



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**Katiuscia Graziela Pereira**

**CONFLITOS ÉTICOS NO PROCESSO DE TRABALHO DO  
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM  
MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA/SC**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Linha de Pesquisa: Bioética

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta Inez Machado Verdi

**Florianópolis,  
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

P436c Pereira, Katiuscia Graziela

Conflitos éticos no processo de trabalho do núcleo de apoio à saúde da família de um município de Santa Catarina/SC [dissertação] / Katiuscia Graziela Pereira ; orientadora, Marta Inez Machado Verdi. - Florianópolis, SC, 2011.

142 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Brasil - Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2. Saúde coletiva. 3. Apoio matricial. 4. Análise Ética. 5. Bioética. 6. Saúde pública. I. Verdi, Marta Inez Machado. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**“Conflitos Éticos no Processo de Trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um município de Santa Catarina/SC”**

POR

**Katiuscia Graziela Pereira**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

---

**Prof. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres**  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

---

Prof. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Presidente)

---

Prof. Dra. Mirelle Finkler (Membro Externo)

---

Prof. Dra. Sandra N. C. Caponi (Membro)

---

Prof. Dr. Marcó Aurélio Da Ros (Membro)

---

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires (Suplente)



Dedico este trabalho a todos os trabalhadores da Saúde Pública que lutam por uma saúde mais justa e menos desigual.



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais [...] por tudo

À professora Marta Verdi pela oportunidade

Aos membros da banca de qualificação pelas contribuições

Aos membros da banca de defesa

Aos trabalhadores do NASF

Ao meu amor

À minhas irmãs Gizele e Michele pela amizade

Aos meus irmãos

Às minhas lindas afilhadas por iluminarem minha vida

Ao meu sobrinho fofo, gostoso e amado

Aos meus amigos queridos

À Rita, Sabrina e Fernanda pelo Grupo Focal Teste

Aos colegas de trabalho pela compreensão

À Rita [...]



Eu to te explicando pra te confundir  
Tô te confundindo pra te esclarecer  
Tô iluminado pra poder cegar  
Tô ficando cego pra poder guiar.

(Tom Zé, 1976)



## RESUMO

O trabalho em saúde, como prática social, possui características especiais, onde uma pluralidade de relações humanas é constituída e, nessa dinâmica, emergem conflitos éticos, para os quais a bioética mostra-se como um potente instrumental para a reflexão crítica. O objetivo deste estudo foi discutir os conflitos éticos presentes no processo de trabalho dos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF de um município de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratório-descritiva, realizada em 2011, com 36 trabalhadores do NASF e o gestor municipal da política. Os dados foram coletados por meio de questionários e de grupo focal (ambos semi-estruturados) e analisados com base na Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados demonstram que os trabalhadores do NASF reconhecem o Apoio Matricial como a centralidade do seu processo de trabalho, entretanto, percebe-se um desconhecimento acerca dessa proposta metodológica. Esse fato, de certo modo, contribui para a manutenção de atitudes e práticas cristalizadas e para o predomínio da lógica profissional, revelando-se em um trabalho pouco colaborativo e pautado em relações autoritárias, inviabilizando a construção da autonomia e do ideário da interdisciplinaridade por meio do Apoio Matricial. Os conflitos éticos, gerados na dinâmica do processo de trabalho do NASF, demandam reconhecimento reflexivo.

**Palavras-chave:** NASF. Apoio Matricial. Análise Ética. Bioética. Saúde Pública.



## **ABSTRACT**

Health work as social practice, with special features, where a plurality of human relations is incorporated, and this dynamic, emerging ethical conflicts for which bioethics is shown as a powerful instrument for critical reflection. The aim of this study was to discuss the ethical conflicts present in the work process for workers in the Support Center for Family Health-NASF a municipality of Santa Catarina. This is a survey descriptive exploratory qualitative approach, held in 2011 with 36 workers and the city manager NASF policy. Data were collected through questionnaires and focus groups (both semi-structured) and analyzed based on content analysis of Bardin. The results show that workers recognize the NASF Support Matrix as the centrality of their work process, however, perceive a lack of knowledge about this proposed methodology. This fact, in some way contributes to the maintenance of attitudes and practices crystallized and the predominance of professional logic, revealing itself in a little work and collaborative process based on authoritarian relations, preventing the construction of the ideal of autonomy and interdisciplinarity through the Support Matrix. The ethical conflicts generated in the dynamics of the work of the NASF, demand reflective recognition.

**Keywords:** NASF. Matrix Support. Ethical Analysis. Bioethics. Public Health.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Charge Mafalda 01.....	19
Figura 02 - Charge Mafalda 02 .....	21
Figura 03 - Charge Mafalda 03.....	29
Figura 04 - Charge Mafalda 04.....	34
Figura 05 - Charge Mafalda 05.....	69
Figura 06 - Charge Mafalda 06.....	87
Figura 07 - Charge Mafalda 07.....	117



## SUMÁRIO

### PARTE I - PROJETO AMPLIADO DE PESQUISA

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>29</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>34</b>
3.1	O APOIO MATRICIAL, A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	35
<b>3.1.1</b>	<b>O Apoio Matricial.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.2</b>	<b>A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>43</b>
3.1.2.1	A Clínica Ampliada.....	49
<b>3.1.3</b>	<b>O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.....</b>	<b>51</b>
3.2	OS CONFLITOS ÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	59
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>69</b>
4.1	ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	71
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO, CONTEXTUALIZAÇÃO E SUJEITOS DE PESQUISA.....	71
<b>4.2.1</b>	<b>Cenário do Estudo.....</b>	<b>71</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Contextualização.....</b>	<b>72</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Sujeitos de Pesquisa.....</b>	<b>76</b>
4.3	COLETA DE DADOS.....	77
<b>4.3.1</b>	<b>Primeira Etapa.....</b>	<b>78</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Segunda Etapa.....</b>	<b>80</b>
4.4	TRANSCRIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	84
<b>5</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>87</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>91</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>93</b>
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA A COLETA DE DADOS.....</b>	<b>103</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>107</b>
	<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA A COLETA DE DADOS COORDENADOR MUNICIPAL DO NASF.....</b>	<b>109</b>
	<b>APÊNDICE D – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA O GRUPO FOCAL.....</b>	<b>113</b>
	<b>ANEXO A – CERTIFICADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC.....</b>	<b>115</b>

**PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO**

**ARTIGO FINAL – Conflitos Éticos no Processo de Trabalho do  
Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um município de Santa**

**Catarina..... .. 118**

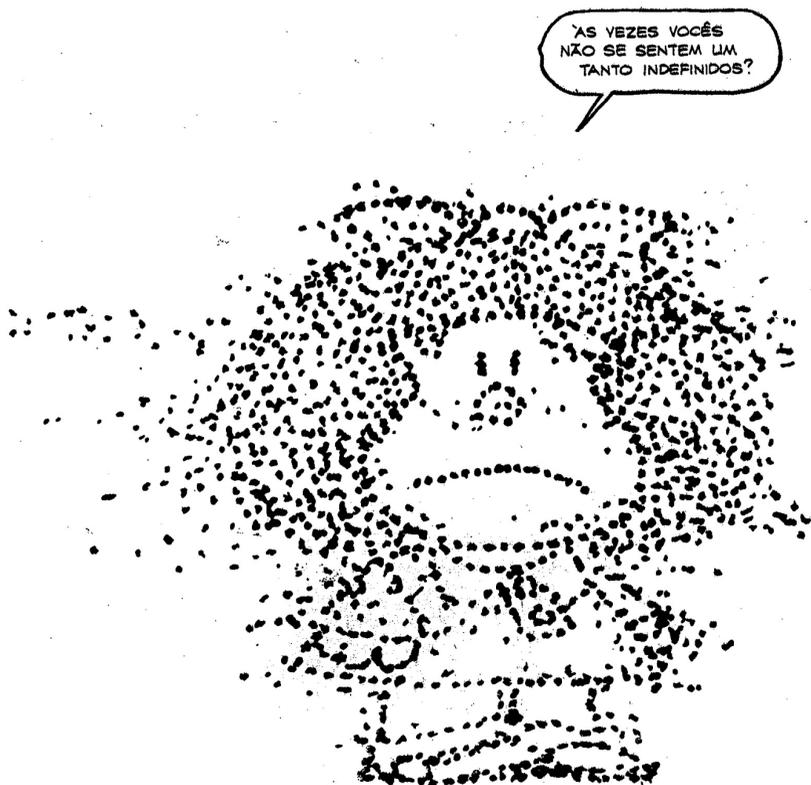


FIGURA 1: Charge Mafalda 01  
FONTE: QUINO, 1993.

# PARTE I

## PROJETO AMPLIADO DE PESQUISA

---





FIGURA 2: Charge Mafalda 02  
FONTE: QUINO, 1993.

## INTRODUÇÃO

---



## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo ocupa-se de conhecer e discutir os conflitos éticos presentes no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – de um município de Santa Catarina/SC.

O interesse em analisar os conflitos éticos emergentes no processo de trabalho do NASF partiu do entendimento que, mesmo que a consolidação do Apoio Matricial reafirmado pelo NASF seja processual, as relações de trabalho na Atenção Básica ainda se configuram em uma lógica biomédica. Nessa lógica, os trabalhadores permanecem fixados em procedimentos técnicos padronizados, com dificuldades para escutar as queixas, alienados acerca do objetivo primeiro do seu trabalho, que é a produção de saúde, caracterizando um distanciamento do alcance da integralidade da atenção/cuidado.

Falar de conflitos do *ethos* coloca, antes de tudo, a necessidade de explicitar o entendimento acerca do termo. Esse se refere ao produto resultante das relações humanas a partir do confronto entre diferentes valores, visões de mundo, interesses e desejos. O trabalho em saúde como prática social possui características especiais, onde uma pluralidade de encontros acontece e os conflitos éticos se fazem presentes. No campo da saúde, a bioética surge para refletir e tentar responder a tais conflitos, considerando as dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados de saúde, como refere Reich (1995), e a preocupação com a dimensão social da vida cotidiana como defende Berlinguer (1993).

A proposta do NASF se inscreve na constatação de que a Estratégia Saúde da Família – ESF, opção política para a materialização da Atenção Básica de Saúde no Brasil, apesar de seus avanços no sistema de saúde brasileiro ainda apresenta muitos desafios a serem suplantados. Dentre eles: promover mudanças na concepção da saúde – rompendo com o Modelo Biomédico e pensando-a como produção social, priorizar e promover a saúde, integrar as diversas ações, cuidar, contribuir para o empoderamento da população, para a construção de cidadania, para a redução de iniquidades (VERDI, DA ROS, CUTOLO, 2010). Assim, emerge desse contexto a exigência de os trabalhadores da ESF adquirirem novas habilidades, competências, enfim novos saberes – “novas produções teóricas, políticas, culturais, técnicas e subjetivas” (PASCHE, 2008, p.09).

Portanto, o NASF é uma política do Ministério da Saúde, criada em 2008, com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica por meio do apoio de trabalhadores de diferentes áreas de conhecimento às equipes

de Saúde da Família, compartilhando saberes e práticas voltadas para a resolubilidade das ações dessas equipes, sendo o Apoio Matricial uma das suas propostas centrais e a integralidade sua principal diretriz (BRASIL, 2010a).

O Apoio Matricial é compreendido como uma metodologia de gestão de trabalho complementar à definição de Equipes de Referência. Essas foram propostas por Campos (1999), ao mesmo tempo, como arranjo organizacional e metodologia para a gestão do trabalho em Saúde como o objetivo de aumentar o grau de resolubilidade das ações. O autor, parte do pressuposto de que uma reordenação do trabalho em saúde pautado no vínculo terapêutico entre equipe e usuário, na co-gestão e na interdisciplinaridade dos saberes, auxiliaria a superação do modelo hegemônico e mudaria o padrão de responsabilidade pela coprodução de saúde.

Cabe esclarecer que Equipe de Referência refere-se a um conjunto de trabalhadores – de distintas áreas e saberes, organizados de acordo com o objetivo de cada serviço de saúde, configurando-se como referência para os usuários desse serviço. Esses profissionais são considerados fundamentais para a condução um caso individual, familiar ou comunitário e têm a responsabilidade pela condução do mesmo de modo longitudinal. É um arranjo organizacional que busca reforçar o poder de gestão da equipe e ampliar as possibilidades de construção de vínculo (Campos, 1999; Campos, Domitti, 2007). Portanto, de acordo com essa definição, pode-se dizer que na Atenção Básica, as equipes de Saúde da Família ocupam o lugar de Equipes de Referência.

O Apoio Matricial, por sua vez, é operado por trabalhadores detentores de um saber específico, distinto dos da Equipe de Referência, com o objetivo de ofertar a esses, retaguarda assistencial e pedagógica. Vislumbra-se, assim, a possibilidade de se realizar clínica ampliada e integração entre as distintas profissões (Campos, 1999; Campos, Domitti, 2007).

No que tange à experimentação do arranjo Equipe de Referência e de Apoio Matricial, essa foi inaugurada no município de Campinas/SP, inicialmente na área da saúde mental e depois em outras áreas e serviços (CAMPOS, 1999). Posteriormente, o Apoio Matricial foi reconhecido e proposto pelo Ministério da Saúde para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e a Atenção Básica.

Destaca-se que a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS – PNH, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, três anos antes da PNAB, incorporou

o Apoio Matricial, mas com uma dimensão mais gerencial. A PNH surgiu com a proposta de se construir como política que atravessasse os diferentes setores e programas do Ministério da Saúde, sendo elaborada com o objetivo de incitar alterações no modelo de atenção e de gestão, diante da necessidade urgente de mudança que os inúmeros problemas do SUS impõem, traduzindo os princípios da política de saúde brasileira em modos de operar (BRASIL, 2009a). Essa Política adotou o arranjo – Equipe de Referência e de Apoio Matricial – como um dispositivo com propósito de capilarizar essa experiência nos diversos âmbitos do SUS.

Mas, é somente a partir do NASF – que teve origem na experiência concreta do Apoio Matricial – que a proposta do Apoio Matricial ganha destaque, pois o mesmo tornou-se a centralidade do processo de trabalho de uma política de governo. Dito de outra forma, o NASF nasceu a partir de experiências exitosas do Apoio Matricial e, no momento atual, é ele quem dá visibilidade a essa proposta na Atenção Básica.

É necessário reconhecer que podem existir limitações para o desenvolvimento do trabalho em saúde a partir de arranjos que suscitam certo grau de compartilhamento de poder, como é o caso da Equipe de Referência e de Apoio Matricial. Nesse sentido, Campos (2003) aponta que os trabalhadores tendem a cristalizar-se, apegando-se à identidade do seu núcleo de especialidade, o que acaba por dificultar a interdisciplinaridade.

Na mesma linha argumentativa, Gomes (2006) chama a atenção para a existência de inúmeros obstáculos nas sociedades atuais como a lógica capitalista, o individualismo, a competitividade e a segregação para o desenvolvimento do Apoio Matricial, por depender do trabalho em equipe e pressupor corresponsabilidade dos envolvidos com a produção de saúde.

Alguns desafios no cotidiano do processo de trabalho do NASF já vêm sendo discutidos, entre eles: a compreensão do que vem a ser Apoio Matricial; a concretude do matriciamento como forma de organização do trabalho; a compreensão de que o NASF faz parte da Atenção Básica de Saúde, não devendo, portanto, desenvolver ações fora desse âmbito de atenção e tornar-se um ambulatório de especialidades; a formação dos trabalhadores que constituirão tais núcleos; a avaliação dos resultados após a inserção do NASF, mais especificamente quais indicadores utilizar para a referida avaliação; a definição do objeto de trabalho e de investimento do NASF; entre outros (CRUZ, 2009).

O próprio Ministério da Saúde afirma que é preciso ter atenção para o risco da fragmentação da atenção na implantação do NASF. A incorporação de múltiplas abordagens disciplinares possibilita o aumento da qualidade da atenção, todavia, também pode engendrar a diluição da responsabilidade, mediante a ênfase em aspectos parciais do indivíduo (BRASIL, 2010a).

Ainda, Figueiredo e Campos (2009), em uma pesquisa sobre o Apoio Matricial na organização das ações de saúde mental na Atenção Básica de Campinas (SP), identificaram uma tendência de os trabalhadores que operam o Apoio Matricial transferirem a responsabilidade pelas dificuldades no desenvolvimento da metodologia para as Equipes de Referência. Os apoiadores apresentaram limitações para reconhecer as suas próprias limitações como, por exemplo, as que compreendem o entendimento sobre o arranjo, o papel de apoiadores, a definição das responsabilidades e o compartilhamento de seus saberes.

As limitações apontadas pelos estudos acima citados e também a constatação de que as pesquisas que abordam a temática do Apoio Matricial ainda são tímidas, em especial acerca do NASF devido ao seu pouco tempo de existência; a importância de investigar como os trabalhadores que constituem os NASFs percebem a sua inserção na Atenção Básica e como vem se estabelecendo a relação entre esses trabalhadores e entre esses e as equipes de Saúde da Família, constituíram a força motriz para a realização do presente estudo.

O NASF se propõe a ampliar o objetivo das ações da Atenção Básica de Saúde buscando, para tal, reforçar a prática do cuidado integral na perspectiva interdisciplinar. Considerando a Atenção Básica de Saúde como uma política em construção, cujo avanço pode ser potencializado pela inserção de saberes e práticas voltados para a produção social da saúde das pessoas e da coletividade, o NASF vem para contribuir nessa luta pela consolidação da integralidade.

Diante do exposto, este estudo se propõe a discutir os conflitos éticos emergentes no processo de trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família nas ações e serviços da Atenção Básica de Saúde de um município de Santa Catarina/SC, contribuindo para colocar o Apoio Matricial em análise, produzir inquietações acerca do papel do NASF e dos modos de operar do mesmo, reconhecer suas limitações e explorar suas potencialidades de incitar mudanças nas práticas hegemônicas da saúde.

Revelar os conflitos éticos da dinâmica do NASF caracteriza uma possível abertura para que os trabalhadores do NASF reflitam sobre os mesmos e assim, adotem ações frente a esses. Ações capazes de mudar

comportamentos cristalizados e estimular a busca de resultados positivos quanto a sua finalidade. É evidente que tais mudanças não dependem somente desses trabalhadores. Não se está aqui ignorando a responsabilidade do Estado frente às estratégias macro-políticas, mas a revelação dos conflitos também pode ser tomada para alterarem-se os rumos da própria proposta.



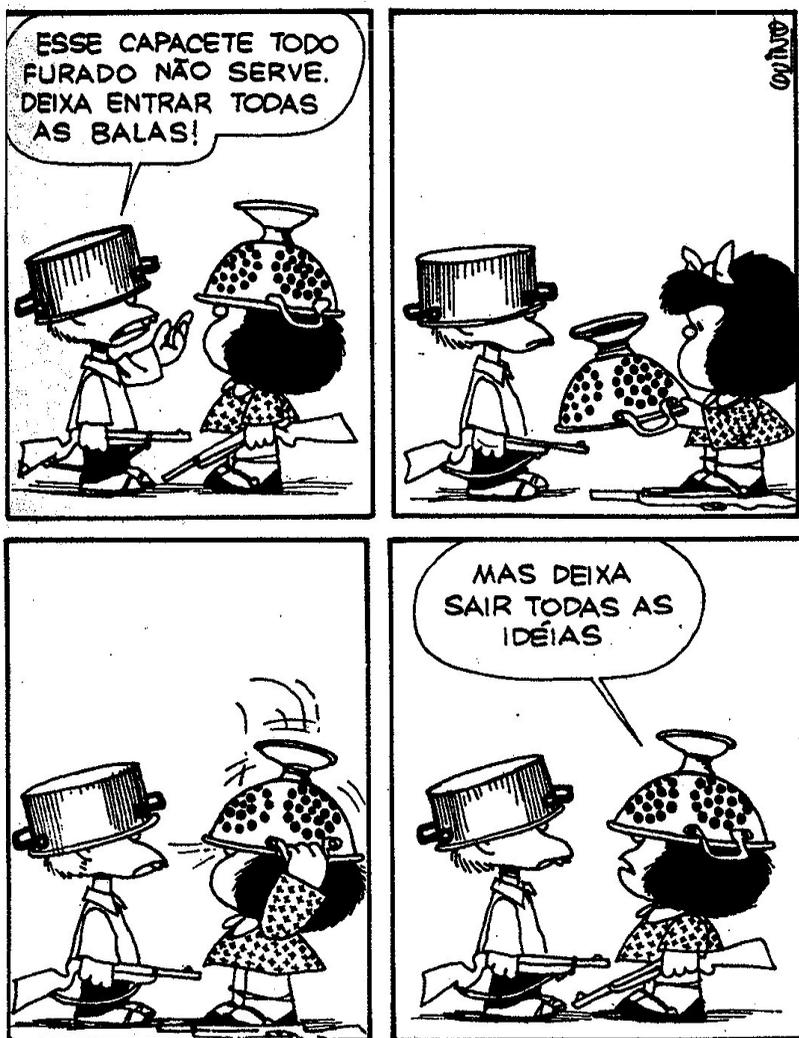


FIGURA 3: Charge Mafalda 03  
FONTE: QUINO, 1993.

## OBJETIVOS

---



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Discutir os conflitos éticos emergentes no processo de trabalho dos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família nas ações e serviços da Atenção Básica de Saúde de um município de Santa Catarina/SC, à luz da Bioética.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o processo de trabalho das equipes NASF na Atenção Básica de Saúde de um município de Santa Catarina/SC;
- Identificar os conflitos éticos presentes no processo de trabalho do NASF e discuti-los à luz da bioética;
- Conhecer, a partir dos conflitos éticos identificados, as potencialidades e limitações da inserção do NASF na Atenção Básica de Saúde.





FIGURA 4: Charge Mafalda 04  
 FONTE: QUINO, 1993.

## REVISÃO DE LITERATURA



### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 O APOIO MATRICIAL, A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

##### **3.1.1 O Apoio Matricial**

A estrutura tradicional dos serviços de saúde, fundamentada no modelo hegemônico biomédico, não propicia a articulação e a composição de saberes e práticas necessárias para o alcance da atenção/cuidado integral. Ao contrário, intensifica o isolamento profissional, reproduz a fragmentação do trabalho e autoriza a diluição de responsabilidades.

Foi diante do reconhecimento do acima descrito e com o intuito de provocar mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, que Campos (1999) propôs um novo arranjo – Equipe de Referência e de Apoio Matricial – sugerindo trabalhar com uma matriz organizacional. Essa reordenação do trabalho em saúde estaria pautada nas diretrizes de vínculo entre equipe e usuários, na co-gestão e na interdisciplinaridade para superar o modelo médico hegemônico. Assim, esse arranjo seria uma potência para a construção de um novo padrão de responsabilidade, para o aumento da comunicação e integração horizontal entre as distintas profissões que atuam nos serviços de saúde, viabilizando o ideário da interdisciplinaridade, e, assim, aumentando as chances de concretizar a atenção/cuidado integral.

A utilização da matriz, no campo da saúde, já havia sido sugerida por alguns autores da administração, em especial ligados à teoria contingencial e ao estruturalismo, para assegurar a integração entre as distintas profissões no trabalho em saúde. No entanto, esse uso caracterizava-se por encontros episódicos entre as distintas profissões para a realização de reuniões, programas, projetos, sem necessariamente alterar o desenho tradicional dos departamentos estanques (CAMPOS, 1999).

A matriz, sugerida pela administração, de modo geral tentava opor-se a estrutura burocrática das organizações. Mas, com ela, de fato:

[...] os departamentos convencionais continuam a existir, servindo inclusive de estoque de especialistas para diversos projetos [...]. Terminando o projeto, o pessoal retorna aos seus

departamentos, onde desempenha atividades preestabelecidas, participa de programas de treinamentos e espera novas designações (LODI apud MOTTA e VASCONCELOS, 2008, p.262).

Para Campos (1999, p. 398) esse modo de organização poderia apenas enfraquecer os problemas engendrados pela desarticulação entre as diversas categorias profissionais que atuam em saúde, mas não o resolveriam. Assim, o autor propôs uma subversão acerca daquilo que seria permanente e o que seria transitório. Ou seja, a composição multiprofissional (transitória por ora) passaria a ser permanente, compondo o “esqueleto de sustentação das organizações de saúde” e, os departamentos organizados segundo categorias profissionais (permanentes no modelo sugerido pela administração) passariam a atuar de modo matricial.

Dito de outra forma, Campos (1999) recomendou o trabalho, na perspectiva da matriz organizacional, com a seguinte disposição: no sentido vertical da matriz – as Equipes de Referência e, no horizontal – os trabalhadores que realizariam o Apoio Matricial.

