessariamente *transite por diferentes*

*áreas do conhecimento*. Além disso, apontou-se a importância de uma *prática generalista* construída a partir das necessidades de saúde da população, e não apenas do perfil técnico ou do interesse do profissional, cabendo ressaltar que tal prática é *ampliada na medida em que inclui atividades de planejamento, gerenciamento e mobilização social*, dentre outras. Neste particular, foram feitas referências à *autonomia* da equipe em relação ao trabalho, chamando-se a atenção para o fato deste ser “dinâmico, não se estruturando a partir de uma lógica produtivista” (N4, N5, N6, N7, N9), o que permite o exercício de “reflexão e criatividade”. Nesse sentido, enfatiza-se que o profissional tem mais condições de gerenciar seu próprio trabalho, ainda que este resulte “mais lento” (N2), pois depende do andamento do trabalho das equipes de Saúde da Família, com o qual é imbricado, nem sempre estando estas equipes disponíveis para uma ação conjunta.

Compõem também as características do trabalho na realidade estudada o fato destes núcleos estarem inseridos em um contexto de “desestruturação e fragilidade da ESF”, (N4, N5, N7, N11), o que está associado à “falta de capacitação e de condições adequadas de trabalho”, dificultando o trabalho do NASF. Estas questões se relacionam ao lugar que este Núcleo ocupa no contexto da ESF no município, segundo os profissionais. Para todos, há “pouco investimento político, técnico e financeiro da gestão municipal na proposta”, o que se estende à Atenção Básica como um todo, sendo comum a “sensação de invisibilidade e subutilização” (N5, N7, N11). Também há resistência por parte de algumas “eqSF que demandam uma perspectiva essencialmente ambulatorial ao NASF” (N2, N3, N5, N6, N10), e que se sentem incomodadas por esta não ser a proposta do Núcleo. Entretanto, 6 entrevistados afirmam que a relação com as demais equipes está “melhorando progressivamente”, a partir de pequenas mudanças que têm provocado uma redefinição do papel destes Núcleos nos distritos sanitários, o que tem feito a gerência “enxergar as potencialidades estratégicas do NASF para a reorientação do trabalho das eqSF” (N12).

Por fim, em relação às percepções que os profissionais têm de si mesmos no contexto de trabalho que vem sendo vivenciado no NASF em Salvador, 11 entrevistados afirmam que “se reconhecem como profissionais do NASF”, sendo os principais motivos para esta expressiva identificação com a proposta a “característica coletiva de trabalho”, que “permite um aprendizado constante por meio do próprio trabalho” a partir de um processo permanente de reflexão e reorientação profissional. Além disso, pontuam que o reconhecimento que fazem de si mesmos como profissionais do NASF está relacionado à possibilidade de “se



perceberem efetivamente como profissionais da saúde”, extrapolando os limites dos núcleos profissionais dos quais se originam.

Foi ressaltada também a “capacidade específica do profissional do NASF em vivenciar todos os momentos do processo de trabalho” (N9) desde sua concepção à execução final, garantindo maior autonomia e pertencimento ao trabalho. Apenas 1 entrevistada demonstrou estar em conflito em relação ao NASF (N11), alternando momentos de identificação com momentos de estranhamento com a proposta, sobretudo por se questionar se não “deveria, diante da grande demanda reprimida da população, atuar numa perspectiva ambulatorial de atenção à saúde fora do NASF”.

Estas percepções são reforçadas pelas mudanças que os profissionais afirmam estarem passando a partir do trabalho que constroem no NASF. Estas são centradas, sobretudo, na construção de uma identidade que extrapola a profissão, vista até então como essencialmente técnica, e que agora passa a ser configurada em função da equipe, de forma estratégica e relacional, sendo comum a referência a um processo de transformação no qual *o técnico torna-se profissional da saúde*. Neste sentido, novas habilidades foram construídas e passaram a fazer parte do cotidiano das atividades no NASF, tais como “capacidade de articular a rede de serviços e de atores no território, mediar e planejar ações, comunicar-se, agir de forma horizontal e menos prescritiva em relação ao usuário, colocar-se no lugar do outro e antecipar problemas, inovar-se e ser responsável pelo próprio processo de capacitação e, ainda, exercer processos participativos e romper com posições consideradas cristalizadas”.

Estas questões vêm conformando o profissional do NASF, segundo os próprios entrevistados, que o definem, a partir de suas experiências concretas, como um profissional generalista que está em constante transformação, e que é caracterizado principalmente pela superação dos limites profissionais clássicos e pelo engajamento em processos que disparem mudanças nas formas de se organizar e prestar a atenção à saúde na APS.

## **Discussão e conclusões**

O fato dos processos de socialização vivenciados nas trajetórias dos sujeitos desta pesquisa terem apresentado características semelhantes reforça a perspectiva sobre a qual se apóia este estudo, e que diz respeito à conformação de uma situação na qual as trajetórias subjetivas e os contextos de ação em que se inseriram podem ser considerados homólogos,

sendo esta uma importante base para o surgimento de uma forma identitária profissional, conforme aponta Dubar (2005).

Vale ressaltar o papel de dois processos específicos de socialização marcantes nas **trajetórias de formação**: o primeiro se refere à aproximação que a maioria teve com o campo da Saúde Coletiva, que embora tenha sido incipiente, potencializou a qualificação da crítica à formação tecnicista e descontextualizada de seus cursos, reafirmando, assim, a característica disparadora de processos de mudança/transformação da realidade que é inerente ao campo (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 1998); o segundo diz respeito à aproximação, ou mesmo inserção, de parte importante destes sujeitos em movimentos sociais, especialmente o movimento estudantil, evidenciando uma capacidade política de ação, reivindicatória e propositiva, que caracteriza o sujeito militante (GOHN, 2011; TESTA, 2005; REIS, SOARES e CAMPOS, 2010).

