



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

PAULA ROBERTA ROZADA VOLPONI

**IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA
FAMÍLIA: ATUAÇÃO DA EQUIPE GESTORA DA
ATENÇÃO BÁSICA**

LONDRINA
2014

PAULA ROBERTA ROZADA VOLPONI

**IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA
FAMÍLIA: ATUAÇÃO DA EQUIPE GESTORA DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Mara Lúcia Garanhani

Co-orientadora: Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho

LONDRINA
2014

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

V933i Volponi, Paula Roberta Rozada.
Implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família : atuação da equipe gestora da atenção básica / Paula Roberta Rozada Volponi. – Londrina, 2014.
133 f. : il.

Orientador: Mara Lúcia Garanhani.
Coorientador: Brígida Gimenez Carvalho.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. Serviços de saúde comunitária – Administração – Teses. 2. Cuidados primários de saúde – Teses. 3. Família – Saúde e higiene – Teses. 4. Saúde pública – Teses. I. Garanhani, Mara Lúcia. II. Carvalho, Brígida Gimenez. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

614.2:658

CDU

PAULA ROBERTA ROZADA VOLPONI

**IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA
FAMÍLIA: ATUAÇÃO DA EQUIPE GESTORA DA
ATENÇÃO BÁSICA**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade
Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Orientadora: Profa. Dra. Mara Lúcia Garanhani

Co-orientadora: Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador Dra. Mara Lúcia Garanhani
Universidade Estadual de Londrina

Profa. Dra. Rossana Staeve Baduy
Universidade Estadual de Londrina

Profa. Dra. Lilian Denise Mai
Universidade Estadual de Maringá

Londrina, 29 de Maio de 2014.

A minha família,

*que sempre estiveram ao
meu lado, compartilhando e
incentivando meus sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Não foi fácil chegar até aqui, mas consegui. Muitos foram os quilômetros rodados, muitos encontros e também alguns desencontros, muita construção e desconstrução, apoios, conversas, crescimento, enfim, muito a agradecer a todos que contribuíram neste processo de descoberta pessoal e de construção de relações e produção de conhecimento.

Primeiramente agradeço a Deus pelas oportunidades proporcionadas e por ter colocado no meu caminho pessoas tão especiais, sem as quais certamente eu não teria dado conta!

À minha família, por sempre apoiar as minhas escolhas e por sempre estar sempre presente em minha vida. Pelo exemplo de vida, de coragem e dedicação, por mostrarem sempre o caminho da verdade. Por todas as alegrias, pelo amor e incentivo nos momentos difíceis e de muito cansaço, pela compreensão e constante apoio.

Ao meu esposo Rafael, por todo esforço realizado à compreensão de minhas ausências e da superação do medo de me ver constantemente na estrada. Agradeço imensamente pelo cuidado e carinho dedicado.

A duas pessoas incríveis, Mara e Brígida. Mais que orientadoras, se mostraram parceiras, amigas, conselheiras. Obrigada não só pela constante e competente orientação acadêmica neste trabalho, mas sobretudo pela paciência, respeito e estímulo durante todo processo. Vocês conseguiram potencializar o que em mim há de melhor e me auxiliaram e muito na busca de amenizar minhas dificuldades e lidar de uma forma mais prazerosa frente aos desconfortos e obstáculos do

processo.

Ao corpo docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina pelo comprometimento e dedicação no árduo caminho da produção do conhecimento.

Aos meus amigos de mestrado, em especial a Francine Nesello, por ter me emprestado mais que um pouso nas minhas estadas em Londrina, me ofereceu uma família, uma amizade verdadeira, uma possibilidade de crescimento mútuo e de fortalecimento pessoal e acadêmico. A Kátia e a Melissa, por partilharem muitas vezes das mesmas angústias e por buscarem comigo o caminho a seguir.

Aos colegas do grupo de pesquisa, por proporcionarem encontros memoráveis, de muita construção, apoio, motivação e reflexão.

A equipe gestora da DAPS pela disposição e contribuições a pesquisa.

A banca examinadora, por disponibilizarem de seu precioso tempo em quase véspera de Natal no exame de qualificação e por suas valiosas contribuições, não somente para a finalização deste trabalho, como no crescimento e amadurecimento enquanto pesquisadora.

RESUMO

VOLPONI, Paula Roberta Rozada. **Implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: atuação da equipe gestora da atenção básica**. 2014. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2014.

RESUMO

Os desafios a serem superados pela Atenção Básica (AB) exigem mudanças substantivas nas práticas de cuidado e nos modos de gerir em saúde, que sejam capazes de dialogar com as perspectivas democráticas e participativas da reforma sanitária brasileira e com a integralidade do cuidado. Assim, o presente estudo tem como objetivo compreender o processo de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF relacionado às ações dos gestores da AB e sua potencialidade em constituir-se como um processo de mudança. Trata-se de um estudo com uma abordagem qualitativa, de caráter compreensivo. Foi realizado junto aos gestores alocados em cargos oficiais na Diretoria de Atenção Primária a Saúde de um município de grande porte, sede de uma das Regionais de Saúde do Paraná. Os instrumentos metodológicos escolhidos para a coleta das informações foram a observação participante e a entrevista, realizados em um período entre outubro de 2012 a abril de 2013. Utilizou-se um roteiro aberto para a observação, as quais foram registradas em um diário de campo. Realizou-se 15 entrevistas do tipo semi-estruturada, analisadas por meio da análise de conteúdo. Os resultados revelaram uma equipe gestora atuando em um cenário político conturbado, com impactos na estruturação das equipes de ESF e NASF, e na sua forma de gerir, fazendo com que esforços fossem centrados na reorganização das estruturas organizacionais, na manutenção e ampliação do número de equipes, na diminuição da rotatividade profissional, nas capacitações profissionais e na construção/implementação de protocolos. Diversas características individuais foram apresentadas, e se relacionaram aos modos de gerir destes gestores. Modos estes, que ora se aproximavam de práticas gerenciais hegemônicas, ora relacionavam-se a práticas gerenciais contra-hegemônicas, com iniciativas em uma perspectiva de gestão contemporânea participativa. Evidenciou-se que prevalece o desejo pelo apoio matricial (AM) na dimensão assistencial. O NASF se constituiu em um dispositivo com potencialidade de instituir mudanças nos processos de trabalho e na produção do cuidado. Juntamente com os arranjos instituídos a partir dele, foram, em alguns momentos, capazes de cumprir seu papel, por interrogar os processos de trabalho e as produções do cotidiano e por trazer novas disputas para o cenário. Nesse sentido, acreditamos que a gestão deva investir esforços nos espaços relacionais, com capacidade de abrir-se para uma escuta ativa, de desvelar o que se está oculto, de reconhecer o conflito, a tensão e a subjetividade. As efetivações necessárias ao processo de mudança não se darão sem a aproximação e diálogo nas diversas esferas políticas, sem o distensionamento das disputas de poder e a criação de dispositivos capazes de construir novas práticas, a fim de alcançar a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Atenção Básica. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Apoio Matricial.

ABSTRACT

VOLPONI, Paula Roberta Rozada. **Management team of primary care: performance in the Family Health Support Nucleus (FHSN) implementation.** 2014. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2014.

ABSTRACT

The challenges to be overcome by the Primary Care demands substantive changes in care practices and modes of managing health to be able to dialogue with democratic and participatory perspectives of Brazilian Health Reform and integrality care. The aim of this study was to understand the process of implementation of the Family Health Support Nucleus (FHSN) related to the actions of the AB managers and its potential to establish itself as a process of change. This is a study with a qualitative nature with comprehensive character. Was performed with the managers allocated in official positions in the Directorate of Primary Health of a large city, the one of the headquarters of Paraná's Regional Health. The chosen methodological tools was the participant observation and semi-structured interviews, from October 2012 to April 2013. For observation we used an open script, recorded in a diary. We conducted 15 semi-structured interviews and analyzed it using content analysis. The results showed a management team working in a troubled political landscape with resulted in destructuring teams and which influenced on the way of managing. The efforts were focused on the reorganization of the organizational structures, the maintenance and expansion of the teams's numbers, to decrease staff turnover, to professional training and construction / implementation of protocols. Several individual characteristics were presented and related with different ways of dealing. These modes, sometimes approached with hegemonic managerial practices, but also were related to managerial counter-hegemonic practices, with contemporary participatory management. Prevails the desire for matrix support in assistential dimension. The FSHN became a device with the potential to introduce changes in work processes and production of care once interrogated the work processes and the daily productions and brought the disputes to the new scenario. In this direction, we believe that management should invest efforts to the relational spaces, capable of opening up to an active listening, unveiling what is hidden, recognizing the conflict, tension and subjectivity. The Necessary to the process of change will not be achieved without dialogue with the different policy spheres, and improving the capacity to construct new practices in order to achieve integrality care.

Keywords: Health Management. Primary Health Care. Family Health Support Nucleus. Matrix Support.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Quadro demonstrativo do perfil dos entrevistados da equipe gestora da Diretoria de Atenção Primária a Saúde do Município de Londrina – PR. 2013	69
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
DAPS	Diretoria de atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

AS IMPLICAÇÕES COM O TEMA	18
1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS	28
2.1 OBJETIVO GERAL.....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3 PRESSUPOSTOS E REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1 Os modos de se produzir o cuidado e o trabalho em saúde	30
3.2 O campo da gestão e os modos de gerir em saúde.....	34
3.3 Os processos de mudança em saúde	43
3.4 NASF e Apoio matricial	49
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	53
4.1 Tipo do Estudo	54
4.2 Local da pesquisa/cenário.....	54
4.3 Participantes da pesquisa	54
4.4 Procedimento de Coleta de dados	55
4.4.1 A observação.....	55
4.4.2 A entrevista.....	56
4.5 Construção dos Resultados, Análise e Interpretação	58
4.6 Aspectos éticos	60
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
5.1 O Cenário da pesquisa: a gestão da AB no município em estudo	62
5.2 Os participantes da pesquisa: os gestores em seus espaços cotidianos	67
5.3 Os encontros e os modos de gerir.....	72
5.4 A implantação do NASF e a construção do processo de trabalho: atuação dos gestores	81
5.5 A implementação do processo de trabalho do NASF e as concepções de apoio matricial	93
5.6 O NASF enquanto dispositivo de mudança.....	106

6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
	APÊNDICES	126
	Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido – observação	127
	Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido - entrevista.....	128
	Apêndice C – Roteiro de entrevista	129
	ANEXOS	130
	Anexo A - Parecer do comitê de ética em pesquisa/UEL.....	131
	Anexo B - Parecer Consubstanciado do CEP	133

AS IMPLICAÇÕES COM O TEMA

Meu caminhar no mundo da formação e do trabalho sempre esteve atrelado ao desejo de melhorar a qualidade de vida das pessoas. A escolha da profissão, a nutrição, deu-se no ano seguinte ao retorno de um intercâmbio cultural vivido em Helsinki, na Finlândia, que me possibilitou sentir, no cotidiano, o tão sonhado “bem estar social”. Meus sentimentos e desejos em busca pelo direito à saúde, em seu sentido mais amplo, foram um tanto quanto frustrados durante a formação no ensino superior (2004 - 2007), devido a uma perspectiva, extremamente, técnica e voltada ao “mercado”, com ênfase na clínica e em patologias associadas à nutrição.

Uma nova oportunidade surgiu em agosto de 2007, com a residência multiprofissional em saúde da família, numa parceria entre o Ministério da Saúde e a Faculdade Santa Marcelina, em SP. Esta experiência me possibilitou a ampliação dos conhecimentos sobre a realidade dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), além de riquíssimas vivências na atenção primária à saúde, em uma região berço dos movimentos de saúde, a zona leste de SP. Frente às adversidades, fizeram-se necessárias uma adaptação à realidade e a criação de espaços de apoio e reflexão, nos quais, o trabalho em equipe ganhou forma e possibilitou o desenvolvimento da criatividade para se trabalhar “com o que se pode e com o que se tem”. Foi difícil lidar com os problemas do processo de trabalho e com os dilemas do paradoxo estudante-profissional. Difícil também foi não ceder à pressão das práticas hegemônicas do serviço de saúde. A residência proporcionou-me vivências que possibilitaram compor e ampliar minha caixa de ferramentas úteis à reorientação das práticas de saúde.

A experiência na ponta do serviço, como se diz na linguagem dos trabalhadores do SUS, foi enriquecida pelo ingresso em uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), da região de Itaquera (2009), referência para 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS) mistas e 14 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta oportunidade me possibilitou a permanência no município, o que ensejou a busca e o caminhar pelos campos da gestão em saúde. Por ter vínculo público, tive a oportunidade de ingressar no curso de pós-graduação em Gestão em Saúde da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, finalizado em 2011. Neste período, cresciam o desconforto e o desgaste causados por acreditar que as pessoas não queriam assumir que tinham autonomia, pois isso implicava em corresponsabilização, e eu defendia que sem esta não há mudança. Acreditava que todos deveriam estar implicados no processo de mudança e que, para isso, os

problemas deveriam vir à tona, ser problematizados, com comprometimento, em busca de novas alternativas e diferentes estratégias. Entretanto, a realidade, muitas vezes, se revelava distante disso. Era difícil lidar com posturas de trabalhadores que “maquiavam” os dados e pintavam um cenário lindo, e que não viam os bons resultados como reflexos do empenho e do trabalho em equipe. Causava-me incômodo ter que lidar com a profundidade do enraizamento do modelo hegemônico, como a postura de alguns profissionais pela preferência da unilateralidade nas decisões, na qual se espera que o chefe mande e direcione condutas e o subordinado obedeça, assim como, com o inverso, se o subordinado sugere ou decide junto, considera-se desrespeito. Aprendi, forçosamente, a necessidade de ter “paciência histórica”. Cresci no campo das relações. Firmei-me como uma profissional de saúde comprometida em fazer junto, em proporcionar relações baseadas em escolhas e pactuações e a continuar a busca pela produção do cuidado integral e equânime.

Apesar da experiência profissional fantástica, o cotidiano da vida na capital paulistana não me agradava tanto assim. Somado ao desgaste do processo de trabalho, o desejo de retornar ao meu estado e de ampliar os conhecimentos na área de gestão se encontraram na oportunidade de fazer o mestrado em Londrina. A cidade sempre me despertou bastante interesse, por seu reconhecido processo histórico na construção do SUS e pelo seu pioneirismo no desenvolvimento de experiências locais de atenção à saúde, na implementação da gestão municipal, na articulação do SUS com instituições de ensino e no movimento popular.

Os incômodos provocados pelas experiências vividas fizeram crescer meu desejo de ampliar e aprofundar os conhecimentos em busca de compreender os processos de mudança no que diz respeito ao cuidado integral e equânime e à complexidade existente entre a atenção básica (AB), desenhada nos postulados teóricos, e as práticas de saúde desenvolvidas no cotidiano dos serviços. Além disso, ansiava ampliar as expectativas de avançar um pouco mais na compreensão das relações necessárias aos processos de mudança voltados à busca pela melhoria na qualidade da produção do cuidado e da integração dos serviços de saúde. Estes desejos se somaram ao de outras duas mestrandas, o que resultou em um projeto de pesquisa intitulado “Implantação do matriciamento no estado do Paraná: um olhar para os processos de trabalho e de mudança na atenção primária

à saúde”, no qual esta pesquisa está inserida.

O foco deste estudo nem sempre se mostrou bem definido, por oscilações de motivação frente ao processo de desconstrução e reconstrução de desejos e vivências. Permanecia constante o anseio de estudar as práticas de gestão, os processos de trabalho e os processos de mudança, com base em pressupostos de que boas estratégias de gestão podem propiciar melhorias significativas nas práticas em saúde e, desta forma, contribuir para a resolutividade dos serviços, fortalecendo a AB no contexto do SUS.