Em suma, Equipes de Referência e de Apoio Matricial nasceram, portanto, ao mesmo tempo, como um arranjo de organização e como uma metodologia de gestão dos serviços de saúde para transpor a “racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alineante para o trabalhador”. Em geral, essa lógica é imposta por sistemas de poder verticalizados que tendem a determinar um processo de trabalho focado em procedimentos, onde não há espaço para o comprometimento dos trabalhadores com os usuários no que se refere à produção de saúde (BRASIL, 2009b p. 32; CAMPOS, 1999).

É necessário situar que, segundo Campos (1999), a proposta de se organizar os serviços por meio das Equipes de Referência e de Apoio Matricial é extensiva aos diversos serviços e níveis de assistência, ou seja, é extensiva aos hospitais, aos centros de referência, aos prontos atendimentos e à Atenção Básica que, de acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica, caracteriza-se por

um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte

na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos [...] Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde [...] (BRASIL, 2011a).

A partir da definição acima, percebe-se o universo complexo no qual os trabalhadores da Atenção Básica estão envolvidos ao servir a comunidade – que é dinâmica, garantindo acessibilidade da população ao direito universal de atenção à saúde, articulando as ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, de modo longitudinal e, pautados pelo entendimento mais global do processo saúde-doença e sua determinação social. Ainda, a característica de porta de entrada atribuída à Atenção Básica também exprime a complexidade desse âmbito de assistência, pois a entrada aqui não diz respeito somente ao sistema de saúde, mas também a uma diversidade de demandas sociais que não encontram espaços outros para expressarem-se.

Segundo Merhy (1997, p.199) é exatamente toda essa complexidade da Atenção Básica de Saúde que permite que a mesma seja um campo fecundo para a criação e experimentação de novas estratégias que permitam a produção de saúde. Pois, essa “apresenta a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento”. Assim, a Atenção Básica de Saúde parece ser um campo favorável para o desenvolvimento do arranjo proposto por Campos (1999).

Desmembrando o arranjo para uma melhor compreensão, a Equipe de Referência, como o próprio nome já diz, deve ser referência para uma determinada população, ampliando, assim, o vínculo com essa. Ela deve ser constituída por um conjunto de trabalhadores de distintas áreas, considerados essenciais para a condução dos problemas de saúde apresentados por essa população (CAMPOS e DOMITTI, 2007). No que concerne o propósito da Equipe de Referência é que essa se responsabilize efetivamente pelos usuários, tendo-os como centro do seu processo de trabalho, não fomentando os conflitos corporativos. Sabe-se que o usuário, muitas vezes, fica sem ser visto como um “todo” pelos serviços de saúde, onde cada profissional faz a sua “parte” e não tem quem “junte as partes” (STARFIELD, 2002). A Equipe de Referência deve superar essa tendência.

De acordo a Portaria Nº 2.488 – que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a), a equipe de Saúde da Família deve responsabilizar-se, de modo longitudinal, pelo cuidado integral de uma dada população, mantendo a gestão e a coordenação do cuidado, mesmo quando esta precisa de atenção em outros serviços do sistema de saúde. Essa forma de organização propicia a construção de vínculo entre os profissionais e a população, aumentando o comprometimento desses atores (CAMPOS, 1999). Desse modo, pode-se afirmar que as equipes de Saúde da Família constituem-se em Equipes de Referência para uma população adscrita.

Sendo a Equipe de Referência a responsável pela condução dos casos – individuais ou coletivos, clínicos ou sanitários – apresentados pela população adscrita, tal responsabilidade deve incluir o acionamento da rede complementar quando necessário. Essa rede pode ser constituída de inúmeras formas, inclusive contando com trabalhadores que realizam Apoio Matricial (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

A composição das Equipes de Referência deve ser multiprofissional e variável de acordo com o objetivo de cada serviço de saúde, as características de cada local e a disponibilidade de recursos (CAMPOS, 1999). As equipes de Saúde da Família – Equipes de Referência na Atenção Básica – são, em geral, constituídas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em muitos municípios já há a inserção do cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2006).

Em resumo, a Equipe de Referência é um modo de organização do trabalho em saúde que busca redefinir o poder de gestão e de condução de casos, geralmente, fragmentado entre especialidades e

profissões de saúde, concentrando-o em uma equipe interdisciplinar (CUNHA, 2009a).

Por sua vez, o Apoio Matricial em saúde trata-se de uma metodologia de gestão de trabalho complementar à definição de Equipes de Referência, inscrito na lógica das unidades de produção, enquanto “coletivos organizados em torno de um objeto comum de trabalho”<sup>1</sup>(CAMPOS, 2000).

Na Atenção Básica de Saúde a proposta do Apoio Matricial ganhou visibilidade com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF<sup>2</sup>, pois essa metodologia constitui a centralidade no processo de trabalho da proposta do NASF.

O Apoio Matricial objetiva garantir retaguarda especializada assistencial e suporte técnico-pedagógico às Equipes de Referência, a fim de ampliar o campo de atuação e qualificar as ações dessas, contribuindo para o aumento da capacidade resolutiva das mesmas (CAMPOS, 1999).

Segundo Cunha (2009b, p.28) a dimensão assistencial do Apoio Matricial é aquela que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários e a dimensão técnico-pedagógica vai demandar ações de cunho educativo com e para a equipe. Desse modo, os trabalhadores que realizam o Apoio Matricial “terão dois tipos de usuários: a população adscrita às equipes e as próprias equipes”.

Nesse ponto, é prudente destacar os possíveis significados dos conceitos que compõem o termo Apoio Matricial. Matriz pode indicarnos tanto o lugar onde se geram e criam coisas como um conjunto de números que possuem relação entre si quer na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Mas, também pode significar relações de repetição e reprodução, comando e obediência – a matriz e suas filiais (MICHAELIS, 1998). Apoio, por sua vez, é uma palavra polissêmica e dela derivam alguns significados como suporte, base, auxílio, sustentáculo (MICHAELIS, 1998).

O sentido da palavra apoio, atribuída ao termo Apoio Matricial, indica um modo para operar-se a relação horizontal (e tantas outras

---

<sup>1</sup> Entende-se por coletivo o “agenciamento de modos de subjetivação que se expressam na intensidade dos encontros nos diferentes espaços de intervenção [...] buscando a produção do comum”. Sendo esse emergido “no regime das diferenças, não propriamente a partir do que ‘temos em comum’, do que nos iguala e serializa” (OLIVEIRA, 2011, p.37).

<sup>2</sup> A definição de NASF, assim como seus objetivos serão detalhados no tópico 3.1.3 desta Revisão de Literatura.

possíveis) entre os profissionais de referência e os especialistas (CAMPOS e DOMITTI, 2007; OLIVEIRA 2011). Implica na tentativa de aumentar a capacidade dos sujeitos lidarem com o poder, com os afetos e com o saber. Nesse contexto, o apoio é considerado um “modo interativo, um modo que reconhece as diferenças de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais”, considerando a experiência, o desejo e o interesse dos envolvidos (CAMPOS, 2003, p.86).

A composição dos sentidos de matriz e de apoio no termo Apoio Matricial, indica-nos uma possibilidade de se alterar a forma vertical de relação entre os trabalhadores nas organizações de saúde e a diferença entre os que pensam e os que executam, admitindo, assim, que todos são capazes de gerar e criar coisas e que há outras possíveis formas de relação entre esses (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Formas que ampliem a capacidade de compreensão de si, do outro e do contexto e, assim, utilizar essa compreensão para a tomada de decisões e para intervir sobre outras relações sociais. Desse modo, estar-se-ia produzindo outras linhas de subjetivação que não aquelas centradas na alienação do trabalhador. Estar-se-ia produzindo uma nova cultura, uma cultura que estimule o compromisso dos trabalhadores com a produção de saúde (OLIVEIRA, 2011).

Um dos intuitos do Apoio Matricial é romper a lógica tradicional dos encaminhamentos. É importante ressaltar que no trabalho organizado a partir das Equipes de Referência e de Apoio Matricial, a posição do especialista em relação ao trabalhador que demanda seu apoio se altera. Em sistemas hierarquizados de saúde, onde os trabalhadores da Atenção Básica encaminham os casos para o nível secundário e assim sucessivamente, os especialistas ocupam lugar de destaque na famosa pirâmide dos níveis de assistência, estabelecendo assim, uma diferença de poder entre quem referencia um caso e quem o recebe. Nessa circunstância, ou seja, ao encaminhar um caso, a responsabilidade pela condução do mesmo também é transferida (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Com o trabalho organizado com a lógica do Apoio Matricial não há transferência, ao contrário, o usuário não é mais referenciado/encaminhado para um serviço especializado, mas sim compartilhado, onde a responsabilidade pela condução do caso continua com a Equipe de Referência (CAMPOS, 1999). Na Atenção Básica, com a Equipe de Saúde da Família.

Campos e Domitti (2007) ressaltam que o trabalhador que realiza o Apoio Matricial possui um Núcleo de Conhecimento distinto do daqueles que recebem o apoio. Núcleo de Conhecimento e de

Responsabilidade refere-se ao “conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade” (CAMPOS, 1997, p. 248-249). Para os autores a diferença entre o Núcleo de Conhecimento dos trabalhadores que realizam o Apoio Matricial e dos que compõem a Equipe de Referência tem potência para agregar saberes e contribuir para o aumento da resolubilidade dos problemas de saúde.

Todavia, o apego demasiado ao Núcleo de Conhecimento pode dificultar a interdisciplinaridade – necessária para responder as demandas não contempladas pelos Núcleos de cada profissão. Em estudo desenvolvido em um Centro de Saúde do município de Campinas/SP, que analisou o cotidiano dos trabalhadores no campo da saúde mental, o autor, matriciador em saúde mental no mesmo centro de saúde, afirma que foi necessário distanciar-se do seu Núcleo de Conhecimento, da especialização, para que fosse possível o alargamento das discussões durante o matriciamento e assim exercer o seu papel de apoiador (PENA, 2009). Dito de outro modo, para realizar um encontro de maior qualidade foi necessário relativizar a identidade profissional.

No depoimento de Pena (2009) fica evidente que o Núcleo de Conhecimento de um profissional é insuficiente para lograrem-se determinados fins. Nesse sentido, Campos (1997, p.248-249) apresenta outro conceito importante para compreender que existem demandas que extrapolam as atribuições específicas de cada categoria profissional – o de Campo de Conhecimento e de Responsabilidade. Esse constitui os “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões” para o alcance de dado fim. É nesse ponto que repousa a ideia da composição entre Equipe de Referência e de Apoio Matricial, na delimitação deste estudo – entre Equipes de Saúde da Família e NASF, para qualificar as ações em Saúde.

De acordo com o foco da presente discussão, Teixeira (2005) aponta que um encontro entre duas partes, onde uma delas busca ter suas necessidades atendidas, enquanto a outra, supostamente, detém os meios para satisfazer tais necessidades, pode-se supor o estabelecimento de um comum: o que um necessita é o que o outro tem a ofertar. Mas, se o um não tiver o que o outro precisa? Como se dará o encontro? Para o autor, o mais difícil em um encontro é reconhecer o que nos outros é diferente, singular. É aqui que se estabelece a potência do Apoio Matricial, onde uma singularidade – Equipe de Referência – se encontra com a outra – Equipe de Apoio Matricial. O autor ainda coloca que é nesse momento que se inicia o desafio da alteridade. Essa potência depende da qualidade do encontro que ambos desejam realizar, mas também daqueles que o serviço permite realizar. E esse encontro, esse contato, possivelmente

influenciará outros encontros – o da Equipe de Referência com o usuário – para que nesse, o usuário possa dar sentido à experiência que o levou até o encontro, e ambos – usuário e profissional – possam construir-se, contribuindo para a potência dos coletivos aos quais pertencem.

Como e onde o encontro – entre Equipe de Referência e de Apoio Matricial – pode ocorrer? Campos e Domitti (2007) destacam que o Apoio Matricial depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para o acionamento do mesmo pelas Equipes de Referência. Assim, o matriciamento pode ser exercido de várias formas, como por exemplo, por meio do atendimento e intervenções conjuntas, da discussão de casos e da troca de conhecimentos entre especialistas matriciais e profissionais das Equipes de Referência, tendo sempre como produto a construção de um projeto terapêutico integrado, ou seja, um Projeto Terapêutico Singular – PTS<sup>3</sup>.

O PTS é “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2009b, p.39). Em geral, o PTS se constitui de quatro movimentos: no primeiro, devem-se levantar as hipóteses de problemas. O movimento seguinte é destinado à definição de metas sobre os problemas, a equipe deve trabalhar as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com os envolvidos. A negociação deverá ser feita, preferencialmente, pelo membro da equipe que tiver melhor vínculo com os envolvidos. Na Atenção Básica pode ser qualquer membro da equipe, independente da formação. No terceiro movimento deve ocorrer a divisão de responsabilidades. Por último, deve-se proceder a reavaliação – momento destinado para avaliar a evolução e se fazer as alterações necessárias (CUNHA 2009b).

O contato entre os trabalhadores das Equipes de Referência e os que realizam o Apoio Matricial pode ocorrer por meio da combinação de encontros periódicos e regulares, mas também, diante de situações não previstas, na qual a comunicação deve ocorrer de modo direto como, por exemplo, por meio de telefone, correio eletrônico, entre outros. Entretanto, deve-se evitar que a comunicação ocorra informalmente por meio de impressos, o que parece dificultar a mesma (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

---

<sup>3</sup> O termo Projeto Terapêutico Singular (PTS), ao invés de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, parece mais adequado por dois motivos principais: primeiro por sugerir que o PTS pode ser realizado para coletivos e não só para indivíduos e; segundo por salientar a singularidade como seu elemento central (OLIVEIRA, 2007).

No que concerne a experimentação do arranjo Equipe de Referência e de Apoio Matricial, essa foi iniciada no município de Campinas/SP, na área da saúde mental (CAMPOS, 1999). A proposta do Apoio Matricial nessa área foi incorporada à Atenção Básica a partir da constatação da necessidade de se incorporar as ações de saúde mental nesse nível de atenção para que houvesse avanço no processo da reforma psiquiátrica. Do mesmo modo, foi reconhecido que os profissionais da Atenção Básica sentem-se despreparados para acolher as demandas em saúde mental que chegam ao serviço. Nesse sentido, o Apoio Matricial foi introduzido com o objetivo de oferecer apoio técnico a esses profissionais e engendrar a corresponsabilidade (GOMES, 2006). Em seguida, o mesmo município experimentou a proposta também em outros serviços e em outras áreas e mais tarde outros municípios também foram experimentando o Apoio Matricial.

Mais tarde, o Ministério da Saúde, reconhecendo o êxito do Apoio Matricial, propôs o uso da metodologia para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede de atenção à saúde, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e a Atenção Básica (BRASIL, 2005).

O arranjo – Equipe de Referência e de Apoio Matricial – também foi adotado como um dispositivo pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH) com propósito de difundir essa experiência nos diversos âmbitos do SUS (BRASIL, 2009a).

### **3.1.2 A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde**

Antes de adentrar-se na questão propriamente dita da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, faz-se necessária uma breve explanação de como a humanização foi se configurando no campo da saúde. É isso que se tentará a seguir.

A humanização é um vocábulo polissêmico e polêmico tanto para os profissionais de saúde e usuários como para a academia, onde a humanização é abordada numa pluralidade de sentidos como, por exemplo, como vínculo entre profissionais e usuários, associada à qualidade do cuidado (incluindo a valorização dos profissionais e o reconhecimento dos direitos dos usuários), entre outros. Para profissionais de saúde e usuários a humanização é compreendida como o tratamento respeitoso, amoroso e carinhoso do outro, como acolhimento, diálogo, tolerância, aceitação das diferenças, mas, ainda, como

acolhimento resolutivo, co-responsabilidade, controle social, valorização do trabalhador, inclusão, ética, dentre outros (HECKERT; PASSOS e BARROS, 2009).

Na saúde, a humanização entra em debate timidamente a partir da XI Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” (BRASIL, 2000). Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), que objetivava melhorar a qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador no âmbito hospitalar (BRASIL, 2001).

Contudo, Barros e Passos (2005) registram que os críticos às propostas de humanização no campo da saúde denunciavam que essas eram reducionistas e, na maioria das vezes, não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos. Para os mesmos autores, além do PNHAH, algumas outras ações, projetos e programas, propostos pelo Ministério da Saúde como, por exemplo, a Carta ao Usuário (1999), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); o Programa de Acreditação Hospitalar (2001); o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), mesmo que sem a palavra humanização explícita e com objetivos e focos diferentes, estavam voltados para a qualidade na atenção ao usuário, observando-se, assim, o estabelecimento de uma relação entre humanização e qualidade na atenção e satisfação do usuário.

Nesse contexto, a humanização foi então se configurando historicamente em ações fragmentadas – segmentadas por áreas e níveis de assistência, ligadas ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo, à padronização e ao tecnicismo, orientadas pelas exigências de mercado e pautadas na racionalidade administrativa. Desse modo, os autores citados afirmam que a humanização traz imprecisões e fragilidades tanto em seu conceito como em seus modos de concretizar-se. Necessita, portanto, para alterar de rumo e seguir em direção a um movimento de mudança que pudesse responder aos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, enfrentar tanto o desafio conceitual como o metodológico.

Em relação ao desafio conceitual da humanização, Barros e Passos (2005) apontam que se faz necessário romper com a visão idealizada do humano arraigada no conceito instituído de humanização e redefinir o conceito a partir do concreto e, portanto, considerar o humano em sua diversidade. Todavia, esse desafio precisa ser acompanhado do desafio de se alterar os modos de fazer para que haja reflexos sobre as práticas de saúde e na qualidade de vida dos usuários e dos trabalhadores.

Nesse sentido, em 2003, o Ministério da Saúde aposta na humanização como política de governo, e nasce a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – PNH.

A PNH surge com a proposta de se construir como política que atravessa os diferentes setores e programas do Ministério da Saúde, buscando delimitar um projeto comum e transversal por meio da valorização da dimensão humana das práticas de saúde (HECKERT; PASSOS e BARROS, 2009). É a valorização dos diferentes sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores – implicados no processo de produção de saúde, o novo sentido atribuído a palavra humanização na PNH (BRASIL, 2009a).

A política foi elaborada com o objetivo de incitar mudanças no modelo de atenção e de gestão – diante da necessidade urgente de transformação que os inúmeros problemas do SUS impõem. Desse modo a política se constrói em duas direções: da inseparabilidade entre atenção e gestão e da transversalidade. Essas direções indicam o “como fazer” da PNH que se concretiza a partir das relações (BARROS e PASSOS, 2005).

As práticas de saúde só podem ser efetivamente modificadas a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação. No que tange os modos de cuidar da população, de produzir saúde, esses só poderão ser alterados se os modos de se organizarem os processos de trabalho, a interação dos trabalhadores, as formas de planejamento, de tomada de decisões, de avaliação e de participação também se alterarem. Portanto, não há como conceber gestão e atenção separadamente quando se pensa em mudanças. Da mesma forma, não há como alterar os modos de relacionamento dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde sem aumentar a comunicação entre os mesmos. Mas, não se trata de qualquer comunicação, trata-se do grau de abertura que permite o novo, a invenção, a diferença – para a PNH essa abertura denomina-se transversalidade (BARROS e PASSOS, 2005 e CAMPOS, 2000).

Para Schwartz (2002) a gestão dos processos de trabalho em saúde é a criação de normas, regulação do processo de trabalho,

executada por todos os envolvidos (usuários, trabalhadores e gestores) no processo de produção de saúde. Portanto, a gestão não pode ser reduzida ao âmbito gerencial-administrativo separada das práticas de cuidado, ou seja, a gestão desses processos não pode ser pautada pelos valores de mercado. Contudo, para Heckert, Passos e Barros (2009), na saúde, a compreensão de gestão está associada a um posto (gerência), a um sujeito (gestor) e aos espaços formais de gestão (conselhos, comissões, colegiados, entre outros) e, por isso, a separação entre gestão e atenção é evidente e, muitas vezes, inevitável. Desse modo, a conexão entre ambos constitui-se – um desafio.

De acordo com Pasche (2008), a PNH se apresenta e se constrói reconhecendo que existe um SUS que dá certo. O autor afirma que a política reconhece as inovações concretas experienciadas e desenvolvidas em vários âmbitos, planos e lócus do SUS – que autorizam o reconhecimento de que há avanços tanto na gestão como na atenção – consoante com a política pública de saúde idealizada pela Reforma Sanitária Brasileira. Por meio de tais experiências a PNH extraiu a sua base discursiva e prática, ou seja, seus princípios, método, diretrizes e dispositivos.

Os princípios, extraídos das experiências positivas do SUS, adotados pela PNH devem disparar e nortear o movimento de mudança que a política propõe. Além da inseparabilidade entre a gestão e a atenção, e da transversalidade já citadas, o protagonismo, a coresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos constituem os princípios da PNH (BRASIL, 2009a). Pasche (2008) ressalta que para produzir os efeitos esperados, a política indica que os princípios devem ser articulados e indissociados.

O modo de fazer da PNH para que esses princípios não fiquem somente inscritos em documentos, cartilhas ou livros, mas que ocorram na concretude das práticas de saúde, ou seja, que possam ser experimentados por aqueles que estão implicados no processo de produção de saúde, é o método da inclusão. Assim, a política indica a necessidade de três inclusões: a dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), a do coletivo e também a dos analisadores sociais – entendidos como os fenômenos que nos desestabilizam e que são expressos nas crises e perturbações que o encontro com a alteridade produz – nos processos de gestão, na clínica e na saúde coletiva. Esse modo de fazer da política é denominado método da tríplice inclusão e se constitui um exercício ético (BRASIL, 2009a).

Na mesma linha dessa discussão, Pasche (2008, p.4) nos indica que incluir demanda “a construção de espaços coletivos para pôr em

contato, em relação, sujeitos para que, no encontro, produzam entendimentos e ações comuns”. Para o autor a inclusão mais radical na PNH é a dos analisadores sociais, pois o encontro de alteridades não pode ser compreendido em sentido restrito, onde se busca a participação de usuários e trabalhadores para uma maior aderência a prescrições heterônomas, ou para simples melhorias nos processos de gestão tradicional das organizações. Incluir o outro e a perturbação desta inclusão implica “atitude generosa que suscita alteração nas relações de poder entre os sujeitos” e impõe a necessidade de lidar com a diferença e com os conflitos. Entretanto, a alteração nas relações de poder requer “deslocamentos e ressignificação dos lugares e posições que se ocupam na relação com o outro na perspectiva da produção de coresponsabilização”. Esses processos exigem que as construções anteriores ao encontro sejam relativizadas, para nele “produzir ação comum”.

As diretrizes da PNH são compreendidas como as orientações gerais da política que indicam a direção para construções comuns. São elas: clínica ampliada; co-gestão; valorização do trabalho; acolhimento; saúde do trabalhador; defesa dos direitos dos usuários; ambiência e construção de memória dos processos de mudança<sup>4</sup>. Segundo Pasche (2008), tanto as diretrizes como os princípios da política podem ser experimentados por meio de arranjos tecnológicos de trabalho, ou seja, por meio de dispositivos.

Por dispositivo, o Ministério da Saúde entende o arranjo de elementos, concretos ou imateriais, pelo qual se faz funcionar ou se potencializa um processo. Pasche (2008) alerta que os dispositivos não devem ser confundidos com prescrições, mas sim como tecnologias ou modos de fazer, ou seja, são modos de organização do processo de trabalho que podem ser adaptados, moldados à experimentação dos sujeitos e seus contextos. A PNH lança mão de vários dispositivos para consolidar-se como política. São eles: acolhimento com classificação de risco; projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; projetos de construção coletiva da ambiência; colegiados de gestão; contratos de gestão; sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; projeto de visita aberta; programa de formação em saúde e trabalho e comunidade ampliada de pesquisa; programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde; grupo de trabalho de

---

<sup>4</sup> As Diretrizes da PNH encontram-se melhor detalhadas em: <http://www.saude.gov.br/humanizausus>.

humanização – GTH; além das Equipes de Referência e de Apoio Matricial – discutidos no tópico anterior dessa revisão de literatura (BRASIL, 2009a).