Esta constatação, em particular, ainda que tenha sido provocada a partir do processo de formação destes sujeitos em seus cursos de graduação, ressalta a importância da participação social na composição da identidade profissional, especialmente na área de saúde, na qual tem ocorrido uma grande politização a partir do movimento pela RSB (PAIM, 2008), o que, no caso dos profissionais entrevistados, evidencia o entrelaçamento entre a prática técnica na saúde coletiva e a prática política, o que certamente se expressa também na configuração identitária destes sujeitos.

De forma geral, as interações construídas em tais processos de socialização permitiram que a perspectiva assistencialista do cuidado em saúde desse lugar à noção de integralidade da atenção à saúde no sentido da garantia do direito à saúde, implicando estes sujeitos a assumirem uma postura protagonista na defesa do SUS, que passou a ser o principal espaço agregador não apenas de lutas, mas também das perspectivas de inserção profissional. Em outras palavras, tais sujeitos perceberam o espaço do SUS como a possibilidade de atuação e de reconhecimento profissional, o que não foi garantido apenas pelo processo formativo.

Já as **trajetórias sócio-profissionais prévias ao trabalho no NASF** trouxeram implicações na consolidação de uma característica até então pouco explorada na formação destes sujeitos: a multiprofissionalidade (PEDUZZI, 2003). Esta se expressou de maneira significativa em suas trajetórias, sobretudo em espaços ampliados de atuação profissional que não se restringiam à atuação clínica tradicional. Desta forma, percebe-se uma tendência destes sujeitos a ocuparem espaços que demandam menos conhecimento técnico específico e mais

ação estratégica em suas atividades, o que foi potencializado a partir das interações estabelecidas com profissionais de formações distintas que desempenhavam funções semelhantes.

Conforma-se, assim, uma prática contrária ao tecnicismo e à medicalização, características históricas do trabalho em saúde no sistema capitalista (MERHY, 2014), evidenciando o aprofundamento de uma forma identitária que rompe com a lógica baseada no modelo centrado em diagnóstico e conduta terapêutica, sendo comum a referência à afirmação de um profissional humanizado, engajado, que considera o contexto social e não se limita ao fazer técnico específico, ainda que este processo se expresse em diferentes medidas na realidade destes profissionais.

Portanto, nota-se que a demarcação da diferença em relação a seus pares, inicialmente construída durante o processo de formação, dá lugar à busca pela convergência entre os que são originalmente distintos, mas que começam a construir espaços de reconhecimento entre si. Entretanto, este processo apresentou importantes limitações oriundas das características dos contextos de ação em que estes profissionais se inseriram, uma vez que, mesmo diante da possibilidade de interação multiprofissional, as capacidades de criação e intervenção eram limitadas. Esta questão se expressa claramente na abordagem clínica que alguns chegaram a desenvolver, pois mesmo buscando construir uma prática ampliada de cuidado, esbarravam nos limites do serviço especializado, para alguns, e da própria lógica comercial do sistema privado, para outros, fazendo com que suas práticas e, conseqüentemente, suas identidades, fossem permanentemente constrangidas por este contexto, devendo se ater à profissionalidade, ainda que de uma forma menos convencional.

Em relação ao **contexto atual de trabalho no NASF**, observa-se que as motivações que fizeram a maioria se inserir neste espaço de trabalho têm relação direta com o movimento de formação identitária que já vinha sendo construído paulatinamente na trajetória destes profissionais, e que diz respeito fundamentalmente a uma perspectiva que se orienta pela coletividade e pela necessidade de construir novas práticas, criadas ou reconstruídas a partir do compartilhamento entre diferentes profissionais, visando superar a fragmentação do cuidado (PIRES, 2000).

Neste sentido, observa-se que os profissionais compreendem que o NASF, para além de uma ferramenta institucional de apoio às eqSF, caracteriza-se como um trabalho que tem organicidade com a APS, assumindo a condução de processos centrais no campo do cuidado

em saúde, dadas as dificuldades que marcam sua estruturação, o que tem permitido aos sujeitos se reconhecerem fortemente como parte integrante da proposta, refutando perspectivas que apontem para uma identidade meramente acessória ou coadjuvante.

Essa perspectiva tem possibilitado reflexões permanentes sobre o próprio trabalho destes sujeitos, já que a estrutura de ação institucionalmente proposta para o NASF produz problemas e desafios cotidianos, colocando-os numa posição de se transformarem para e pela realidade do trabalho concreto que desenvolvem nos territórios, reafirmando a perspectiva ontológica do trabalho em saúde, que determina estes sujeitos não apenas como força produtiva, mas também possibilita a expressão e realização de si mesmos (NETTO e RAMOS, 2004), o que passa tanto pela organização tecnológica do trabalho em saúde que desenvolvem quanto pelas competências profissionais construídas ao longo do processo de formação (SISSON, 2009).

Uma importante característica diferencial do NASF identificada nesta pesquisa diz respeito ao grau de autonomia que os profissionais possuem em relação ao seu trabalho, que não sofre a mesma pressão produtivista percebida em outros serviços, permitindo à equipe maior controle sobre o próprio trabalho. Esta característica demonstra que, em alguma medida, rompe-se com a lógica taylorizada do trabalho em saúde frequentemente observada no modelo hegemônico de atenção à saúde (MERLO e LAPIS, 2007), o que reflete diretamente sobre o profissional, que se desloca do lugar de executor de tarefas pré-estabelecidas e reificadas, passando a ser responsável também pelo trabalho intelectual, ou seja, pelo planejamento do próprio trabalho. Verifica-se, desta forma, a potencialidade da estrutura de ação do NASF para a desalienação do profissional e a formação de sujeitos sociais, o que é apontado por Paim (2006) como necessário para a consolidação de agentes de práticas transformadoras no âmbito da saúde.