Assim, este estudo tem como foco a análise das práticas dos gestores, passíveis de reflexão, que cooperem para melhorias significativas na produção do cuidado e na resolutividade dos serviços de saúde, no sentido de torná-los mais próximos e condizentes com as necessidades de saúde da população. Para tal, foi necessário estabelecer um espaço determinado, que viabilizasse a execução da pesquisa. Portanto, optou-se por abordar a implantação do NASF e do apoio matricial (AM), por acreditar que são novas possibilidades de intervenção no cotidiano dos serviços de saúde, por ampliarem as opções tecnológicas e por possibilitarem a criação de espaços de encontro e de negociação. Nesse sentido, o intuito é possibilitar uma maior compreensão e uma reflexão sobre essa metodologia de trabalho, para que a mesma possa ser utilizada como subsídio para a educação permanente de profissionais de saúde e para o reconhecimento de possíveis caminhos para a ampliação e aprimoramento de ações de saúde.

Este trabalho foi estruturado em seis capítulos. O primeiro capítulo, a introdução, faz uma contextualização do SUS, da AB, da ESF, do NASF, do AM e da gestão. No segundo capítulo, são apresentados os objetivos. O terceiro trata do referencial e dos pressupostos teóricos. No quarto capítulo, descreve-se a trajetória metodológica. O quinto capítulo, que traz a construção dos resultados e da discussão, é iniciado com a apresentação do cenário da pesquisa, a percepção da pesquisadora sobre os participantes, seguido dos encontros e os modos de gerir; da gestão na implantação do NASF e na construção do processo de trabalho; da implementação do processo de trabalho e as concepções do AM; e do NASF enquanto dispositivo de mudança. Por fim, no sexto capítulo, são apresentadas as considerações finais, que compreendem as reflexões possibilitadas frente aos objetivos propostos pelo estudo, bem como, suas contribuições.

1 INTRODUÇÃO

Pensar sobre a dimensão das mudanças nas práticas de cuidado e nos modos de gerir na AB, leva a uma reflexão sobre a criação do SUS, sobre seus movimentos de luta e mobilizações sociais pela configuração de um modelo de atenção à saúde pautado no direito à mesma e no enfrentamento de problemas históricos de desigualdades. Seus princípios (universalidade, integralidade e equidade) e diretrizes (descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária) foram propostos com a intenção de: superar desafios e promover mudanças estruturais; romper com práticas/procedimentos centradas/os e dar direcionamento a práticas de produção de cuidado voltadas a um fazer integral, corresponsável e resolutivo.

O SUS é um sistema que permanece em constante construção e se estabelece como um desafio para as equipes gestoras de saúde, devido à sua complexa implementação e ao seu histórico de graves obstáculos estruturais e conhecido sub-financiamento e sub-oferta de serviços. Apesar de reconhecidos avanços, entre os quais se destacam a ampliação da cobertura e do acesso à AB e aos serviços de saúde, a melhoria significativa de vários indicadores de saúde e a redução da morbi-mortalidade por doenças imunopreveníveis (MACHINKO, 2006), permanecem ainda problemas de ordem organizacional e gerencial (NOVAES, 2000; CUNHA e CAMPOS, 2011). São exemplos destes problemas: o clientelismo político, a corrupção, o quadro crônico de baixa governabilidade e a precarização dos vínculos de trabalho, cujo saldo não é apenas a ineficiência e baixa produtividade, a baixa cobertura e baixa qualidade dos serviços, mas, principalmente, sofrimentos, sequelas e mortes evitáveis (SÁ e AZEVEDO, 2010).

Frente aos desafios a serem enfrentados e em busca de qualificação do SUS como política pública, o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010a) acredita que a AB tenha um papel fundamental, por ser estruturante e organizadora das práticas de cuidado, por favorecer a produção de vínculos terapêuticos entre o sistema e equipes e entre usuários e redes sociais e por permitir a vinculação e corresponsabilização na organização do cuidado em rede e no desenvolvimento do trabalho em equipe.

AB e Atenção Primária à Saúde (APS) são expressões equivalentes, segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011a). Nesta pesquisa, optou-se por utilizar a expressão AB, pois esta representa uma ação que

tem como objetivo o desenvolvimento de uma atenção integral, capaz de impactar as situações de saúde, a autonomia dos sujeitos e os determinantes e condicionantes da saúde das coletividades. A AB caracteriza-se por um conjunto de ações e práticas em saúde, que abrange a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo. É desenvolvida por meio do exercício da gestão democrática e participativa, em um trabalho em equipe, direcionado a populações de territórios definidos. Para tal, são utilizadas tecnologias de cuidado complexas, para que se possa manejar as demandas e necessidades de saúde de forma eficiente, considerando-se os critérios de maior frequência, relevância, risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2012), de maneira articulada e ordenada com os demais equipamentos e serviços de saúde disponíveis no território.

Nesse sentido, desde a década de 1990, o governo federal brasileiro traz, no centro de sua proposta, a expectativa de reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da atenção AB, com a criação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF). Este trabalho é pautado em uma equipe multiprofissional composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), podendo incluir uma equipe de saúde bucal, composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2007).

A partir de sua consolidação em abrangência nacional, o PSF passa a ser assumido como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Apresenta-se com o propósito de superar um modelo de assistência calcado na supervalorização de práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, que induzem ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos, e na fragmentação do cuidado (GIL, 2006). A ESF permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, com a família no centro da atenção, de forma integral e contínua (BRASIL, 2007; NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010).

Portanto, o objetivo de alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações evidenciou a necessidade de inclusão de outros profissionais de saúde nas equipes da ESF, o que levou o MS, por meio da Portaria

GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, a criar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008).

O NASF é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento e seu objetivo é qualificar e complementar o trabalho das equipes da ESF, com base em uma atuação compartilhada, de modo a transpor a lógica fragmentada, ainda hegemônica no cuidado à saúde. Atua com trabalhos pautados em novas formas de arranjos organizacionais, utilizando-se de ferramentas como a do AM, que pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, que, no caso da AB, são as equipes de saúde da família (CAMPOS, 2007; CUNHA e CAMPOS, 2011). Com trabalho baseado no compartilhamento e no apoio às práticas em saúde, em territórios sob a responsabilidade das equipes da ESF, a AB tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes: a ação interdisciplinar e intersetorial, a educação permanente em saúde, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a promoção da saúde e a humanização. Está dividido em nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2010b).

Frente aos desafios a serem superados pela ESF, com o apoio do NASF, Araujo e Pontes (2012) destacam a necessidade de se imprimir novos modos de gestão em saúde, no sentido de ultrapassar a predominância das reformas tradicionais, que não atendem à perspectiva democrática da reforma sanitária brasileira. Nesse sentido, Merhy (2002) já apontava que o desafio deveria ser pautado em diferentes modos de produzir saúde, que substituam os modelos centrados em interesses corporativos, profissionais ou econômico-financeiros dos empresários de saúde, por outros, que priorizam os usuários, superando-se, assim, a lógica de produção de procedimentos, em si, pela da produção de saúde, em defesa da vida individual e coletiva. Soma-se, a essa ideia, a proposição de reformas que transcendam a simples criação de um sistema de saúde fornecedor de serviços à população, ou seja, que tenham como ideal uma reforma social e uma revolução no modo de vida (PAIM, 2008).

Esses apontamentos são corroborados por Sá e Azevedo (2010), segundo os quais, no contexto atual da produção do cuidado no Brasil, permanece a

necessidade de se avançar para além da ampliação dos serviços de saúde, em busca de mudanças substantivas na dinâmica das organizações e, em especial, no modo como as práticas de saúde se realizam e nos processos de gestão.

Nessa perspectiva, a gestão deve ser tomada como um dos dispositivos, potencialmente, concretos para a mudança, por ocupar um espaço privilegiado no exercício da liderança, por seu papel como mediador, por suas atribuições de apoio e pela capacidade de favorecer a experiência de grupalidade¹, de explorar a governabilidade e de propiciar novos sentidos para o trabalho (SÁ e AZEVEDO, 2010). Além disso, a gestão pode, também, fomentar novas práticas de trabalho, com a ampliação do espaço da política e com a reconstrução de seus modos de operação, visando a propiciar mais autonomia, criatividade e desalienação (ONOCKO CAMPOS, 2003), em uma perspectiva, efetivamente, participativa e colegiada. Acredita-se que o exercício desse modo de gestão possa proporcionar, ao mesmo tempo, a construção de uma identidade coletiva e o exercício dos sujeitos (AZEVEDO, 2010).

Assim, coloca-se a seguinte questão: Como uma equipe gestora da AB, de um município de grande porte, atua na implantação do NASF considerando suas potencialidades em constituir-se em processos de mudanças?

¹ Conceito de grupalidade: Experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos, tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc.) em agenciamento e transformação, que compõem uma rede de conexão na qual os processos de produção de saúde e de subjetividade se realizam (REDE HUMANIZASUS, 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de implantação do NASF relacionado às ações de uma equipe gestora da atenção básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Caracterizar o cenário e os participantes da pesquisa.

2.2.2 Analisar as concepções de apoio matricial de uma equipe gestora da atenção básica.

2.2.3 Analisar as ações desenvolvidas por uma equipe gestora para a implementação do trabalho do NASF e sua potencialidade em constituir-se em processo de mudança.

3 PRESSUPOSTOS E REFERENCIAL TEÓRICO

Com a intenção de delinear o aparato teórico para subsidiar o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa, optou-se por apresentar o caminho percorrido pela produção do cuidado, do trabalho em saúde e da gestão na AB, seguido pela implantação do NASF e do AM.

3.1 Os modos de se produzir o cuidado e o trabalho em saúde

Na trajetória de 25 anos do processo de contínua construção do SUS, há de se reconhecer os esforços comprometidos com a necessária e permanente mudança nos modos de se produzir o cuidado e de se realizar o trabalho em saúde. A busca pela mudança, no cotidiano dos serviços, tem se constituído em uma tarefa coletiva do conjunto de trabalhadores e em enormes esforços para a implementação de reformas macroestruturais e organizacionais (MERHY e ONOCKO, 2006). Contudo, os nós críticos ainda se encontram relacionados à busca por propostas que tomem como referência o interesse dos usuários do serviço, frente às suas necessidades de saúde, e a construção de outra maneira de se produzir o cuidado. Isso faz com que as necessidades de saúde sejam tomadas como o objeto das ações de saúde, e o cuidado, como o produto do trabalho em saúde.

O cuidado em saúde é compreendido, aqui, como uma ação integral baseada na concepção de saúde em seu sentido mais amplo. É entendido como: tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano, que, muitas vezes, se apresenta fragilizado e isolado pelos valores que emergem do regime de produção capitalista atual (LUZ, 2004). É um acontecimento produzido dia a dia, a partir de encontros em que há espaço para os diferentes, numa relação entre sujeitos; é uma produção viva em ato (BADUY, 2010).

E o que significa o trabalho ou a produção viva em ato? Conforme Merhy (2002, 2006), é o trabalho criador (o fazer), que está em ação (o agir) realizado com autonomia no uso do que está dado (trabalho morto instituído) e no exercício do autogoverno. Em geral, se relaciona com o desejo, produzido ao mesmo tempo em que é consumido, ou seja, no exato momento de sua atividade produtiva. Ele envolve vários sujeitos em interação cotidiana, que convivem, se articulam e, negociam e, que, a depender do tipo de relação estabelecida, mais ou menos intercessora entre o usuário e os trabalhadores da organização, resulta em um cuidado mais ou menos cuidador.

O trabalho morto, citado pelo autor (MERHY, 2002), relaciona-se a produtos de um processo de trabalho humano anterior, produzido a partir da cristalização do trabalho vivo, e se expressa por meio de instrumentos, ferramentas, normas e protocolos utilizados no processo de trabalho em saúde.

Esse mesmo autor apresenta a ideia de separação didática de três dimensões tecnológicas do ato produtivo do trabalhador em saúde: a leve/dura, a dura e a leve/relacional e considera como ato tecnológico todo ato produtivo governado por uma finalidade que o dirige. As dimensões tecnológicas leve/dura, dura e leve/relacional do cuidado estão sempre presentes no ato de cuidar, em diferentes combinações e modos de posicionamento, uma em relação a outra (MERHY, 2013). As tecnologias duras são representadas pelas máquinas, normas e estruturas organizacionais. As tecnologias leve/duras são indicadas pelos conhecimentos técnicos e pelo modo como o trabalhador aplica este conhecimento. E, as tecnologias leves são definidas pelas relações inter-pessoais, como o vínculo e o acolhimento, e referem-se a atitudes próprias do profissional, que são guiadas por uma certa intencionalidade ligada ao campo cuidador (MERHY, 2002, 2006). Dessa maneira, este autor aponta que as distintas formas de interação dessas tecnologias configuram determinados sentidos no modo de produzir atos de saúde, que levam ou não à produção de cuidado em defesa da vida (MERHY, 2013).

Para compreender as relações estabelecidas na produção do cuidado, Merhy (2013) utiliza o conceito de “espaço intercessor” para caracterizar o encontro entre trabalhador e usuário no mundo do cuidado. Neste encontro há a produção de um lugar situacional em ato, onde os participantes são todos imediatamente produtores da criação desse espaço, não havendo, *a priori*, dominação entre eles. Desta forma, o autor refere que, nesse espaço, circulam forças de diferentes tipos e em todas as direções, que afetam, intensamente, tanto trabalhadores quanto usuários, os quais produzem, conjuntamente, o cuidado. Assim, o processo de produção do cuidado em saúde tem seus agires localizados em ato, no campo micropolítico do encontro.

Assim, os atos de saúde são produzidos em um processo de subjetivação, em meio a diferentes formas de poder e permeados por distintos desejos e intencionalidades. Materializam-se em um espaço intercessor e de exercício de autogoverno. É nesse espaço relacional intercessor e no encontro, que se reconhece a singularidade do processo de trabalho como capaz de produzir cuidado.

Um encontro entre pessoas que atuam uma sobre a outra, e no qual, opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitações (MERHY, 1999, p. 308).

Portanto, o ato cuidador é produzido entre um trabalhador de saúde e um usuário, em um encontro atravessado por um jogo de necessidades e direitos. Neste processo, o usuário busca recuperar um grau de autonomia perante a vida, que lhe foi tirado por algum desconforto ou que o está impedindo de caminhar (MERHY, 1998). Nesses encontros e relações entre trabalhador e usuário, cada um deles opera com uma concepção de saúde e de cuidado. Assim, o ato em saúde é sempre fruto de diferentes concepções, nunca produto de uma ação isolada do trabalhador ou do usuário (MERHY, 2002). É um ato que se dá na complexidade do encontro micropolítico entre trabalhador e usuário, em uma relação de produção da vida e em um processo aberto de enriquecimento e empobrecimento, medido pelas conexões vitais com os outros, por meio de ações, muitas vezes, não visíveis, e em um ambiente aguerrido de disputas (MERHY, 2013)

Dessa forma, o trabalho em saúde é produzido como resultado das relações de subjetividade que se estabelecem no encontro e ultrapassa os limites das tecnologias das máquinas, dos equipamentos, das normas e dos protocolos, o que confere grau significativo de liberdade na escolha do modo e da forma de produzir os atos de saúde (MERHY, 2002).