A PNH é uma política pública que parte do reconhecimento de que o sistema de saúde no país traz marcas acentuadas, em sua estrutura e organização, de concepções que se hegemonizaram, que instituíram um sistema assistencialista e essencialmente focado nas doenças, portanto incapaz de colocar a vida, a produção de saúde em primeiro lugar, de pôr o humano como centro da ação da política de saúde. Logo, a PNH reconhece as necessidades de mudança no modelo de atenção e de gestão do SUS com o intento de reafirmar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, mas também a saúde em sua concepção mais ampla. Portanto, é uma política meio para que o SUS não seja apenas uma conquista expressa em um texto constitucional, mas que seja implementado na prática (PASCHE, 2009).

Assim, a PNH deve ser entendida como uma oferta de mudança na saúde que tem potência de transformar o SUS e de aproximá-lo enquanto prática a suas exigências discursivas, em especial reafirmando-o como prática social que afirma direito e constrói cidadania (PASCHE, 2008).

Barros e Passos (2005) alertam para a necessidade de não se reduzir a humanização a mais um Programa a ser empregado nos vários serviços de saúde. Ao contrário, deve ser compreendida como uma política que opere transversalmente em todo o SUS. A humanização como mais um Programa contribuiria para as relações verticais, permeadas por normas que devem ser executadas, o que, geralmente, resulta em práticas burocratizadas e descontextualizadas, pautadas em metas a serem atingidas independentes de sua resolubilidade e qualidade.

O destaque feito por Campos (2005) é exatamente nesse sentido, ao indicar que a PNH além de ser uma política que vai de encontro às práticas substanciadas no tecnicismo que se efetivam por meio de normatizações, portarias, resoluções, entre outros, parte das experiências vividas nos serviços de saúde, rompendo com a tradição vertical e autoritária comum na saúde pública.

Contudo, para Barros e Passos (2005, p.393) adotar a humanização como política transversal presume necessariamente transpor as fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder envolvidos na produção da saúde. Para os autores, a afirmação da humanização como política transversal “deve garantir o caráter questionador das

verticalidades pelas quais estamos, na saúde, sempre em risco de nos ver capturados”.

No que concerne o desafio de transpor as fronteiras dos inúmeros núcleos de saber/poder que se ocupam da produção de saúde, destaca-se a necessidade de se colocar em debate a clínica tradicional e a proposta da Clínica Ampliada – uma das diretrizes da PNH, o que se tentará a seguir.

### 3.1.2.1 A Clínica Ampliada

Em geral, a clínica é associada ao profissional médico no ato de diagnosticar e tratar doenças (BRASIL, 2009b). Entretanto, a clínica é sempre interação, encontro, contato entre sujeitos singulares, diferentes (PASSOS e BENEVIDES, 2003).

Na sociedade contemporânea é notório que o objeto ontologizado da medicina – a doença, na maioria das vezes, está separado do sujeito concreto, social e subjetivamente construído. Ignoram-se as dimensões que constituem esse sujeito e as várias posições possíveis que a doença ocupa na vida desse, logo, não se busca articular o enfrentamento de uma dada doença com a luta contra o desemprego ou com o cumprimento de funções maternas ou laborais, por exemplo, o que caracteriza uma das limitações da clínica (CAMPOS, 2003).

Para o mesmo autor (2003, p.61), a clínica oficial praticada pela medicina oficial, que opera com um objeto de estudo e de trabalho reduzido – a doença e as implicações dessa redução, bastante criticada por alguns autores como Foucault, Canguilhem e Camargo Jr., se responsabiliza somente pela doença e não pelo sujeito doente. Essa redução acaba por autorizar a clínica oficial “a se desresponsabilizar pela integralidade dos Sujeitos”.

Campos (2003, p.65-66) admite que “todo o saber tende a produzir uma certa ontologia do seu objeto, tende a transformar o objeto da análise em Ser com vida própria”. Na medicina, a implicação de tal fato consiste no modo de perceber as doenças, onde essas seriam as mesmas em todas as diversas manifestações, ou seja, não perderiam suas identidades, tornando-a um campo de certezas. Contudo, o autor alerta para a necessidade de se passar desse campo de regularidades e certezas para o da imprevisibilidade do cotidiano. Para isso, seria primordial reconhecer as limitações de um saber estruturado, “pois obrigaria todo especialista a reconsiderar seus saberes quando diante de qualquer caso concreto”.

Nesse sentido, Campos (2003, p.57) aponta para a necessidade de se reformar e ampliar a clínica oficial, a qual deve promover o deslocamento da ênfase na doença para focá-la no sujeito concreto, considerando todas as suas dimensões, inclusive, também, a da doença. Desse modo, propõe “uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica”, ou seja, propõe incluir, para além da doença como objeto de conhecimento e de intervenção, o “Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica”.

A clínica ampliada, por sua vez, teria por objetivo superar os desafios da clínica oficial como, por exemplo, a fragmentação decorrente da especialização, a alienação e o tecnicismo biologicista, a separação entre biologia, subjetividade e sociabilidade, entre outros, e operar com relações mais horizontais, com o fomento de vínculos terapêuticos, com projetos terapêuticos amplos – onde há espaço privilegiado para o sujeito. Uma clínica que seja capaz de construir alternativas concretas de saberes e de práxis, considerando que toda relação clínica é arraigada por interesses, desejos e necessidades de sujeitos concretos (CAMPOS, 2003).

A PNH extraiu das experiências concretas dos serviços de saúde a clínica ampliada e a adotou como parte das suas construções discursivas e práticas, tomando-a como uma diretriz (PASCHE, 2008; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b), onde os sentidos da ampliação da clínica dizem respeito à ampliação do diálogo e à participação dos diferentes sujeitos, em relação, na definição de contratos (PASCHE, 2009).

Considerando que dentre as várias correntes teóricas que norteiam o trabalho em saúde, podem-se distinguir os enfoques biomédico, social e psicológico, e que em cada um desses enfoques há uma tendência a valorizar mais um tipo de problema e soluções, muitas vezes de forma excludente, a proposta da clínica ampliada é articular e incluir os diferentes enfoques existentes na prática clínica, reconhecendo que, em uma determinada situação, pode existir a predominância de um ou outro enfoque, sem que isso signifique a exclusão dos demais (BRASIL, 2009b).

Para o exercício da clínica ampliada são necessários, como instrumentos de trabalho, arranjos onde possa ocorrer a transversalidade. Acima de tudo, são necessárias técnicas relacionais como, por exemplo, a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, de lidar com condutas automatizadas de modo crítico e com a expressão social e subjetiva, entre outras. Um dos arranjos que possibilitam a realização de uma clínica ampliada é a Equipe de Referência e de Apoio Matricial (BRASIL, 2009b).

### **3.1.3 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF - foi criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o propósito de contribuir para o alcance da integralidade da atenção/cuidado e a interdisciplinaridade das ações em saúde, sendo instituída com o objetivo de ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações da Atenção Básica, mediante o apoio às Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008a).

A mesma portaria determina que o NASF deve: ser composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e que esses devem compartilhar as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família; atuar a partir das demandas identificadas conjuntamente com essas equipes, não se constituindo, em porta de entrada para o sistema; contribuir para o fortalecimento da coordenação do cuidado atribuída à Atenção Básica a partir da revisão da prática do encaminhamento pautada no sistema de referência e contra-referência vigente. Ressalta-se que a composição do NASF deve ser definida pelos gestores municipais e profissionais da Estratégia Saúde da Família – ESF, pautados em critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais.

Em 21 de outubro de 2011 a Portaria GM Nº 154 foi revogada pela Portaria Nº 2.488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a Atenção Básica (BRASIL, 2011a). As principais mudanças em relação ao NASF concerne nos critérios estabelecidos para a organização do mesmo nas modalidades 1 e 2, o aumento das ocupações do Código Brasileiro de Ocupações que poderão compor o NASF e a diminuição do número mínimo e máximo de equipes ao qual cada NASF poderá estar vinculado.

Inicialmente, o NASF modalidade 1 deveria ser constituído por no mínimo cinco profissionais, não-coincidentes, dentre as seguintes ocupações do Código Brasileiro: médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, médico homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Essa modalidade de NASF deveria estar vinculada a no mínimo oito (8) e no máximo vinte (20) equipes de Saúde da Família, com exceção para os municípios do Norte com menos de 100.000 habitantes, onde o número mínimo de equipes estava reduzido para cinco. O valor de incentivo mensal para os

municípios que implantaram essa modalidade é de vinte mil reais para cada NASF. O NASF modalidade 2 deveria ser constituído por três profissionais, não-coincidentes, dentre as seguintes ocupações: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Essa modalidade de NASF deveria realizar suas atividades vinculados a, no mínimo, três (3) equipes de Saúde da família e, o incentivo financeiro definido era de seis mil reais mensais (BRASIL, 2008a).

A partir da aprovação da Nova Política Nacional de Atenção Básica não há mais distinção de quais ocupações devem compor cada uma das modalidades de NASF. A atual determinação é de que no NASF modalidade 1 a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais, sendo que nenhum deles poderá ter carga horária inferior a 20 horas e superior a 80 horas semanais. No NASF modalidade 2, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe é reduzida para 120 horas, sendo que no mínimo cada profissional deverá perfazer 20 horas e no máximo 40 horas (BRASIL, 2011a).

Além disso, foi ampliado de treze (13) para dezenove (19) as opções de categorias profissionais que poderão compor o NASF. As ocupações acrescentadas foram: médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2011a).

Acerca do número de equipes de Saúde da Família que devem receber apoio de cada equipe NASF, foi definido que: (a) para o NASF 1 o número mínimo de equipes permanece oito (8) e, o número máximo passa de vinte (20) para quinze (15) equipes. Nos municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, o mínimo são três (3) e o máximo nove (9) equipes; (b) para o NASF 2 o número mínimo de equipes permanece três (3) e, o máximo sete (7) (BRASIL, 2011a).

Os valores de incentivo federal para o NASF permanecem os mesmos mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Como já mencionado anteriormente, o NASF foi criado com o intuito de se obter a integralidade da atenção, apostando na interdisciplinaridade das ações em saúde. Desse modo, afirma a

integralidade como sua principal diretriz, sendo essa compreendida em três sentidos:

- (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal;
- (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura;
- além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010a, p.16).

De fato, ao se afirmar que a integralidade é a principal diretriz do NASF, emerge a necessidade de se fazer uma pausa para a reflexão acerca dos sentidos atribuídos à mesma. Ao se reconhecer os sentidos acima para a integralidade, percebe-se o esforço para se ampliar o conceito constitucional da mesma, em busca de outras possibilidades como as apontadas por Mattos (2001): a integralidade como traço da boa medicina; como modo de organizar as práticas em saúde e como princípio orientador para a construção de políticas governamentais.

No que se refere à integralidade como traço da boa medicina, a mesma deve ser compreendida como um valor que deve permear as práticas dos profissionais de saúde, práticas essas que devem abranger o conjunto de ações e serviços de saúde que a população necessita, organizadas a partir destas necessidades, as quais, pautadas no princípio da integralidade, devem ser apreendidas continuamente por múltiplas formas de expressão. Desse modo, a integralidade se faz presente como modo de se organizar os serviços a partir das necessidades reconhecidas por meio da combinação mínima entre a demanda espontânea e a programada. Ainda, a integralidade também sinaliza para a formulação das políticas governamentais delineadas para dar respostas a problemas de saúde, as quais devem incorporar tanto as ações de prevenção como as assistenciais (MATTOS, 2001).

Em suma, Mattos (2001) afirma que a integralidade necessariamente supõe a negação do reducionismo. De fato, o princípio da integralidade recusa a redução: do sujeito a uma lesão ou a situações de risco; da apreensão das necessidades de serviços de saúde por somente uma disciplina; da compreensão de uma ou de algumas dimensões das respostas aos problemas de saúde.

Assim, o NASF mostra-se como uma potência para o fomento da integralidade em seus mais variados significados, não somente no

sentido instituído pela Carta Magna, mas também sem incorrer no risco de sua banalização.

Além da integralidade, outros princípios e diretrizes como o território, a educação popular em saúde, a interdisciplinaridade, a participação social, a intersetorialidade, a educação permanente em saúde, a humanização e a promoção da saúde devem orientar os processos de trabalho do NASF. Esses estão descritos no Caderno de Atenção Básica – Diretrizes do NASF, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a).

Voltando a proposta de Campos (1999) de se organizar os serviços de saúde com base no arranjo – Equipes de Referência e de Apoio Matricial, de fato, essa proposta foi reforçada após a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, que tem como cerne do seu processo de trabalho o matriciamento, como evidenciado pelo próprio Ministério da Saúde ao afirmar que:

O correto entendimento da expressão “apoio” que é central na proposta dos Nasf, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência” (BRASIL, 2010a, p.11).

Desse modo, o processo de trabalho do NASF deve ser organizado e desenvolvido por meio do Apoio Matricial, sendo necessário, portanto, que haja espaços de discussões e planejamento para o desenvolvimento de tal apoio. (BRASIL, 2010a).

Cabe ressaltar que, de acordo com a publicação do Ministério da Saúde – Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010a), é imprescindível que o NASF organize o seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua co-responsabilidade, levando em conta a dinamicidade do mesmo e considerando as especificidades e necessidades da população adscrita. Para isso é essencial admitir que no território há diferentes culturas e representações, grupos sociais, etnias, religiões, saberes, identidades, micropoderes, modos de vida, relações no trabalho, formas particulares de organização, distribuição de renda, educação, características ambientais, entre outros (VERDI, DA ROS, CUTOLO, 2010). Assim, os profissionais do NASF poderão contribuir com as Equipes de Referência no que diz respeito à agregação de conhecimento necessário para conduzir os casos e situações que demandam tal apoio de modo a lograr a resolubilidade dos mesmos.

Quanto à educação popular em saúde, é possível identificar no mesmo documento, a orientação para que as equipes NASFs junto às equipes de Saúde da Família estejam sensíveis ao ponto de capturar e valorizar os diferentes saberes, interesses, desejos, modos de sentir, pensar e agir das pessoas que vivem nos territórios. Considerando esses aspectos, as equipes estarão contribuindo, de acordo com Machado *et al* (2007), para a autonomia dos indivíduos e para a emancipação dos mesmos enquanto sujeitos históricos e sociais, capazes de proporem e opinarem nas decisões de saúde para o cuidar de si e da coletividade, tornando, portanto, as práticas de saúde mais satisfatórias, prazerosas e participativas.

No que concerne a interdisciplinaridade, essa diretriz é de fundamental importância para o estabelecimento de um processo de trabalho que pretende ser resolutivo, pois permite que os mais variados saberes e práticas se complementem. A interdisciplinaridade deve ser entendida como uma atitude de permeabilidade aos diversos conhecimentos que podem contribuir para a efetividade do cuidado (BRASIL, 2010a).

Em relação à participação social, o NASF deve contribuir com o fortalecimento dos espaços sociais, comunitários e locais, com ênfase na gestão participativa. Deve, portanto, incluir no seu processo de trabalho ações que promovam a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de articulação com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde, e também com outras formas de organização existentes no território de sua responsabilidade, fomentando a cidadania. Por sua vez, a intersetorialidade pressupõe a articulação entre os diversos setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e desejos diversos, na abordagem de um tema, caso ou situação. Desse modo, o NASF deve desenvolver ações integradas a outras políticas sociais, como as da educação, do esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras (BRASIL, 2010a).

No que diz respeito à educação permanente, é destacado no mesmo documento a importância de se reconhecer que o saber técnico é somente uma das dimensões para a transformação das práticas, não sendo o único aspecto relevante para uma formação profissional. Ao contrário, os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS, devem fazer parte da formação dos profissionais, em especial dos que atuam no SUS, pois todos esses aspectos são essenciais para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

A humanização, como diretriz para o processo de trabalho do NASF, implica apostar na capacidade de inovação, de criação, de reinvenção dos modos de como as pessoas, as equipes, os serviços entram em relação para que possam produzir mais e melhor saúde e ter a defesa da vida como valor permeando suas práticas (BRASIL, 2010a).

Por último, a promoção da saúde deve orientar os processos de trabalho do NASF, ajudando as equipes a compreender como os modos de viver dos sujeitos são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. Desse modo, esses aspectos devem ser constantemente refletivos e levados em consideração no planejamento e desenvolvimento das práticas de saúde (BRASIL, 2010a).

Como já mencionado anteriormente, o NASF conjuntamente com as equipes de Saúde da Família que a ele se vinculam, deve organizar o seu processo de trabalho com centralidade no Apoio Matricial, que poderá ser desenvolvido a partir de inúmeras possibilidades. Dentre as instituídas, destacam-se as que devem ser priorizadas:

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

grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc (BRASIL, 2010a, p.20-21).

A definição das ações a serem estabelecidas e os critérios para o acionamento do apoio, segundo o Caderno – Diretrizes do NASF, deve ocorrer de forma compartilhada entre gestores, equipe NASF e equipe de Saúde da Família e usuários. Ressalta-se que tais definições devem ser flexíveis e sujeitas à reavaliação e a mudanças de rumo, se necessário (BRASIL, 2010a).

Outro aspecto importante, diz respeito ao papel dos gestores no que concerne à gestão do NASF. Esses devem: deixar claro e negociar as atividades e os objetivos prioritários do NASF ao contratarem os profissionais que constituirão a equipe; definir quem são as equipes de Saúde da Família que devem ser apoiadas pelo NASF; avaliar continuamente a capacidade de articulação entre as equipes; identificar as possíveis co-responsabilidades e parcerias; auxiliar o desenvolvimento de indicadores de avaliação para o acompanhamento das atividades e acompanhar tais indicadores (BRASIL, 2010a).

Ainda, referente ao processo de trabalho do NASF, outra atividade que deve fazer parte do cotidiano dos atores envolvidos é a pactuação do desenvolvimento do trabalho, que segundo o estabelecido pelo Ministério da Saúde, deve abranger a definição dos objetivos a serem alcançados; dos problemas prioritários a serem abordados; dos critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos e de avaliação do trabalho (BRASIL, 2010a).

Quanto ao processo de implantação do NASF, as publicações ainda são tímidas, mas muito se tem discutido em seminários, simpósios e congressos da área da saúde como, por exemplo, no encontro/debate realizado em 2009 – um ano após a criação do NASF – organizado por profissionais da Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde) e do Centro de Saúde Escola do Butantã para discutir coletivamente sobre a temática, mais especificamente, sobre a questão do Apoio Matricial. Nesse encontro, foram levantados alguns dos desafios do NASF como, por exemplo, a compreensão do que vem a ser Apoio Matricial; a concretude do matriciamento como forma de organização do trabalho; a compreensão de que o NASF faz parte da Atenção Básica de Saúde, não devendo, portanto, desenvolver ações fora desse âmbito de atenção e tornar-se um ambulatório de

especialidades; a formação dos profissionais que constituirão tais núcleos; a avaliação dos resultados após a inserção do NASF e mais especificamente quais indicadores utilizar para a referida avaliação; a definição do objeto de trabalho e de investimento das equipes NASF; entre outros (CRUZ, 2009).

Cunha (2009c), no debate referido acima, relacionou os princípios Tayloristas às maiores dificuldades do NASF. Apontou como um dos maiores sofrimentos dos “especialistas”, ao chegarem à Atenção Básica, o contato com a complexidade desse nível de atenção, ou seja, se uma das potências da especialização é a exatamente a redução do objeto de estudo/intervenção, na Atenção Básica esses profissionais se dão conta de que esse objeto não está isolado de um contexto, colocando em cheque seu saber/poder. Para o autor, Taylor, muito adequadamente, dizia que sua administração era científica e, como boa ciência cartesiana, admitia somente um modo de fazer. Desse modo, a prática estaria pouco permeável ao imprevisto. Assim, o “especialista” que opera nessa perspectiva, chega às Equipes de Referência dizendo o que essas precisam fazer ou deixar de fazer. Por sua vez, quando esses profissionais operam na lógica do Apoio Matricial, chegam às equipes trazendo o seu conhecimento, um olhar externo, uma agenda de governo, mas independente do que trazem consigo, sempre negociarão suas ofertas com essas equipes.

Ainda no mesmo evento, Pasche (2009b) afirmou que o NASF pode vir a ser uma estratégia de qualificação da Atenção Básica. Entretanto, fez um alerta acerca de dois possíveis riscos: o do “apequenamento e o da onipotência”. Apequenamento no que se refere ao entendimento do NASF como uma estratégia de aporte de especialistas aos profissionais da Atenção Básica, que para o autor reduz o potencial da estratégia e pode autorizar ainda mais a hierarquia entre os profissionais. Por sua vez, o NASF pode vir a qualificar as ações da Atenção Básica, mas a estratégia por si só não garante isso. A proposta tem potência, mas não tem onipotência. Para o autor é fundamental que o Apoio Matricial seja desenvolvido na lógica do agenciamento com o outro, de colocar pessoas, saberes, afetos em rede e de problematizar os processos de trabalho, pois sem essa perspectiva o NASF terá dificuldades para consolidar-se.

### 3.2 OS CONFLITOS ÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

No campo da ética, os termos conflito, dilema e problema, muitas vezes, são utilizados como sinônimos, porém é importante ressaltar que eles guardam proximidades entre si, mas também diferenças significativas para a compreensão do conteúdo tratado. Deste modo, faz-se necessário iniciar esse debate buscando delimitar os significados atribuídos a cada um desses termos.

Lalande (1999, p. 260) compreende dilema como o “sistema de duas proposições contraditórias, entre as quais se é colocado na obrigação de escolher” ou ainda “[...] oposição mútua entre duas teses filosóficas tais que a aceitação ou o repúdio de uma, [...], leva à negação ou à afirmação da outra [...]”.

Assim, o dilema ético não se constitui somente como a terminologia mais usual, mas também como a visão mais comum para tratar as questões éticas (ZOBOLI, 2011).

Por sua vez, diferente do dilema, o problema, geralmente, apresenta-se como qualquer circunstância que inclua a possibilidade de uma alternativa. O problema era defendido por Aristóteles “como um procedimento dialético que tende à escolha ou à recusa, ou também à verdade e ao conhecimento”. Assim, a presença de problemas significa a presença também de silogismos contrários. Os problemas, de acordo com Aristóteles, “só podem nascer quando não há discurso concludente”, ou seja, “o problema pertence ao domínio da dialética, isto é, dos discursos prováveis, e não ao da ciência” (ABBAGNANO, 2007, p.934).

O problema também exige que se faça escolhas, mas, diferente do dilema, o problema nem sempre terá solução e tampouco haverá somente duas possibilidades de opção, assim como “a solução racional e razoável” será única e a mesma para todos os envolvidos na situação. Em resumo, “o problema apresenta-se como a necessidade de ter que eleger entre distintos e possíveis cursos de ação” (ZOBOLI, 2011, p.67).

Em relação à ética, segundo Gracia (2005), dilema e problema ético são erroneamente utilizados, com frequência, como equivalentes. Para o autor a diferença está no modo os conflitos são abordados: se para esses forem vislumbradas apenas duas possibilidades, opostas, o conflito estará sendo abordado de modo dilemático; por outro lado, se forem vislumbradas várias possibilidades, o conflito estará sendo abordado de modo problemático. Ou seja, os conflitos podem ser tratados de maneira dilemática ou problemática.

A diferenciação entre dilema e problema ético é fundamental na Atenção Básica de Saúde, pois nesse nível de atenção, segundo Sugarman (2000), é comum a presença de problemas éticos e não de dilemas. Para Zoboli (2011) isso ocorre porque é raro estar-se diante de situações que apresentam apenas duas alternativas de escolhas que dêem conta da realidade. Em geral, o que acontece é que, para simplificar a análise, há uma tendência de se transformar problemas em dilemas.

O termo conflito, segundo Abbagnano (2007), significa contradição, oposição ou luta de princípios, propostas ou atitudes. Conflito é o choque de duas ou mais coisas. Para Gracia (2005) há conflitos que procedem dos próprios valores e há outros, que decorrem das condições da realidade que condicionam ou impedem a sua concretização (realização).

Assim, conflito ético é entendido, nesse estudo, como o produto das relações humanas, gerados a partir da contradição entre diferentes valores, interesses, visões de mundo, desejos, ou seja, constitui-se em um movimento dialético.

A produção bioética, tanto brasileira como internacional, tem privilegiado a discussão acerca dos conflitos éticos identificados no hospital e pouco tem se dedicado aos que emergem na Atenção Básica. Ou seja, em geral, a bioética centra-se nas situações limites, em detrimento das situações ocorridas no cotidiano da atenção à saúde da maioria dos sujeitos (ZOBOLI e FORTES, 2004; BERLINGUER, 1996).

Talvez, a justificativa para tal privilégio paute-se na própria história da construção e consolidação da bioética, que surgiu, pelo menos inicialmente, de acordo com Garrafa (2005), para proteger os indivíduos mais frágeis nas relações entre profissionais de saúde e pacientes e/ou institutos de pesquisa e cidadãos.