Contudo, este contexto de ação também é marcado por pouco investimento político e financeiro, o que tem propiciado certa invisibilidade do NASF no contexto da ESF no município, que também sofre com a desestruturação e com a hegemonia do modelo médico assistencial privatista de atenção à saúde. Isso tem dificultado o desenvolvimento da proposta com um todo, ainda que, em alguma medida, também provoque o aprofundamento do amadurecimento político destes profissionais, que têm reagido às adversidades do trabalho buscando maior articulação entre as diferentes equipes NASF e participação ativa em movimentos de luta no campo da saúde.

Esta retomada da perspectiva mobilizatória, agora em um contexto de ação marcado pelo trabalho interdisciplinar e autônomo, tem levado à constituição de atores políticos (TESTA, 2005) importantes no cenário da saúde no município, que partem necessariamente das interações construídas no trabalho, e que se expressam em relações técnicas e sociais mais democráticas, ainda que os questionamentos sobre si mesmos sigam fazendo parte do cotidiano de trabalho destes sujeitos.

Os resultados desta pesquisa reforçam a tese de que a inserção de novos profissionais na lógica da ESF é uma ação complexa, que implica em questões políticas, organizativas e subjetivas, uma vez que novos sujeitos trazem consigo suas histórias, pessoais e profissionais, que remetem tanto às experiências individuais de formação e de trabalho quanto à construção histórica das profissões e dos lugares que estas ocupam no sistema produtivo e na sociedade. Assim, em relação ao NASF, considera-se que os profissionais, ao passo em que buscam transformar as necessidades de saúde da população, também estão sendo transformados, em um processo marcado não só por conflitos, mas também pela possibilidade de emergência de novas práticas de saúde no âmbito da APS, o que tem conformado um terreno fértil para a reconstrução das identidades destes profissionais.

Pelo exposto, e a despeito da identidade dos atores da Saúde Coletiva não ser totalmente percebida na produção científica brasileira (SILVA e PINTO, 2013), pode-se concluir que a identidade profissional dos sujeitos inseridos no NASF vem sendo reconstruída a partir de uma grande identificação com a proposta de trabalho vivenciada nos territórios. Nota-se um movimento de construção identitária comum aos profissionais que estão vivenciando esta situação, expressa pela negação inicial das características históricas das profissões as quais se filiaram originalmente, que passam a ser reconhecidas como limitadas, tecnicistas e descontextualizadas.

Considerando-se o papel do trabalho na modificação do homem, e sendo a identidade do profissional da saúde construída diretamente no trabalho vivo em ato, verifica-se que o desenvolvimento de novas práticas, engendradas em uma configuração de organização do trabalho diferenciada daquelas até então vivenciadas, criou efetivamente condições para a constituição de uma nova forma identitária para estes sujeitos. Esta se configura, portanto, como essencialmente estratégica e relacional, por isso em permanente construção, forjada apenas em situação de trabalho em equipe, o que oportuniza uma ação generalista e necessariamente transformadora, relacionando-se diretamente a uma práxis em saúde.

Portanto, pode-se afirmar que a constante busca por mudanças representa a característica central no processo de constituição destes sujeitos na realidade estudada.

Trata-se, em última instância, de um movimento de encontro ao que deveria ter sido a essência da constituição dos profissionais de saúde, mas que se tornou marginal pela hegemonia do modelo médico assistencial privatista na sociedade. Ao se constatar, portanto, que o modo como se organiza o trabalho no NASF permite o emergir desta contradição, sugere-se que esta seja explorada no sentido de se potencializar a inserção destes novos atores na APS, de modo a se fortalecer, efetivamente, a necessária, e atualmente enfraquecida, perspectiva transformadora na saúde.

De todo modo, verifica-se que a identidade que vem sendo construída por estes profissionais que atuam no NASF em Salvador, e que são reconhecidos por suas posições de liderança e protagonismo em suas equipes, representa uma potencialidade para o fortalecimento do processo de reorientação do modelo de atenção à saúde na realidade estudada, sobretudo em relação a promover mudanças nas práticas das equipes de Saúde da Família, tendo em vista não apenas o caráter mobilizador e crítico de suas configurações identitárias, mas também o modo como se configura o modelo de organização do trabalho no NASF, que não sofre a mesma pressão produtivista que as eqSF, representando uma janela de oportunidade a ser explorada.

### **Referências Bibliográficas**

AGUIAR, C.B.; COSTA, N.M.S.C. Formação e atuação de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Nutr.*, v.28, n.2, p.207-16, 2015.

AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; NUNES, C.A. et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-71.

ARAÚJO, E.M.D.; GALIMBERTTI, P.A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol. Soc.* v. 25, n. 2, p. 461-8, 2013.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

BARBOSA, E.G.; FERREIRA, D.L.S.; FURBINO, S.A.R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. mov.*, v.23, n.2, p. 323-30, 2010.

BAUER, M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 189-217.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Res*, v.10, n.2, p.141-63, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Rede Assistencial, 2015. Disponível em: [<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11676>]. Acesso em: 15 abr, 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112p.

BRASIL. Portaria GM nº 3124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União 31 dez. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html). Acesso em: 15 dez. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica; n. 27. Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Diário Oficial da União, 25 Jan 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 26 maio 2014.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.4, p.849-59, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.2, 399-407, 2007.

CERVATO-MANCUSO, A.M.; TONACIO, L.V.; SILVA, E.R. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.12, p. 3289-300, 2012.

COSTA, L.S.; ALCÂNTARA, L.M.; ALVES, R.S. et al. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. *CoDAS*, v.25, n.4, p. 381-7, 2013.

DUBAR, C. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. *Cadernos de Pesquisa*, v.42, n.146, p.351-367, 2012.