Pode-se acrescentar, ainda, que, nesse espaço situacional do processo de trabalho em saúde, os trabalhadores, ao realizarem o trabalho vivo em ato, deparam-se com diversas dificuldades, impossibilidades e obstáculos, que, muitas vezes, geram estranhamentos e conflitos, que fazem emergir diversas contradições no processo de trabalho instituído. Estas contradições, frente ao espaço próprio de gestão de seu trabalho, são capazes de gerar linhas de fuga, ou seja, criam alternativas criativas ao trabalho cristalizado nas ações cotidianas (FRANCO, 2003; MERHY, 2002). Assim, este trabalho vivo em ato pode ser percebido como potencialidade criadora de novas práticas, ou pode ser capturado pelas forças instituídas.

Com relação à possibilidade de captura, Baduy (2010) aponta que, nos serviços de saúde, é possível visualizar trabalhadores que realizam o trabalho baseado apenas em um modo de fazer estruturado nas normas, nas rotinas e nos protocolos. Nesses casos, pode ocorrer uma captura do trabalho vivo em ato, de tal modo que o trabalhador não exerce sua ação de maneira autônoma e criativa, ou seja, fica totalmente “amarrado” por essa dimensão tecnológica - a do saber fazer, do trabalho morto.

Assim, esse trabalho é produzido em meio à possibilidade de abrir-se ao encontro das disputas dos projetos, o que torna visíveis as tensões, tomando-as como elementos constitutivos do trabalho em saúde (MERHY, 2013). Campos (2007) também salienta que a conformação de novos modos de produzir saúde ocorre em um território atravessado por tensões e disputas de projetos. Nesta mesma perspectiva, Moretti-Pires (2012) ressalta que os profissionais da AB apresentam projetos individuais e coletivos próprios, mergulhados em um campo de manifestações políticas, que estão além da ingerência do gestor público, mas que interferem no contexto. Estes projetos, acrescidos dos fatores que influenciam a gestão, são, cotidianamente, fontes de tensões, na medida em que se encontram no mesmo espaço de produção de cuidado. Dentre os fatores que influenciam a gestão são citados: o estilo de gestão na execução de atividades, os recursos disponíveis para tal, a definição e a comunicação de metas e objetivos, o desempenho técnico dos profissionais, o perfil dos gestores e as condições políticas, econômicas e sociais implicadas no cotidiano.

É este o campo de atuação em que estão inseridos os gestores da AB, com o difícil desafio de compatibilizar o produtivo campo de autogoverno dos trabalhadores, as diretrizes propostas e interesses advindos de instâncias hierárquicas superiores da organização e o atendimento das necessidades de saúde dos usuários (CARVALHO, 2012).

Frente ao exposto, Campos (2000) assinala que são necessárias inovações que provoquem mudanças no trabalho em saúde, para que se atinja a finalidade das instituições, ou seja, produzir o cuidado em saúde de maneira eficaz, capaz de melhorar a saúde e de proporcionar qualidade de vida para as pessoas. Para tal, vislumbra-se também a formação de trabalhadores sujeitos, que buscam

crescimento profissional, por meio da realização e satisfação no trabalho, com autonomia e protagonismo.

Para o alcance destes objetivos, o MS, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), documento base para os gestores do SUS, recomenda o fortalecimento de vínculos, a co-participação e a co-responsabilização entre gestores, trabalhadores e população, para que se possa desenvolver redes de participação ativa e criativa entre sujeitos, saberes e instituições (BRASIL, 2006). Nesta perspectiva, a seguir, são apresentados o campo da gestão e os modos de gerir em saúde.

3.2 O campo da gestão e os modos de gerir em saúde

Muito conhecimento novo e instrumental, no âmbito da gestão de sistemas e serviços de saúde, tem sido produzido, o que tem possibilitado a incorporação de certa “caixa de ferramentas” para a gerência, planejamento e produção do cuidado em saúde, em um processo duradouro de acumulação, de responsabilidade coletiva, de síntese de muitos saberes e de atividade de diversos atores (MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

Amaral e Campos (2012) afirmam que vários autores e escolas de administração sanitária têm realizado tentativas para integrar diferentes perspectivas de gestão, fundindo suas melhores contribuições em uma abordagem que articule distintos conceitos e metodologias. Ainda assim, permanece o desafio de um arcabouço teórico que dê conta da complexidade do processo de gestão em saúde e do campo no qual os gestores estão inseridos.

Vários autores têm percebido que esse campo, em geral, reflete modos de produção de atos de saúde com base em um trabalho fragmentado, com organização centrada nos saberes das profissões e com o prevalemento da profissão médica, o que redundava, conseqüentemente, na efetivação de ações pouco eficazes, no que diz respeito à qualidade, ao acolhimento e ao vínculo, devido à escassez de mecanismos que favoreçam a participação mais efetiva dos profissionais e dos usuários na construção de suas práticas (CAMPOS, 2000; PINHEIRO, 2001; FRANCO, 2003). Predomina, também, nesse campo, a centralidade do trabalhador sobre o usuário, a ponto de este desaparecer em

importância na construção conjunta do ato cuidador, com dimensões leve-duras mais centrais que as leves/relacionais (MERHY, 2013).

Merhy considera o campo de gestão em saúde como um lugar de intervenção em pontos de potência, capazes de possibilitar ações transformadoras (MERHY *et.al.*, 2004). É neste local que se governa os processos institucionais como espaços de formulação e decisão política e como lugar que permite imprimir direcionalidade aos atos produtivos, no âmbito dos serviços, ao se gerir processos de trabalho (MERHY e ONOCKO, 1997, p.17). Este mesmo autor (MERHY, 2003, 2004, 2006) entende que todos os atores fazem gestão em diferentes lugares, com governabilidade pessoal do espaço, seja como gestor ou como profissional, cada um com suas diferentes capacidades de governar e disputar projetos. Assim, a produção de saúde se dá no encontro das governabilidades, com a organização do processo de trabalho, que produz conflitos entre os atores envolvidos, capazes de transformar a realidade. Desse modo, os gestores e os trabalhadores da saúde se potencializam quando estão aderidos em um projeto transformador efetivo e quando portam saberes e ferramentas para a ação. Desse modo, a compreensão desses encontros de governabilidade é imprescindível para que se possa promover reais mudanças nas formas de gestão e de produção do cuidado.

Neste trabalho, não faremos distinção entre gestão e gerência, assim como Guizardi e Cavalcanti (2010). Elegeu-se os gestores que estão em situação de governo formal, que ocupam lugares no aparato jurídico-político do Estado e que assumem um terreno de grande potência para operar certos recursos, de modo a dar sentido à máquina pública (Merhy, 2007), ou seja, que ocupam lugar na gestão, com várias denominações, tais como: diretores, coordenadores, assessores, que, neste estudo, serão, simplesmente, chamados de gestores.

A gestão é entendida a partir de uma dimensão política, o que implica a normatização da atividade para a produção dialógica de sentidos e de efeitos na realidade, e a responsabilidade ética de todos, uma vez que, mesmo sob cerceamentos, a atividade humana produz realidade. Isso significa pensar a realidade institucional como uma produção, necessariamente, compartilhada (GUIZARDI E CAVALCANTI, 2010).

A leitura de diversos autores (CAMPOS, 2007, 2010; CAMPOS e AMARAL 2012; CHIAVENATO, 2003) evidenciou que os gestores, ao longo do tempo, têm pautado seu trabalho em modelos de gestão construídos sob os preceitos da

herança Weberiana e da tradição *taylorista*. A primeira, que é pautada na racionalização, na burocracia e no controle do trabalho, fundamenta-se em características como: organização hierarquizada, normas e procedimentos escritos (racionais, legais e exaustivos), caráter racional, divisão do trabalho, impessoalidade das relações, caráter formal das comunicações, profissionalização dos colaboradores e escolha de pessoal baseada em regras do próprio grupo. A segunda, considerada a primeira abordagem científica da administração, reflete características como: excessiva centralização das decisões, multiplicidade de níveis gerenciais e ênfase no controle, alicerçadas em base positivista, com construção de padrões e normas que regulam o trabalho, mediante a acumulação de evidências quantificáveis.

Santos (2008) afirma que exaustivos esforços permeiam as dificuldades e os obstáculos oriundos da estrutura do modelo de gestão vigente. Apesar de avanços, ainda sobrevive um modelo caracterizado por: dificuldade e falta de interação entre os setores responsáveis pelos determinantes sociais da saúde; drástico sub-financiamento público; fragmentação dos repasses federais; predomínio do pagamento de serviços por produção com valores inferiores aos custos; planejamento e orçamentação centralizados; precarização das relações e da gestão do trabalho na prestação de serviços do SUS; implementação deficitária de redes na lógica da diretriz constitucional da regionalização e da integralidade; ausência de práticas de metas, desempenho e resultados; modelo de gestão alicerçado em interesses de oferta de serviços, em sobreposição às mudanças a serem realizadas com base nas necessidades e direitos da população.

Conforme alguns autores (FARIA, 2010; CAMPOS, 2007; AMARAL e CAMPOS, 2012) prevalecem modelos de gestão hegemônicos, baseados na racionalidade técnico-burocrática, ou seja, modelos pautados em uma lógica liberal privatista/neoliberal, por ordenações tempo-espaciais, muitas vezes, regulados em protocolos de ação decididos verticalmente, ou centrados em procedimentos médicos. Esses modelos de gestão optam por arranjos organizacionais em que cada um ocupa seu lugar, seu setor, ou seja, cada um tenta preencher totalmente os requisitos de seu papel profissional, repleto de competências, de forma disciplinada e organizada. As comunicações são geralmente verticalmente hierarquizada e horizontalmente corporativas, com características como a excessiva centralização das decisões, a multiplicidade de níveis gerenciais e a ênfase no controle

(perspectiva *taylorista*). O planejamento é visto como tarefa dos níveis superiores da organização e com separação entre planejamento e sua execução (perspectiva *fayolista*).

Campos (2010, p. 758) denomina os modelos pautados em métodos ou teorias que buscam regular o trabalho do ser humano como “racionalidade gerencial hegemônica”, pois estes se alicerçam na teoria geral da administração (TGA). Essa teoria considera o funcionamento das organizações como uma máquina, com a devida articulação entre suas peças, submetidas a um processo racional de planejamento, organização, direção, coordenação e controle. Esse controle é realizado de forma direta, nos moldes de supervisão, e indireta, na avaliação de resultados (CAMPOS e AMARAL 2012; CAMPOS, 2010) e é justificado com argumentos políticos, econômicos e científicos (CAMPOS, 2010).

Com relação à pretensão de controle do trabalhador, este mesmo autor considera que há três elementos fundamentais a serem considerados:

1. Tendência a subordinar o trabalho a modos de funcionamento padronizados *a priori*, como tentativa de reduzir o espaço para reflexão e decisão autônoma durante a execução da tarefa;
2. Tendência a disciplinar e controlar, sobretudo, o trabalhador, em uma perspectiva de centralização normativa e descentralização executiva. Convoca-se os trabalhadores para corrigir os erros nas linhas de montagem, sempre de acordo com o programa preestabelecido, a fim de repor o funcionamento normal, para atender protocolos, metas e diretrizes;
3. Tendência de escolas ou teorias da administração em adotar uma visão essencialista da natureza humana, pela qual, o trabalhador não seria capaz de funcionar autonomamente, quando inserido em processos coletivos de trabalho, o que exigiria a criação de um cérebro coletivo, ou seja, de uma instância para administrar a dispersão daqueles que tendem a seguir segundo seu interesse individual, pois o objetivo é alcançar determinados resultados relacionados à qualidade e à produtividade. Assim, busca-se denominar os recursos humanos, referindo-se tanto ao trabalhador quanto a seu potencial produtivo, pois estes, quando se encontram no contexto do trabalho, são manipulados como um recurso (CAMPOS, 2010).

Pode-se também relacionar a gestão hegemônica à descrição do serviço de saúde feita por Merhy e Chakkour (1997b): um organismo, geralmente, apresentado

em forma de organograma, onde o trabalhador que ocupa a direção do serviço aparece no ponto em que é indicado o sistema de direção, do qual saem linhas que apontam seu relacionamento com os diversos órgãos que o compõem, com as funções de cada um e seus arranjos para formar o todo orgânico. Nesta perspectiva, a gestão se daria por um conjunto de ações de governo, que busca manter a organicidade funcional das partes com o todo, utilizando a informação como uma ferramenta mediadora da funcionalidade cumprida.

Estes autores apontam a existência de outro serviço de saúde, que poderia ser representado como uma arena, um “equipamento institucional”, visto como um ambiente formado por uma trama de agentes com certas intencionalidades em suas ações, que disputam seus territórios privados de ação com os processos públicos de intervenção e interação. A gestão é encarada como propriedade de todos e considerada como ação de governo que possibilita publicizar os processos de disputa e revelar as contratualidades que os agentes instituem entre si, na qual, distintas forças instituintes atuam e conformam um processo, visto, cotidianamente, através do que está instituído. A gestão institucional (a considerada formal) opera, assim, como jogo de disputas dos distintos agentes e não depende esforços em busca de funcionalidades não cumpridas, balizando “de que ponto ético-político pode se julgar os sentidos a serem adquiridos pelo serviço e a que interesses explicitamente vai se centrar” (MERHY e CHAKKOUR, 1997. p.36). A informação seria uma ferramenta importante para se analisar, permanentemente, esses jogos do aparente funcional e do não funcional, do público e do privado, de modo a revelar os ruídos que as forças instituintes provocam no cotidiano, o que possibilitaria a interrogação dos sentidos funcionais do serviço e evidenciaria as distintas modalidades de jogos de interesses e os caminhos alternativos para operá-los cotidianamente.

Frente ao exposto, para Merhy (2002), o desafio a ser vencido nas organizações estaria ligado ao enfrentamento dos problemas por meio de modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, pois estes permitiriam uma maior plasticidade. Isso as transformaria em entidades inteligentes, capazes de assimilar o que ocorre em seu interior e no entorno, com a elaboração de soluções adequadas a cada problema que surge. Neste sentido, a gestão seria o campo tecnológico para dar mais plasticidade à organização.

Outros autores destacam que, dentre os desafios da gestão, estariam a proposição e o fomento de “arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população desde o sistema local de saúde”(FERLA, CECCIM E PELEGRINI, 2003, p.62), uma vez que:

o principal núcleo dos desafios colocados à gestão, nesse contexto, é relativo à capacidade de implementar práticas cotidianas suficientemente densas para produzir, no limite da racionalidade possível em cada situação, tensões e rupturas com a cultura instituída e com as tecnologias de gestão existentes (id.p.65).

Assim, independente da forma de superação dos modelos clássicos de gestão, “há um entendimento que estimula a inversão lógica de administrar por meio da ênfase nos interesses, desejos e valores dos diferentes agentes do sistema de saúde”, tornando-se oportuno o “fortalecimento de movimento que culmina com a emancipação das pessoas e a criação de arranjos organizacionais que contemplem os diferentes sujeitos envolvidos no campo da produção da saúde e fomentem a democracia institucional” (ARAÚJO E PONTES, 2012, p. 2358).

Para Campos (2010), os seres humanos têm potencialidades para coproduzir situações e contextos, por serem ativos, reflexivos e capazes de mudar as circunstâncias que os condicionaram, reagindo ao domínio do estruturado e produzindo espaços singulares de existência.

Como, então, produzir modos de gestão em saúde, considerando-se a tensão entre a racionalidade gerencial hegemônica e o desenvolvimento das potencialidades do ser humano? Como romper com o instituído? Como operar dispositivos?