O termo bioética, cunhado por Potter, no início da década de 70, segundo alguns autores com Garrafa (2005) e Diniz e Guillhem (2002), relacionava-se a ética global, ou seja, com a preocupação ética da preservação do planeta, a partir da constatação de que algumas novas descobertas e suas aplicações, ao invés de trazer benefícios para o futuro da humanidade, originavam preocupações e até mesmo destruições. Logo, a bioética fixou-se como resposta às conseqüências do desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da medicina, sobretudo em relação às “situações de fronteira de vida ou situações-limite”, de acordo com a terminologia de Berlinguer (1996), como a reprodução assistida, aborto, clonagem, eutanásia, transplantes de órgãos, engenharia genética, entre outras.

Como as situações acima referidas são mais comumente vividas e percebidas no ambiente hospitalar, caracterizado pela sofisticação tecnológica e especialização, isso pode justificar a preponderância das reflexões bioéticas acerca desse contexto e a tímida produção referente aos conflitos éticos vividos na Atenção Básica – espaço cotidiano de produção de saúde. Assim, como pode explicar o encontrado por Zoboli (2003, p.07) em pesquisa realizada com médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de identificar os problemas éticos vivenciados por esses profissionais nesse âmbito da atenção à saúde e como os mesmos fundamentam suas decisões frente a tais problemas. A autora constatou que os problemas éticos na Atenção Básica são, geralmente, preocupações do cotidiano da atenção à saúde, parecendo banais quando comparados “às situações críticas, dramáticas, típicas do hospital”, que demandam soluções imediatas e são mais comuns na literatura.

No estudo acima descrito, a pesquisadora utilizou o entendimento de Sugarman (2000) para delimitar o que seria problema ético, compreendido como os aspectos, as questões ou as implicações éticas que, comumente, ocorrem na Atenção Básica de Saúde, não configurando, necessariamente, um dilema, no qual há a necessidade de se optar entre somente duas alternativas contrárias.

Dentre os resultados encontrados pela pesquisadora, destaca-se o problema ético acerca dos limites da interferência da equipe no estilo de vida dos sujeitos. O problema manifesta-se na prática de muitos profissionais de saúde que atuam de maneira coercitiva, autoritária, manipulando o usuário por meio de apresentações enviesadas ou omissão de informações, a fim de persuadi-lo a aceitar aquilo que, na opinião do profissional, atende melhor seus interesses. Entretanto, cabe o questionamento ético sobre a atuação coercitiva acerca das opções terapêuticas, sobretudo nas mudanças de estilo de vida e comportamentos dos usuários e famílias (ZOBOLI, 2003).

Outro problema ético encontrado por Zoboli (2003) foi em relação ao pré-julgamento do usuário e a influência dos aspectos, como idade, gênero, responsabilidade social, condição econômica e, especialmente, estilos de vida não aceitos socialmente sobre as decisões clínicas e práticas em saúde. São exemplos de práticas que expressam tal problema: profissionais que estigmatizam os homossexuais, demonstrando menos vontade de atendê-los e discriminação em relação ao gênero, com os profissionais de saúde do sexo masculino tendendo a desvalorizar as queixas de saúde das mulheres.

No mesmo estudo, foram identificados problemas éticos nas relações da equipe, dentre eles: o desrespeito entre os integrantes da equipe; o despreparo dos profissionais para trabalhar no PSF; as dificuldades para delimitar as especificidades e responsabilidades de cada profissional e o compartilhamento das informações relativas ao usuário e família no âmbito da equipe. Também foram apontados problemas éticos nas relações com a organização do sistema de saúde como, por exemplo, as dificuldades para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotinas da USF; o excesso de famílias adscritas para cada equipe; o demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do PSF e as dificuldades no acesso a exames complementares.

Ainda, a pesquisadora destaca que os problemas éticos na Atenção Básica, aparecem do modo sutil e que tal sutileza, faz com que esses problemas, muitas vezes, não sejam percebidos pelos profissionais de saúde da Atenção Básica. Como o que foi observado no depoimento de um dos sujeitos da pesquisa acima referida, ao ser solicitado que relatasse uma situação na qual considerasse que tinham se defrontado com um problema ético, indicando a solução dada. O mesmo afirmou não ter presenciado nenhum problema ético, apenas citou situações de desentendimento que havia assistido no seu local de trabalho entre os profissionais e entre profissionais e usuários, mas sem considerá-las problemas éticos. Para a pesquisadora, isso implica em resultados desastrosos para a assistência dispensada à população na Atenção Básica como, por exemplo, a perda do vínculo entre profissionais e usuários (ZOBOLI, 2003).

Nesse sentido, Zoboli (2003, p. 230) afirma que a Atenção Básica, quando comparada com a atenção terciária, opera com situações e valores distintos e, por vezes, “de maior amplitude e complexidade, ainda que de menor dramaticidade”. Entretanto, parece ser o caráter emergencial e dramático da situação o que confere visibilidade a mesma e não a maior amplitude e complexidade. Assim, essas situações acabam por encobrir as demais – aquelas menos dramáticas, porém amplas, diversificadas e influenciadas pelo contexto social e subjetivo presentes mais significativamente na Atenção Básica – fazendo com que as mesmas não sejam percebidas pelos profissionais.

Tesser (2008, p. 99) ajuda a entender tal encobrimento ao assinalar que o ensino médico esteve, até recentemente, focado no hospital. E, que

os valores, os exemplos, os conteúdos, as experiências determinantes ou mais marcantes por que passam os alunos neste contexto os transformam em médicos pouco aptos a trabalharem com criatividade, satisfação e competência na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, Cunha (2005) assinala a influência de algumas características hegemônicas do espaço hospitalar, apreendidas durante a formação, na assistência prestada na Atenção Básica. Desse modo, tendo o hospital como espaço hegemônico de formação, os profissionais estarão pouco permeáveis aos conflitos éticos vividos em um nível de atenção distinto do de suas formações e mesmo percebendo-os, provavelmente, terão dificuldades no encaminhamento de tais conflitos.

Voltando para a questão da complexidade da Atenção Básica, diferente da que se percebe no hospital – que, em geral, implica a incorporação de alta tecnologia, consiste na demanda de se operar a densidade das relações intersubjetivas presentes no território. Isso é o que a Política Nacional reconhece, no conceito de Atenção Básica, ao dizer que a mesma utiliza tecnologias de elevada complexidade e de baixa densidade (ZOBOLI, 2009).

Assim, Lima *et al* (2009) indicam a insuficiência de se utilizar as reflexões da bioética realizada com centralidade na assistência hospital para a Atenção Básica e, indicam a necessidade de se realizar pesquisas voltadas para a identificação das questões éticas peculiares desse âmbito de assistência. Para as autoras, isso contribuirá para o entendimento de como o contexto geográfico, social, cultural, entre outros aspectos refletem-se nos problemas éticos e no encaminhamento dos mesmos.

Em outro estudo realizado com o objetivo de identificar e comparar os problemas éticos vivenciados por enfermeiros e médicos que atuam na Atenção Básica, chama a atenção alguns dos problemas apontados pelos participantes como, por exemplo, “Usuário solicita ao médico e enfermeiro os procedimentos que deseja” e “Usuários que se recusam a seguir as indicações médicas ou a fazerem exames”. Para as pesquisadoras, a ocorrência de tais problemas indica uma incoerência, pois de um lado, os usuários buscam a solução de um problema de saúde que consideram importante. De outro, os profissionais mantêm-se fixados em procedimentos, normas e rotinas do serviço ou ainda a sua compreensão do que é melhor para o usuário (LIMA *et al*, 2009, p.298).

Para Cunha (2005), tais problemas decorrem da não reprodução, na Atenção Básica, das condições de assimetria – típicas do hospital – caracterizada, em parte, pelo poder dos profissionais de saúde em relação aos usuários. Para o autor, os encontros na Atenção Básica não são eventuais e em situações de isolamento, mas encontros ao longo do tempo, permeados pelas “intervenções” da vida. Por isso, a submissão do sujeito é menor, já que as condutas terapêuticas, em grande parte, dependem do próprio sujeito, longe do profissional e do serviço de saúde.

Desse modo, pode-se dizer que na Atenção Básica, o usuário encontra-se em condições mais oportunas para exercer sua autonomia em relação à sua saúde, quando comparado ao hospital. Por isso, neste âmbito da saúde é pouco provável prover cuidado sem a participação dos sujeitos. E, isso implica em uma nova relação entre profissionais e entre profissionais e usuários, substanciada pela escuta e diálogo, exigindo, assim, novos saberes e nova ética para a valorização do outro numa relação intersubjetiva (CUNHA, 2005).

A necessidade dessa nova relação, também é apontada por Deslandes (2004, p. 8) como um dos desafios da humanização da saúde, ou seja, o desafio de se "construir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo", que facilitaria a identificação, elaboração e negociação com os sujeitos das necessidades de saúde que podem vir a ser satisfeitas nos encontros entre profissionais e entre profissionais e usuários.

Ainda nesse sentido, Teixeira (2005, p. 593) aponta que a efetivação do diálogo, como ferramenta de apoio para o conhecimento das necessidades dos sujeitos, deve estar substanciada em determinadas disposições ético-cognitivas como, por exemplo, "o reconhecimento do outro como legítimo outro" e "o reconhecimento de cada um como insuficiente". E, ainda, do reconhecimento de que todo sujeito possui um saber. Para o autor, a "arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades".

Para o mesmo autor, o sucesso do encontro usuário e profissional de saúde (ou entre os próprios profissionais) é obtido quando se logram resultados afetivos, quando os sujeitos experenciam "afetos aumentativos de alegria e potência". São esses afetos que dão solidez ao vínculo e à relação de confiança, necessários para o estabelecimento de relações terapêuticas no trabalho em saúde, marcado, nos tempos atuais, por relações de desconfiança.

Teixeira (2005, p.595) elenca os elementos que marcam o que ele denomina de "cultura da desconfiança":

(1) a biomedicina, montada no saber epidemiológico sobre o risco, não cessa de nos indicar onde moram os perigos, de nos fazer desconfiar de quase tudo que nos cerca, de quase tudo que fazemos, comemos ou bebemos. O discurso sobre o risco é, antes de tudo, um discurso geral sobre os corpos que não nos convêm (e apenas indiretamente, por contragolpe, um discurso sobre os corpos que podem eventualmente nos convir) e, portanto, um discurso que comunica tristeza, promovendo afetos de diminuição da potência, tanto mais totalitário quanto nos damos conta de que várias destas condições de risco dizem respeito a aspectos de nossa vida "normal". (2) Os tiranos de todo tipo, onipresentes no passado tanto quanto em nossa história presente, também têm seu próprio discurso, sempre atualizado, do terror e do medo, inoculando em nossas almas e fazendo circular por toda parte a desconfiança em relação ao outro, especialmente, em relação ao estranho, seja o não homogeneizado pelos mecanismos de captura e produção de subjetividade serializada, seja simplesmente o estrangeiro... (3) Os economistas disputam com os médicos (e ambos com os antigos sacerdotes) o lugar de dominância no discurso sobre o risco. Só que, nesse caso, não emitem juízo sobre os riscos para a saúde dos indivíduos em geral, mas para a saúde financeira dos especuladores e vendedores de crédito do planeta. Falam em "risco-país" e alguns "especialistas" (credenciados pelas próprias instituições financeiras) publicam periodicamente índices que podem ser bem definidos como "índices de desconfiança": medem o grau de desconfiança que se deve ter em relação a certos mercados-países. (4) Por fim, não podemos esquecer da mídia, irradiando todos estes discursos sobre a desconfiança no mais alto volume, deixando-nos surdos e incapazes de perceber os canais de circulação de solidariedade,

de confiança (no outro e na vida) e de alegria consistente.

Assim, imersos nesse contexto, não é difícil entender as motivações do agir da maioria dos profissionais de saúde que acabam por "alimentar" tal cultura. Nesse sentido, Cunha (2005) sugere: evitar recomendações culpabilizadoras; trabalhar com ofertas e não somente com restrições; procurar não iniciar um encontro questionando aferições e comportamentos. Desse modo, reafirma-se a necessidade de se estabelecer uma relação com base na escuta, no diálogo, no vínculo e no respeito à diferença.

Outro aspecto importante encontrado por Lima et al (2009, p.300), referente aos problemas éticos com a organização e sistema de saúde, diz respeito ao "Demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do PSF", o que, para as autoras, demonstra "certa desvalorização da Atenção Básica em detrimento dos outros níveis de assistência", indicando a "construção cultural de que quanto mais tecnociência uma prática exige, maior o seu valor e eficiência".

Com este enfoque, Peduzzi (2001) afirma que o conjunto variado de profissões e especialidades configura-se não somente em trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto a sua valorização social. Tais desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando os diferentes saberes, determinando, portanto, a existência de profissões e especialidades superiores a outras e relações hierárquicas entre os profissionais.

Nesse sentido, a autora acima admite ser necessário um investimento no sentido da articulação dos saberes, no reconhecimento do trabalho do outro, o que abarca a dimensão da comunicação e da ética subentendida à interação humana de modo a não incorrer na tradicional atuação isolada e com mera justaposição de saberes e práticas. Assim, nas práticas de saúde onde predominam a fragmentação, a hierarquização, a individualização, as equipes atuam como meros agrupamentos profissionais, diferente do que se deseja, ou seja, sujeitos atuando de modo a compor e integrar as práticas na busca do entendimento e do reconhecimento mútuo.

Ainda, parece constituir-se como problema ético, nas relações com a equipe de saúde, as dificuldades, cada vez maiores, de se demarcar as funções de cada componente da equipe devido à incorporação de novos profissionais e de novas propostas de cuidado. Torna-se, portanto, necessário que os profissionais definam suas

atribuições e responsabilidades em conjunto e não isoladamente, imbuídos de abertura para o diálogo, o respeito às diferenças e sem esquecer que o foco da atenção à saúde reside no atendimento das necessidades de saúde do usuário e da coletividade (ZOBOLI e FORTES, 2004).

Com efeito, os problemas e conflitos éticos que perpassam a crise ética da contemporaneidade têm demandado a (re) apropriação de valores humanos, fluidificados no percurso das humanidades, diluídos em tempos globais de convergência retórica para o respeito ao pluralismo de idéias, comportamentos e formas de organização social e de convergência prática para ações esvaziadas dos referidos valores (VIDAL, 2010; BAUMAN, 1999).

Na perspectiva de Pasche (2008, p. 02), o marco jurídico-legal de políticas públicas de saúde, “substanciado na definição ético-política” de que saúde é direito de todos, apresenta-se como um sistema de orientação ético-política, mas é insuficiente para a mudança de valores e de práticas no sistema de saúde. Nesse sentido, a Bioética como um discurso em interface com as políticas públicas de saúde é, assim, uma possibilidade para as humanidades se ocuparem das questões multidimensionais tardomodernas ligadas à condição humana.

Isso por que

[...] a bioética não se restringe a debates em torno dos últimos avanços da biotecnologia, tampouco à assistência, aos cuidados da saúde e a ética profissional ou em pesquisa. Ao contrário, sem deixar de abarcá-los, penetra-os de maneira contextualizada e os amplia para a complexidade da própria vida, problematizando-os para encontrar soluções, quando possível (ZOBOLI, 2011, p.19).

De fato, a [bio] ética nos remete à reflexão e arguição dos valores, dos princípios e das normas que servem de alicerce para o comportamento humano, justificando as escolhas e as decisões morais, as quais interferem em situações reais (SCHRAMM, 1997).

Assim, o desafio passa a ser reconhecer os conflitos éticos – assim como compreender suas origens – que permeiam as situações de atenção à saúde e as suas implicações para as práticas, no contexto deste estudo, os conflitos presentes no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Nesses termos, e ponderando a natureza do objeto deste estudo, recorreu-se à bioética como uma disciplina que torna densa a ideia de uma ética aplicada, ao propor reflexões quanto aos valores humanos relacionados ao “fazer” em saúde. De acordo com Oliveira, Ayres e Zoboli (2011, p.365), a bioética oferece “recursos metodológicos e procedimentais que possibilitam uma análise multifacetada para o manejo de conflitos, quando estes envolvem valores humanos, as ciências e técnicas aplicadas à vida”. Para tal finalidade elegeu-se a bioética cotidiana, proposta por Giovanni Berlinguer (1993, 1996, 2004) por se tratar de um marco teórico “comprometido com as questões humanas e tensões correlatas produzidas nas relações cotidianas em seus contextos político, cultural e social” (LIMA e VERDI, 2011, p.143).



FIGURA 5: Charge Mafalda 05

FONTE: QUINO, 1993.

## PERCURSO METODOLÓGICO



## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa.

Considerando que o objetivo deste estudo foi conhecer e discutir os conflitos éticos presentes no trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, nas ações e serviços da Atenção Básica de Saúde de um município de Santa Catarina, à luz da Bioética, buscou-se a pesquisa qualitativa, uma vez que se apresenta como adequada para a compreensão do universo de significados do ser humano, permitindo ao investigador maior acesso à subjetividade do investigado (MINAYO, 1999).

Nesse mesmo sentido, Turato (2005, p.509 e 510) defende que na pesquisa qualitativa não é diretamente o estudo do fenômeno em si que interessa aos pesquisadores, seu alvo é, na verdade, a significação que tal fenômeno ganha para aqueles que o vivenciam. Para o autor, o interesse do pesquisador qualitativo volta-se para a busca do *significado* das coisas – fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos – pois esse tem um *papel organizador*, ou seja, o que “as coisas” representam, é o que dá molde à vida das pessoas. Ainda, os significados que “as coisas” ganham, passam a ser culturalmente aceitos por um grupo social, que se organiza em torno destas representações e simbolismos.

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO, CONTEXTUALIZAÇÃO E SUJEITOS DE PESQUISA

#### 4.2.1 Cenário do Estudo

Esta pesquisa foi realizada na rede da Atenção Básica de Saúde de um município de Santa Catarina/SC, selecionado pelo fato do mesmo já ter equipes NASF credenciadas pelo Ministério da Saúde desde 2008 (BRASIL, 2008b) – ano da criação dos Núcleos.

A rede municipal da Atenção Básica de Saúde do referido município, de acordo com a sua delimitação geográfica, critérios de fluxo da população, capacidade instalada da rede, entre outros parâmetros, está distribuída em distintos Distritos Sanitários.

De acordo com informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, compondo a rede municipal de saúde, no mês

de janeiro de 2011, havia cento e vinte equipes (120) de Saúde da Família credenciadas, sendo que dessas, cento e duas (102) estavam cadastradas e implantadas. Desse modo, o município atinge uma cobertura populacional estimada de 86,22% (BRASIL, 2011b).

Em relação ao NASF, o município possui sete (07) Núcleos – modalidade 1, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, (BRASIL, 2010b). Os sete (07) NASFs estão distribuídos nos Distritos Sanitários, sendo que em alguns deles há mais de uma equipe.

#### **4.2.2 Contextualização**

A implantação do NASF no município do estudo começou no ano de 2008 – mesmo ano em que a Portaria Ministerial N° 154, que cria o NASF, foi publicada. Iniciou-se pela implantação de dois Núcleos, sendo que os outros cinco Núcleos foram implantados no ano seguinte. Ressalta-se que é somente dois anos após o início da implantação, que o município publica uma Instrução Normativa com vistas a definir normas e diretrizes para a gestão e atuação dos NASFs na rede municipal.

Nesse documento está definido que os NASFs da rede de saúde municipal devem ser compostos por no mínimo cinco trabalhadores de diferentes categorias profissionais, que podem ser: psiquiatra, psicólogo, profissional de educação física, assistente social, farmacêutico, nutricionista e pediatra.

Cada um dos sete NASF possui uma composição diversa em relação ao número de trabalhadores e quanto à categoria profissional. No momento da coleta de dados, o número de trabalhadores em cada NASF variou de cinco a oito. Quanto à categoria profissional, os trabalhadores do NASF estavam distribuídos em: 2 (duas) assistentes sociais, 5 (cinco) profissionais de educação física, 7 (sete) farmacêuticos, 6 (seis) nutricionistas, 9 (nove) médicas pediatras, 6 (seis) médicos psiquiatras, e 12 (doze) psicólogos (BRASIL, 2010b).

Segundo registro no CNES, o total de trabalhadores do NASF, no período da coleta de dados, era quarenta e sete (47) (BRASIL, 2011b). Contudo, desses havia um (01) que não estava mais atuando no NASF, mas ainda não havia sido descredenciado e um (01) profissional fonoaudiólogo cadastrado como NASF, porém não atuando no apoio aos trabalhadores das equipes de Saúde da Família. Por outro lado, havia outros dois (02) profissionais atuando como NASF, mas ainda não estavam cadastrados no CNES. Portanto, mesmo com estas alterações, o total de trabalhadores do NASF permaneceu quarenta e sete (47).

Cabe destacar que dentre os sete NASFs, somente uma equipe conta com trabalhadores das sete diferentes ocupações que podem fazer parte do NASF no município do estudo. Nos demais Núcleos havia a ausência de pelo menos uma das categorias profissionais definidas pelo próprio município.

Outra situação que chama a atenção é o fato de haver apenas duas (02) assistentes sociais – em NASFs distintos – e, por outro lado, haver nove (09) médicos pediatras e doze (12) psicólogos – distribuídos nos sete (07) NASFs de modo que, em alguns desses, há dois trabalhadores dessas duas últimas categorias. Essa segunda constatação é explicada pela gestão municipal como uma combinação de dois fatores, sendo o primeiro relacionado às necessidades percebidas pelos trabalhadores que atuam na coordenação da Atenção Primária à Saúde do município e o segundo, a disponibilidade dos profissionais na rede municipal de saúde.

De fato, a definição das possíveis ocupações que podem compor o NASF cabe aos gestores municipais, sendo que se recomenda que a mesma seja pautada em prioridades identificadas a partir das necessidades locais e disponibilidade de profissionais (BRASIL, 2008a).

Todavia, para alguns trabalhadores do NASF, a situação acima descrita é o reflexo da organização do município antes da implantação do NASF. Segundo os sujeitos desta pesquisa, os trabalhadores das ocupações determinadas na Portaria N° 154/2008 como possibilidade de compor o NASF, que já atuavam na rede municipal de saúde do município, migraram para o NASF, sem que houvesse um estudo das necessidades de saúde da comunidade. Por isso, para esses trabalhadores, o que justifica o maior número de determinadas categorias profissionais em detrimento de outras nos NASFs, não são as necessidades de saúde da população.

Assim, emergem dessa situação algumas inquietações acerca dos parâmetros utilizados para formar os Núcleos da rede municipal de saúde do município como, por exemplo: quais foram os critérios considerados para formar os NASFs? Foi a demanda da comunidade, a necessidade de saúde dessa ou foi a necessidade de acomodação de alguns trabalhadores já atuantes na rede municipal de saúde?

Quanto ao número de equipes da Estratégia Saúde da Família que podem ser apoiadas por um NASF, a Portaria N° 154/2008 e a Instrução Normativa do município definem como no mínimo oito (08) e no máximo vinte (20) equipes. Ressalta-se que com a revisão de diretrizes e normas para a Atenção Básica, o número máximo de equipes diminuiu para quinze (15) (BRASIL, 2011a). Na delimitação deste estudo, cada um dos sete NASFs está apoiando de doze (12) a vinte e duas (22)

equipes de Saúde da Família – pertencentes a um mesmo Distrito Sanitário. Desse modo, percebe-se que alguns NASFs desenvolvem suas atividades vinculados a um número de equipes de Saúde da Família muito próximo do número máximo estabelecido pelo Ministério da Saúde, quando não o ultrapassa. Esse panorama se agrava ao considerar-se a nova determinação, pois somente três dos sete NASFs apóiam um número de equipes de Saúde da Família de acordo com o atualmente definido.

Em suma, o número de equipes de Saúde da Família para cada um dos NASFs varia de acordo com o número de equipes de Saúde da Família de cada Distrito Sanitário do município, com o número de NASF em cada Distrito e também com a existência de mais de um trabalhador da mesma categoria profissional compondo o mesmo NASF – nesse caso, as equipes são divididas entre esses trabalhadores.

A quantidade de NASF é percebida pelos sujeitos deste estudo como pequena para atender a todas as equipes de Saúde da Família do município. Para esses trabalhadores, esse fato constitui uma das principais dificuldades para que o trabalho do NASF seja um trabalho de qualidade com vistas a cumprir seu propósito, ou seja, qualificar a Atenção Básica de Saúde.