DUBAR, C. *A socialização*. Construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 343p.

DUBAR, C. Identidade profissional em tempos de bricolage. *Contemporaneidade educ*, v. 6, n.9, p.152-56, 2001.

FRAGELLI, T.B.O. Análise das competências profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2013. 176p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2013.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

GOHN, M. G. *Teorias dos Movimentos Sociais: Paradigmas Clássicos e Contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 2011.

LANCMAN, S.; GONCALVES, R.M.A.; CORDONE, N.G. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v.47, n.5, p. 968-75, 2013.

LEITE, D.C.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis*, v.23, n.4, p. 1167-87, 2013.

MARX, K. *O capital*. Vol. 1, Livro 1. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Ed Civilização Brasileira, 1971.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, v.9, n.3, p. 237-48, 1993.

MERHY, E.E. *Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo*. 2.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 148p. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva.

MERLO, Á.R.C.; LAPIS, N.L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicol. Soc.*, vl.19, n.1, p.61-68, 2007.

NETTO, L.F.S.A.; RAMOS, F.R.S. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 12, n.1, p. 50-7, 2004 .

PAIM, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.



- PAIM, J. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. 154p.
- PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. *Rev. Saúde Pública*, v.32, n.4, p.299-316, 1998.
- PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. *Rev. bras. enferm.*, v.53, n.2, p. 251-263, 2000.
- PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.1, n.1. p.75-91, 2003.
- REIS, A.M.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. Processo saúde-doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. *Saude soc.*, v.19, n.2, p.347-57, 2010.
- RODRIGUES, D.C.M.; BOSI, M.L.M. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Nutr.*, v.27, n.6, p. 735-46, 2014.
- ROMANO, V.F. A busca de uma identidade para o médico de família. *Physis*, v.18, n.1, p. 13-25, 2008.
- SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2014.
- SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2010.
- SILVA, V.O.; PINTO, I.C.M. Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.46, p.549-60, 2013.
- SISSON, M.C. Identidades profissionais na implantação de novas práticas assistenciais. *Rev. bras. educ. med.*, v.33, suppl.1, p. 116-22, 2009.
- SOUZA, L.G.S.; MENANDRO, M.C.S. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. *Physis*, v. 21, n. 2, p. 517-39, 2011.
- TESTA, M. Vida: Señas de Identidad (Miradas al Espejo). *Salud colectiva*, Lanús, v. 1, n. 1, p. 33-58, 2005.
- VOLPONI, P.R.R.; GARANHANI, M.L.; CARVALHO, B.G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. *Saúde debate*, v.39, n.spe, p.221-31, 2015.
- YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2005. 212p.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa reconheceu e discutiu a contribuição da inserção nos NASF para a reconstrução das identidades profissionais dos sujeitos que integram estas equipes no município de Salvador, Bahia. Neste processo, reconhece-se como limite da pesquisa a impossibilidade de se generalizar tais resultados para outras realidades, por se tratar de um estudo de caso específico. Todavia, os resultados encontrados apontam para a potencialidade destes Núcleos no processo de revigoração da Atenção Primária à Saúde, na medida em que atualiza e cria condições para a conformação de novas práticas de saúde, bem como de novos sujeitos que estejam implicados na retomada do projeto da Reforma Sanitária brasileira.

Esta questão se faz mais necessária do que nunca, considerando a conjuntura política de desmonte do SUS que vem se desenhando nos últimos anos, e que tem se agravado recentemente com a crise econômica e política do país. Neste sentido, a forma identitária essencialmente estratégica e relacional que vem sendo conformada por estes profissionais oportuniza uma ação generalista e necessariamente transformadora no campo da saúde. Ou, em outras palavras, uma práxis em saúde, que deve ser fomentada.

## REFERÊNCIAS

- AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; NUNES, C.A. et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-71.
- ARAÚJO, E.M.D.; GALIMBERTTI, P.A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol. Soc.* v. 25, n. 2, p. 461-8, 2013.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.
- BARBOSA, E.G.; FERREIRA, D.L.S.; FURBINO, S.A.R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. mov.*, v.23, n.2, p. 323-30, 2010.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112p.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica; n. 27. Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Diário Oficial da União, 25 Jan 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 26 maio 2014.
- CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis*, v.12, n.1, p. 11-21, 2002.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.2, 399-407, 2007.
- CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.4, p.849-59, 2007.
- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança, revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-87.
- CAMPOS, G.W.S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformada e ampliada. In: CAMPOS GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 51-67.

- CERVATO-MANCUSO, A.M.; TONACIO, L.V.; SILVA, E.R. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.12, p. 3289-300, 2012.
- COSTA, L.S.; ALCÂNTARA, L.M.; ALVES, R.S. et al. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. *CoDAS*, v.25, n.4, p. 381-7, 2013.
- COSTA, J. G. O modo tecnológico da Vigilância da Saúde e o Trabalho das equipes de Saúde da Família. 2009. 132p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- DOURADO, I.; OLIVEIRA, V.B.; AQUINO, R. et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. *Medical Care*, v.49, n.6, p. 577-84, 2011.
- DUBAR, C. *A socialização*. Construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 343p.
- FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, v.20, n.6, p.1869-1878, 2015.
- GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.6, p.1171-81, 2006.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.
- GOMES, R.M.; SCHRAIBER, L.B. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface (Botucatu)*, v.15, n.37, p.339-50, 2011.
- HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A Trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C. et al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 481-502.
- KADT, E., TASCA, R. *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde*. São Paulo-Salvador: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1993. 107p.
- LEITE, D.C.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis*, v.23, n.4, p. 1167-87, 2013.
- MACINKO, J.; DOURADO, I.; AQUINO, R. et al. Major expansion of primary care in brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*, v.29, n.12, p.2149-60, 2010.
- MARX, K. *O capital*. Vol. 1, Livro 1. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Ed Civilização Brasileira, 1971.
- MENDES, E.V. (org). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. 300p.