Para tal, é urgente que se crie um novo modo de gerenciamento, com base em dispositivos e arranjos que possam superar os modelos vigentes. Neste sentido, Araujo e Pontes (2012) reforçam a ideia de que é imprescindível instituir uma gestão democrática, por meio de arranjos organizacionais e métodos participativos que potencializem a inserção e o comprometimento dos atores do SUS. Assim, é preciso criar e instituir espaços nos quais se possa experimentar: a tomada de decisão coletiva; a possibilidade de formular projetos; a criação de instâncias para que se possa processar o que vem dos dirigentes; e o desenvolvimento de análises para se verificar o grau de impacto do que se produz (ONOCKO CAMPOS, 2003).

O que seriam os dispositivos? Para Baremblytt (1996), o dispositivo gera linhas, fluxos, intensidades, também chamados de agenciamentos, que não são

"obra de indivíduos ou sujeitos, ele os inclui, os constitui e os 'maquina' para concretizar suas realizações" (BAREMBLITT, 1996, p. 67). Caracteriza-se por seu funcionamento simultâneo à sua formação, a serviço da produção do desejo, gerando acontecimentos insólitos e transformadores, com duração variável. Desse modo, os dispositivos se transformam de acordo com os fluxos e com as intensidades que vão produzindo e recortando, incluindo e excluindo, para a concretização de seus objetivos.

Um dispositivo tem dois momentos essenciais: o da predominância de um objetivo estratégico e o da produção de efeitos positivos, negativos ou indesejados, por meio de uma relação de ressonância e de contradição, que exige rearticulações e reajustes de elementos que surgem, de forma dispersa, num processo contínuo de preenchimento estratégico (FOUCAULT, 2006).

Para Onocko Campos (2003), os dispositivos buscam subverter as linhas de poder instituídas. Como exemplo de dispositivos, pode-se citar: oficinas de planejamento, cursos/treinamentos/formação, análise/supervisão institucional, assembleias etc. Estes dispositivos devem estabelecer um padrão de relacionamento que propicie outras formas de experimentação da grupalidade, que não seja a de relação do outro como ameaça, como depositário de tudo que é ruim. Para o alcance deste objetivo, é necessária a construção e a institucionalização de espaços, destinando-lhe tempo, suporte e manejo, como forma de lidar com a intersubjetividade.

Além dos dispositivos, a autora (ONOCKO CAMPOS, 2003) distingue os arranjos como forma de instalar espaços na organização, pois estes têm certa estruturação e permanência, assim, podem ser institucionalizados, para que possam operar com potencialidade, em fluxos contínuos contrários à produção baseada no controle. Apresenta como arranjos: o colegiado de gestão, que impõe uma mudança estrutural nas linhas de mando, eliminando gerências, coordenações ou direções especializadas, como um espaço de deliberação e discussão clínica; o AM, como um suporte especializado, desvinculado da linha de mando; e a equipe de referência, a equipe de SF, que se corresponsabiliza pelo usuário, criando vínculo, com a prerrogativa de coordenar o cuidado.

Com base no conceito ampliado de gestão, Campos (2000) propõe um método de co-gestão para organizações e sistemas de saúde, alicerçado nas

premissas anteriormente expostas, que postulam a democratização das instituições e a dupla função dos coletivos para a produção. Nesse método, considera que todo processo gerencial embute distintos fatores: alguns administrativos e financeiros e outros relativos à organização do trabalho para a produção de saúde. Todos esses setores estão inseridos em um cenário que lida com o poder (dimensão política da gestão), que opera sempre com o conhecimento (saberes) e com afetos. Assim, esse método de gestão se apresenta como um projeto de construção de compromisso e solidariedade com o interesse público, baseado na capacidade reflexiva e na autonomia dos sujeitos, a partir de uma dupla direção: a construção de sentido para a ação e a garantia das condições para sua concretização. Constitui, assim, uma alternativa para a construção de unidades de produção que não seguem a lógica das especialidades ou corporações, mas criam fluxos democráticos que provocam transformação na rede de poder institucional, desde o organograma formal até as relações entre unidades e pessoas (GUIZARDI e CAVALCANTE, 2010).

Campos (2000) defende que o objetivo a ser percorrido vem ao encontro do aumento da democracia institucional, com a construção de espaços coletivos considerados como espaços concretos de tempo e lugar, visto que o poder esteja em jogo, e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações, ou seja, espaços que possibilitem a explicitação dos interesses divergentes e que proporcionem negociação e construção de consensos, formalizados por compromissos e contratos. Espaços nos quais o gerir (controle, regulação e normatização) apresenta-se com inevitável interdependência em relação ao gerar (construção de projetos comuns, criatividade, diálogo, inovações, cidadania, aprendizagens) (ARAUJO E PONTES, 2012).

Para Campos (2010) a gestão em saúde deve reconhecer e conviver com a autonomia dos trabalhadores e desenvolver formas de controle sobre o trabalho, segundo a perspectiva do usuário, não desconsiderando o saber estruturado em saúde. Propõe também, que a gestão possa permitir e estimular a ampliação da capacidade de reflexão dos seus trabalhadores, com ações pactuadas de modo compartilhado, nas unidades de produção de saúde, com um agente externo, o matriciador, para a instituição de processos de reflexão crítica (CAMPOS, 2007).

De acordo com Araujo e Pontes (2012), as reflexões críticas são vistas como possibilidades de idealização de mudanças, pois são capazes de levar à

compreensão da realidade em que se está inserido e de aumentar a potência de construção de “cocompromissos”, em favor de um objetivo comum. Contudo, para desenvolver uma “cointencionalidade” que aspira à transformação, os gestores devem levar em conta sua capacidade de direção. A ampliação desta capacidade indica que o encaminhamento político é imprescindível para tensionar a reorientação dos modos de se produzir saúde, como também, a implicação dos sujeitos (ARAUJO e PONTES, 2012).

Pode-se relacionar essa proposição de ampliação da capacidade de direção, às ideias de Cecílio e Merhy (2003), quando discutem que, frente à complexa e conflitiva rede de contratualidade estabelecida na produção do cuidado, há necessidade de se aumentar, de forma criativa e flexível, a capacidade dos gestores. Estes devem: governar arenas institucionais, reconhecendo a multiplicidade de atores e a necessidade de arranjos que se abram para suas expressões e decisões; publicizar o exercício privado do agir, respeitando as competências específicas (profissionais e cuidadoras) dos múltiplos trabalhadores de saúde, tendo, como eixo de ordenamento, o mundo de interesse do usuário, considerando-o como único ator que pode colocar seu foco privado para publicizar os outros, na constituição de um modelo descentrado da lógica dos meios; produzir ganhos de autonomia dos usuários, com base em configurações tecnológicas centradas em tecnologias leves; adotar lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, que não seja econômico-centrado; e operar a gestão cotidiana, de modo a explorar o protagonismo do coletivo de trabalhadores e suas capacidades de negociar e pactuar contratos “públicos”.

A proposta apresentada por Campos (2010) reforça a possibilidade de adoção do sistema de cogestão e do apoio institucional, que concretizam formas de poder compartilhado entre gestores e equipes, entre profissionais e usuários, e propõem que o planejamento, a avaliação e os eventuais contratos e metas sejam realizados de modo participativo. Desse modo, o sistema de cogestão assegura ao usuário a condição de sujeito com autonomia e poder em relação a seu projeto terapêutico e ao critério de qualidade.

Guizardi e Cavalcante (2010) sugerem, ainda, que o conceito de co-gestão proposto por Campos possa ser ampliado, com o propósito de ultrapassar as práticas de organização do trabalho, em busca da articulação, em rede, das

atividades de produção de saúde no território, ou seja, para além dos muros institucionais. Os autores propõem trazer para a cena a transformação reticular do trabalho em saúde, questão apontada pelo conceito de espaço intercessor desenvolvido por Merhy (2002, 2006). O espaço intercessor traria porosidade para as instituições de saúde, no que diz respeito ao enfrentando de dois desafios: a construção de mecanismos de publicização dos efeitos normativos das práticas institucionais e a integração, em rede, das estratégias mobilizadas e construídas nas organizações.

Isto posto, fica evidente que mudanças são almeçadas, são construídas em um processo de ir e vir. Nesse sentido, faz-se necessária uma caminhada pelo campo dos processos de mudança.

3.3 Os processos de mudança em saúde

Afinal, de que mudança tanto se fala ?

O que seria mudar? Para Kisil (1998), mudar pode ser deslocar-se de uma determinada posição a outra; dispor elementos de outro modo, alterando suas configurações, sem alterar seu papel ou qualidade em um processo de reorganização; substituir uma coisa por outra, dando-lhe outra direção; modificar, transformar, tornar-se diferente. Em um processo natural, mudar compreenderia um jogo de forças desestabilizadoras do *status quo*, gerado pela necessidade de uma transformação capaz de criar ajustes possíveis para lidar com tais forças.

Neste estudo, será utilizado o conceito de mudança proposto por Azevedo (2010), com base em ideias de Campos (1994), pois não se trata de qualquer mudança, mas da construção de um processo de fortalecimento da dimensão pública e social das organizações de saúde, que expressa a defesa da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, via democratização da gestão do sistema de saúde. Essas mudanças possibilitariam novas formas de organização dos serviços e renovação dos processos de gestão, proporcionando democratização das instituições, com maior participação dos agentes e melhoria em seus resultados.

As mudanças pretendidas devem caminhar no sentido da superação dos modos hegemônicos de se produzir saúde, alicerçados no modelo de atenção médico-assistencial-privatista, pautado na lógica do mercado, no corpo biológico,

na cura das doenças, na demanda espontânea, nos procedimentos, no saber clínico centrado no individual, fragmentado e desarticulado. Outra lógica a ser superada é aquela em que a gestão se baseia em concepções funcionalistas, com definições rígidas de papéis e perfis ideais, onde não há atores, mas funções a serem desempenhadas, e o trabalhador é visto como um dos recursos necessários para o sistema funcionar. Esses modelos visam, apenas, à superação do problema, pois os gestores acreditam que seus projetos sejam os melhores, mais justos e necessários, e que o trabalhador deve se comportar como um “trabalhador moral”, que se molda ao projeto do gestor, como:

uma folha em branco onde os gestores ou gerentes escreveriam o seu texto (...) (um ator desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, suas práticas pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações (...) aquele trabalhador ideal(izado) (...) que tudo vê, que tudo avalia, que tudo controla, que tudo sabe, em nome de uma necessária “publicização” das relações organizacionais(...) um ator que pensa, formula e joga nos espaços que os dirigentes definem, sempre em uma moldura definida pelos objetivos organizacionais (CECILIO, 2007. p.346).

Dessa forma, as discussões ligadas às mudanças dos processos de trabalho não são novas e são muito mais abrangentes "do que se tem demonstrado nas análises das mudanças de modelos de saúde" (MERHY, 1997; p.18). Cecílio e Merhy (2003) discutem que qualquer perspectiva de mudança está calcada ou na alta concentração de poder, capaz de movimentar setores estruturados e, em geral, com forte poder conservador, ou em estratégias que exploram as tensões-potências, possibilitando a geração de novos desenhos territoriais e novas direcionalidades no agir em saúde, perspectivas estas a serem trabalhadas pela gestão.

Para explorar tensões-potências, esses autores trabalham com a ideia do desafio da intervenção, no campo da gestão, a partir de três polaridades que caracterizam o agir em saúde:

1. produção do cuidado centrado no usuário, com mobilização de tecnologias leves e leve-duras, sem descartar a utilização dos processos de produção de procedimentos, que mobilizam tecnologias duras e leve-duras, em geral, centradas no profissional;
2. produção do cuidado, *sem eliminar* o exercício privado das produções intercessoras, com base no território particular do usuário como eixo de

“publicização” dos outros, considerando que esta está inscrita em uma dimensão pública de jogos de interesses e representações;

3. atuação em ambientes organizacionais assentados em muitos grupos de interesse, *sem deixar* de pactuar o interesse do usuário como se fosse de todos (CECÍLIO E MERHY, 2003).

Estas três polaridades são tomadas como alvo para o desenvolvimento de operações-dispositivos, pois podem disparar potencializações vitais na direção de novos processos de produção de saúde. Assim, procura-se criar estratégias de ação que possibilitem impactar o exercício privado dos profissionais, produzindo serviços descentrados das óticas corporativas e que atuem sobre as disputas do cotidiano, procurando impor controle sobre as mesmas e sobre os interesses particulares. Deve-se considerar o território tenso e aberto do “fazer em saúde” como experimentação, o tempo todo, pois novos processos instituintes podem ser a chave para uma permanente reforma do campo de práticas (CECÍLIO E MERHY, 2003).

Frente ao exposto, esses autores apontam que é necessário viabilizar, propiciar e experimentar determinados arranjos institucionais que sejam facilitadores de novos processos de comunicação e coordenação, no âmbito das instituições, para a construção e disponibilização de uma caixa de ferramentas para os gestores do cotidiano. Tais arranjos devem permitir, ao mesmo tempo, a incorporação da inteligência já produzida e de novos saberes, que possibilitem uma atuação competente em relação aos processos de produção, que sempre emergem em fluxos de grande incerteza.

Santos-Filho (2009) refere que as mudanças exigidas e impressas nos processos de trabalho, que qualificam a organização e a produção do cuidado, também geram novas exigências para os trabalhadores, uma vez que abalam as formas tradicionais de exercício de funções, papéis, responsabilidades e desempenhos, assim como, as formas de interação. Tais mudanças acarretam a necessidade de adequações nos processos, nas condições de trabalho e, sobretudo, na busca por novos conhecimentos, habilidades e métodos de atuação em equipe.

Para a superação do modo hegemônico de produção de atos de saúde, que podem ser cuidadores ou não, Silva e Vergara (2002) acreditam na necessidade de renovação dos processos de gestão, que perpassa pela mudança organizacional,

não entendida somente como uma mudança de estratégia, de processos ou de tecnologia. Desta forma, a mudança organizacional subentende mudanças nas relações. Mudanças envolvem os trabalhadores de saúde e seus pares: as relações desenvolvidas entre os próprios trabalhadores e entre estes, as organizações e a sociedade.

Alguns autores da área da administração, a exemplo de Souza (2011), consideram que o processo de mudança organizacional se faz inevitável em todas as organizações e em todos os segmentos, e partem do pressuposto que, para tal, todos os envolvidos devem ser estimulados a assumir o papel de agentes nessa transformação.

Segundo Robbins (2002, p.529), as vertentes são:

1. Estrutura: alterações nas relações de autoridade e nos mecanismos de coordenação e replanejamento do trabalho; adoção de novos modelos estruturais, de aquisições, parcerias etc.
2. Tecnologia: modificações nas formas de trabalho, nos equipamentos utilizados e na informatização.
3. Instalações físicas: transformação do espaço físico de trabalho;
4. Pessoas: modificação de atitudes, habilidades, expectativas, percepções e comportamentos dos colaboradores.

Dessa forma, as mudanças não ocorrem de modo espontâneo, as organizações são demandadas a gerenciar a mudança (SOUZA, 2011). Para compreender melhor o fenômeno mudança, é fundamental recorrer à área da psicologia. Jacobsen e Rodrigues (2002) destacam que, dentre os principais problemas na implantação de mudanças, estão: subversão para minar os esforços dos agentes de mudanças; perda de direcionamento dos iniciadores, que passam as responsabilidades a outras pessoas, deixando o processo à deriva; e falta de engajamento e comprometimento dos membros da organização.

Assim, os esforços para a mudança estão, intrinsecamente, ligados à questão da resistência, pois, na maioria das vezes, são exigidas alterações no *status quo* (JACOBSEN e RODRIGUES, 2002). A resistência à mudança é um fenômeno multifacetado, presente em inúmeras ocasiões e considerado como a maior dificuldade para implementá-la (REZENDE *et al*, 2002). Essa resistência, contudo, pode ser minimizada ou agravada, dependendo das posturas dos agentes envolvidos (SOUZA,2011).