As equipes de Saúde da Família apoiadas pelos NASFs, embora pertençam a um mesmo Distrito Sanitário, estão distribuídas em distintos Centros de Saúde do município. Em geral, os trabalhadores do NASF desenvolvem suas atividades em cinco (05) a dez (10) desses Centros de Saúde. Esses trabalhadores precisam deslocar-se de um Centro de Saúde para outro com certa frequência, que, de acordo com os sujeitos deste estudo, às vezes, chega a ser de duas a três vezes no mesmo dia. Ainda, relatam que esse deslocamento é realizado por meio de transporte público ou com veículo próprio, sendo que algumas categorias recebem auxílio transporte para esse fim e outras não. Desse modo, esses trabalhadores consideram a situação descrita como cansativa e desgastante e, alguns a consideram também onerosa.

Ao ingressarem no NASF, os trabalhadores não receberam nenhum tipo de formação inicial específica para a função. No entanto, a gestão municipal de saúde afirma que são realizadas reuniões desses trabalhadores com a gerência de Atenção Primária à Saúde e com a coordenação do Distrito Sanitário como o objetivo de explicar o processo de trabalho do NASF. De modo geral, os trabalhadores iniciantes acompanham um trabalhador já atuante por alguns dias e visitam todos os Centros de Saúde onde atuarão para facilitar a ambientação e realizar as combinações iniciais.

Quanto às atividades desenvolvidas pelos trabalhadores do NASF percebe-se uma grande diversidade, sendo que as mais destacadas pela maioria dos sujeitos desta pesquisa foram os atendimentos específicos individuais, as atividades em grupos (seja como coordenadores ou colaboradores), o matriciamento e as visitas domiciliares. Um terço dos sujeitos também destacou as interconsultas ou atendimentos compartilhados, as discussões de caso, a participação nas reuniões das equipes de Saúde da Família e as atividades intersetoriais nas escolas e creches do território. Outras atividades como as relacionadas à educação permanente ou capacitação das equipes de Saúde da Família, às atividades de planejamento e às atividades com outros profissionais do NASF também foram citadas, embora com menor expressividade. Ressalta-se que atividades relativas ao controle social, assim como a elaboração de projetos terapêuticos singulares foram citadas apenas por dois (02) trabalhadores.

Considerando-se o intuito da criação do NASF, os trabalhadores que compõem o mesmo devem apoiar os profissionais das equipes de Saúde da Família por meio da qualificação e complementaridade do trabalho dessas equipes (BRASIL, 2008a). Nesse sentido, o NASF deve atuar, de modo geral, em dois principais âmbitos – um assistencial e um pedagógico (BRASIL, 2010a). O âmbito assistencial é aquele que vai demandar uma ação direta com os usuários, enquanto que a ação pedagógica demanda ações de caráter educativo com e para a equipe de Saúde da Família (CUNHA, 2009b, p.28). Ressalta-se que isso não significa que as atividades desenvolvidas diretamente com o usuário não possuam caráter educativo.

Observando as atividades referidas pelos trabalhadores do NASF, grosso modo, pode-se dizer que as atividades desenvolvidas pelo NASF, do município em questão, estão divididas nos âmbitos mencionados acima, pois esses exercem tanto atividades assistenciais/educativas diretamente com os usuários quanto apoio às equipes de Saúde da Família.

Contudo, para os trabalhadores do NASF, suas atividades ultrapassam os dois âmbitos acima, ampliando para um terceiro grupo de atividades que seriam aquelas relacionadas ao planejamento do trabalho. Nesse ponto, parece haver uma concepção equivocada acerca do assunto, pois os trabalhadores apontam na direção de que há um descolamento do planejamento e da própria prática assistencial.

Ressalva-se que dois (02) médicos pediatras afirmaram que, embora estejam cadastrados como NASF, atuam somente realizando atendimentos específicos, ou seja, consultas clínicas. Portanto, esses

trabalhadores não atuam no apoio direto aos trabalhadores das equipes de Saúde da Família.

De modo geral, as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores do NASFs são programadas mensalmente. Eles elaboram uma agenda de trabalho individual e a encaminham para as equipes de Saúde da Família que apóiam. Essa elaboração é individualizada na maioria dos casos, mas há relatos de elaboração conjunta entre dois ou mais trabalhadores do NASF com o intuito de facilitar a integração entre esses, sendo essa iniciativa também individual.

#### **4.2.3 Sujeitos de pesquisa**

Os sujeitos deste estudo foram os trabalhadores em exercício que compõem os NASFs da rede municipal de saúde de um município de SC, com no mínimo um mês de atuação no cargo/função, independente da forma de contratação, carga horária de trabalho ou categoria profissional.

A amostra da primeira etapa da coleta de dados – aplicação de questionário – que será descrita posteriormente, foi constituída por trinta e seis (36) trabalhadores do NASF e o coordenador municipal do NASF vinculado à Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde. Em relação à categoria profissional, os que aceitaram participar desta pesquisa foram: duas (02) assistentes sociais, quatro (04) profissionais de educação física, sete (07) farmacêuticos, cinco (05) nutricionistas, sete (07) pediatras, nove (09) psicólogos e dois (02) psiquiatras.

Na segunda etapa de coleta de dados – grupo focal – a amostra foi constituída por aqueles que se disponibilizaram a participar da atividade proposta. Procurou-se apenas garantir que os sete NASFs do município estivessem representados por pelo menos um profissional. Assim, a amostra foi composta por 10 (dez) profissionais, sendo eles: duas (02) nutricionistas, duas (02) profissionais de educação física, quatro (04) farmacêuticas, uma (01) médica pediatra e uma (01) psicóloga.

A faixa etária dos sujeitos de pesquisa variou dos 24 aos 55 anos, com predomínio (vinte e quatro trabalhadores) entre 24 e 35 anos. Assim, pode-se dizer que a maioria são adultos jovens.

Em relação à formação em Saúde Pública ou Saúde da Família, menos da metade dos sujeitos (dezesseis) deste estudo possuem tais formações, sendo que quatro (04) haviam realizado Residência Multiprofissional em Saúde da Família, oito (08) cursaram especialização em Saúde da Família, um (01) fez especialização em

Saúde Pública, um (01) especialização em Gestão em Saúde Pública e um (01) especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Ressalta-se que dois (02) trabalhadores além da Residência Multiprofissional e um (01) além da especialização em Saúde da Família, também realizaram mestrado em Saúde Coletiva. Por outro lado, dezenove (19) trabalhadores não possuem formação em nenhuma das duas opções referidas. Analisando esses dados por NASF, percebe-se que a distribuição de trabalhadores com e sem formação em Saúde Pública ou Saúde da Família se dá de forma homogênea em quase todas as equipes, exceto em um Distrito, pois na mesma nenhum trabalhador possui tais formações.

Quanto à atuação prévia em equipes interdisciplinares, vinte (20) sujeitos deste estudo afirmaram já ter essa experiência antes de atuarem no NASF e quinze (15) sujeitos apontaram não terem tido essa experiência. Destaca-se que um (01) sujeito não respondeu essa questão. Analisando esses dados por equipe NASF, pode-se afirmar que em seis (06) há tanto trabalhadores com como sem experiência em equipes interdisciplinares. Ou seja, são equipes heterogêneas quanto a essa característica. Em um (01) NASF todos os sujeitos de pesquisa possuem essa experiência, mas nem todos os componentes desse NASF participaram desta pesquisa. Portanto, não é possível afirmar que quanto à experiência em equipes interdisciplinares, essa equipe seja homogênea.

Referente ao tempo de atuação dos sujeitos na Atenção Básica de Saúde, esse variou de nove (09) meses a vinte (20) anos, predominando o período entre nove (09) meses até cinco (05) anos. E, quanto ao tempo de atuação como trabalhador do NASF, esse variou de um (01) mês a vinte e seis (26) meses, sendo que a maioria está há mais de doze (12) meses.

#### 4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se processou em duas etapas. Na primeira etapa, optou-se por um questionário semi-estruturado (Apêndice A). Esse instrumento foi constituído basicamente de três partes: a primeira, constituída por perguntas gerais para a caracterização dos sujeitos do estudo, relacionadas à forma de contratação dos mesmos e questões referentes ao processo de trabalho do NASF; a segunda foi construída a partir de situações hipotéticas que intentaram verificar a percepção dos sujeitos quanto aos possíveis conflitos éticos emergentes dessas

situações; a última parte continha questionamentos acerca dos fatores facilitadores e das dificuldades percebidas no processo de trabalho.

De modo geral, com esse instrumento buscou-se responder ao primeiro objetivo específico desta pesquisa, ou seja, caracterizar o processo de trabalho dos NASFs na Atenção Básica de Saúde do município em questão. Além disso, objetivou-se também, obter dados iniciais acerca dos conflitos éticos que permeiam as relações dos trabalhadores do NASF.

Considerando que o questionário proposto responderia parte dos objetivos desta pesquisa, posteriormente, buscou-se um aprofundamento das questões éticas que permeiam as relações do NASF, por meio da realização de um grupo focal – o que constituiu a segunda etapa da coleta de dados.

Segundo Westphal, Bógus e Faria (1996) o grupo focal é uma técnica de pesquisa que permite a obtenção de dados a partir de discussões entre sujeitos, que possuem características comuns, acerca de uma temática cotidiana. É um espaço de encontro, de interação, onde os participantes podem exprimir seus sentimentos, suas percepções, opiniões, crenças, valores, atitudes e representações sociais acerca de um assunto específico. Mesmo esses podendo ser capturados individualmente, o processo de interação pode provocar discussões outras, pois o que é dito por um pode fazer vir à tona a opinião de outros.

De modo a compreender melhor como ocorreram as duas etapas de coleta de dados deste estudo, ambas serão detalhadas a seguir.

#### **4.3.1 Primeira Etapa**

Primeiramente, a pesquisadora procurou o coordenador municipal do NASF, vinculado à Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde do município, a fim de acordar a melhor forma para convidar os trabalhadores do NASF a participarem desta pesquisa e distribuir os questionários. A sugestão do coordenador foi a de estabelecer esse primeiro contato durante as reuniões mensais de cada um dos NASFs.

Em seguida, acatando a sugestão do coordenador do NASF, a pesquisadora participou, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2011, das reuniões de cada um dos sete NASFs do município.

Nessas reuniões, a pesquisadora teve a oportunidade de apresentar a proposta da pesquisa, esclarecendo os objetivos, as formas de coleta de dados e os aspectos éticos da mesma aos trabalhadores do

NASF. Tomou-se o cuidado de explicar aos profissionais que a participação na primeira etapa da coleta de dados não estaria vinculada à segunda, ou seja, que poderiam aceitar participar da primeira etapa e recusar-se a participar da posterior.

Após essa explanação, prosseguiu-se com o convite e entregou-se o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) para os trabalhadores do NASF presentes, ressaltando que não precisavam responder naquele momento se aceitavam ou não participar da pesquisa, pois seria feito um contato posterior, por telefone ou correio eletrônico, para verificar essa questão. Para isso, foi solicitado aos mesmos que dispusessem esses contatos à pesquisadora.

Como a participação nessas reuniões ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro, meses preferenciais para o gozo de férias, em dois Distritos foi necessário retornar na reunião do mês seguinte para convidar os que não estavam presentes na do mês anterior. Mesmo assim, não foi possível realizar a entrega do instrumento de coleta de dados para todos os trabalhadores, como o desejado.

Portanto, para que um número maior de trabalhadores fosse convidado, foi necessário entrar em contato, por telefone ou por correio eletrônico, com sete (07) trabalhadores que não participaram das reuniões, nas quais foi realizado o convite para a participação nesta pesquisa.

No total, quarenta e dois (42) trabalhadores do NASF, entre os quarenta e sete (47) que compõem o quadro do município, foram convidados a participar deste estudo, pois, no momento da coleta de dados, havia três (03) trabalhadores de licença para tratamento de saúde, uma (01) profissional em licença maternidade e um (01) profissional não foi localizado.

Aproximadamente dez dias após a entrega dos questionários, iniciou-se um novo contato com os trabalhadores do NASF, via telefone ou correio eletrônico. Nesse momento, os trabalhadores eram questionados quanto ao desejo de participarem da pesquisa. Quando a participação era confirmada, marcava-se um local – de escolha do trabalhador – para que os questionários e o TCLE fossem recolhidos. Esse recolhimento, na maioria das vezes, aconteceu de modo individualizado, mas alguns foram recolhidos nas reuniões mensais dos NASFs. Ainda, dois trabalhadores enviaram os questionários e os TCLE por e-mail.

Dos quarenta e dois (42) questionários entregues aos trabalhadores do NASF, foram recolhidos trinta e seis (36), pois dois (02) trabalhadores afirmaram ter deixado os instrumentos de coleta de

dados em locais não combinados e esses não foram encontrados, um (01) profissional confirmou sua participação e não entregou o questionário em tempo hábil e três (03) recusaram-se a participar desta pesquisa.

Destaca-se que o questionário destinado ao coordenador do NASF (Apêndice C) foi construído a partir do questionário destinado aos demais sujeitos, porém retirada algumas perguntas – que não se aplicavam ao processo de trabalho do mesmo – e introduzidas outras – mais relacionadas ao processo de implantação do NASF no município de estudo.

### **4.3.2 Segunda Etapa**

Durante o recolhimento do instrumento de coleta de dados da primeira etapa, os sujeitos de pesquisa eram questionados quanto ao interesse de participar da segunda etapa de coleta de dados – o grupo focal. Ao final do recolhimento dos questionários, conseguiu-se uma lista de vinte e três (23) trabalhadores interessados em participar do grupo focal.

Posteriormente, entrou-se em contato, via correio eletrônico, convidando formalmente esses trabalhadores para participarem da atividade. Ainda, solicitou-se que os mesmos se manifestassem em relação aos melhores dias da semana e horário para a realização da mesma.

Poucos foram os trabalhadores que retornaram o contato realizado e, aqueles que retornaram manifestaram preocupação acerca da realização do grupo focal durante o horário de trabalho. De certa forma, essa preocupação já havia sido manifestada por esses trabalhadores ao serem questionados quanto ao interesse de participarem da atividade.

Diante da situação, elaborou-se um ofício solicitando, à Diretoria de Atenção Primária à Saúde do município, a liberação dos trabalhadores envolvidos com a pesquisa para participarem do grupo focal durante o expediente de trabalho. Tal solicitação foi aceita e então, entrou-se novamente em contato com os trabalhadores que manifestaram interesse em participar da atividade. Nesse novo contato, além de comunicar a aceitação da liberação foi proposto três datas para a realização do grupo focal e o local para a realização do mesmo, de acordo com as sugestões daqueles que haviam se manifestado no contato inicial.

Mesmo assim, também foram poucos os trabalhadores que retornaram. Então, decidiu-se fazer novo contato, mas dessa vez via telefone. Após os telefonemas chegou-se numa lista de quatorze (14) sujeitos interessados e que poderiam participar do grupo focal na mesma data. Durante esses telefonemas, os trabalhadores sugeriram que a atividade acontecesse na Secretaria Municipal de Saúde do município para não precisarem deslocar-se até um Centro de Saúde para baterem o ponto eletrônico.

Outro contato foi estabelecido com os quatorze (14) trabalhadores interessados, informando a data, hora e local para a realização da atividade e solicitando a confirmação dos mesmos. Desses, oito (08) confirmaram presença. No entanto, dez (10) trabalhadores compareceram para a realização do grupo focal.

De acordo com Gatti (2005), a seleção dos participantes de um grupo focal deve ocorrer em função do problema em estudo, dos objetivos da pesquisa. Desse modo, a amostra do grupo focal é intencional. Esse deve ser composto, respeitando-se, preferencialmente, a característica da homogeneidade, devido aos propósitos da análise, mas também com o intuito de facilitar a interação do grupo. Além de características comuns, que os qualificam para o debate da questão que será o centro da atividade interativa e da coleta de material discursivo/expressivo, os participantes devem ter vivência com a temática que será discutida para que possam trazer elementos de suas experiências cotidianas. Quanto ao número de participantes, a autora recomenda que esse deve ser em torno de seis (06) a doze (12) pessoas para oportunizar melhor as trocas, o aprofundamento do tema e também os registros.

Portanto, nesta pesquisa, foi respeitado o número de participantes recomendado para compor o grupo focal. Destaca-se que o traço comum entre os participantes da atividade foi relativo ao tipo de trabalho, ou seja, todos eram trabalhadores que atuavam como NASF.

No dia 14 de junho de 2011, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde do município do estudo, foi realizado o grupo focal. Na medida em que os trabalhadores chegavam ao local, recebiam uma declaração de participação – emitida pela Secretaria da Pós Graduação em Saúde Pública da UFSC – e o TCLE para que pudessem ler e assinar o mesmo caso estivessem de acordo com o conteúdo.

Inicialmente, os trabalhadores presentes foram esclarecidos quanto aos objetivos do grupo focal, ressaltando-se que eram eles que estavam ali porque manifestaram interesse pela atividade e também pelo fato de terem conseguido conciliar a mesma data para esse fim.

Em seguida, solicitou-se aos presentes que se apresentassem. Depois, foi pactuado um prazo máximo para o término da atividade, no qual todos estariam presentes.

Posteriormente, foi solicitada a autorização dos sujeitos de pesquisa quanto à presença de outra pessoa<sup>5</sup> – que seria um apoio para as questões técnicas da atividade – e também para o registro, por meio de áudio e anotações escritas, das discussões que seriam realizadas. Nesse momento, foi esclarecido aos presentes que eles poderiam solicitar, a qualquer momento, que o gravador fosse desligado quando desejassem falar algo que não gostariam que fosse gravado e religado quando estivessem à vontade. Ressaltou-se a garantia da confidencialidade dos dados, o sigilo dos nomes dos participantes e dos aspectos peculiares que pudessem comprometer a identidade dos mesmos – todas essas questões estavam descritas também no TCLE.

Para garantir a identificação dos trabalhadores, na gravação de áudio, foi entregue um número – papéis coloridos com números – para cada participante e solicitado que ao iniciarem as suas falas, mencionassem inicialmente os números que estavam recebendo. Também foram entregues caneta e papel para anotação, caso desejassem fazer alguma que os ajudaria a lembrar de algo que gostariam de dizer posteriormente.

Ainda, explicou-se aos participantes que não havia certo ou errado e, que todas as idéias e opiniões interessam para a pesquisa.

Por fim, explicou-se que o papel da moderadora – neste estudo, papel realizado pela própria pesquisadora – era lançar as questões disparadoras para a discussão e encorajar todos os participantes a expressarem-se livremente sobre a questão em curso.

O moderador deve estar atento para não induzir a discussão do grupo. Deve cuidar para não realizar intervenções que emitam opiniões próprias, posicionar-se. O papel do moderador é introduzir o tema a ser discutido e fazer intervenções que facilitem as trocas, fazendo fluir o debate entre os participantes e promover que os mesmos exponham suas opiniões, emoções, análises, críticas e qualquer outra forma de expressão. O foco do grupo focal está na interação dos participantes, não caracterizando, portanto, uma entrevista com o grupo, conduzida por

---

<sup>5</sup> Westphal, Bógus e Faria (1996) e Gatti (2005), recomendam a participação de um observador no grupo focal. Esse tem como função captar as informações não-verbais expressas pelos participantes. Tais observações poderão auxiliar o moderador na análise dos possíveis vieses ocasionados por possíveis problemas no seu modo de conduzir a reunião.

perguntas e respostas (WESTPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996; GATTI, 2005).

Após a anuência dos participantes para o registro das discussões, foi explanada a dinâmica do grupo focal, explicando-se que a mesma seria guiada por um roteiro semi-estruturado (Apêndice D) que continha vinte (20) perguntas e cinco (05) charges<sup>6</sup> do humorista Joaquín Salvador Lavado (Quino), de sua famosa personagem Mafalda<sup>7</sup>, que remetiam ao problema de pesquisa.

Westphal, Bógus e Faria (1996) e Gatti (2005), orientam que o roteiro deve ser testado previamente. Essa orientação, somado à falta de experiência da pesquisadora na condução de grupos focais, motivou a realização de um grupo focal teste. Este foi composto por três (03) sujeitos (não trabalhadores do NASF) – colegas que se dispuseram a colaborar – e o debate ocorrido, foi gravado em áudio. Assim, a realização desse grupo focal teste possibilitou verificar: (1) a condução do mesmo pela pesquisadora; (2) a capacidade de discussão do grupo a partir das questões disparadoras previamente elaboradas; e (3) a qualidade da gravação. A partir desse, foi necessário realizar alguns ajustes como, por exemplo, diminuir o número de charges inicial, utilizar dois gravadores ao invés de apenas um – por garantia – e na condução do grupo propriamente dito.

A opção pelo uso de charges foi motivada considerando o alerta feito por Gatti (2005) no que se refere à imprevisibilidade do comportamento dos grupos focais, onde em uns a discussão pode fluir mais facilmente, mas há também aqueles mais cautelosos e compostos por pessoas não habituadas a expor suas idéias e opiniões. Acrescenta-se a isso, a constatação feita por Zoboli (2003) de que os problemas éticos na Atenção Básica de Saúde são geralmente preocupações do cotidiano da atenção à saúde, aparecendo de modo sutil, podendo até mesmo passar despercebidos.

A partir da interação entre os presentes foi possível captar os significados acerca do tema discutido, possibilitando que os nós críticos

---

<sup>6</sup> As charges selecionadas para fazer parte do roteiro semi-estruturado do grupo focal são as charges dispostas no corpo desta dissertação.

<sup>7</sup> A personagem Mafalda foi criada por Quino em 1962. Trata-se de uma menina pertencente à América Latina – marcada por desigualdades sociais – que questiona o mundo ao seu redor. Por meio das histórias de Mafalda, o autor aborda a miséria e o absurdo da condição humana, as preocupações com a política internacional, os conflitos que as pessoas enfrentam com a progressiva mudança de costumes e a chegada de novas tecnologias no dia-a-dia (<http://www.quino.com.ar>).

ou gargalos, os consensos, os dissensos e a controvérsia emergissem – o que talvez fosse difícil por meio de outras técnicas. Comparado aos questionários, o grupo focal permitiu a exposição mais ampla das idéias e a lógica ou as representações que conduzem as mesmas (WESTPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996; GATTI, 2005).

Ao todo, incluindo as orientações iniciais e as discussões, o grupo durou uma hora. Portanto, pode-se dizer que se obedeceu ao recomendado acerca do tempo de duração (uma hora e meia a três horas) (GATTI, 2005).

No total, foram apresentadas apenas duas (02) charges das cinco (05) selecionadas, pois as discussões emergidas a partir da primeira charge ocuparam mais da metade do tempo acordado para a realização da atividade como um todo. E, como o maior objetivo do uso das charges era estimular as discussões e essas estavam fluindo bem a partir da primeira charge, optou-se pelo aprofundamento da discussão emergida a partir dessa.

Ao final do grupo, foi sugerido, tanto pelos participantes como pela pesquisadora, a continuação do grupo focal. Assim, nesse momento, foi pactuado um novo encontro.

A continuação do grupo focal ocorreu no dia 07 de julho de 2011. Apenas um participante do grupo anterior não compareceu para a realização da atividade. De modo geral, prosseguiu-se da mesma forma, exceto pelo fato de apresentar-se aos presentes uma síntese das discussões realizadas no grupo anterior – com o intuito de validar a fala dos mesmos – e pactuar-se a duração de três horas para o momento em questão. Durante a leitura da síntese, as perguntas (do roteiro semi-estruturado) foram introduzidas, assim com as charges que não haviam sido mostradas no encontro anterior, dando continuidade à proposta.

Por fim, a pesquisadora comprometeu-se a elaborar um relatório final para os participantes com a síntese das discussões ocorridas nas reuniões, a fim de promover a socialização.

#### 4.4 TRANSCRIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nas duas etapas (aplicação de questionário e grupos focais) foram tratados separadamente e depois se buscou uma interação entre os mesmos. Tanto os dados coletados por meio dos questionários como dos grupos focais foram transcritos, organizados e analisados com base na Análise de Conteúdo sugerida por Bardin (2004).

A análise de conteúdo não se restringe somente a descrever o conteúdo das mensagens, segundo procedimentos sistemáticos e objetivos, mas também analisar o significado contido nas mensagens. O interesse não reside na descrição de conteúdos, mas sim no que estes poderão ensinar após serem tratados (BARDIN, 2004).

As fases que orientaram a análise dos dados foram aquelas que compõem a técnica analítica de conteúdo, quais sejam: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial ponderando inferência como dedução lógica apreendida no conteúdo das mensagens (BARDIN, 2004). A seguir buscar-se-á detalhar cada uma dessas fases.