MEDINA, M.G.; HARTZ, Z.M.A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.5, p.1153-67, 2009.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

MENDES-GONÇALVES, RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. Cadernos CEFOR – Textos, 1. São Paulo: CEFOR, 1992.53p.

MENDES-GONÇALVES, RB. *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*. Brasília, OPS, 1988. 68p. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, No. 6).

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-60.

PAIM, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. et al (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 547-74.

PAIM, J.S. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional? In: PAIM, J. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 99-116.

PAIM, J.S. Vigilância à saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 161-74.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: campo científico e âmbito de práticas. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. p. 59-73.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.1, n.1. p.75-91, 2003.

PINTO, I.C.M.; ESPIRIDIANO, A.Z.; SILVA, I.V. et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Ciênc. saúde coletiva*, v.18, n.6, p. 1525-34, 2013.

RAMOS, N.M. Conceitos Básicos sobre o Trabalho. In: FONSECA, A.F. (org). O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-56.

RODRIGUES, L.B.B.; SILVA, P.C.S.; PERUHYPE, R.C. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, v.19, n.2, p. 343-52, 2014.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.10, p. 2687-702, 2012.

SCHRAIBER, L.B. (org). *Programação em saúde hoje*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1990. 226p.

SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev. bras. enferm.*, v.61, n.2, p.153-158, 2008.

SOUZA, L.G.S.; MENANDRO, M.C.S. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. *Physis*, v. 21, n. 2, p. 517-39, 2011.

TEIXEIRA, C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: mudança ou conservação? In: PAIM, JS; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, CF.; SOLLA, JP. *Modelo de Atenção à saúde*. Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 19-58.

TEIXEIRA, C.F.. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: MENDES EV (org). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. p.237-65.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M.L.; KLEBA, M.E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Educ. rev.*, v.30, n.1, p. 215-44, 2014.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### MATRIZ ARTIGOS PARA ANÁLISE SCIELO E LILACS

#### PESQUISA 2008-2015

Descritores	Pesquisa	Total
(NASF OR Núcleo* de Apoio à Saúde da Família)	PESQUISA SCIELO 2008-2015 (Português)	402
(NASF OR Núcleo* de Apoio à Saúde da Família)	PESQUISA LILACS 2008-2015 (Português, texto completo, artigo)	548
		950

SCIELO: título e resumo: 71 artigos. Após retirada de duplicação e exclusão (resumos de tese, artigos com foco no instrumento e não na prática, artigos que não abordam o NASF, estudos teóricos ou revisões) restaram 38.

LILACS: título e resumo: 50 artigos. Após retirada de duplicação com base SCIELO restaram 18, que tiveram seu conteúdo analisado, finalizando em 14 artigos.

N	Ano	Revista	Título	Autores	Instituição	Link	Resumo	Metodologia	Palavras-chave	Área temática



**APÊNDICE B –****MATRIZ DE ANÁLISE DAS ATIVIDADES**

- a) atividades de planejamento, programação, controle, avaliação e gestão; 38
- b) atividades de promoção da saúde, atuação intersetorial e ações sobre o território; 28
- c) atividades de prevenção de doenças, proteção e vigilância; 42
- d) atividades de acolhimento, assistenciais e de reabilitação/tratamento 94
- e) atividades de matriciamento e capacitação/educação permanente de profissionais 24

	<b>Atividades</b>

Discussão de casos e PTS (12)

Reunioes NASF e Reuniões eqSF (25)

**APÊNDICE C –****MATRIZ DE ANÁLISE DAS FACILIDADES**

1. Perfil proativo e boa relação estabelecida entre os profissionais do NASF 17 (16 artigos)
2. Características da estrutura organizacional do NASF 11(7 artigos)
3. Apoio da gestão 8 (5 artigos)
4. Bom funcionamento das unidades de saúde e apoio da rede assistencial e intersetorial 8(5 artigos)
5. Qualificação dos profissionais 4 (4 artigos)
6. Apoio das equipes de Saúde da família 4 (3 artigos)

<b>Facilidades</b>



## APÊNDICE E

## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS

Profissão: ( ) Assistente Social ( ) Educador Físico ( ) Fisioterapeuta ( ) Psicólogo ( ) Nutricionista ( ) Terapeuta Ocupacional ( ) Outros _____	
IDADE:	SEXO: ( ) MASC ( ) FEM
Em qual Distrito Sanitário você trabalha? ( ) Barra/Rio Vermelho ( ) Subúrbio Ferroviário ( ) Itapoã ( ) Cabula/Beiru ( ) Cajazeiras ( ) São Caetano/Valéria ( ) Outro _____	
Naturalidade:	
Há quanto tempo você atua no NASF em Salvador? ( ) ATÉ 1 ano ( ) 1 A 2 anos ( ) 2 A 3 anos ( ) 3 A 4 anos ( ) 4 A 5 anos ( ) 5 A 6 anos	
Há quanto tempo você está na equipe que trabalha atualmente? ( ) ATÉ 1 ano ( ) 1 A 2 anos ( ) 2 A 3 anos ( ) 3 A 4 anos ( ) 4 A 5 anos ( ) 5 A 6 anos	
Você já atuou em NASF de outro município? ( ) SIM ( ) NÃO . Se sim, por quanto tempo? ( ) ATÉ 1 ano ( ) 1 A 2 anos ( ) 2 A 3 anos ( ) 3 A 4 anos ( ) 4 A 5 anos ( ) 5 A 6 anos	
Qual a sua jornada de trabalho atual no NASF? ( ) 20 Horas ( ) 40 Horas ( ) Outros _____	
Qual é o seu vínculo empregatício atual? ( ) REDA ( ) Contrato Temporário ( ) TAC ( ) concursado ( ) Outros _____	
Você já havia trabalhado em equipe multidisciplinar antes de trabalhar no NASF? ( ) SIM ( ) NÃO . Se sim, em que área? _____	
Você possui outro vínculo empregatício com outro órgão público? ( ) SIM ( ) NÃO Se sim, qual órgão? _____	
Você possui outro vínculo empregatício com algum órgão privado? ( ) SIM ( ) NÃO. Se sim, qual tipo de órgão? _____	
Atualmente você também exerce sua profissão como profissional liberal? ( ) SIM ( ) NÃO	
Você já havia trabalhado no SUS antes de trabalhar no NASF? ( ) SIM ( ) NÃO Se sim, em qual serviço? _____	
Em que tipo de instituição de ensino você se formou? ( ) PÚBLICO ( ) PRIVADO	
Em que estado você se formou? ( ) Bahia ( ) OUTROS _____	
Em que ano você se formou na graduação? _____	