De modo geral, percebe-se diversas fontes de resistência. Dentre elas, Kotter e Schlesinger (1994) destacam: possibilidade de se perder algo de valor, com concentração de esforços para proteger interesses individuais ou de um determinado grupo; falta de confiança e de entendimento da mudança e de suas implicações; crença de que a mudança não faz sentido para o serviço; e baixa tolerância à mudança. Há, também, a resistência sob uma perspectiva cultural, que está relacionada e enraizada em ideologias, valores, convicções culturais, relacionamentos sociais, bem estar econômico e necessidades pessoais. A resistência relacionada a aspectos sociais apoia-se nos seguintes fatores: solidariedade de grupo, rejeição de pessoas vindas de fora e conformidade às normas existentes. A relacionada a aspectos de âmbito organizacional compreende: ameaça ao poder e à estrutura da organização, no que se refere a padrões de autoridade, comunicação, divisão de trabalho, regras compatíveis e de apoio a mudança. E a atrelada a aspectos psicológicos: percepção seletiva e diferentes constatações de problemas e soluções; tendência natural em manter o estado atual das coisas, em conformidade com o *status quo*, e fatores relacionados à personalidade (JACOBSEN e RODRIGUES,2002).

As mudanças pretendidas não ocorrem de modo espontâneo, assim, as organizações precisam gerenciá-las (SOUZA, 2011). A identificação das causas de resistência é essencial para a seleção da maneira mais apropriada de implementação das mudanças, além de ser fundamental para o planejamento das estratégias para tal (JACOBSEN e RODRIGUES,2002).

Um outro problema enfrentado nos processos de mudança é que a maioria das organizações não foi projetada para mudar, mas vive em busca de soluções e resultados (JACOBSEN e RODRIGUES, 2002). É importante que se compreenda que o ajustamento do indivíduo às situações de mudança requer a construção de novas identidades, de uma nova relação com o mundo que o cerca. Essa construção não é possível sem que o indivíduo tenha espaço para compreender e manifestar seus sentimentos, sem que elabore seus medos e angústias, gerados pela mudança, sem que passe por um processo de subjetivação (SILVA e VERGARA, 2002).

Para criar um processo de mudança, é preciso que cada indivíduo esteja em pleno engajamento, com a preservação de sua condição de sujeito, comprometido

como um ator que se apropria do sentido de coletividade, e que tenha a chance de compartilhar, com as pessoas a sua volta, suas dúvidas, sentimentos, expectativas, medos, concordâncias e discordâncias. Para isso, é preciso assumir que o consenso é uma utopia frente á complexidade do comportamento humano. Desse modo, deve-se trabalhar a ideia de consenso relacionada a uma linguagem negociada, em um texto coletivamente produzido e validado na ação do dia-a-dia (SILVA e VERGARA,2002).

A criação de sentido sobre a mudança está longe de ser um processo solitário, individual, isolado, pois se realiza na possibilidade de situar-se no contexto organizacional e no compartilhamento com os outros sujeitos, que contribuem como tal, ou seja, como atores conscientes de que reconstituirão suas identidades no contexto organizacional (SILVA e VERGARA, 2002).

Para se consolidar as mudanças pretendidas deve-se buscar dispositivos capazes de mobilizar e impactar as práticas hegemônicas em saúde, imersas em um cenário de desvalorização dos serviços públicos e de precarização das condições de trabalho, mergulhado em sentimentos de impotência, de descrença, de impossibilidade da mudança, de apatia e conformismo (AZEVEDO,2010). Alguns autores (AZEVEDO,2010; ONOCKO CAMPOS,2003, CAMPOS, 2007) enfatizam que os modelos de gestão com base mais participativa, tais como colegiados de gestão, reuniões entre setores, processo de planejamento estratégico etc., embora possam representar risco de manipulação, podem, também, permitir pactos e acordos quanto ao rumo da organização.

Assim, esses modelos possibilitariam a discussão do que deve ser feito e criariam estratégias para a saída da inércia ligada ao contexto imerso pela impotência e pela urgência, abrindo espaço para a construção de um contexto mais criativo e menos aprisionado à repetição (AZEVEDO, 2010).

Merhy *et al* (2010) afirmam que a repetição funciona bem em certas situações. Há situações que respondem de forma positiva às intervenções sobre o corpo, com base na visão da medicina hegemônica, a partir de estratégias de disciplinarização da vida. Porém, a extrema objetivação e a focalização do olhar e do corpo biológico deixam de lado muitos outros elementos constitutivos da produção da vida. Assim, deve-se trabalhar a ideia de tensionar a repetição, de modo a incentivar atitudes questionadoras das posturas dominantes que contaminam, de modo natural, a prática de certos saberes sobre outros. Assim, deve-se buscar um

movimento no sentido de pensar outro modo de agir, de mobilizar afecções e de vivenciar novas experimentações que criam desvios e outras possibilidades de construir planos de cuidados.

Nesse contexto, é preciso buscar a desestabilização do instituído (ONOCKO CAMPOS, 2003), com atores sociais, motivados para criar dispositivos capazes de romper com capturas do trabalho vivo em ato e de confrontar-se com o processo vigente (MERHY, 2002). As mudanças nas práticas de saúde e de gestão exigem dos atores a capacidade de promover um diálogo com as práticas e concepções vigentes, problematizando-as, não de modo abstrato, mas de forma concreta, no âmbito de cada serviço. Estas mudanças devem ter capacidade de construir novos pactos de convivência e novas práticas, aproximando os serviços dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade, de forma equânime, e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema de saúde brasileiro (CECCIM, 2005).

É neste sentido que o NASF, inspirado no apoio Paideia - uma metodologia que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão, em uma relação entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saberes e de poder - (CAMPOS, 2007) constitui-se em proposta estratégica para auxiliar na mudança das práticas, no cotidiano dos serviços, com perspectiva de atuação em gestão colegiada e criação de vínculos para que, de maneira prática, seja possível combinar autonomia e responsabilidade.

3.4 NASF e Apoio matricial

Cada vez mais, os serviços de saúde são demandados a se estruturar mediante a integração dos diferentes profissionais, com um modo de organização do trabalho centrado em equipes multiprofissionais, configuradas em equipes colegiadas, capazes de planejar, avaliar e tomar decisão coletivamente. Sendo assim, a inserção do NASF e uso do AM junto a ESF são capazes de constituir uma microrrede permanente de análise, negociação e intervenção, partindo da realidade cotidiana, das vivências e do próprio processo e condições de trabalho (SANTOS-FILHO, 2009).

No que diz respeito ao NASF, o principal documento ministerial com diretrizes e direcionamentos para sua implantação e para o direcionamento de seu trabalho foi

o Caderno de Atenção Básica número 27, publicado um ano após a portaria que o criou (GM 154 de 24 de janeiro de 2008). Trata-se de uma equipe interdisciplinar que tem como função principal apoiar a equipe de saúde da família, aumentando sua resolutividade (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Na literatura, há uma deficiência de estudos que refletem sobre os aspectos operacionais do matriciamento, o que se apresenta como um desafio constante para a discussão desta temática, em especial, quanto à sua aplicabilidade nos moldes preconizados pelos referenciais teóricos (MELO *et al*, 2012). Essa lacuna temporal e conceitual, acrescida aos desafios da temática e a diferentes e diversas experiências, contribuíram para diferentes formas de sua operacionalização (SAMPAIO *et al*, 2012).

O AM foi proposto, inicialmente, como um arranjo de gestão, com o intuito de viabilizar a reorganização da AB, de modo a englobar ações em saúde mental, oferecendo suporte técnico especializado e uma alternativa ao re-ordenamento dos fluxos na rede de atenção a saúde. Essas ações objetivaram a superação da lógica dos encaminhamentos e a promoção da corresponsabilização dos envolvidos no cuidado à saúde (CAMPOS, 1999). O AM é considerado uma das metodologias que conduz a prática do NASF, relativamente, nova, na AB, que teve início com abordagens na saúde mental e ainda apresenta muitos obstáculos para sua implantação e execução.

Para Cunha e Campos (2011), o AM pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, de maneira interativa e personalizada, objetivando a ampliação da eficácia da atuação dos profissionais de saúde. Ele depende da personalização da relação entre as equipes de saúde, da ampliação dos cenários de atuação e da construção compartilhada de diretrizes entre as equipes de referência e a equipe que oferece o AM.

O AM tem como objetivo auxiliar a equipe de referência, que é responsável pela atenção contínua do indivíduo, até o limite de suas possibilidades técnicas e estruturais, na formulação/reformulação e execução de projetos terapêuticos singulares, individuais e coletivos, utilizando, como uma das estratégias, trocas de saberes e articulações de modo multidirecional, entre equipes e profissionais (OLIVEIRA, 2008). Alguns relatos de experiência, como o de Melo *et al* (2012),

apresentam que o AM é um conceito importante e necessário, mas também ambíguo, ainda nebuloso, por apresentar uma série de dificuldades em termos práticos. Esses relatos reforçam a ideia de que este é uma importante ferramenta para ser usada em situações especiais, como suporte à equipe de referência, pois é capaz de proporcionar experiências para além da troca de conhecimentos, em um processo de valorização das capacidades profissionais.

Domitti (2006) destaca, dentre os obstáculos para a efetiva implementação do AM: os aspectos político e de comunicação, que podem ser caracterizados como a tradição de concentração de poder trazida pelos sistemas de saúde hierarquizados (concentrado nos diretores, nos médicos e nos especialistas), que dificultam a execução do AM e, até mesmo, o funcionamento das equipes de referência, pois os mesmos dependem de um importante grau de compartilhamento do poder entre distintos profissionais componentes de uma equipe e destes com outros especialistas.

O método do AM depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional, para que possa cumprir seu papel de auxiliar na implementação de ações mais qualificadas, de modo a aumentar a capacidade resolutiva das equipes e contribuir, assim, para a superação de modelos centrados nos interesses corporativos e econômicos, passando a focar seus esforços nos usuários, ultrapassando a produção de procedimentos em si para a produção de saúde em defesa da vida (DOMITTI, 2006; MERHY, 2002).

Oliveira (2008) considera o AM como uma nova possibilidade de troca de saberes entre os profissionais que auxiliam a equipe de referência na construção de projetos terapêuticos singulares, pois tem capacidade para instaurar processos de educação permanente e, ao mesmo tempo, ampliar o olhar e a capacidade resolutiva da atenção. Para que isso aconteça, o autor vê a necessidade de organização do serviço, do processo de trabalho, da agenda, dos fluxos e da disponibilidade dos envolvidos. O AM é uma ferramenta potente para o enfrentamento ativo das dificuldades técnicas e operacionais do serviço e da rede.

Bertussi (2010) aponta uma proposta de AM rizomático, na qual não existe distinção entre a clínica e a gestão. Para a autora, o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre os apoiadores e as equipes de saúde, como

alternativa para se produzir relações horizontais entre diferentes áreas/projetos e campos de conhecimento, com potencialidades para o estabelecimento de relações de cooperação e corresponsabilidade. Conforme a autora, as práticas de apoio são constituídas a partir de diversos pontos das redes de serviço, sem níveis de subordinação e com ofertas embasadas nas necessidades de demanda advindas da relação do apoiador com a equipe.

O NASF, enquanto apoiador matricial das equipes de referência, também é visto com potencialidade para se tornar um dispositivo da gestão para fomentar a rede de serviços em saúde (SAMPAIO *et al*, 2012).

As equipes matriciais trabalham com alguns pressupostos, tais como: o conhecimento (identificação do que é prevalente no território, do que é fundamental acrescentar, competências), gestão das equipes (centrada nos fins, ou seja, na coprodução de saúde, na autonomia e na corresponsabilização de profissionais e usuários) e coordenação do cuidado. As principais diretrizes do AM são: integralidade, territorialização, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2010b).

Assim, com base nesses pressupostos teóricos, busca-se refletir sobre a questão da pesquisa: Como a equipe gestora da AB à saúde de um município de grande porte atua no processo de implantação do NASF, considerando-o como uma possibilidade de mudanças na produção do cuidado.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo do Estudo

O presente estudo utilizou uma abordagem qualitativa de caráter compreensivo e interpretativo, o que favoreceu a exploração das percepções dos gestores da AB acerca da implantação do NASF e do AM, bem como, da possibilidade desta prática se constituir em um processo de mudança.

Compreende-se que o referencial qualitativo amplia o esquema explicativo, pois trabalha com um universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes que abrangem um espaço mais profundo no que diz respeito a relações, processos e fenômenos, os quais, muitas vezes, não podem ser apreendidos por meio da operacionalização de variáveis, por se preocuparem com um nível da realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2004; MARTINS e BICUDO, 2005).

O significado é o foco essencial desse tipo de abordagem, pois o pesquisador se preocupa com o processo, em busca de revelar como o objeto de estudo acontece e se manifesta, e não apenas o resultado. Para isso, é importante que o pesquisador esteja atento aos objetivos e saiba escutar, observar expressões, registrar informações e avaliar, inclusive, sua postura, para corrigi-la, se necessário (TRIVIÑOS, 1987).

4.2 Local da pesquisa/cenário

O estudo foi realizado no município de Londrina, sede da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. A cidade foi escolhida por estar localizada na mesorregião norte central do estado, que se distingue pelo pioneirismo em termos de ocupação populacional e apresenta o maior contingente de população ocupada no estado, e por ser sede da macrorregional norte, que tem o maior número de NASF implantados (PARANÁ, 2011).

4.3 Participantes da pesquisa

Foram incluídos, no estudo, profissionais integrantes da equipe gestora municipal, que, na época da coleta de dados, exerciam cargos oficiais na Diretoria de Atenção Primária a Saúde (DAPS). Esta equipe é formada pela diretoria de AB, assessorias técnicas, gerências regionais de unidades de saúde da família, gerências de programas especiais, coordenadorias dos ciclos de vida e

coordenadores de unidades de saúde da família (UBS). A pesquisa contou com o envolvimento de 58 pessoas, dentre as quais, 48 exerciam cargos de gestores formais (15 da diretoria da AB e 31 coordenadores de UBS) e 12 profissionais do NASF (membros do colegiado gestor e participantes de reuniões presenciadas).

4.4 Procedimento de Coleta de dados

O período de coleta de dados compreendeu o final da gestão municipal 2009-2012, meses de setembro, outubro, novembro e dezembro, e início da gestão 2013-2016, fevereiro a abril.

Os instrumentos metodológicos escolhidos para a coleta das informações foram a observação e a entrevista.

4.4.1 A observação

Optou-se pela observação participante como técnica de pesquisa, por esta ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Essa técnica é definida como um processo pelo qual o pesquisador se mantém presente no contexto objeto do estudo, para realizar um exame minucioso do mesmo, ou seja, uma investigação científica que emerge da realidade, com concomitante domínio dos referenciais teóricos necessários a tal investigação. Esta técnica foi utilizada como estratégia complementar às entrevistas (MINAYO, 2008).

A observação estava prevista, inicialmente, para ocorrer durante um mês, mas este período não foi considerado suficiente para recolher as informações julgadas necessárias, estendendo-se, assim, por cinco meses. A observação foi realizada no ambiente de trabalho dos diferentes atores da pesquisa, de modo a permitir maior interação entre pesquisador e participantes.