Na pré-análise – fase de organização e sistematização das idéias (BARDIN, 2004) – entrou-se em contato com as produções textuais originadas tanto dos questionários como das discussões transcritas dos grupos focais – que constituíram o *corpus* submetido aos procedimentos analíticos – e iniciou-se um processo de fixação das questões percebidas como material manifesto pertinente ao objeto de pesquisa.

Em seguida, buscou-se elencar as questões relevantes, percebidas na fase anterior, e procedeu-se aos três momentos da descrição analítica: codificação, classificação e categorização.

Segundo Bardin (2004), na etapa de codificação os dados brutos devem ser transformados em unidades e a frequência com que se apresentam deve ser observada criteriosamente. Tal condição foi obtida por meio de leituras flutuantes, onde se buscou os elementos que se repetiam com mais frequência, os chamados “núcleos dos sentidos”, extraídos dos discursos dos sujeitos de pesquisa. De posse destes núcleos, os mesmos foram classificados e recortados em temas, que constituíram as unidades de registro que, por sua vez, foram categorizadas pelas unidades de contexto.

Os temas representam a[s] “unidade [s] de significação que se libertam do texto”, enquanto que a unidade de compreensão que codifica a unidade de registro, chamada unidade de contexto, estará representada pelo parágrafo ou palavra vinculado ao tema que contém a significação do segmento da mensagem (BARDIN, 2004, p. 99). Em outras palavras, as unidades de contexto são os parágrafos extraídos dos relatos que viabilizam a compreensão dos significados das unidades de registro (ZOBOLI, 2003).

Por fim, na última fase de análise, a interpretação inferencial foi realizada em processo dialógico entre as categorias e a realidade social, com a sustentação no quadro teórico.





FIGURA 6: Charge Mafalda 06  
FONTE: QUINO, 1993.

## ASPECTOS ÉTICOS

---



## 5 ASPECTOS ÉTICOS

Entendendo que as questões éticas devem permear todo o trabalho e as inter-relações entre pesquisador e pesquisado a fim de garantir que a pesquisa não cause danos à vida, este estudo respeitou as normas estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, as questões éticas foram consideradas em todas as etapas da pesquisa, especialmente nas relações com os sujeitos e com a instituição envolvida.

Assim, o projeto desta pesquisa foi submetido ao comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde do município do estudo, o qual aprovou a realização do mesmo. Posteriormente, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – e foi aprovado sob o número 1122/11 (Anexo A).

Os trabalhadores do NASF ao serem convidados a participar deste estudo foram esclarecimentos sobre os objetivos, a justificativa e o percurso metodológico do mesmo, assim como sobre a forma de retorno dos resultados. Desse modo, puderam decidir, autonomamente, se aceitavam ou recusavam a sua participação neste estudo.

Os trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa deram sua anuência por escrito por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). O TCLE foi assinado em duas vias – uma ficou com o sujeito de estudo e outra com a pesquisadora.

O anonimato dos participantes foi assegurado, garantindo-lhes o sigilo da sua identidade e a confidencialidade das informações fornecidas, as quais continuarão restritas ao trabalho acadêmico e publicações científicas. Ressalta-se que o anonimato dos sujeitos de pesquisa foi garantido substituindo seus verdadeiros nomes pelas letras iniciais de cada categoria profissional e um número sequencial.

Respeitou-se o direito dos sujeitos deste estudo de interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, suspendendo o consentimento inicial. Houve apenas um caso de desistência, mas essa profissional ainda não havia preenchido o questionário. Portanto, não houve necessidade de excluir o mesmo.

Os questionários, as gravações e anotações do grupo focal, os TCLE e demais dados serão arquivados por cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora, que os manterá sob sua guarda assegurando que somente serão usados para a pesquisa e que outras pessoas não terão acesso aos mesmos.

Quanto aos resultados deste estudo, a pesquisadora compromete-se a apresentá-los à Coordenação de Atenção Primária à Saúde do município do estudo e para os sujeitos de pesquisa.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Respeitando o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, os resultados e a discussão da dissertação de mestrado serão apresentados na forma de um artigo científico. Esse foi intitulado: **Conflitos Éticos no Processo de Trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um Município de Santa Catarina/SC** e constitui a segunda parte desta dissertação.

Com a finalidade de socializar, de maneira mais ampla, os resultados e discussão do presente estudo, o artigo será submetido à apreciação para fins de publicação no periódico científico Interface – Comunicação, saúde e educação.



## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. 5. ed. Tradução de Alfredo Bossi e Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BAUMAN, Z. **Modernidade e Ambivalência**. Rio de Janeiro: J. Zahar Ed., 1999.

BERLINGUER, G. **Questões de Vida: ética, ciência, saúde**. São Paulo, APCE/Hucitec/CEBES, 1993.

\_\_\_\_\_. **G. A Ética da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **G. Bioética Cotidiana**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS, acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. In: Conferência Nacional de Saúde, 2000, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Série Histórica do Conselho Nacional da Saúde, 2).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. V.4, 60p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Série Pactos pela Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 Jan. 2008a. Disponível em: <[http://duvas.saude.pi.gov.br/sistemas\\_de\\_informacao/doc\\_tec\\_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf](http://duvas.saude.pi.gov.br/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf)> Acesso em: mar. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.107, de 4 de junho de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 2008b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1107\\_04\\_06\\_2008.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1107_04_06_2008.htm)> Acesso em: set. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento** base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 64p. (Série B. Textos básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. n. 27, 152p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CENESNET**. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 17 maio 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n.204, Seção 1, p.48, 2011a. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=24/10/2011>> Acesso em: out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.2.489, de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.204, Seção 1, p.55, 2011b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=55&data=24/10/2011>> Acesso em: dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica** – DAB. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 17 maio 2011c.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p.399-407, 2007. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/gastao\\_wagner\\_cobem\\_07.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/gastao_wagner_cobem_07.pdf)>. Acesso em: ago. 2009.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.393-404, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_\_\_\_. G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>>. Acesso em: ago. 2009.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, 185p.

\_\_\_\_\_. G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-66.

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

\_\_\_\_\_. G.T. O apoio matricial: obstáculos e potencialidades nas práticas em construção. In: 2º **Seminário Nacional de Humanização**: “Trocando experiências. Aprimorando o SUS”. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/node/5795>>. Acesso em: maio 2010.

\_\_\_\_\_. G.T. **GRUPOS BALINT PAIDÉIA**: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na. Campinas, 2009b. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?view=000440902>>. Acesso em: set. 2010.

\_\_\_\_\_. G.T. Contribuições para o debate da Proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. In: Seminários de Atenção Primária do Centro de Saúde Escola do Butantã. **A questão do matriciamento na ESF**: desafios e estratégias, 1, 2009c. São Paulo. Disponível em <<http://www.redehumanizaus.net/5607-assista-ao-debate-a-questao-do-matriciamento-na-esf-desafios-e-estrategias-de-acao>>. Acesso em: jun. 2010.

CRUZ, M.L.S. NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. In: Seminários de Atenção Primária do Centro de Saúde Escola do Butantã. **A questão do matriciamento na ESF**: desafios e estratégias, 1, 2009. São Paulo. Disponível em <<http://www.redehumanizaus.net/5607-assista-ao-debate-a-questao-do-matriciamento-na-esf-desafios-e-estrategias-de-acao>>. Acesso em: jun. 2010.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.9, n.1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: set. 2010.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na atenção básica de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.129-38, jan./fev. 2009. Disponível em:<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63014114>>. Acesso em: ago. 2009.

GARRAFA, V. Da Bioética de Princípios a uma Bioética Interventiva - crítica e socialmente comprometida. **ANVISA**, 2005. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/bio\\_prin\\_bio\\_int.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/bio_prin_bio_int.pdf)>. Acesso em: set. 2010.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005, 77p. (Série Pesquisa em Educação, v.10).

GOMES, V. G. **Apoio Matricial**: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Campinas, 2006. Disponível em: <[http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude\\_mental/artigos/tcc/apoi\\_o.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/tcc/apoi_o.pdf)>. Acesso em: maio 2010.

GRACIA, D. Semiología de los conflictos morales en bioética. In: **Congresso Brasileiro de Bioética. VI Congresso Brasileiro de Bioética, I Congresso de Bioética del Mercosur e Fórum da Redbioética/ UNESCO**, 2005. Foz do Iguaçu, PR. Anais. Foz do Iguaçu: Sociedade Brasileira de Bioética, 2005. 262p. p.36.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 13, supl 1, p.493-502, 2009.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

LIMA, A.C.; MORALES, D.A; ZOBOLI, E.L.C.P; SARTÓRIO, N.A. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. **Cogitare Enferm.** v. 14, n. 2, p. 294-303, abr./jun. 2009. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/15621/10392>>. Acesso em: out. 2010.

LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M. Reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade no contexto italiano contemporâneo. **Revista Bioética**, v.19, n. 1, 2011.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.*. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2010.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, p. 39-64, 2001.

MERHY E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, C. R. (orgs). **Agir em Saúde** – um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, p197-228, 1997.

MINAYO, M.C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, G.N. **O projeto terapeutico como contribuição para a mudança das praticas de saúde**. Campinas, 2007. Disponível em:<[cutter.unicamp.br/document/?down=000409274](http://cutter.unicamp.br/document/?down=000409274) >. Acesso em: set. 2010.

OLIVEIRA, G.N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2011.

PASCHE, D.F. Princípios do SUS e a Humanização das Práticas de Saúde. In: **Seminário A Humanização do SUS em Debate**. Vitória, 2008.

\_\_\_\_\_. D.F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, supl.1, p.701-708, 2009a.

\_\_\_\_\_. D.F. In: Seminários de Atenção Primária do Centro de Saúde Escola do Butantã. **A questão do matriciamento na ESF: desafios e estratégias**, 1, 2009b. São Paulo. Disponível em <<http://www.redehumanizaus.net/5607-assista-ao-debate-a-questao-do-matriciamento-na-esf-desafios-e-estrategias-de-acao>>. Acesso em: jun. 2010.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo. **Universidade Federal Fluminense**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <[http://www.slab.uff.br/bd\\_txt\\_lg\\_autor.php?nome\\_autor=Eduardo%20Passos&tp=a](http://www.slab.uff.br/bd_txt_lg_autor.php?nome_autor=Eduardo%20Passos&tp=a)>. Acesso em: maio 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p.103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf> >. Acesso em: out. 2010.

PENA, R.S. **Saúde Mental Atravessada**: “construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e outras dores já instituídas”. Campinas, 2009. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=000439890&fd=y>>. Acesso em: set. 2010.

QUINO. **Toda Mafalda**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

QUINO. Home Page. 2010. Disponível em: <<http://www.quino.com.ar/>>. Acesso em: ago. 2011.

REICH, W.T. **Encyclopedia of Bioethics** [CD ROM]. New York: Macmillan Library Reference; 1995.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SCHWARTZ, Y. Disciplina epistêmica, disciplina ergológica: paidéia e politeia. **Revista Pro-prosições**, Campinas, v.13. n.1, p.126-49, jan./abr., 2002.

SCHARAMM, F.R. Da bioética privada à bioética pública. In: FLEURY, S. organizadora. **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, p. 227-40, 1997.

SUGARMAN, J. organizador. **Ethics in primary care.** New York: McGraaw-Hill; 2000.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 585-597, 2005. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63010316.pdf>>. Acesso em: maio 2010.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Cienc. Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.195-206, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/23.pdf>>. Acesso em: ago. 2010.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, SP, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: maio 2010.

VERDI, M. I. M.; DA ROS, M. A.; CUTULO, L.R.A. Saúde e sociedade. In: DA ROS, M.A., VERDI, M.I.M., CUTULO, L.R.A., (Org). **Eixo I: Reconhecimento da realidade, módulo 2.** Departamento de Saúde Pública /UFSC, Curso de Especialização em Saúde da Família - modalidade à distância. Florianópolis: 2010.

VIDAL, S. Introducción General y Antecedentes. Módulo I. **Curso de Bioética Clínica y Social.** Programa de Educación Permanente en Bioética. Rede Bioética. UNESCO, 2010.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, v.120, n.6, p. 472-482, 1996. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v120n6p472.pdf>>. Acesso em: ago. 2010.

ZÉ, T.; MEDEIROS, E. Tô. Intérprete: Tom Zé. In: Tom Zé. Estudando o samba. Rio de Janeiro: Gel Continental, 1976. Lado A, faixa 4. Disponível em: <[http://www.tomze.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=78:estudando-o-samba-gel-continental&catid=6:discografia](http://www.tomze.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=78:estudando-o-samba-gel-continental&catid=6:discografia)>. Acesso em: set. 2011.

ZOBOLI, E.L.C.P.; FORTES, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1690-1699, Nov./Dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf>>. Acesso em: set. 2010.

\_\_\_\_\_. E.L.C.P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 195-204, 2009. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/67/195a204.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/67/195a204.pdf)>. Acesso em: set. 2010.

\_\_\_\_\_. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/doutorado/TeseElmaLourdes.pdf>>. Acesso em: jul. 2010.



## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA A COLETA DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

### 1 IDENTIFICAÇÃO

1.1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino      1.2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

### 2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

2.1. Profissão: ( ) Profissional de Ed.Física ( ) Ass. Social ( ) Pediatra  
( ) Psiquiatra ( ) Nutricionista ( ) Psicólogo ( ) Farmacêutico  
( ) Outro:

2.2. Você possui formação em Saúde Pública ou em Saúde da Família?  
( ) Não ( ) Sim

Qual curso? \_\_\_\_\_

2.3. Você já atuou com equipes interdisciplinares antes do NASF?

( ) Não ( ) Sim      Qual: \_\_\_\_\_

2.4. Há quanto tempo você atua na Atenção Básica? \_\_\_\_\_

2.5. Há quanto tempo você atua especificamente no NASF? \_\_\_\_\_

### 3 PERCEPÇÕES

3.1. O que você compreende por "Atenção Básica de Saúde"?

3.2 O que você compreende por "Núcleos de Apoio à Saúde da Família"?

### 4 CARACTERIZAÇÃO DA FORMA DE CONTRATAÇÃO

4.1. Qual seu vínculo de contrato para atuar no NASF?

( ) Contrato Temporário ( ) Estatutário ( ) Outro: \_\_\_\_\_

4.2. Qual sua carga horária de trabalho no NASF? \_\_\_\_\_

4.3. O NASF em que você atua atende a quantas Equipes de Saúde da Família? \_\_\_\_\_

## 5 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO

5.1. Em que situações e como o NASF é acionado pelas equipes de Saúde da Família?

\_\_\_\_\_

5.2. As ações desenvolvidas pelo NASF estão pautadas em algum protocolo ou normativas? Qual (is): \_\_\_\_\_

5.3. Comente sobre as atividades que você desenvolve no NASF:

\_\_\_\_\_

## 6. SEMANA TÍPICA DE TRABALHO

**Agora pense em uma semana típica de trabalho e descreva o local onde você se encontra e fazendo qual atividade:**

Período	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Matutino	Local: Atividade	Local: Atividade	Local: Atividade	Local: Atividade	Local: Atividade
Vespertino	Local: Atividade	Local: Atividade	Local: Atividade	Local: Atividade	Local: Atividade

## 7. SITUAÇÃO HIPOTÉTICA 1:

Considere uma situação hipotética na qual há a necessidade de desenvolver uma atividade relacionada à alimentação e nutrição em uma área de abrangência X.

Como essa atividade seria planejada e desenvolvida?

\_\_\_\_\_

## **8. SITUAÇÃO HIPOTÉTICA 2:**

Considere outra situação hipotética: Em uma reunião do NASF o profissional de educação física pede a palavra. O profissional comenta sobre o projeto “Vamos Caminhar Juntos” que está sendo desenvolvido na comunidade X. Tal projeto foi iniciativa do conselho comunitário. Ele acredita que a inserção do NASF nesse projeto é de suma importância e propõe uma reunião para pensarem as possíveis articulações. Logo após, dá a palavra aos demais membros do Núcleo. O farmacêutico é o primeiro a manifestar-se. Ele reconhece a importância do projeto, mas diz que essa temática não é da sua competência. O psiquiatra diz que não há condições de assumir esse trabalho e que está preocupado com o aumento da demanda de seus atendimentos específicos, pois os médicos da ESF estão encaminhando praticamente todos os casos para ele.

Você identifica conflitos éticos neste momento de interação? Ou seja, você identifica tensões confrontantes nesta dinâmica? Quais são as fontes destes conflitos que você percebe?

---

Agora pense: os conflitos éticos, identificados na situação acima e/ou outros, estão presentes no desenvolvimento do seu trabalho? Qual (is):

---

## **9. SOBRE FACILIDADES E DIFICULDADES NO TRABALHO**

9.1. Descreva os fatores que, em sua opinião, são facilitadores para a sua atuação no NASF: \_\_\_\_\_

9.2. Igualmente, aponte as dificuldades para a sua atuação no NASF: \_\_\_\_\_

---

Caro colega:

Agradeço sua colaboração nesta pesquisa, reiterando que sua participação tem sido importante para revelar aspectos positivos e fragilidades ainda a serem superadas no âmbito do NASF, da ESF e do SUS.

Muito obrigada!



## APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado colega:

Você está sendo convidado a participar do estudo “**Conflitos Éticos do Trabalho do NASF na Atenção Básica de Saúde de um município X de Santa Catarina/SC**”, desenvolvido pela aluna Katiuscia Graziela Pereira, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, nível mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Professora Marta Verdi.

**O objetivo da referida pesquisa é** analisar os conflitos éticos no processo de trabalho das equipes de Apoio Matricial - NASF - nas ações e serviços da Atenção Básica de Saúde de um município de Santa Catarina/SC, à luz da Bioética. Tem como objetivos também, caracterizar o processo de trabalho das equipes NASF; Identificar, a partir das falas dos sujeitos de pesquisa, os conflitos éticos presentes nos processos de trabalho do NASF; Conhecer as potencialidades e limitações da inserção do NASF.

**Tal estudo intenta** contribuir com a produção de inquietações acerca do papel do NASF e os modos de operar do mesmo, reconhecer suas limitações e explorar suas potencialidades de incitar mudanças nas práticas hegemônicas da saúde.

Inicialmente, as informações sobre o NASF - necessárias para o desenvolvimento da pesquisa referida acima - serão coletadas por meio de um questionário e, posteriormente por meio de um grupo focal. Entretanto, a participação em uma das etapas da coleta de dados não está vinculada à outra, ou seja, você poderá aceitar participar da primeira etapa e recusar-se a participar da segunda ou vice e versa.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Como pesquisadora responsável por esse estudo, asseguro a você que sua identidade será protegida e mantida em sigilo. As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação que seja divulgada em relatório ou publicação, será feita sob forma codificada.

Você poderá me contatar pelo telefone (48) 8818 – 0755 ou pelo e-mail: [katnfr@hotmail.com](mailto:katnfr@hotmail.com) para prestar-lhe todas as informações, que você desejar, acerca deste estudo, antes, durante e depois do mesmo ou para retirar o seu consentimento.

Este documento, que você estará assinando, se concordar em participar do estudo, será mantido por mim em confidência estrita. Caso você assine este documento em concordância com todo o seu conteúdo, receberá uma cópia do mesmo.

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF/RG \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo, especificamente:

- ( ) Respondendo o Questionário
- ( ) Participando do Grupo Focal

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Katiúscia G. Pereira – Pesquisadora

**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS –  
COORDENADOR MUNICIPAL DO NASF**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

1.2. Sexo:  Feminino     Masculino                      1.2. Idade:                      anos

**2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

2.1. Profissão:  Profissional de Ed.Física     Ass. Social     Pediatra  
 Psiquiatra     Nutricionista             Psicólogo             Farmacêutico  
 Outro:

2.2. Você possui formação em Saúde Pública ou em Saúde da Família?  
 Não     Sim Qual curso?

2.3. Você já atuou com equipes interdisciplinares antes do NASF?  
 Não     Sim Qual:

2.4. Há quanto tempo você atua na Atenção Básica?

2.5. Há quanto tempo você atua especificamente na coordenação do NASF?

**3. PERCEPÇÕES**

3.1. O que você compreende por "Atenção Básica de Saúde"?

O que você compreende por "Núcleos de Apoio à Saúde da Família"?

**4 CARACTERIZAÇÃO DA FORMA DE CONTRATAÇÃO**

4.1. Qual seu vínculo de contrato no município?  
 Contrato Temporário     Estatutário     Outro:

## 5. CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO

5.1. As sete equipes NASF do município X foram implantadas ao mesmo tempo? Caso não, você consegue precisar a data de implantação de cada uma das equipes?

5.2. Por meio do CNES pode-se observar que a composição de cada equipe NASF é diferente em relação ao número de profissionais e também quanto às categorias profissionais que as compõem. Você poderia explicar quais foram os critérios para essas definições?

5.3. Como se deu a contratação dos profissionais que compõem as equipes NASF? Concurso? Migração dos profissionais que já atuavam na rede? Outros?

5.4. Os profissionais que ingressam no NASF recebem algum tipo de formação inicial?

5.5. Os profissionais que atuam como NASF, independente da categoria profissional, recebem os mesmos benefícios (Salário, auxílio combustível, outros)?

5.6. Quais foram os parâmetros e quais referenciais foram utilizados para a organização do processo de trabalho do NASF Do município X?

5.7. Em que situações e como o NASF é acionado pelas equipes de Saúde da Família? Existe alguma formalização para os critérios desse acionamento.

5.8 Como ocorre a definição do número de equipes da ESF por NASF? E nos NASFs em que há mais de um profissional da mesma categoria?

5.9. As ações desenvolvidas pelo NASF estão pautadas em algum protocolo ou normativa? Qual (is):

5.10. Há profissionais cadastrados no NASF, mas que não atuam como NASF?

5.11. Os profissionais do NASF possuem momentos para discussão entre eles? Se a resposta for sim: Quais? Como ocorrem?

## **6. SITUAÇÃO HIPOTÉTICA 1:**

Considere uma situação hipotética na qual há a necessidade de desenvolver uma atividade relacionada à alimentação e nutrição em uma área de abrangência X.

Como essa atividade seria planejada e desenvolvida?

## **7. SITUAÇÃO HIPOTÉTICA 2:**

Considere outra situação hipotética: Em uma reunião do NASF o profissional de educação física pede a palavra. O profissional comenta sobre o projeto “Vamos Caminhar Juntos” que está sendo desenvolvido na comunidade X. Tal projeto foi iniciativa do conselho comunitário. Ele acredita que a inserção do NASF nesse projeto é de suma importância e propõe uma reunião para pensarem as possíveis articulações. Logo após, dá a palavra aos demais membros do Núcleo. O farmacêutico é o primeiro a manifestar-se. Ele reconhece a importância do projeto, mas diz que essa temática não é da sua competência. O psiquiatra diz que não há condições de assumir esse trabalho e que está preocupado com o aumento da demanda de seus atendimentos específicos, pois os médicos da ESF estão encaminhando praticamente todos os casos para ele.

Você identifica conflitos éticos neste momento de interação? Ou seja, você identifica tensões confrontantes nesta dinâmica? Quais são as fontes destes conflitos que você percebe?

Agora pense: os conflitos éticos, identificados na situação acima e/ou outros, estão presentes no desenvolvimento do trabalho NASF ? Qual (is):

## **8. SOBRE FACILIDADES E DIFICULDADES NO TRABALHO**

8.1. Descreva os fatores que, em sua opinião, são facilitadores para a atuação no NASF:

8.2. Igualmente, aponte as dificuldades para a atuação no NASF:

Caro colega:

Agradeço sua colaboração nesta pesquisa, reiterando que sua participação tem sido importante para revelar aspectos positivos e fragilidades ainda a serem superadas no âmbito do NASF, da ESF e do SUS.

Muito obrigada!



## APÊNDICE D – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA O GRUPO FOCAL

### **Apresentação e esclarecimentos iniciais:**

- Apresentação da pesquisadora e dos participantes;
- Relembrar os objetivos da pesquisa;
- Exposição dos objetivos do encontro, assim como, do por que da escolha dos participantes;
- Solicitação da autorização da presença do apoio, explicando que a função desse será de fazer algumas anotações;
- Apresentação dos participantes;
- Solicitação da autorização para o registro do encontro (gravação de áudio e anotações escritas), esclarecendo que poderá ser solicitado, a qualquer momento que o gravador seja desligado. Entregar o TCLE e aguardar que todos assinem o mesmo;
- Exposição da garantia da confidencialidade dos dados e sigilo dos registros e dos nomes dos participantes;
- Pactuação do tempo e da entrada e saída dos participantes;
- Solicitar que desliguem o celular;
- Apresentação da proposta da dinâmica do grupo – uso das charges;
- Esclarecimento do papel da moderadora (introduzir o tema e garantir que o foco não se distancie do mesmo e ainda garantir que todos tenham a oportunidade de participar da discussão)
- Explicação inicial de que todas as idéias e opiniões interessam a pesquisa e que não precisam reportar-se a moderadora como se estivessem em um “jogo” de perguntas e resposta.
- Explicar a importância de falarem devagar e um de cada vez. Solicitar aos participantes que mencionem o número antes de iniciarem suas falas (distribuir um número para cada participante).