<p>Você teve formação em Saúde Coletiva na graduação? ( ) SIM ( ) NÃO  Se sim, considera que foi suficiente? ( ) SIM ( ) NÃO</p>
<p>Na sua graduação você fez estágio na Estratégia Saúde da Família? ( ) SIM ( ) NÃO  Se sim, por quantos semestres? ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )MAIS</p>
<p>Na sua graduação você fez estágio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família? ( ) SIM ( ) NÃO  Se sim, por quantos semestres? ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )MAIS</p>
<p>Você sabia o que era o NASF antes de ir trabalhar nele? ( ) SIM ( ) NÃO</p>
<p>Você fez algum tipo de formação no trabalho para trabalhar no NASF? ( ) SIM ( ) NÃO</p>
<p>Você concluiu algum programa de residência? ( ) SIM ( ) NÃO. Se sim, especifique qual(is)?  _____  _____</p> <p>Em que tipo de instituição fez residência? ( ) PÚBLICA ( ) PRIVADA?  EM QUAL ESTADO? ( ) BAHIA ( ) OUTROS _____</p>
<p>Você concluiu algum curso de especialização <i>LATU SENSU</i> (mais de 360H)?  ( ) SIM ( ) NÃO ( ) CURSO EM ANDAMENTO. Se sim, qual(is) curso(s)?  _____  _____  _____</p> <p>Em que tipo de instituição fez a especialização? ( ) PÚBLICA ( ) PRIVADA? Em que estado?  ( ) BAHIA ( ) OUTROS _____</p>
<p>Você concluiu algum curso de Mestrado? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) CURSO EM ANDAMENTO.  Se sim, mestrado em que área? _____</p> <p>E que tipo de instituição fez Mestrado? ( ) PÚBLICA ( ) PRIVADA?  Em qual estado? ( ) BAHIA ( ) OUTROS _____</p>
<p>Você concluiu algum curso de Doutorado? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) CURSO EM ANDAMENTO.  Se sim, doutorado em que área? _____</p> <p>E que tipo de instituição fez Doutorado? ( ) PÚBLICA ( ) PRIVADA?  Em qual estado? ( ) BAHIA ( ) OUTROS _____</p>



## APÊNDICE G

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### Bloco A (Escolha profissional)

1. Considerando sua trajetória de vida, quais elementos você considera que foram importantes para você se tornar profissional da saúde (aspectos subjetivos, familiares, sociais, etc). Conte também o que levou **você a escolher sua profissão**.

#### Bloco B (Processo de formação)

2. A partir do momento que decidiu se tornar profissional da saúde, conte como foi **sua trajetória de formação** durante a graduação (espaços que buscou privilegiar durante a graduação, impressões que tinha em relação ao período da faculdade, preferências, aptidões e habilidades desenvolvidas, aspectos ou pessoas marcantes que caracterizam sua formação).
3. Você considera que sua formação foi suficiente para o trabalho que desenvolve hoje no NASF (em relação a disciplinas, conteúdo, métodos de aprendizagem)? Por que?
4. Como você caracterizaria o eixo central do currículo do seu curso? Qual era o lugar do ensino de saúde coletiva na tua formação? Como você percebia este conteúdo à época?
5. Você vivenciou algum tipo de conflito em relação à sua formação durante a graduação? Quais foram, como lidou com eles e como eles se expressaram na sua formação?
6. De forma geral, qual sua opinião sobre a formação do profissional da saúde? Acha que ela prepara o estudante adequadamente para o trabalho em saúde?

#### Bloco C (trajetória sócio-profissional)

7. Após se formar, conte como foi **sua entrada no mundo do trabalho em saúde** e sua trajetória profissional (ressaltando os locais onde trabalhou), evidenciando os principais aspectos que considera importantes para a construção de sua identidade profissional.
8. Fora o trabalho, você participa de algum tipo de movimento ou grupo social? Como é este espaço pra você?
9. O que levou você a trabalhar em um NASF?

#### Bloco D (trabalho no NASF)

10. A partir da tua experiência, **como você definiria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família** e como você vê o seu trabalho neste Núcleo? Qual o sentido e o significado deste trabalho pra você?
11. O trabalho do NASF é essencialmente em equipe. Como é isso pra você?
12. Como você se capacita para trabalhar no NASF? Há espaços de formação permanente? Se sim, qual a impressão que você tem destes espaços?

13. Como você enxerga o profissional do NASF no contexto da Estratégia Saúde da Família em Salvador? Qual o lugar que o NASF ocupa neste contexto? Considere o ideal e a realidade.
14. Quais as principais diferenças deste trabalho em relação a outros que você já teve?