Foi realizado um acompanhamento das atividades do cotidiano da DAPS, como: reuniões semanais da equipe gestora da mesma (40h de observação), que envolveram a diretoria da DAPS (1), as assessorias técnicas (2), as gerências regionais (7), a gerência de programas especiais (1), as coordenações dos ciclos de vida (4), a coordenação de apoio social (1), a coordenação da terapia comunitária e práticas complementares (1), e os grupos de trabalho para preparação de oficinas e

atividades educativas (8h); e conversas em momentos não formais (8h) – setembro, outubro, novembro, dezembro e fevereiro. Também foram realizados: acompanhamento do cotidiano de duas gerências regionais, em períodos variados, durante a semana, em suas atividades com as coordenações das UBS (8h) e com as equipes de NASF (12h) – setembro, outubro e novembro; acompanhamento de reuniões mensais da equipe da DAPS com as coordenações de UBS (8h) – outubro e novembro; acompanhamento de uma reunião com todos os NASF (4h) – dezembro; acompanhamento de reuniões do colegiado gestor do NASF (8h) – novembro; e acompanhamento de reunião do Conselho Municipal de Saúde (2h) – novembro. No total, somaram-se 98 horas de observação de reuniões e atividades do cotidiano, distribuídas em um período de cinco meses (setembro, outubro, novembro e dezembro de 2012 e fevereiro de 2013).

Foi utilizado um roteiro aberto de observação com o intuito de captar a atuação cotidiana dos gestores, com destaque para ações que se relacionavam aos processos de mudança, ao trabalho do NASF e ao AM.

Como instrumento de registro, foi utilizado um diário de campo, pois este permite o detalhamento do conteúdo das observações no campo de pesquisa (BEZERRA *et. al.*, 2006), além de possibilitar a escrita de notas e impressões pessoais sobre a percepção de comportamentos contraditórios em relação às falas e de interações entre os interlocutores (MINAYO, 2008).

O objetivo da observação foi aproximar o pesquisador do cenário da pesquisa e dos participantes, de modo a captar: as ações desenvolvidas pelos gestores para a implementação do trabalho do NASF e do AM; o tipo de articulação entre os profissionais; a dinâmica do trabalho em equipe; e se a atuação dos gestores, em todas as atividades, se dá na perspectiva de constituir-se em processo de mudança.

4.4.2 A entrevista

As entrevistas realizadas foram individuais, entre o pesquisador (entrevistador) e os gestores (entrevistado), nos meses de fevereiro, março e abril de 2013, gravadas e, posteriormente, transcritas, com a autorização dos participantes. Nesta fase, também foram registradas informações em diário de

campo, relacionadas a expressões e atitudes dos entrevistados ou outros aspectos considerados relevantes.

Segundo Lakatos e Marconi (2008), a entrevista caracteriza-se como uma conversa orientada entre duas pessoas, das quais, uma delas é o entrevistador e a outra, o entrevistado. De acordo com Cervo e Bervian (2002), a entrevista tem o objetivo de recolher, por meio de interrogatório, dados para a pesquisa.

Neste trabalho, foram realizadas entrevistas do tipo semi-estruturada, cujos temas e questões foram elaborados após uma maior proximidade com o objeto de estudo, por meio da observação, para que a mesma contemplasse os itens observados e atingisse os objetivos da pesquisa. Segundo Lakatos e Marconi (2008, p.279), uma entrevista com roteiro semi-estruturado é possível "quando o entrevistador tem a liberdade para desenvolver cada situação em qualquer situação que considere adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente a questão".

Antes da entrevista, foram seguidas as recomendações de Gil (2008), Cervo e Bervian (2002). Assim, foi observado se o ambiente físico se apresentava adequado: se o local era confortável e silencioso e se havia poucas possibilidades de interferência e interrupções externas. Deixou-se claro que a entrevista é confidencial e que o entrevistado não seria identificado, permanecendo no anonimato. Em seguida, buscou-se a criação de um clima favorável, que deixava o entrevistado à vontade para responder aos questionamentos.

O roteiro da entrevista (Apêndice C) foi composto por sete blocos temáticos. Para esta pesquisa foram analisadas informações dos seguintes blocos: 1. Como vê seu trabalho na AB (cargo, formação, experiência gestora); 2. Trabalho do NASF e contribuições no processo de trabalho; 3. AM (concepções, apropriação, utilização, direcionamento etc.). Foram entrevistadas 15 pessoas, dentre elas, 11 ligadas ao nível central da DAPS: a diretoria (1), todas as gerências regionais (6), as assessorias técnicas (2), a gerência de programas especiais (1) e a coordenação do ciclo Saúde da Criança e aleitamento materno (1); e 4 atuantes em nível local, todas coordenações de UBS da região onde a equipe gestora apontou o NASF que desenvolvia, com maior eficiência, o trabalho relacionado ao AM. Por estar vago o cargo de coordenador da Estratégia da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, optou-se pela coordenadora do ciclo da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, pois esta temática esteve presente em várias das reuniões observadas,

além do município estar passando pela implantação de um novo protocolo de atendimento a esse ciclo da vida, com o envolvimento e o apoio dos profissionais do NASF.

Segundo Duarte, em uma pesquisa qualitativa, o número de sujeitos a serem entrevistados:

[...] dificilmente pode ser determinado a priori - tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como a profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. Enquanto estiverem aparecendo “dados” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso as entrevistas precisam continuar sendo feitas (DUARTE, 2002, p.143).

Para Minayo *et al.* (2004), o número ideal de entrevistas é aquele que permite ao pesquisador explorar o fenômeno sob várias dimensões. Portanto, nesta pesquisa, foram realizadas 15 entrevistas, o que se mostrou suficiente para explorar o fenômeno estudado.

4.5 Construção dos Resultados, Análise e Interpretação

Houve uma produção extensa de material, o que demandou esforço e tempo para se buscar um caminho para uma descrição dos resultados que possibilitasse uma análise comprometida com os objetivos da pesquisa.

Todas as entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora, em um total de 12:07:31h. Após a conclusão da primeira entrevista, foi realizada uma adaptação no roteiro, com o objetivo de não causar desconforto ao pesquisado e terminar o encontro com um enfoque um pouco menos reflexivo sobre ele próprio, dirigindo-o para o gestor de uma maneira geral. As três primeiras entrevistas foram transcritas à medida que foram realizadas, o que contribuiu para a detecção de eventuais lacunas, em busca do aperfeiçoamento da técnica. As demais transcrições foram realizadas após o término das entrevistas. Ao longo do trabalho, as entrevistas foram identificadas pela letra G, acompanhadas de um símbolo numérico de 1 a 15.

A transcrição, ato de importância vital para a análise dos dados, acabou por se revelar árdua pelo tempo consumido e pela concentração exigida na realização das anotações fidedignas das falas dos gestores, que foram registradas ao mesmo tempo em que se ouvia as falas pelo áudio do gravador. Procurou-se respeitar as

características próprias do registro oral, todavia, em frases utilizadas no corpo deste trabalho, quando necessário, foram corrigidos certos aspectos próprios da oralidade, tais como repetições de palavras, eventuais incorreções de concordância, em gênero ou número, e outros erros gramaticais.

Após a transcrição, foi realizada uma análise individual de cada entrevista, seguida por uma síntese dos resultados, ou seja, uma síntese das análises individuais. Após a conclusão das 15 sínteses, as análises e os resultados foram agrupados em dois espaços de gestão, os gestores formais alocados na DAPS (diretores, assessores e gerentes) e os alocados nas UBS (coordenadores), compondo uma triangulação dos resultados e análises.

O diário de campo foi utilizado como suporte para a elaboração dos blocos temáticos das entrevistas e para a construção das análises apresentadas nesse relatório de pesquisa. Ao longo do trabalho, os trechos oriundos dessa fonte de pesquisa estão identificados com as letras DC, seguidas das datas do registro.

Na produção de análises sobre questões com abordagens qualitativas, não há consenso sobre os caminhos a seguir. Há vários caminhos e possibilidades à escolha do pesquisador. Há que se considerar que existem limites na capacidade humana de objetivação, “uma vez que a ciência se faz numa relação dinâmica entre razão e experiência”. Deve-se, assim, desmistificar as ideias de perfeição, de objetividade e de neutralidade dos procedimentos analíticos (MINAYO, 2008).

Segundo Gil (2008, p75):

A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilite o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas.

A técnica adotada para a análise dos dados obtidos foi a Análise de Conteúdo, descrita como um

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004, p.37).

A análise de Conteúdo é composta por diferentes fases, que, segundo Bardin (2004), se organizam em três pólos cronológicos: 1- fase de pré-análise; 2- exploração do material; e 3- tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase de pré-análise é considerada a fase de organização, que corresponde a um período de intuições, mas que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais.

Para se atingir os objetivos dessa primeira fase, foram realizados procedimentos de leitura flutuante, com exploração do material transcrito, a fim de conhecer o texto e se deixar invadir por impressões e orientações.

A fase de exploração do material consiste na administração sistemática das decisões tomadas na fase anterior. Nessa fase, é realizada a análise propriamente dita. É uma fase longa, efetuada a partir de operações de codificação em função de regras previamente formuladas.

A terceira fase, a de tratamento dos resultados obtidos e de interpretação, parte da transformação dos dados brutos em dados significativos e válidos. O pesquisador/analista, assim que torna os resultados significativos e fiéis, propõe inferência e realiza interpretações com base nos objetivos traçados e, se surgirem descobertas inesperadas, estas também devem ser relatadas.

4.6 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa respeitou as normas relativas a pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL), pelo Parecer nº 93.228 (Anexo A), registrado no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 06127012.7.0000.5231 (Anexo B) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, por envolver profissionais vinculados à mesma.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar da mesma. Os indivíduos que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que constata a autorização para observação (Apêndice A), participação, gravação e transcrição das entrevistas (Apêndice B). A pesquisa teve início somente após sua aprovação pelo CEP-UEL, e os TCLE e demais autorizações apresentados foram assinados previamente pelos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados na seguinte estrutura: o cenário da pesquisa, os participantes da pesquisa, os encontros e os modos de gerir, a implantação do NASF e a construção do processo de trabalho, a implementação do processo de trabalho do NASF e as concepções de AM e o NASF enquanto dispositivo de mudança.

5.1 O Cenário da pesquisa: a gestão da AB no município em estudo

A Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo, seguindo uma tendência nacional da administração pública, adotou, em 2001, um modelo de gestão de recursos públicos, por entidades privadas ou filantrópicas, por meio de termos de parceria, convênios ou contratos. Inicialmente, firmou-se contrato com uma determinada instituição filantrópica do município para a gestão e contratação de serviços relacionados à AB, incluindo, por exemplo a contratação de equipes da ESF e NASF. O contrato inicial foi encerrado em março de 2009, e sofreu diversas alterações por parte das instituições parceiras contratadas.

Em 2011, constatações de irregularidades e desvios de verbas, pelo Tribunal de Contas da União (TCU), culminaram em quebra de contrato e demissão, em massa, de profissionais da ESF e do NASF, o que forçou a diretoria a reassumir todo o processo de gestão, inclusive, no que diz respeito a contratações de profissionais e reconstrução das equipes da ESF. Assim, a equipe gestora assumiu a responsabilidade de reorganizar os servidores municipais estatutários, para compor as equipes gestoras e de saúde da família, e realizar novos processos seletivos para contratações emergenciais, em uma operação complexa frente à necessidade de manter os serviços em funcionamento.

Do dia para a noite eles acabaram com os processos licitatórios, e nós ficamos sem um número bastante elevado de profissionais no PSF. Nós precisamos sair catando servidor para compor as equipes (G01).

Segundo o relatório de gestão de 2012 (LONDRINA, 2013), o município adota uma Política Municipal de Saúde voltada ao objetivo de implementar as diretrizes do

SUS em relação a: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Assim, busca consonância com os princípios constitucionais que estabelecem a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O município segue como signatário do Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006), ao eleger como suas as prioridades definidas neste documento, especialmente, o compromisso de consolidação e qualificação da ESF como modelo de AB à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. No momento da coleta de dados, a equipe gestora discutia o novo instrumento de pactuação entre os entes federativos, regulamentado pelo Decreto nº7508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

Na prática, o gestor municipal assumiu a gestão de todo o sistema municipal de saúde, sendo o responsável pelos recursos do SUS, a partir do Fundo Municipal, com controle social realizado pelo Conselho Municipal de Saúde. Neste contexto, realiza os procedimentos licitatórios de compra, contratação de obras e serviços, formalização e administração de contratos e convênios, por meio da Secretaria Municipal de Gestão Pública, além de executar, diretamente, ações de saúde na AB e desenvolver ações estratégicas para a ampliação da oferta de serviços, com base na ESF, na implementação da equipe multiprofissional do programa de saúde bucal, de saúde mental e de serviços especializados de média complexidade (ambulatorial e hospitalar). Desse modo, tem buscado superar alguns desafios, como a melhoria nos sistemas de informação para a gestão da saúde, a implementação da política de educação permanente e o avanço nos mecanismos de regulação da assistência nos diversos níveis, com o desenvolvimento de um complexo regulador em saúde (LONDRINA, 2013).

A AB é tomada como uma das portas de entrada para o sistema de saúde. No entanto, este sistema ainda se mostra hierarquizado, apesar dos discursos e das discussões sobre construção de redes de atenção, apresentados no modelo de redes temáticas em nível nacional e estadual. Como alternativa de escape desta hierarquia e alternativas de porta de entrada do sistema, há no município os serviços de urgência e emergência (Unidade de Pronto Atendimento - UPA), como o Pronto Atendimento Municipal (PAM), o Pronto Atendimento Infantil (PAI) e 3 UPAS acoplados às UBS.

Os gestores da AB defendem a ideia de ampliação da ESF como uma estratégia que embute um grande potencial para a melhoria na organização da AB, pois acreditam que suas características são capazes de romper com os modelos assistenciais tradicionais (instituídos e hegemônicos), por buscarem fortalecer os princípios do SUS na construção de paradigmas de atenção mais resolutivos e humanizados (contra-hegemônicos).

Em 2012, o município contava com 52 UBS, com atuação de 76 equipes de ESF e 13 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); com 21 equipes na região Norte (18 ESF e 03 PACS), 14 na região Leste (11 ESF e 03 PACS), 19 na região Sul (16 ESF e 03 PACS), 14 na região Oeste (12 ESF e 02 PACS), 11 na região Centro (10 ESF e 01 PACS) e 10 na Zona Rural (09 ESF e 01 PACS), com cobertura populacional em torno de 52%. Contava também com 10 equipes do NASF, implantados em 2008, formadas por profissionais das áreas de nutrição, fisioterapia, farmácia, educação física e psicologia.

Quando o município adotou a implantação do PSF, as UBS contavam com médico clínico geral, ginecologistas e pediatras. Para garantir que os profissionais mantivessem vínculos nas unidades, alguns desses médicos, além de exercerem a clínica e suas especialidades, também passaram a assumir o papel de médicos das equipes da ESF. Todas as UBS contavam com equipe de saúde bucal (ESB). No momento da pesquisa, havia um movimento para proporcionar maior aproximação entre as ESB e as equipes da ESF, com a criação de espaços coletivos de discussão, por meio da formação de comitês.

Uma das apostas da equipe gestora da AB, para o cumprimento da Política Municipal de Saúde e de suas pactuações, foi a reorganização da estrutura da Secretaria de Saúde/Autarquia, por meio da re-elaboração do organograma e dos cargos e funções gerenciais. Esta nova organização abrangeu a criação de novos cargos, como o de gerente de programas e o de coordenador, para o atendimento de indivíduos nos diferentes ciclos de vida (saúde do adulto, saúde da criança e aleitamento materno, saúde do idoso, saúde da mulher), criado por um projeto de lei. Com as alterações nos cargos, os assessores passaram a ser denominados gerentes regionais (regiões: norte, sul, centro, leste, oeste e rural) e a contar com outras coordenadorias, tais como: administrativa e de informação, de apoio social e de Terapia Comunitária e práticas complementares. Esta reorganização

administrativa foi vista, por alguns dos gestores, como uma forma de proporcionar uma melhor divisão do trabalho.