### **Desenvolvimento:**

- Charge Mafalda 01:
  - a) Qual situação vocês percebem ilustrada nessa charge? Do que trata essa charge? Qual o tema abordado?
  - b) Essa situação é vivenciada por vocês no trabalho?

c) O que significa NASF para vocês? O que significa ser um Núcleo de Apoio à ESF? E o que vocês acham que significa NASF para a equipe que vocês fazem parte?

- Charge Mafalda 02:

- a) E nessa charge? Qual situação está ilustrada? Do que trata essa charge? Qual o tema abordado?
- b) Essa situação é vivenciada por vocês no trabalho?
- c) O que significa para vocês trabalhar em equipe?
- d) Para vocês o NASF é uma equipe?

- Charge Mafalda 03:

- a) E agora? Que situação vocês percebem nessa charge? Do que trata essa charge? Qual o tema abordado?
- b) Essa situação é vivenciada por vocês no trabalho?
- c) Como é para vocês trabalharem com profissionais de diferentes categorias?
- d) Para vocês, como é a relação entre os profissionais que constituem o NASF? Existe troca?
- e) Há positividade/benefícios para o usuário quando o cuidado é produzido por diferentes categorias profissionais?

- Charge Mafalda 04:

- a) Que situação vocês percebem nessa charge? Do que trata essa charge? Qual o tema abordado?
- b) Essa situação é vivenciada por vocês no trabalho?
- c) Na opinião de vocês, existem posições de destaque para determinadas categorias dentro do NASF?
- d) Como se dão as relações onde se prevê que haja co-divisão de saberes, práticas, poder?

- Charge Mafalda 05:

- a) Que situação vocês percebem nessa charge? Do que trata essa charge? Qual o tema abordado?
- b) Essa situação é vivenciada por vocês no trabalho?
- c) Como vocês percebem as relações com as equipes da ESF, uma vez que essas já estavam em funcionamento antes da criação do NASF?

## ANEXO A - CERTIFICADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE SANTA CATARINA – UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 1122

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

PROCESSO: 1122

FR: 386200

TÍTULO: INTERFACES DO TRABALHO DO NASF NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

ANÁLISE DOS CONFLITOS ÉTICOS

AUTOR: Marta Inez Machado Verdi, Kátuscia Graziela Pereira

FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2010.

\_\_\_\_\_  
Coordenador do CEPSH/UFSC





FIGURA 7: Charge Mafalda, 07.  
 FONTE: QUINO, 1993.

## PARTE II

# ARTIGO CIENTÍFICO



**Conflitos Éticos no Processo de Trabalho do Núcleo de Apoio à  
Saúde da Família de um Município de Santa Catarina/SC<sup>8</sup>**

**Conflictos éticos en el Centro de Apoyo al Proceso de Trabajo para  
la Salud Familiar de la Ciudad de Santa Catarina / SC**

**Ethical Conflicts in the Work Process Support Center for Family  
Health of the City of Santa Catarina / SC**

Katiuscia Graziela Pereira<sup>1</sup>; Marta Inez Machado Verdi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário Trindade. Florianópolis, SC, Brasil. CEP: 88010-970. F.(48) 3346-7202. [katnfr@hotmail.com](mailto:katnfr@hotmail.com)

<sup>2</sup> - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina.

---

<sup>8</sup> Trata-se de texto inédito, resultado de dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Não Financiado. Sem conflitos de interesse. Submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer n<sup>o</sup> 1122/2011.

As autoras Katiuscia Graziela Pereira e Marta Inez Machado Verdi participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

## **Conflitos Éticos no Processo de Trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um Município de Santa Catarina/SC.**

**Resumo:** O artigo discute os conflitos éticos presentes no processo de trabalho dos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF de um município de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratório-descritiva, realizada em 2011, com 36 trabalhadores do NASF e o gestor municipal da política. Os dados foram coletados por meio de questionários e de grupo focal (ambos semi-estruturados) e analisados com base na Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados demonstram que os sujeitos de pesquisa reconhecem o Apoio Matricial como a centralidade do processo de trabalho do NASF, entretanto, percebe-se certo desconhecimento acerca dessa proposta metodológica. Esse fato, de certo modo, contribui para a manutenção de atitudes e práticas cristalizadas e para o predomínio da lógica profissional, revelando-se em um trabalho pouco colaborativo e pautado em relações autoritárias, inviabilizando a construção da autonomia e do ideário da interdisciplinaridade por meio do Apoio Matricial.

**Palavras-chave:** NASF. Apoio Matricial. Análise Ética. Bioética. Saúde Pública.

## **Ethical Conflicts in the Work Process Support Center for Family Health of the City of Santa Catarina / SC**

**Abstract :** The present article discusses ethical conflicts in the work process for workers in the Support Center for Family Health-NASF a municipality of Santa Catarina. This is a survey descriptive exploratory qualitative approach, held in 2011 with 36 workers and the city manager NASF policy. Data were collected through questionnaires and focus groups (both semi-structured) and analyzed based on content analysis of Bardin. The results show that the research subjects recognize the Support Matrix and the centrality of the working process of the NASF, however it is clear some ignorance about the proposed methodology. This fact, in some way, contributes to the maintenance of attitudes and practices crystallized and the predominance of professional logic, revealing itself in a little work and collaborative process based on authoritarian relations, preventing the construction of the ideal of autonomy and interdisciplinarity through the Support Matrix. **KeyWords:** NASF. Matrix Support. Ethical Analysis. Bioethics. Public Health.

### **Conflictos éticos en el Centro de Apoyo al Proceso de Trabajo para la Salud Familiar de la Ciudad de Santa Catarina / SC**

**Resumen:** El presente artículo analiza los conflictos éticos en el proceso de trabajo para los trabajadores en el Centro de Apoyo a la Salud de la Familia-NASF un municipio de Santa Catarina. Este es un estudio descriptivo exploratorio enfoque cualitativo, que tuvo lugar en 2011 con 36 trabajadores y la política de administrador de la ciudad NASF. Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios y grupos focales (ambos semi-estructuradas) y se analizaron sobre la base de análisis de contenido de Bardin. Los resultados muestran que los sujetos de investigación reconocen la Matriz de compatibilidad y la centralidad del proceso de trabajo de la NASF, sin embargo, es evidente que cierto desconocimiento acerca de la metodología propuesta. Este hecho, de alguna manera contribuye al mantenimiento de actitudes y prácticas cristalizadas y el predominio de la lógica profesional, que se revela en un poco de trabajo y el proceso de colaboración basado en relaciones autoritarias, impidiendo la construcción del ideal de la autonomía y la interdisciplinaria a través de la Matriz de Soporte. **Palabras-Clave:** NASF. Matriz de Soporte. Análisis Ético. Bioética. Salud Pública.

## Introdução

No debate sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro há consenso na literatura de que o trabalho em saúde predominantemente médico-centrado não dá conta da complexidade do processo saúde-doença, traduzindo-se como uma das insuficiências desse Sistema. Aponta-se, portanto, como um possível caminho, a interdisciplinaridade para a qualificação da atenção à saúde, pois a complexidade do processo saúde-doença demanda tanto o reconhecimento das limitações de um saber estruturado como a necessidade de articular vários conhecimentos e práticas para lidar com sujeitos que possuem desejos e interesses diferentes e se encontram inseridos em um contexto.

É nessa perspectiva que se insere a proposta do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Essa estratégia foi criada pelo Ministério da Saúde, mediante a Portaria N° 154/2008, com o intuito de ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações da Atenção Básica de Saúde no Brasil por meio do apoio de trabalhadores de diferentes áreas de conhecimento às equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF (Brasil, 2008).

Considerando a Atenção Básica de Saúde uma Política em construção, cujo avanço pode ser potencializado pela inserção de outras áreas voltadas para a produção social da saúde das pessoas e da coletividade, o NASF vem para agregar saberes e potências outras na luta pela consolidação da integralidade como um dos princípios norteadores das ações da Atenção Básica.

O processo de trabalho do NASF deve ter como fulcro o apoio matricial (Brasil, 2011). Mas, cabe assinalar que a proposta desse método de trabalho ainda é pouco difundida nos serviços de saúde, podendo ser considerada uma experiência circunscrita em determinados locais – os quais já possuem certo alinhamento das propostas que buscam reformular o processo de trabalho em saúde, visando ao aumento da capacidade de respostas desses serviços às necessidades da população.

Considera-se fundamental para a discussão que se pretende neste artigo analisar e refletir sobre os sentidos de cada um dos conceitos que constituem o termo apoio matricial, assim como o sentido dessa composição.

Matriz pode indicar-nos tanto o lugar onde se geram e criam coisas como um conjunto de números que possuem relação entre si quer na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Mas, também pode

significar relações de repetição e de reprodução, comando e obediência – a matriz e suas filiais (Michaelis, 1998).

Em oposição ao modelo de gestão de trabalho concebido pela administração clássica – marcada pela verticalização das relações entre os trabalhadores e pela crescente especialização, sugeriu-se a utilização da matriz como forma de pensar as organizações. Assim, introduzir-se-iam (não se substituiriam) ações em outras linhas – não somente as verticais – para atenuar os efeitos da departamentalização, do trabalho vertical e da fragmentação do processo de trabalho (Motta apud Campos 1999; Neuhaser apud Campos 1999). Todavia, Campos (1999) considera que essa ideia de matriz organizacional implica em ações horizontais episódicas, as quais atenuam, mas não resolvem os problemas engendrados pela desarticulação das diferentes categorias profissionais. Ou seja, essa proposta não seria capaz de alterar a estrutura organizacional das organizações de saúde, pois, de acordo com ela, “terminando o projeto, o pessoal retorna aos seus departamentos, onde desempenha atividades preestabelecidas, participa de programas de treinamento e espera novas designações” (Lodi apud Motta, Vasconcelos, 2008, p.262).

Assim, Campos (1999, p.398) propôs a utilização da matriz de modo diferente, onde os trabalhadores de referência<sup>9</sup> passariam a compor o “esqueleto de sustentação das organizações de saúde” ao invés de serem “espaços episódicos de integração horizontal”, enquanto os especialistas<sup>10</sup> ocupariam esse segundo eixo. Em suma, recomendou o trabalho com a seguinte disposição: no sentido vertical da matriz – as equipes de referência e, no horizontal – os trabalhadores que realizariam o apoio matricial. Portanto, percebe-se que houve reformulação da proposta inicial no que se refere ao sentido da mesma e, a soma da palavra apoio, com o sentido discutido a seguir, compondo o termo apoio matricial, enfatiza essa mudança.

---

<sup>9</sup> A equipe de referência é aquela que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário e é composta por trabalhadores considerados fundamentais para essa condução. É um arranjo organizacional que busca reforçar o poder de gestão da equipe e ampliar as possibilidades de construção de vínculo (Campos, Domitti, 2007).

<sup>10</sup> Entende-se por especialistas os profissionais detentores de um saber específico, necessário para a condução de um caso (individual, familiar ou comunitário). Portanto, tanto os trabalhadores que operam na linha do apoio matricial como os da equipe de referência são especialistas (Campos, Domitti, 2007). Neste artigo, a palavra será utilizada para caracterizar os trabalhadores que não compõem a equipe de referência e que são acionados via apoio matricial.

Parece ser essa última perspectiva que sustenta a ideia de ter-se adotado o apoio matricial como o cerne do processo de trabalho do NASF. Em outras palavras e de modo geral, os trabalhadores do NASF ocupariam o eixo horizontal, enquanto as equipes de Saúde da Família, o eixo vertical.

Ressalta-se que com a reformulação proposta por Campos (1999), o autor afirma que há diversas possibilidades de combinação da matriz, inclusive a do profissional de referência operar na linha do apoio matricial e vice-versa, dependendo das circunstâncias. Portanto, “a constituição dos papéis de ‘apoiador’ e de ‘apoiado’ co-emergem em ato no encontro” dos trabalhadores (Oliveira, 2011, p.39).

Apoio, por sua vez, é uma palavra polissêmica e dela derivam alguns significados como suporte, base, auxílio, sustentáculo e também argumento, autoridade (Michaelis, 1998). O sentido da palavra apoio, atribuída ao termo apoio matricial, indica um modo para operar-se a relação horizontal (e tantas outras possíveis) entre os trabalhadores de referência e os especialistas (Oliveira, 2011; Campos, Domitti, 2007). Implica na tentativa de aumentar a capacidade de os sujeitos lidarem com o poder, com os afetos e com o saber. Nesse contexto, o apoio é considerado um “modo interativo, um modo que reconhece as diferenças de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais”, considerando a experiência, o desejo e o interesse dos envolvidos (Campos, 2003, p.86).

Os sentidos de matriz e de apoio unidos no termo apoio matricial, indica-nos uma possibilidade de se alterar a forma vertical de relação entre os trabalhadores nas organizações de saúde e a diferença entre os que pensam e os que executam, admitindo, assim, que todos são capazes de gerar e criar coisas e que há outras possíveis formas de relação entre esses (Campos, Domitti, 2007). Formas que ampliem a capacidade de compreensão de si, do outro e do contexto e, assim, utilizar essa compreensão para a tomada de decisões e para intervir sobre outras relações sociais. Desse modo, estar-se-ia produzindo outras linhas de subjetivação que não aquelas centradas na alienação do trabalhador, estar-se-ia produzindo uma nova cultura, uma cultura que estimule o compromisso dos trabalhadores com a produção de saúde (Oliveira, 2011).

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização vem apostando nesse arranjo de atenção/gestão e buscando capilarizar o mesmo, pois acredita que esse modelo contribui para a construção da autonomia dos trabalhadores e também a dos usuários (Brasil, 2010a).

Sendo o NASF uma das estratégias do SUS – sistema social e político – para qualificar a atenção considera-se, portanto, importante reconhecer os conflitos éticos presentes no processo de trabalho do NASF – trabalho em saúde – para que possam ser tomados como analisadores sociais (Pasche, 2009) e transformados em elementos auxiliares dos processos de mudanças das práticas de saúde, respeitando a heterogeneidade e pluralidade dos atores envolvidos.

Conflitos éticos são produtos que emergem na dinâmica operativa da diversidade da vida, na qual sujeitos constituem relações sociais e por elas são constituídos. Nesse sentido, são tensões geradas nos mais variados contextos, no confronto de distintos valores, ideias, sociabilidades, perspectivas de mundo, interesses, desejos e necessidades. (Lima, Verdi, 2011). Enquanto tais, os conflitos éticos gerados na dinâmica do processo de trabalho do NASF demandam reconhecimento reflexivo.

Cabe, neste momento, comentar sobre alguns desafios cotidianos no processo de trabalho do NASF, já mencionados na literatura. Gomes (2006) aponta a lógica capitalista, o individualismo, a competitividade e a segregação como barreiras nas sociedades atuais para o desenvolvimento de um trabalho em equipe, para a corresponsabilidade e para a escuta qualificada – práticas essenciais para a execução da proposta do apoio matricial.

Nessa mesma direção, o próprio Ministério da Saúde aponta que é preciso atentar para o risco da fragmentação da atenção na implantação da proposta do NASF. Dito de outra forma, a incorporação de abordagens disciplinares variadas pode adicionar qualidade ao atendimento, mas pode também gerar a não responsabilidade, tanto por parte do NASF como das equipes de Saúde da Família, mediante a ênfase em aspectos parciais do indivíduo (Brasil, 2010b).

Em estudo sobre a organização das ações de saúde mental na Atenção Básica de Campinas (SP), a partir da implantação do apoio matricial, Figueiredo e Campos (2009) observaram que os trabalhadores que operavam o apoio matricial tendem a transferir a responsabilidade pelas dificuldades no desenvolvimento do apoio para as Equipes de Referência, alegando, por exemplo, que essas apresentam resistências em trabalhar com o que não é medicamentoso. Ainda, identificaram que os apoiadores matriciais pouco reconhecem as suas próprias limitações, em especial, as que compreendem o entendimento sobre o arranjo, o papel de apoiadores, a definição das responsabilidades e o compartilhamento de seus saberes.

Diante do exposto, o presente artigo se propõe a discutir os conflitos éticos presentes no processo de trabalho do NASF, contribuindo para colocar o apoio matricial em análise, produzir inquietações acerca do papel do NASF e os modos de operar do mesmo, reconhecer suas limitações e explorar suas potencialidades de incitar mudanças nas práticas hegemônicas da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

## **Percurso Metodológico**

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 1122/11, de acordo com as determinações da Resolução CNS 196/96.

A seleção dos sujeitos de pesquisa ocorreu de modo universal. Do total de 42 trabalhadores ativos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, atuantes em um município de Santa Catarina, Brasil, 36 aceitaram participar da primeira etapa da coleta de dados (questionário), entre eles: duas (02) assistentes sociais, quatro (04) profissionais de educação física, sete (07) farmacêuticos, cinco (05) nutricionistas, sete (07) pediatras, nove (09) psicólogos e dois (02) psiquiatras. Dentre os sujeitos que participaram da primeira etapa, dez (10) sujeitos aceitaram participar da etapa seguinte (grupo focal). O anonimato dos sujeitos de pesquisa foi garantido substituindo seus nomes pelas letras iniciais de cada categoria profissional e um número seqüencial.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, utilizando-se diferentes instrumentos. A primeira ocorreu por meio da aplicação de um questionário, com o qual se objetivou obter dados para caracterizar o processo de trabalho do NASF. Posteriormente, buscou-se um aprofundamento das questões éticas que permeiam as relações dos trabalhadores do NASF, por meio da realização de dois grupos focais – o que constitui a segunda etapa da coleta de dados desta pesquisa. As discussões foram guiadas por um roteiro semi-estruturado que continha vinte (20) perguntas e cinco (05) charges, do humorista Joaquín Salvador Lavado (Quino), de sua famosa personagem Mafalda<sup>11</sup>, os quais remetiam ao problema de pesquisa.

---

<sup>11</sup> A personagem Mafalda foi criada por Quino em 1962. Trata-se de uma menina pertencente à América Latina – marcada por desigualdades sociais – que questiona o mundo ao seu redor. Por meio das histórias de Mafalda, o autor aborda a miséria e o absurdo da condição humana, as preocupações com a política internacional, os conflitos que as pessoas enfrentam com a

A análise dos dados foi conduzida pela Análise de Conteúdo de Bardin (2004) contemplando as seguintes fases: pré-análise (na qual foram apreendidos os núcleos de sentido que continham significados oportunos ao objeto de estudo), descrição analítica (fase onde os núcleos foram classificados e recortados em temas, constituindo as unidades de registros que foram categorizados em seguida) e interpretação inferencial (diálogo das categorias com o quadro teórico). Ao final, obtiveram-se duas categorias temáticas que serão apresentadas e discutidas a seguir.

### **O Processo de Trabalho do NASF a partir de um Olhar Bioético**

O processo analítico permitiu identificar duas categorias temáticas: (1) **Apoio matricial como potencial para construção da autonomia ou como instrumento de práticas autoritárias?** (2) **Do exercício cotidiano do processo de trabalho à necessidade de reconhecimento de definição de práticas interdisciplinares.** Estas categorias serão apresentadas e discutidas a seguir à luz da literatura da bioética e da Política Nacional de Humanização.

#### **- Apoio matricial como potencial para construção da autonomia ou como instrumento de práticas autoritárias?**

Essa primeira categoria concerne na dupla capacidade da metodologia do apoio matricial, de um lado, pode ser potencializadora, e de outro, manifestar-se como fragilizadora das relações. Isto porque pode possibilitar tanto (1) a construção da autonomia dos trabalhadores de saúde e dos usuários; (2) como o exercício de prática autoritária nas diferentes relações estabelecidas: NASF – equipes de Saúde da Família; NASF – usuários; NASF – NASF, equipes de Saúde da Família – usuários.

A análise dos dados revelou que o apoio matricial é apreendido por trabalhadores do NASF como a proposta central e como uma especificidade do processo de trabalho dos mesmos. Tal apreensão apresenta-se como uma contradição: de um lado, há o reconhecimento, por parte dos trabalhadores, de que eles são parte da configuração da Atenção Básica de Saúde do município e que o apoio matricial é a

centralidade e a peculiaridade do processo de trabalho do NASF; de outro, não existe clareza sobre as ações potencialmente constitutivas desse apoio. É possível perceber essa contradição na fala de um trabalhador do NASF:

**[...] A gente é da atenção básica, mas trabalha numa lógica diferente [...] ele que tem que se virar pra dar conta, [...], dar conta, às vezes, sem o próprio profissional do NASF conhecer o quê que é o tal do apoio. (N1)**

A partir de um olhar bioético, sentir-se como parte de algo, nesse caso da Atenção Básica de Saúde do município, singularizado por meio do apoio matricial, e, simultaneamente, não saber ao certo o que é que o torna particular, caracteriza um paradoxo que refletirá em escolhas e decisões dos trabalhadores do NASF no ato de cuidar da saúde da população. Lembrando que as escolhas e decisões de um trabalhador conformam suas ações para uma práxis que, a depender de como o trabalho e o contexto onde é desenvolvido são compreendidos, poderá ser consciente, reflexiva, crítica, criativa, emancipadora, ou subordinada somente a padrões e normas, não criadora, tendente à desvalorização da subjetividade dos envolvidos, ou seja, uma práxis alienada, acerca da produção de saúde. Em outras palavras, o fato de os trabalhadores do NASF não terem domínio quanto ao seu processo de trabalho, pode estar contribuindo para que esses estejam exercendo uma práxis cotidiana-conservadora<sup>12</sup> (Ramos, 1999).

A exploração da potência do apoio matricial para alterar-se a tradicional forma vertical de relação entre os trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, para a ampliação da clínica, depende da compreensão do mesmo no sentido anteriormente discutido. No entanto, cabe destacar que depende também de um conjunto de outras condições como, por exemplo, “número e qualificação dos trabalhadores disponíveis; cultura organizacional dos gestores; trabalhadores envolvidos e rede de serviços disponíveis” (Oliveira, 2011, p.41). Condições essas que são percebidas pelos trabalhadores do NASF como, muitas vezes, ausentes, conforme pode ser observado nos seguintes discursos:

---

<sup>12</sup> Aquela que se revela como práxis reiterativa (não criadora), pouco espontânea e pouco reflexiva (Ramos, 1999).

**Eu particularmente gosto de ter a possibilidade de construir, mas, às vezes, em alguns momentos, principalmente quando tu és questionado, meio que parece que foge o teu amparo. Porque foi tu quem decidiu? Foi tu que construiu o processo? Foi tu que refletiu sobre isso? (N2)**

**Eu não vou ter uma autonomia de querer mudar o processo de trabalho porque eu não vou aguentar as pontas na mudança de processo de trabalho. De dizer assim: eu acho que a gente poderia fazer por esse caminho. Mas, eu não vou está lá todo dia pra apoiar nesse novo caminho. (F1)**

Esses depoimentos sugerem que os trabalhadores do NASF vivenciam dificuldades no cotidiano do seu trabalho acerca dos processos decisórios.

Acerca da autonomia, Campos (2010) alerta que a maioria dos métodos de gestão tende a reduzir a autonomia do ser humano em suas produções, incluindo a produção de saúde, ao utilizarem estratégias tanto diretas quanto indiretas para o controle do trabalho humano. Para o autor, a decisão autônoma dos trabalhadores é exigida no exercício do trabalho em saúde – trabalho vivo em ato – por ser uma práxis.

A atividade humana em que o saber prévio requer, do agente da ação, reflexão, deliberação ou escolha em ato, marca a práxis. Ou seja, na práxis, o agente da ação “deverá considerar o contexto singular em que a ação se realiza: outros sujeitos envolvidos, valores, circunstâncias históricas, etc.” Esse é o modo como deve ser exercido o trabalho em saúde e, por isso, dependente de trabalhadores com significativo grau de autonomia (Campos, 2010, p.2340).