### **Bloco E (Identidade)**

15. Você se reconhece como profissional do NASF? Por que?
16. Você acha que trabalhar no NASF mudou seu modo de ser como profissional?
17. A partir da tua experiência no NASF, como você se definiria como profissional?

### **Bloco F (Práticas)**

1. Como você descreveria o seu trabalho no NASF? (individual e em equipe)
2. Quais são as principais facilidades e dificuldades que vc enfrenta no cotidiano do seu trabalho no NASF?
3. Quais são as atividades que você e sua equipe desenvolvem no trabalho cotidiano no NASF? O que fazem?
4. Quais são as ferramentas/instrumentos/meios que vocês utilizam para desenvolver suas atividades?
5. Quais competências você julga ser necessário e faz uso no trabalho no NASF? E quais conhecimentos você considera essenciais para o seu trabalho no NASF?
6. **Quais são os objetivos (foco central) do teu trabalho no NASF?**
7. Quais são as principais necessidades da população que você busca atender no NASF?
8. Conte como são as relações que você estabelece com os demais profissionais do NASF e das equipes de Saúde da Família.
9. E com a população, como você percebe a relação que estabelece com o usuário?
10. E como é a relação do seu trabalho com a gestão?



## APÊNDICE H

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa “**Práticas de saúde e construção da identidade: um estudo de caso da realidade dos trabalhadores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Salvador, BA**” tem como objetivo analisar a contribuição da inserção nos NASF para a (re) definição da identidade profissional dos trabalhadores que integram estas equipes no município de Salvador. Devido à importância do NASF no processo de ampliação da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos, o tema desta pesquisa demonstra-se relevante e se justifica pela necessidade de se compreender a construção das identidades e das práticas de saúde destes profissionais, de forma a subsidiar a construção de novas contribuições para o fortalecimento desta proposta.

Você está sendo convidada(o) a contribuir com a pesquisa através da sua participação em uma entrevista individual semiestruturada, que será gravada em áudio mediante sua autorização e que traz questões que buscam compreender a trajetória formativa dos profissionais, as práticas de saúde que vêm sendo desenvolvidas e a identidade que se conforma neste processo. A pesquisa não oferecerá despesas financeiras para os participantes e os riscos oferecidos são mínimos, referentes a possíveis constrangimentos que podem vir a surgir com alguns itens da entrevista. Caso você se sinta constrangido, poderá não responder a uma ou a todas as questões do roteiro, sem qualquer tipo de prejuízo. Será garantido o anonimato dos entrevistados, que serão identificados numericamente, e, além disso, qualquer informação que possa identificá-los não será publicizada, garantindo também a confidencialidade dos dados. Após a finalização deste estudo, os materiais coletados serão arquivados por cinco anos.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em congressos e revistas científicas, no intuito de embasar novas políticas voltadas para o trabalho e a formação de profissionais para o NASF.

Os participantes têm a garantia de esclarecimentos em relação a qualquer dúvida, antes e durante a pesquisa, estando livres para se recusarem a participar, assim como retirarem este consentimento a qualquer momento, sem penalização ou qualquer tipo de prejuízo. Este termo de consentimento se encontra redigido em duas vias, sendo uma da(o) participante e outra do pesquisador.

Esta pesquisa é desenvolvida pelo pesquisador Vladimir Andrei Rodrigues Arce, e orientada pela professora Dra. Carmen Fontes Teixeira (ISC/UFBA), sendo que qualquer momento os participantes poderão acionar o pesquisador, Vladimir Andrei Rodrigues Arce, pelo telefone (71) 3283-8886 ou pelo e-mail vladimir.arce@ufba.br; ou diretamente o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgar Santos - HUPES, pelo telefone (71) 3283- 8043 ou pelo e-mail cep.hupes@gmail.com para esclarecimentos. Será dado retorno da pesquisa aos participantes.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que li e fui informada(o) dos objetivos da pesquisa e concordo em participar voluntariamente, sabendo que, a qualquer momento, poderei desistir da pesquisa e/ou solicitar os resultados da mesma. Sei que a pesquisa não me terá nenhum mal (físico ou psicológico) e que meu nome será mantido em sigilo.

Local, \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE I****MATRIZ DE ANÁLISE DAS ATIVIDADES**

<b>ATIVIDADES</b>	<b>ATIVIDADES COM USUÁRIOS ATIVIDADES COM ESF PLANEJAMENTO, GESTÃO, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E CAPACITAÇÃO ARTICULAÇÃO REDE/TERRITORIALIZAÇÃO</b>
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

**APÊNDICE J –****MATRIZ DE ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE TRABALHO**

	INSTRUMENTOS IMATERIAIS (habilidades, competências e atitudes) INSTRUMENTOS IMATERIAIS (conhecimentos) INSTRUMENTOS MATERIAIS
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

## APÊNDICE K

### MATRIZ DE ANÁLISE DOS OBJETOS DE TRABALHO

S	DOENÇA E INDIVÍDUOS DOENTES, CONSIDERANDO A SUBJETIVIDADE E O CONTEXTO SOCIAL 33 PRÁTICAS DAS ESF E ARTICULAÇÃO DA REDE 14 CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO NO TERRITÓRIO 12 FATORES DE RISCO E MODOS DE ADOECIMENTO 9
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

## APÊNDICE L –

**MATRIZ DE ANÁLISE DAS NECESSIDADES**

	NECESSIDADES SOCIAIS E DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM GERAL 19 PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE 11 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE QUE ACOMETEM A POPULAÇÃO 10
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

**APÊNDICE M****MATRIZ DE ANÁLISE DAS FINALIDADES**

	Mudanças das práticas de saúde e do modelo de atenção Ampliação da resolutividade e abrangência da ESF Melhorar a qualidade de vida da população
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