Então, aquilo que as 6 gerentes faziam, ficou diluído em 7 gerências e mais 4 ou 5 coordenadorias (G02).

Essa reformulação do organograma foi uma das formas encontradas para garantir certa estruturação no espaço de gestão formal da AB, pois possibilitaria viabilizar o trabalho dos gestores, além de maior atenção, apoio e direcionalidade aos trabalhos realizados nas diferentes regiões da cidade, frente ao contexto de alternância de cargos políticos, a fim de cumprir compromissos, pactuações e contratualidades. Essa decisão da equipe gestora tem potencial de mudança na perspectiva estrutural, por possibilitar maior divisão de poder e autoridade entre chefias e técnicos, perspectiva apontada por Robbins (2002) e por Motta (2004).

A equipe gestora da AB referiu, ainda, que o caminho percorrido contou com um processo de negociação e articulação com o secretário de saúde, para a formação de equipe de trabalho, o que redundou em alguns avanços, como: definições de cargos e formação de equipe gestora com profissionais capacitados em nível superior e com vivência em AB; articulação para a realização de capacitações para a ESF; e início da organização da rede de serviços.

Foi uma construção junto ao então secretário da época [...] para articular algumas contratações, algumas nomeações necessárias [...] O maior avanço [...] era organizar a equipe de trabalho [...] A gente tem muita gente boa dentro da secretaria, mas a gente precisava articular que essas pessoas fizessem seu trabalho de forma a pensar no coletivo. Nós conseguimos hoje definir os gerentes regionais, nós conseguimos definir também quem faz a coordenação dos programas [...] Nós conseguimos articular capacitações para os profissionais de saúde, basicamente os enfermeiros, outras capacitações em patologias clínicas e em doenças transmissíveis. Nós conseguimos articular a rede de uma forma a atender melhor o seu cliente, não que isso avançou totalmente, mas a gente já partiu hoje pra um serviço melhor organizado [...] Nós temos uma grande equipe porque são profissionais capacitados, são profissionais de nível superior, todos eles com formação em atenção primária, que vivem a atenção primária, que vivenciaram a atenção primária (G01).

No entanto, apesar da construção coletiva e articulada, os funcionários do DAPS tiveram uma redução na carga horária, pois passaram a cumprir uma jornada de trabalho de 6h/dia, com redução proporcional de salário. Este fato contribuiu para que profissionais com o perfil exigido não se dispusessem a assumir cargos formais na gestão. A exemplo desta dificuldade, não há, na época da coleta de dados, nenhum servidor ocupando o cargo de coordenador de NASF.

Não há profissional na rede com perfil que aceite o cargo de coordenador de NASF (G05).

A campanha política, a disputa por cargos e a discussão sobre a transição da gestão municipal permearam várias das reuniões observadas na DAPS. Havia preocupação quanto à transição política e às trocas dos governos. Houve demonstração de inquietação sobre a manutenção da procura por cargos políticos e a inserção de pessoas de confiança de determinados blocos políticos em algumas áreas e cargos. Foi mencionada, também, a dificuldade em se formar uma equipe sem cargos de confiança, com apenas técnicos do serviço, porém, a atual gestão da DAPS se comprometeu em formar uma equipe com todos os membros técnicos e servidores, além de defender a necessidade de manutenção de servidores em cargos gerenciais e a ampliação da cobertura das equipes da ESF, com profissionais estatutários, de modo a fortalecer as ações da AB. Entretanto, foi manifestado certo receio sobre o caminho político a ser traçado, em meio às sombras dos processos já vivenciados e do medo de retrocessos, porém, ficou evidente que se procura empolgar a equipe para que acredite que o caminho traçado é o mais correto e que todos devem lutar pela continuidade do processo.

Um dos gestores, refere que em conversa com o secretário de saúde nada muda até novembro. Demonstra preocupação quanto a volta de um determinado bloco político, associando seu retorno a histórico de retrocessos na área da saúde e afirmações de que há falta de coligações com forças políticas. Esta fala é apoiada por demonstrações de assentimentos por mais alguns da equipe (DC02/10/2012).

Desde o primeiro contato com a equipe gestora, este estudo representou a possibilidade de registro dos avanços alcançados. A gestora apontou que, de forma geral, a depender dos partidos que se aliam e das pessoas que assumam os cargos, os interesses mudam e, desse modo, o trabalho que vinha sendo realizado pelos gestores anteriores pode não ter continuidade.

Com a troca da equipe nem sempre acaba com o processo, mas deixa minar o trabalho (G02). (DC 11/09/2012)

A esse respeito, Cecílio (2007), apoiado nas ideias de Merhy (2002) e Campos (2000), infere que a equipe que está na direção considera seu projeto como o melhor, mais justo e necessário. Neste contexto, acredita que, com a troca de dirigentes, há destruição dos projetos, das relações de trabalhos e das práticas e formas de se fazer o cuidado. Assim, não se dá conta de que os demais trabalhadores também têm seus projetos e que sempre há uma margem de

liberdade e autonomia para a ação humana. Conforme o autor, os trabalhadores são instituintes o tempo todo, sujeitos de saberes e de ações que lhes permitem agir como protagonistas de processos novos, como força de mudança, e que também se utilizam de sua liberdade para reproduzir o que já está instituído, pois mesmo ao se protagonizar certas mudanças, muito se conserva.

Outra dificuldade apontada pelos gestores da DAPS refere-se ao perfil gerencial dos coordenadores de UBS, especialmente, no que diz respeito à condução do processo de trabalho do NASF.

Existem muitos problemas como, por exemplo, a falta de capacidade gestora do enfermeiro, de janeiro para cá estamos fazendo capacitações mensais para melhorar este quadro [...]. Falta as coordenadoras assumirem sua autonomia para a gestão dos profissionais. Há uma grande dificuldade de entendimento da proposta pelos profissionais formados e com falta de domínio do NASF (G09).

Merhy (2002, 2013), ao refletir sobre essa questão, aponta estratégias para uma gestão mais participativa e democrática. Para o autor, a gestão deve considerar o protagonismo do trabalhador, ou seja, que o trabalho em saúde é produzido como resultado de relações de subjetividades, e se abrir para o encontro das disputas de projetos, dando visibilidade às tensões, de modo torná-las elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde.

5.2 – Os participantes da pesquisa: os gestores em seus espaços cotidianos

Os 15 profissionais entrevistados respondiam por cargos formais na gestão da AB, no momento da coleta de dados, e eram, em sua totalidade, enfermeiros contratados sob regime estatutário. Houve predominância do sexo feminino (14); tempo de atuação superior a 2 anos; e, em sua maioria, experiência em cargos de coordenação de UBS e formação complementar em saúde da família, saúde coletiva e educação profissional. A Figura 1 apresenta o perfil desses gestores, construído por meio de dados obtidos durante as entrevistas.

Resultados e Discussão

Figura 1. Quadro demonstrativo do perfil dos entrevistados da equipe gestora da Diretoria de Atenção Primária a Saúde do Município de Londrina – PR. 2013

Sexo	Formação complementar	Tempo na gestão (anos)	Experiências anteriores na gestão
F	Especialização em urgência/emergência e em saúde da família	11	21 anos na rede municipal. 8 dedicados a gerência do pronto atendimento infantil. Da gerência foi para a APS como enfermeira por menos de 2 meses e assumiu uma diretoria até 2010 onde passou a exercer cargo de coordenação de UBS
F	Especialização em saúde coletiva e em educação - Curso de Formação pedagógica em educação profissional na área da saúde: enfermagem (PROFAE)	16	Coordenação de outras UBS
F	Especialização em saúde coletiva e Assistência de enfermagem na urgência e emergência	3,5	Coordenação de UBS de outra região
F	Especialização em saúde coletiva, em educação (PROFAE) e urgência/emergência	6	Coordenação de outras UBS (3)
M	Especialização na área de gestão de serviços, em gestão de serviços hospitalares e gestão de serviços de saúde	9,5	Coordenador administrativo da maternidade municipal, diretor do hospital, diretor da atenção primária
F	Especialização em Saúde da Família, em centro cirúrgico, em educação (PROFAE)	12	Coordenação de duas unidades simultaneamente. Gerência da região leste. Da gerência assumiu a diretoria da APS por 3 anos. Foi coordenadora de UBS e atuou na assessoria de enfermagem.
F	Especialização em enfermagem do trabalho, auditoria, centro cirúrgico, em educação (PROFAE), em atendimento a pacientes terminais, e em Saúde da Família	Superior a 15	Gerente de pronto atendimento municipal adulto e infantil. Gerente da região oeste, gerente da região centro, depois fui gerente da região leste, assessora técnica de enfermagem da região leste(4 anos). Coordenadora de uma unidade básica(5 anos). Retornou para acessoria de enfermagem.
F	Especialização em saúde da família, em educação (PROFAE), obstretícia, auditoria de serviço e saúde e mestrado em enfermagem	4	Coordenadora de UBS e assessoria técnica de enfermagem
F	Especialização em centro cirúrgico e centro de material em educação (PROFAE)	6	Coordenação de UBS e gerência regional
F	<i>Especialização na área de educação pra enfermagem, na saúde da família e na área de gestão em serviço de saúde</i>	2,4	Coordenação de UBS, assessoria de enfermagem e gerência regional.
F	Especialização em saúde coletiva.	4	Assessoria de enfermagem e gerência regional.
F	<i>Especialização em saúde coletiva e metodologia de ensino.</i>	10	Coordenação de UBS
F	Especialização em saúde da família e saúde coletiva	14	Coordenadora de UBS(10 anos), gerência geral (1 ano) e gerência de duas regiões (2 anos)
F	Especialização em Saúde da família, aperfeiçoamento em qualificação dos gestores do SUS, em marketing e em educação (PROFAE)	7	Coordenação de UBS e gerência regional
F	Mestrado em enfermagem; Especialização em saúde da família.	14	Coordenação de UBS. Coordenação de programas no departamento de epidemiologia (6 anos), gerência no DAPS (2,5 anos)

Na percepção do pesquisador, construída por meio dos momentos de encontro durante as observações e entrevistas, foram identificados distintos espaços de gestão no interior do organograma formal da diretoria. Os gestores da DAPS foram os gestores formais que se mostraram mais próximos do nível central formal da gestão municipal (secretário de saúde e seus assessores, demais diretores e chefes de pastas). Neste espaço, predominam atividades administrativas de diretoria e de aprovação, afirmação e busca por providências e soluções dos problemas em outras instâncias, dentro da secretaria, com gerentes regionais que atuam em atividades de mediação e apoio entre o espaço de gestão central da administração municipal e as atividades gestoras locais, ora se aproximando mais da gestão central, ora da local. O espaço de gestão local foi considerado outro espaço de gestão, por se relacionar com atividades gerenciais, administrativas e de produção do cuidado desenvolvido nas UBS.

Os ocupantes do espaço da gestão da DAPS apresentaram características convergentes no que se refere à abertura e à disponibilidade para a realização da pesquisa. Mostraram-se pessoas comprometidas e implicadas com o fortalecimento da AB e com aprimoramento de seus conhecimentos técnico-científicos, com paixão pelo que fazem, determinadas no desenvolvimento de suas funções e com formação e trajetória profissional voltada ao serviço público; a maioria deles, com maior parte do trabalho profissional dedicado à AB.

Algumas características individuais dos entrevistados foram se desvelando durante a pesquisa. Alguns se mostraram com convicção e segurança em suas falas, ora utilizando exemplos para melhorar o entendimento do assunto abordado, ora externando o que, realmente, pensavam e acreditavam, sem medo de expor ou demonstrar sentimentos e emoções, como carinho e respeito à equipe gestora e implicações na criação de vínculos para desempenhar o trabalho de forma eficiente. Outros falaram de forma pausada e com necessidade de articular o pensamento antes de expô-lo, seguindo sempre uma lógica racional e resumindo, ao final, pontos considerados mais importantes, de forma objetiva e tecnicista; evidenciaram apoio a processos de racionalidade gerencial e administrativa, a fim de assegurar ao funcionário um trabalho assertivo e respaldado. Uns, com certa dificuldade em apresentar o que fazem, referiram desempenhar um papel gerencial na AB, para auxiliar nas políticas públicas de saúde, ou seja, direcionar, acompanhar e dar apoio

ao trabalho a ser desenvolvido nas UBS e planejar e organizar a atenção e a supervisão dos programas ofertados pelo município.

Alguns dos participantes desse espaço de gestão se mostraram com perfis bastante homogêneos, provavelmente, por estarem mais afinados com o trabalho a ser desenvolvido pela diretoria e por trabalharem juntos. Sempre demonstraram bastante motivação para a realização do trabalho, com superação da desmotivação gerada pela desestruturação e por mudanças anteriores na equipe gestora. Além disso, enfatizaram a importância da experiência nas UBS, que lhes deu subsídios para desempenharem o trabalho atual. Em sua maioria, os pesquisados eram articulados e comunicativos, comprometidos em melhorar a assistência e o trabalho realizado na ponta dos serviços, e demonstraram crença na priorização da função de apoio, na organização do processo de trabalho e na necessidade de um trabalho em equipe com foco no usuário. Ainda, apresentaram-se satisfeitos por ocupar um cargo que lhes possibilita dar visibilidade a alguns problemas e necessidades.

Entre alguns gestores da DAPS, houve divergências no que diz respeito à habilidade de escuta, de abertura para o diálogo, para a problematização de problemas e situações, em busca coletiva por decisões e soluções possíveis. Alguns gestores evidenciaram alto grau de envolvimento e caixas de ferramentas mais ampliadas, outros mostraram dificuldade para não tomarem para si os problemas, pois sentiam-se responsáveis por resolvê-los, ou seja, por dar respostas aos mesmos.

Os gestores formais locais pesquisados (coordenadores das UBS) estavam todos inseridos em UBS localizadas na zona oeste do município. Duas das UBS contavam com 2 ESF cada, e as outras duas contavam com 3 ESF. Duas das gestoras, além de assumirem o cargo de coordenação das UBS, também atuavam como enfermeiras da ESF, e, mesmo quando não assumiam o papel formal de equipe de ESF, auxiliavam nos atendimentos e procedimentos voltados aos usuários dos serviços.

Esses gestores se mostraram um pouco mais receosos quanto à participação na pesquisa, demonstraram maior insegurança e preocupação com o que estava sendo exposto, com maior objetividade nas respostas. A exemplo disso, um dos gestores, apesar de ter demonstrado disponibilidade para responder à entrevista, depois de solicitar algumas remarcações de datas e horários, mostrou-se pouco à vontade e relatou estar com vergonha, pois a entrevista seria gravada. Apresentou

respostas objetivas e realizou sínteses para confirmar o pensamento. Ficou evidente o desejo de terminar a entrevista o mais breve possível, o que dificultou a exploração das respostas e desviou um pouco a atenção. Outra gestora manifestou interesse em passar para outra pessoa da UBS a responsabilidade da entrevista, mas depois, a partir das implicações e dos sentimentos mobilizados pelas perguntas do entrevistador, apresentou suas dificuldades sem hesitar, considerando uma virtude o reconhecimento dos erros, das limitações, das competências e de sua governabilidade. Seu perfil técnico, voltado a especialidades, foi se desvelando aos poucos. Por outro lado, mostrou abertura e comprometimento em contribuir para o processo de investigação sobre o serviço em saúde, por acreditar que este pode contribuir para a melhoria dos processos de trabalho.