Conforme Beauchamp e Childress (2002, p.141), na clássica obra Princípios de Ética Biomédica, a autonomia é entendida como a capacidade de deliberar e escolher livremente. Para os autores a ação autônoma depende das seguintes condições: primeiro, agir com intencionalidade (ser agente); segundo, agir com conhecimento de causa (entendimento); e por último, sem influências controladoras que determinem sua ação (com liberdade). A primeira condição, a intencionalidade, não permite graduação, ou seja, em uma ação autônoma, há intencionalidade ou não; entretanto, as outras duas condições podem estar presentes em maior ou em menor grau, sem a exigência de “um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência”.

Portanto, a autonomia também depende de “condições externas ao sujeito”, mesmo que esse tenha contribuído na produção de tais circunstâncias. Ou seja: “Depende da existência de leis mais ou menos democráticas. Depende do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações. Depende da cultura em que está imerso” (Onocko, Campos, 2006, p.2-3).

Assim, pode-se dizer que os trabalhadores do NASF enfrentam muitas limitações no exercício da autonomia no seu processo de trabalho. Dentre essas limitações, destacam-se: a falta de entendimento do modo operante, a cobrança de resultados pautados em indicadores não condizentes com a proposta do NASF – ancorada em número de procedimentos, a baixa participação desses atores no processo de construção dessa proposta e o pouco tempo que permanecem com os trabalhadores da Saúde da Família. Em resumo, o tripé de sustentação da autonomia – ser agente, agir com entendimento e com liberdade, destacado por Beauchamp e Childress (2002), encontra-se desestabilizado no processo de trabalho dos trabalhadores do NASF.

Corroborando com essa discussão, Pires (2009) afirma que os trabalhadores, no ato assistencial em saúde, dominam os conhecimentos necessários para o exercício das atividades específicas de sua categoria profissional e, por isso, possuem certa autonomia técnica. A partir dessa constatação, supõe-se que os trabalhadores do NASF percebem sua autonomia reduzida no exercício do apoio matricial, uma vez que um dos pilares desse princípio ético – agir com conhecimento de causa – encontra-se frágil e, experimentam certa autonomia ao exercerem ações específicas do seu núcleo de conhecimento. Por isso, verifica-se a necessidade de fortalecimento dessa condição indispensável para a ação autônoma para, assim, abrirem-se novos caminhos, novas formas de trabalho – onde trabalhadores e usuários coparticipem dos processos decisórios.

Evidentemente, a autonomia não depende apenas do entendimento do apoio matricial e das condições externas que determinam as ações dos trabalhadores do NASF. Assenta-se, muito mais em aspectos relacionais, do contato entre apoiador e apoiado. Os trabalhadores do NASF ao terem sua autonomia limitada no exercício do seu trabalho podem acabar replicando isso em suas relações com os trabalhadores da Saúde da Família e com os usuários. Portanto, há de se considerar que a proposta do apoio matricial tem potência para a construção da autonomia, mas, como qualquer outra proposta bem intencionada, também possui suas armadilhas.

O apoio matricial entendido de outra forma, expropriado dos valores e dos princípios originais, sem que sua intenção seja compreendida, tornando-o outra coisa e somado às influências externas, pode levar os trabalhadores do NASF a reproduzirem relações de repetição, comando e obediência – NASF como matriz e trabalhadores das equipes da Saúde da Família como filiais. Ou seja, o apoio matricial pode também ser tomado pelos trabalhadores do NASF como ferramenta para o exercício do poder, controlando o trabalho e obstaculizando a autonomia tanto dos trabalhadores da Saúde da Família como dos usuários. Operando uma relação sem o respeito à autonomia dos sujeitos, o profissional do NASF provavelmente não conseguirá, a partir do apoio matricial, possibilitar a liberdade do outro, o outro profissional da equipe Saúde da Família, o outro usuário.

Nos relatos dos sujeitos participantes da pesquisa, foi possível identificar a preocupação de alguns trabalhadores do NASF para garantir a autonomia dos trabalhadores que apóiam, conforme sugere o relato abaixo:

**[...] eu, a profissional de educação física e a nutricionista, sentamos com os enfermeiros, os médicos e agentes comunitários e, a gente propôs uma espécie de um projeto de acompanhamento integrado pra algumas pessoas. A gente estaria compondo um grupo de mais ou menos umas trinta pessoas pra fazer o acompanhamento dessas trinta pessoas, tanto em atividades coletivas quanto acompanhamento individual. Pra gente colocar um pouco em prática aquela idéia do projeto terapêutico singular e tudo mais. Ótimo! Tivemos duas reuniões, tudo isso foi pactuado e tal. (F2)**

Porém, o que mais chama a atenção é o fato de os trabalhadores do NASF também estabelecerem relações de autoritarismo e de dependência com os trabalhadores da Saúde da Família sem perceberem a negatividade de tais relações. Um dos depoimentos de uma profissional do NASF acerca de uma situação de dispensação de medicamentos a um usuário, onde houve uma discordância de opiniões entre ela e uma profissional da equipe de Saúde da Família, sugere essa assertiva:

**Eu disse assim: [...] acho que você tem razão em parte. Entretanto, eu, como farmacêutica, posso resolver essa situação. Eu tenho uma legislação que me respalda nessa intervenção farmacêutica que eu estou fazendo. [...] E, aí, ela: não, mesmo assim**

**eu não concordo. Ai, eu falei: bem, então, talvez um jeito de se resolver isso sou eu não estar dentro da farmácia, por que daí eu não vou ver [...] Mas, foi um diálogo, assim, numa boa. Mas, eu não consegui convencê-la de que eu – como farmacêutica – poderia fazer aquela ação. (F2)**

O depoimento acima aponta na direção de que as orientações e ações dos trabalhadores do NASF podem ser dadas como verdades e impostas como se fossem regras inquestionáveis, sujeição, limitando o espaço de decisão dos trabalhadores da Saúde da Família e, o que pode, inclusive, se reproduzir nas relações com os usuários.

Verifica-se que as duas situações relatadas acima exemplificam conflitos éticos que ocorrem cotidianamente no processo de trabalho dos trabalhadores do NASF: de um lado, esses trabalhadores contribuem para construção da autonomia dos trabalhadores da Saúde da Família; do outro, observa-se o desrespeito à autonomia desses. Ressalta-se também que a circunstância – o desacordo, a diferença de opiniões – poderia ter sido tomada como um analisador social, entretanto essa oportunidade não foi reconhecida e aproveitada.

O Respeito à Autonomia difere do conceito de autonomia, pois

Ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como um agente autônomo. Respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais (Beauchamp, Childress, 2002, p. 142).

Nesse sentido, o respeito à autonomia “implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente”. Ao contrário, “o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas”. Essa diferenciação é importante para o entendimento de que é preciso “tratar as pessoas de forma a capacitá-las para agir autonomamente e assim obterem uma igualdade mínima entre si”. (Beauchamp, Childress, 2002, p. 143).

De fato, os trabalhadores do NASF podem estar, em determinadas situações, concebendo o apoio matricial em seu sentido mais perverso – matriz e suas filiais, capturados na armadilha de conceber os trabalhadores da Saúde da Família como sujeitos que não

possuem determinados conhecimentos e que devem obedecer às orientações dos primeiros. Em suma, podem estar considerando o seu saber como único saber necessário para a condução de casos, não valorizando as opiniões, as escolhas, os valores e visões de mundo dos demais trabalhadores e dos próprios usuários.

Também se fizeram presentes nas falas, outras relações verticais e autoritárias que merecem serem questionadas, como por exemplo:

**[...] você fez uma sugestão de uma possível terapia pra uma hipertensão – que você acredita ser a melhor forma – a pessoa não acredita, não por não acreditar que é a melhor intervenção por que era a melhor intervenção, optou por outra pra não ceder ao teu conhecimento, por achar que, hierarquicamente, esse é um saber único dela. (F1)**

Se a finalidade da criação do NASF é o aumento da resolubilidade das ações da Saúde da Família, subtede-se que os trabalhadores do NASF deverão contribuir para o aumento da autonomia da mesma. Mas, se os trabalhadores do NASF desconhecem o sentido do apoio matricial e, tem sua autonomia reduzida, como contribuirão para a construção da autonomia daqueles que apóiam e assistem? O apoio estaria limitando o apoiado ao invés de contribuir para a sua práxis (reflexiva)? Os trabalhadores do NASF estariam limitando a materialização da autonomia no processo de produção do cuidado?

**- Do exercício cotidiano do processo de trabalho à necessidade de reconhecimento de definição de práticas interdisciplinares.**

O mergulho nos dados colocou em foco uma questão que perpassa as tomadas de decisão do âmbito não somente do processo de trabalho do NASF, mas da atenção em saúde pública, de modo geral: a atribuição de valor para a dimensão política das diversas especialidades da saúde e para a dimensão política de atividades coletivas em saúde. No contexto deste estudo, a tensão entre o valor que cada trabalhador atribui para as suas ações individuais em saúde pública e o valor que as intervenções coletivas em saúde pública demandam parece ser uma constante no cotidiano das práticas, como demonstrado no depoimento:

**[...] porque a outra pessoa não tem óculos do farmacêutico, do nutricionista, do pediatra, da educação física [...] É conhecimentos dele, enfim. Então [...], ele (trabalhador da saúde da**

**família) vai ter dificuldade de enxergar mesmo certas coisas que cada um aqui (trabalhador do NASF) vai enxergar [...]. (F3)**

Na perspectiva da ética aplicada em saúde pública, a reflexão (bioética) prescreve a ação (política). Nesse sentido, a reflexão sobre o espectro e a potência dos óculos de cada um dos trabalhadores que compõem o NASF é um dever moral para uma prática ética. Com isto quer-se dizer que a possibilidade de “enxergar mesmo certas coisas” (leia-se: diferente da especialidade), abrindo-se para um processo de trabalho compartilhado, depende da reflexão sobre as opções que se encontram disponíveis para tomadas de decisões éticas do processo de trabalho. Dentre tais opções, destaca-se latente no âmbito das práticas, como uma necessidade, a construção da interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade é uma exigência do processo de trabalho do NASF, na mesma medida que a operacionalização de tal condição é requerida pelas variadas disciplinas que o compõem. Ela é a tradução prática da Política do NASF. Nesse sentido, a sua ausência estaria correspondendo a uma política de invisibilidade da Política do NASF.

No entanto, a interdisciplinaridade não pode ser considerada uma normativa, tampouco um princípio incondicional das ações. Afinal, ela deve ser gerada na interlocução entre as condições históricas e os saberes e poderes específicos. Demanda, portanto, processo e disposição para agir coletivamente.

Autores como Jantsch e Bianchetti (1995), contrários à concepção hegemônica idealista e a-histórica da interdisciplinaridade, admitem a mesma como construção histórica e como resultado de tensões entre o sujeito pensante e as condições materiais no qual está imerso e que, inevitavelmente, interferem nas produções de subjetividades e de novos conhecimentos.

Relatos dos trabalhadores do NASF expressam que há conflitos éticos no sentido de que o ideário da interdisciplinaridade ainda não se traduz, de fato, no cotidiano do seu processo de trabalho. Esses trabalhadores afirmam que a interdisciplinaridade é pouco conhecida e desenvolvida por eles, como por exemplo:

**[...] A gente não sabe trabalhar interdisciplinar. A gente só sabe trabalhar passando papelzinho mesmo ou passando no corredor e dizendo: oh tem fulano pra tu atender, tem fulano pra fazer visita. (N1)**

Corroborando com a concepção histórica da interdisciplinaridade, Furtado (2007, p.246) sinaliza que é importante discutir o tema, considerando a existência da tensão entre duas lógicas antagônicas: (1) a “lógica profissional” – marcada pela diferenciação por meio da formação profissional como garantia de mercado de trabalho – e (2) a “lógica da colaboração” – assinalada pela necessidade de integrar conhecimentos, experiências e habilidades para qualificar a atenção em saúde.

Portanto, há sobre o sujeito pensante (reflexivo) diversas e simultâneas forças que tendem mais à lógica profissional ou mais à lógica da colaboração. Assim, as ações desse profissional são influenciadas por essas forças, cuja predominância de uma lógica sobre a outra é condicionada pelo tempo, por situações experimentadas pelo profissional e pela influência da organização institucional e de outras estruturas. Em certa medida, o autor reconhece o caráter histórico da reflexão (ética) e da ação (política), pois ele sugere a construção de pontes entre tais forças antagônicas (Furtado, 2007).

Na delimitação deste estudo, pode-se dizer que, no discurso, no plano legal da organização do processo de trabalho do NASF, identifica-se a lógica da colaboração. Todavia, os dados apontam na direção de que a lógica predominante entre os trabalhadores do NASF, na dimensão da prática, é a lógica profissional. Tal fato remete-nos a apontar para uma dicotomia entre discurso e prática.

Na mesma linha argumentativa de Furtado (2007), são apresentados por Campos (1997, p.248-249) dois conceitos importantes para integrar o particular com o necessário para um dado trabalho em saúde: o de Núcleo e o de Campo de Conhecimento e de Responsabilidade. O primeiro refere-se ao “conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão”, de modo que o Núcleo marcaria a diferença entre as áreas de saber e de prática profissional, contribuindo para a construção de identidades. O segundo constitui “os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões” para o alcance de determinado fim; na imagem-objeto deste estudo, o fim coletivo (interdisciplinar). Portanto, um espaço de limites imprecisos, no qual cada disciplina e profissão precisariam do apoio de outras disciplinas e outras profissões para atingir seus fins. Assim, o Campo representa uma abertura das identidades estanques ao mundo da interdisciplinaridade.

Desse modo, no processo de trabalho do NASF, identidades individuais e respectivas responsabilidades coexistem com a necessidade de reconhecimento de identidade e responsabilidades

comuns, que demarcariam o Campo de Competência e Responsabilidade. Para que esses dois pólos conceituais – Núcleos particulares e o Campo coletivo – dialoguem em direção a ações interdisciplinares, no sentido de possibilitar a emergência de um Campo interdisciplinar coeso, é necessário produzir fraturas na histórica coesão que cada disciplina construiu para si, para o seu universo particular teórico-prático. Nessa perspectiva, a equação depende da subversão das prioridades específicas do processo de trabalho das diversas áreas do NASF para gerar uma estratégia de transformação de foco, rumo à interdisciplinaridade.

A Política do NASF, ao recomendar o apoio matricial, tem por objetivo dar visibilidade à exigência social de qualificar a atenção em saúde. Seu objeto está voltado para a qualidade da produção social de saúde da comunidade, em âmbito individual e coletivo. Corresponde, portanto, a uma parceria a ser estabelecida entre seus membros e com os da equipe de Saúde da Família. Aproximando este atributo – o de qualificação da resposta à atenção – do reconhecimento de produção do campo coletivo, sugerido por Campos (1997), cabe destacar que a disputa individual pelo reconhecimento profissional é uma construção social que se coloca como uma limitação.

O que parece estar sendo socialmente construído, no processo em curso, é uma tentativa de respostas às necessidades de saúde da população, sem interconexão com os sentidos, significados e potencialidades do apoio matricial. O resultado parece ser a produção de uma dinâmica não integrada que acaba fluidificando a possibilidade de materialização de uma parceria entre trabalhadores do NASF e das equipes de Saúde da Família. Ou seja, ao contrário de um intercâmbio de saberes e poderes capazes de dar continência às necessidades de saúde da comunidade, o que se parece ter é uma disputa por espaços, na qual o NASF busca conquistá-los enquanto os trabalhadores das equipes de Saúde da Família pretendem a manutenção do *status quo*. Vale ressaltar que essa dinâmica assenta-se não na intencionalidade de dar voz à disputa *per se*, mas na possibilidade de socializar o que se coloca como possível e conhecido: os saberes e poderes dos diferentes Núcleos de conhecimento e responsabilidade.

**A gente é um grupo. Um grupo de profissionais que vão fazer as atividades isoladamente. E a gente poderia qualificar sim, se a gente tivesse um processo de trabalho em equipe mais organizado. [...] Não enquanto vários profissionais que estão lá**

## **isoladamente, de acordo com o seu campo [leia-se Núcleo] específico de saber. (N1)**

Com base no depoimento, questões são suscitadas: como e com que meios, no âmbito da saúde pública produzida pelo NASF, pode-se fraturar a busca por reconhecimentos individuais para galgar o campo coletivo (interdisciplinar)? Este fim será atingido sem ponderações sobre a troca de saberes oportunizada pelo apoio matricial?

Os relatos demonstraram que o esforço argumentativo para enfrentar essa questão reside na prescrição da dimensão ética sobre o processo de trabalho. A partir de então, o campo interdisciplinar poderá emergir e contribuir com qualificação da produção de saúde da comunidade. Isto não significa alcançar o todo, com base no reducionismo das partes, dos núcleos particulares, em seus saberes e poderes, mas assumir que saúde pública requer vínculo entre o particular e o coletivo, onde este assume a expressão daquele. Conforme já mencionado, a partir de fraturas no particular (os diferentes Núcleos de conhecimento) o todo poderá encontrar espaços para penetrar e promover a convergência ao vínculo.

Na reflexão de Campos (2003, p.28), percebe-se que a noção do todo deve estar contida nas partes. Ao referir que a construção do vínculo depende do que uns têm para ofertar e das necessidades que outros têm de receber, ele sinaliza que o vínculo seria o resultado da disposição de “acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros”, ou seja, o vínculo é construído quando se estabelece algum tipo de dependência mútua: a dependência da ideia do todo nas partes.

### **Traçando Perspectivas**

O estudo buscou conhecer o processo de trabalho do NASF e os conflitos éticos presentes nessa dinâmica. Procurou discutir tais conflitos, contribuindo, assim, para a reflexão acerca do modo operante do NASF, das suas limitações e das suas potencialidades para qualificar a Atenção Básica de Saúde por meio do apoio matricial.

Considerando que os conflitos éticos são inerentes às relações humanas, na delimitação deste estudo, eles estão presentes nas relações estabelecidas pelos trabalhadores do NASF. A existência dos conflitos éticos nessas relações não pode ser ignorada, pois eles podem eclodir sob as mais variadas formas, algumas inclusive, comprometendo os princípios do SUS. Para Berlinguer (2004, p.128), os conflitos éticos

dizem respeito a “interesses materiais e argumentos morais diversos” e, o único modo de superar ou compor os conflitos é reconhecê-los.

Compreender a gênese dos diferentes valores que permeiam as situações de atenção à saúde e as suas implicações para as práticas, constitui-se em um desafio a ser suplantado. Por isso, a importância de se revelar os conflitos éticos no processo de trabalho do NASF concerne na possibilidade dos trabalhadores do NASF refletirem sobre os mesmos e assim, adotarem ações frente a esses. Ações capazes de mudar comportamentos cristalizados e estimular a busca de resultados melhores. Assim, os conflitos efetivarão, de fato, seu papel de propulsores do desenvolvimento humano.

A análise apontou que o NASF traduz-se na prática de modo ambíguo, pois simultaneamente se apresenta como uma potência para a qualificação da Atenção Básica de Saúde e como conservação da tradicional fragmentação do trabalho. Potência, porque a proposta discursiva do NASF, substanciada do apoio (leia-se apoio matricial formulado por Campos, 1997) às equipes de Saúde da Família, apresenta-se como uma importante forma de construir autonomia e como uma abertura para se viabilizar, no âmbito do trabalho em saúde, a interdisciplinaridade. Por outro lado, conservação, porque no âmbito prático o que se percebe é que os trabalhadores do NASF atuam, em geral, de modo fragmentado, com baixo grau de comunicação e integração entre as distintas especialidades e profissões.

Quanto à primeira possibilidade, os depoimentos dos sujeitos de pesquisa apontaram na direção de que as relações estabelecidas com os trabalhadores das equipes de Saúde da Família repousam, em grande parte, no autoritarismo e não no respeito à autonomia, o que também pode estar se reproduzindo nas relações com os próprios membros do NASF e com os usuários.

Acerca da interdisciplinaridade, os discursos dos trabalhadores do NASF sinalizaram que o processo de trabalho dos mesmos não está calcado na lógica da colaboração – condição exigida no trabalho em saúde, em especial no SUS para tornar possível um dos seus princípios: a integralidade, embora seja essa a lógica embutida no discurso acerca do NASF. Ao contrário, parece haver uma tendência na reafirmação da lógica profissional – o que poderia (se já não acontece) comprometer a qualidade da atenção. Dito de outra forma, o foco deixa de ser o usuário e suas necessidades e passa a ser as diversas profissões que podem compor o NASF.

Os efeitos sanitários das atividades de produção, em muitas situações, ainda fogem do conhecimento científico. Evidentemente, a

existência do dano não se constitui em uma certeza, mas na ausência de uma “intervenção oportuna, as ações reparatórias serão sempre tardias e o dano tornar-se-á irreversível” (Berlinguer, 2004, p.162). No contexto deste estudo, acredita-se que a intervenção oportuna consiste na fratura dos saberes cristalizados, na subversão das prioridades específicas dos diversos Núcleos que compõem o NASF, para viabilizar a construção do campo coletivo, evitando assim efeitos sanitários negativos.

É nesse ponto que se coloca a questão: como estruturar o NASF de modo a garantir condições para as trocas de saberes e experiências com vistas à integralidade? Como articular os diferentes processos de trabalho que se estabelecem na dinâmica do NASF tendo o usuário como centro? Como os trabalhadores do NASF contribuirão para a construção da autonomia daqueles que apóiam e assistem?

O arranjo organizacional Equipe de Referência e Apoio Matricial (formulado por Campos, 1999), na delimitação deste estudo, ESF – NASF, é um modelo de gestão que possibilita e favorece – mas, não garante – a autonomia dos sujeitos e o ideário da interdisciplinaridade das práticas. Acredita-se que ambas as pretensões dependem de trabalhadores que reflitam e tomem decisões, ou seja, depende de sujeitos éticos e políticos.

De acordo com Oliveira, Ayres, Zoboli, (2011) a bioética, na proporção em que sugere reflexões acerca de valores humanos relacionados ao “fazer” em saúde: (1) possibilita a ponderação acerca dos avanços tecnológicos, em especial quanto a possibilidades de interferência desses avanços na vida das pessoas e do planeta e a (2) análise multifacetada para o manejo dos conflitos éticos ao oferecer recursos metodológicos e procedimentais.

Os conflitos éticos gerados na dinâmica do processo de trabalho do NASF demandam reconhecimento reflexivo, pois “o desenvolvimento da ciência, as regras do mercado, as leis civis e penais, as normas deontológicas das profissões de saúde nem sempre dão respostas atualizadas” aos mesmos. “Sobretudo os conflitos entre valores e interesses diferentes, nenhum deles capaz de anular os demais já que cada um pode apresentar uma justificativa legítima” (Berlinguer, 2004, p. 127).

## Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional da Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. Reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. n. 27. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica n.27).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.43, Seção 1, p.38, 2008. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=38&data=04/03/2008>> Acesso em: mar. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n.204, Seção 1, p.48, 2011. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=24/10/2011>> Acesso em: out. 2011.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BERLINGUER, G. Bioética Cotidiana. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol.15, n.5, p. 2337-2344, 2010.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.393-404, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_\_\_\_. G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-66.

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, p.399-407, 2007. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/gastao\\_wagner\\_cobem\\_07.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/gastao_wagner_cobem_07.pdf)>. Acesso em: agos. 2009.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na atenção básica de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.129-38, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>>. Acesso em: agos. 2009.

GOMES, V. G. **Apoio Matricial**: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM/Unicamp, 2006. Disponível em: <[http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude\\_mental/artigos/tcc/apoi\\_o.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/tcc/apoi_o.pdf)>. Acesso em: maio 2010.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, vol.11, n.22, p. 239-55, 2007.

JANTSCH, A.P.; BIANCHETTI, L. **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995.

LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M. Reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade no contexto italiano contemporâneo. **Revista Bioética**, v.19, n. 1, 2011.

MICHAELIS: **moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MOTTA, F.C.P.; VASCONCELOS, I.F.G. **Teoria Geral da Administração**. 3 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

OLIVEIRA, G.N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2011.

OLIVEIRA, L.A.; AYRES, J.R.C.M.; ZOBOLI, E.L.C.P. Conflitos morais e atenção à saúde em AIDS: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.37, p.363-75, abr./jun. 2011.

ONOCKO CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G,W.S., MINAYO, M.C.S., AKERMAN M., DRUMOND Júnior M., CARVALHO, Y.M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-87.

PASCHE, D.F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, supl.1, p.701-8, 2009.

PIRES, D. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p.125-30.

QUINO. Home Page. 2010. <<http://www.quino.com.ar/>>. Acesso em: agos. 2011.

RAMOS, F.R.S. O processo de trabalho de educação em saúde. In: RAMOS F.R.S., VERDI, M.M., KLEBA, M.E. **Para pensar o cotidiano**: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999. p.16-61.