## APÊNDICE N

**MATRIZ DE ANÁLISE DAS RELAÇÕES**

	<b>RELAÇÕES COM A GESTÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO 89</b> <b>RELAÇÕES COM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA 88</b> <b>RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DO NASF 26</b> <b>RELAÇÕES COM A POPULAÇÃO 15</b>
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	







<p>trabalhos em equipe e interdisciplinares. relacionavam com questões sociais e com população vulnerável sempre busca aprender no trabalho e construir coisas novas. Pensa um dia em voltar pra área acadêmica.</p>
<p>continuidade ao trabalho que fazia na UFBA expertise com o trabalho com grupos e com adolescentes Ajudou a amadurecer</p>
<p>Permitiu conhecer diferentes realidades desenvolveu capacidade de formar outros profissionais</p>
<p>No fim da faculdade, adoeceu</p>
<p>No trabalho com redução de danos, mudou-se para o centro e começou a acompanhar voluntariamente o estágio em SF Deu-se conta de que fazia a discussão de atenção básica, saúde coletiva, mas que não tinha ideia de como seria a psicologia nisso tudo. Lembra-se que tinha uma postura que podia incomodar a equipe NASF, pois se posicionava. Problematizava consolidação do que já acreditava</p>
<p>experiência prática como trabalhadora da saúde, no serviço público. A experiência de cobrar por atendimento individual evidenciou o tanto que ela não se adequa à lógica privatista da saúde. formação em saúde coletiva essencial para a diferenciar mesmo no atendimento privado, pois ela tinha um olhar e uma prática ampliada</p>
<p>Na escola especializada, discordava da filosofia e das práticas, mas precisava do trabalho. a fazia se sentir muito frustrada. tentava deixar alguma semente no seu trabalho... Mas não era ouvida. realização de visitas domiciliares, onde relacionou um trabalho com família, instituição, residência e deficiência.</p>
<p>No NACPC tentou desenvolver também um trabalho que avançasse para além da doença. Conheceu neste momento a ideia de reabilitação baseada na comunidade.</p>
<p>No Centro de Reabilitação Irmã Dulce vivenciou um trabalho que não focava a doença Chegou a participar do terapeutas do riso, trabalhando com humanização</p>
<p>Considera que o atendimento domiciliar requer habilidades e conhecimentos um pouco similares ao trabalho na saúde da família, pois considera a importância de se olhar de forma mais ampliada para o cliente</p>
<p>Desenvolveu trabalho com adolescentes em situação de vulnerabilidade. em Vera Cruz não ficou pois não receberia as gratificações do salário.</p>
<p>Na SEARA considerava-se escravizada</p>
<p>No REDA foi trabalhar em hospital, na parte clínica, mas não gostava e tinha crise. Um trabalho alienado e desgastante. Foi transferida para a equipe de internação domiciliar e começou a trabalhar em equipe, o que considera como um ensaio para o trabalho no NASF. Vivenciou um pouco a realidade dos usuários, pois iam até a casa, e podia entender melhor a relação da vida com a doença, permitindo um olhar mais integral.</p>
<p>Na primeira experiência no NASF, pelo REDA, teve uma capacitação de 2 meses, a maioria dos profissionais não conheciam o NASF, inclusive ela, que achava que seria o mesmo trabalho da internação domiciliar. Todos estavam perdidos, e a capacitação foi importante para apresentar um norte aos profissionais. As equipes de SF também tiveram resistência, pois achavam que os profissionais do NASF seriam vinculados às equipes. Como eram muitas equipes (15), vinculavam-se às que acolhiam o NASF. O vínculo precário da maioria dos servidores da prefeitura também não ajudava</p>
<p>Embora estivesse ansiosa pelo mercado de trabalho quando se formou, não teve dificuldade de arrumar emprego em diferentes lugares.</p>
<p>O emprego na LBV foi difícil, pois salário atrasava, vivia de doação. Primeiro contato com a área da saúde, porque trabalhava com criança desnutrida. Tinha uma parte assistencial também, que questionava. Gostava mais quando trabalhava na parte profissionalizante.</p>
<p>Fez o curso PRONAGER, incentivando que pessoas se organizassem em cooperativas, parte prática envolvia identificar e mobilizar pessoas para formar assembleias nas comunidades. Crítica à abordagem alienante. NO SESC começou a trabalhar na equipe de saúde bucal e se encontrou, mas queria ampliar o trabalho, e começou a propor capacitação de agentes comunitários de saúde, e desenvolvia ações de educação em saúde. Pediu transferência para o SESC Nazaré, a chefe obrigava a fazer outras coisas, como sala de espera, e não gostava, além de ser rígida.</p>
<p>Na prefeitura de Lauro começou no RH mas ficou só por três meses, mudando para trabalhar na secretaria de política para as mulheres, mas a temática era muito forte, mexia muito com ela.</p>
<p>Na SUDESB já fazia estágio na graduação, e pela formação e como praticava como atleta, foi convidado e participou. No projeto segundo tempo participou como professor de educação física.</p>
<p>No CREFI atuou como agente fiscalizador. Buscou isso para ter um emprego com estabilidade, o que não tinha até então. Concursado.</p>

**APÊNDICE Q –**

**MATRIZES DE ANÁLISE SOBRE O TRABALHO NO NASF**

S	Motivações	Definição do trabalho e características marcantes	Percepções sobre si e marcas na identidade do profissional do NASF
1			

**DEFINIÇÃO DE NASF E CARACTERÍSTICAS MARCANTES**

DEFINIÇÃO

DEFINIÇÃO	ANÁLISE

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO NO NASF

CARACTERÍSTICAS	ANÁLISE

**DEFINIÇÃO DE NASF E CARACTERÍSTICAS MARCANTES**

DEFINIÇÃO

DEFINIÇÃO	ANÁLISE

DIFERENÇAS DO TRABALHO


**ANEXOS**



ANEXO 1 –

# APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