De maneira geral, os pesquisados manifestaram um sentimento de sobrecarga no trabalho, por considerar que há um excesso de atividades a serem desempenhadas e coordenadas por elas nas UBS, além de certa complexidade no trabalho a ser desenvolvido, entretanto, demonstraram estar motivadas para tal. Além disso, afirmaram gostar do que fazem e do local de trabalho, que está inserido em uma região que compartilha os problemas entre as UBS, que busca soluções coletivas e que conta com o apoio de uma gerente regional bastante implicada e comprometida com a melhoria dos serviços. Acreditam, também, ter perfil para o cargo de coordenação.

Entre as características individuais reveladas, encontram-se: abertura para o trabalho em equipe, com decisões e responsabilidades compartilhadas, em prol de uma assistência tecnicamente especializada; e abertura para atividades voltadas para o acompanhamento, controle e centralidade, no processo de organização, supervisão e avaliação do trabalho. Revelaram comprometimento, implicação e exigência com o trabalho e relataram estimular tal postura nos demais funcionários. O perfil de formação e as atividades profissionais exercidas, anteriormente ao cargo de coordenadora da UBS, refletem na forma de priorização, apoio e condução das atividades. A servidora que trabalhou maior parte do tempo em cargos na gestão hospitalar e na gestão central, aproxima e orienta as prioridades para o atendimento a pacientes graves, à demanda espontânea e à resolução de problemas emergentes. Há demonstração de incômodo por ocupar cargo com funções e papéis gerenciais e, concomitantemente, ter que prestar assistência à demanda espontânea

e realizar atividades de rotina da UBS, o que redundava em cansaço por assumir dupla função na UBS, nos cargos de coordenadora e de enfermeira de equipe ESF.

5.3 – Os encontros e os modos de gerir

Os momentos dos encontros iniciais foram importantes para criar uma atmosfera de motivação para o desenvolvimento da pesquisa. A empatia e a aproximação nos modos de se pensar a gestão em saúde foram fundamentais para o desenvolvimento dos momentos de investigação.

Saí da reunião bastante empolgada devido ao interesse demonstrado e por ter aproximação do modo de pensar dessa equipe. Foi bom criar empatia com as pessoas as quais irei trabalhar nesta pesquisa, diminuiu um pouco a ansiedade e deu vontade de começar logo as observações (DC 11/09/2012).

Vários foram os espaços coletivos vivenciados na pesquisa, dentre eles, alguns dos encontros formais, como: reuniões mensais da equipe da DAPS com os coordenadores de UBS, reuniões semanais da equipe gestora da DAPS, reunião geral dos NASF, reuniões do colegiado gestor do NASF e reunião do conselho municipal de saúde, entre outros espaços de encontro do cotidiano dos gerentes regionais, em suas atividades com os coordenadores das UBS e com as equipes de NASF.

Em sua maioria, os espaços coletivos foram coordenados por assessores, gerentes e diretores, com discussão de pautas pré-definidas em reunião na diretoria, ou por comitês e/ou colegiados específicos; em alguns desses encontros, para um melhor acompanhamento, foram entregues aos participantes pautas impressas. Quando os assuntos se desviavam da pauta, cabia ao profissional coordenador a retomada do seu andamento. Algumas vezes, devido ao surgimento de alterações na agenda de compromissos da diretoria, as datas e os participantes das reuniões foram alterados. As decisões e/ou encaminhamentos das pactuações eram realizados em registros pessoais, não havia registro formal dos encontros presenciados, assim, eram transmitidos por meio de conversas com os faltosos, após os encontros, ou por meio de documento interno transmitido via sistema do município (CI).

Um gestor da DAPS estava a frente da organização da reunião. Houve alteração das regiões e estavam presentes apenas algumas coordenadoras da região oeste, todas da região rural, norte e centro, com

suas respectivas gerentes e com presença da gerente da região leste como apoio. Todos receberam, antecipadamente, os pontos de pauta e alguns estavam acompanhando a pauta impressa. (DC 27/11/2012).

Não houve registro formal da reunião, quando um assunto para uma pauta futura surgia, o diretor, o assessor ou o gerente realizava registro em material pessoal (DC 08/10/2012).

Durante as observações, a impressão foi a de que não há um modo de gerir único, pois há oscilações: ora está presente um modo de gerir constituído por momentos mais informativos, com atitudes mais diretivas e características próximas aos modelos clássicos de gestão; ora por espaços mais coletivos de gestão, capazes de proporcionar trocas, discussões e reflexões, com vistas a uma ação mais consciente e com abertura para novas escolhas e singularizações.

No entanto, ainda prevalecem modos de gerir baseados na racionalidade gerencial hegemônica, com evidências de um processo racional de planejamento, organização, direção, coordenação e controle, o que corrobora as afirmações de Campos (2010), apresentadas no capítulo 3 (Pressupostos e Referencial Teórico).

Observou-se que, nos espaços de gerenciamento da AB, há a presença de uma gestão vertical forte, com centralidade administrativa e decisão hierarquizada, embasada em ideia de subordinação de cargos e respeito à hierarquia.

[...] o processo de gestão é central, da diretoria pra depois a gente poder atuar nas unidades de saúde[...] (G12).

Pedido de chefia é uma ordem. A gente respeita a hierarquia (G10).

A gente tenta estar pontuando tanto para as chefias imediatas, que são as gerências, até direto com o diretor. Também conversamos com outras enfermeiras, a gente senta, a gente discute determinadas situações e passa. Mas quando você tem que conversar com uma outra diretoria [...]. Para tudo nós temos um superior. Eu acho que tem que respeitar a hierarquia (G12).

Se o MS diz, não sou eu quem vai questionar (G11).

Vou informar nossa decisão ao diretor pra ver se ele aprova (G02).

Apesar de decisão coletiva, aguardarão aprovação da decisão pelo diretor, ausente no final da reunião (DC 22/10/2012)

A pauta das reuniões, geralmente, era extensa, e grande parte do tempo dos encontros era preenchida com informes, apontamentos de dificuldades e exposição de opiniões, sob a governabilidade pessoal dos gestores. Observou-se dificuldade para discutir os problemas, pois tais reuniões configuraram-se como espaços informativos, com exposição de evidências quantificáveis e tendência a apresentar maior interesse a um olhar mais direcionado a assuntos administrativos (recursos

materiais e humanos) e a ações técnicas de cunho biológico, em detrimento a uma perspectiva ampliada e interdisciplinar do processo saúde/doença. O desejo do trabalho intersetorial apareceu, nos discursos, quando houve a necessidade de justificar e buscar respostas para as dificuldades do serviço, devido à impotência do gestor para resolver sozinho problemas do cotidiano.

A reunião seguiu seu curso de forma bastante informativa, iniciada em um molde de capacitação, uma vez que a coordenadora do serviço de imunização do setor de epidemiologia foi convidada para a apresentação de novo calendário do esquema vacinal baseado nas diretrizes do ministério da saúde, sem muito espaço para a discussão. [...] Desvio da atenção das coordenadoras, conversas paralelas e menos demonstração de interesse pela temática apresentada pelo setor do Serviço Social, relacionada a ações integradas e ao desenvolvimento de trabalho interinstitucional e interministerial (Saúde, Educação, Desenvolvimento Social), com proposta de se discutir e negociar parceria de trabalho no território. Desta vez, houve postura de abertura para a discussão e para o diálogo, mas as coordenadoras assumiram sua autonomia, rejeitando o espaço, aguardando apenas informações, caminhando para o encerramento breve da discussão, forçando o início da próxima pauta. A atenção dos coordenadores foi recuperada quando entrou em pauta a discussão das vagas de exames de Rx (DC 27/11/2012).

Em alguns encontros, houve manifestação, por parte dos coordenadores de UBS, do desejo de padronização das informações registradas, para respaldar a transmissão aos demais profissionais da UBS, e de tomada de decisão por nível hierárquico superior. Esta atitude pode estar relacionada à ideia de que o problema está em outro lugar/instância e sob a responsabilidade de outras pessoas, em uma tentativa de eximir-se da mesma, na condução do processo. A presença de hierarquia, nas decisões e resolução dos problemas, caracteriza uma maior aproximação ao modelo de gestão administrativa clássica.

Os coordenadores colocam-se em uma posição passiva e de transmissores das informações para os demais trabalhadores da UBS. Pedem, algumas vezes, pela sistematização e disponibilização dos conteúdos, através do registro das informações transmitidas durante a reunião, em uma aparente tentativa de dispensar a compreensão naquele momento e possibilitar a transmissão, de forma mais fidedigna, para os membros das equipes, com o reforço de que foi orientação da gestão do nível superior (DC 27/11/2012).

A falta de tempo e a forma de organização e planejamento de algumas reuniões, muitas vezes, limitaram a discussão, o que levou a maioria dos presentes a perder o interesse pela pauta apresentada. A exemplo disso, em uma reunião com gestores dos diferentes espaços de gestão, as coordenadoras das UBS manifestaram, diversas vezes, o desejo de problematizar as situações reais

cotidianas e de introduzir novos procedimentos e/ou ações para o enfrentamento destas, considerando suas singularidades. Observou-se, entretanto, por parte da gestão, o desejo de estabelecer o que deveria ser feito, como se tudo estivesse em ordem e em condições ideais.

As coordenadoras sinalizaram o problema da falta de vacinas no município, e sem problematizar a situação ou buscar alternativas coletivas para o problema, surge o pedido da coordenadora de imunização para desconsiderar os problemas, como a falta de vacina no município, naquele momento, e trabalhar como se estivesse tudo de acordo e pensar no calendário normal e adequado. Deveriam seguir as recomendações e pronto. O fato gerou desconforto na maior parte dos presentes (DC 27/11/2012).

Diante do exposto, é necessário apontar que o acúmulo de informações nem sempre se transforma em construção de novos sentidos e significados para as coisas ou para as relações sociais, o que contribui para que o agir tenda a se efetivar de forma burocrática e com pouca autenticidade. A mudança desejada, em relação a sujeitos e organizações, depende, também, de rupturas com antigos sentidos e significados. Conforme Campos (2000), trabalhar com a reconstrução de sentidos e significados é condição necessária, mas não suficiente para sustentar processos de mudança.

Segundo esse mesmo autor, o coletivo deve se produzir com capacidade de análise e com potência para a ação. Para isso, faz-se necessário examinar e analisar a consistência do sistema de valores do coletivo, submetendo-o ao teste da realidade, para avaliar sua capacidade de explicação e sua potência para instrumentalizar a ação sobre esta mesma realidade.

Nesse sentido, o gestor necessita ter cuidado para organizar os espaços de encontro. Por ocupar um espaço que permite imprimir direcionalidade aos atos produtivos, o gestor, muitas vezes, acaba por dedicar a maior parte do tempo dos encontros com atividades que têm a pretensão do controle do trabalhador, em seus três elementos fundamentais (descritos na p.37) (CAMPOS, 2010), e com ações que visam à manutenção da organicidade funcional dos serviços (MERHY e CHAKKOUR,1997). Porém, deve-se levar em conta que a organização desses espaços necessita contemplar momentos de escuta e de discussão das situações cotidianas. Esses momentos constituem importantes oportunidades para se publicizar os processos de disputa vigentes, o que acaba por revelar as contratualidades que os trabalhadores estabelecem entre si e, conseqüentemente,

os ruídos que as forças instituintes provocam no cotidiano, as distintas modalidades de jogos de interesses e os caminhos alternativos para se superar tal situação.

Outra observação captada foi em relação à passividade por parte dos coordenadores das UBS, no que se refere ao aguardo de direcionamentos, pela diretoria, em relação a dados, metas e ao trabalho a ser desenvolvido, que são norteados por programas e ações prioritárias preconizadas pelo município. Esta postura demonstra o direcionamento de ações do nível central (de cima) para o local (para baixo), em uma perspectiva de tendência racional, com maior dispêndio de energia para igualar, padronizar e protocolar as práticas, em detrimento de ajudar a analisá-las e singularizá-las.

O apoio realizado por gestores que se posicionam em cargos de intermediação (gerentes – intermediários entre diretoria e coordenação de UBS; coordenadores – entre diretoria e profissionais das UBS) foi apontado, na maioria das vezes, como uma ponte entre os cargos hierárquicos, cuja função é ouvir as queixas, os problemas, as dúvidas e as dificuldades enfrentadas nas UBS e levar respostas, que, muitas vezes, eram também buscadas em outras diretorias e acabavam por gerar proposições de ações ou métodos a serem desenvolvidos no dia a dia do serviço.

A gente dá o apoio a alguma dúvidas. A gente leva a resposta, vai procurar em outras diretorias essa dificuldade que, as vezes, as unidades estão tendo em solucionar o problema. A gente faz esta ponte entre os outros serviços [...] (G05)

[...] Participo de reuniões, trago, quando participo de reuniões, trago as informações para os funcionários. Sou ponte (G13).

Assim, apesar de os gestores exteriorizarem, em sua fala, que compreendem a necessidade de mudanças no processo de trabalho em saúde, o fazer ainda é, algumas vezes, capturado e aprisionado pelo fazer hegemônico. Ficou evidente uma tendência em seguir um modelo de gerenciamento voltado à gestão clássica, tradicional, funcionalista, com captura do trabalho vivo por meio de protocolos e normatizações. Essa padronização demonstra, ao mesmo tempo, uma intencionalidade de controlar o processo produtivo e uma possibilidade de viabilizar o desenvolvimento de determinadas tarefas/ações de saúde. Merhy (1997) já apontava que esta padronização, como em uma linha de montagem de produto, não se aplica totalmente ao setor de saúde, pois, mesmo quando tem a intenção de alterar a lógica do trabalho, não o consegue, porque sua natureza é menos

estruturada, o que dificulta a captura do autogoverno do trabalhador, não cumprindo, assim, a missão de domesticar os modos de fazer.

Desse modo, não basta possuir uma receita para que ocorra a ação. Embora o controle de tecnologias para a realização de intervenções com a intenção de promover mudanças nos processos de trabalho seja um componente importante e básico para a constituição da caixa de ferramentas dos grupos envolvidos, não é o suficiente (MERHY, 1997). Há de se considerar que é o trabalhador que opera tais tecnologias e que este está inserido em um cenário de conflito de poderes, em meio a diferentes concepções, desejos, disputas de projetos e afetos despertados.

Apesar desse reconhecimento, Campos (2010) relata que ainda prevalecem os esforços para condicionar a rede produtiva em saúde a protocolos que definem padrões de condutas e comportamentos apropriados. Para o autor, estas características gerenciais estariam relacionadas à racionalidade gerencial hegemônica, uma vez que, embora se pautem no saber acumulado, com base em evidências, reduzem o sujeito do trabalho a um instrumento funcional e restringem a expressão de suas subjetividades, de seus valores e, até mesmo, de suas experiências prévias.

Portanto, alguns autores defendem que há necessidade de se buscar o enfrentamento desta captura do trabalho vivo em ato. Para Motta (2004), este enfrentamento está vinculado à capacidade de gestão.

A nosso ver, permanece a necessidade de fortalecimento dos coordenadores locais, em especial no que se refere ao rompimento do reforço das relações de dependência estabelecidas entre as instâncias gestoras. Tais relações de dependência, contribuem para a manutenção da transferência da responsabilidade dos problemas aos outros. Deve-se construir atributos e habilidades que gerem fortalecimentos para que eles mesmo busquem as respostas.

Nesse contexto, apoiado em Merhy (2002), este estudo relacionou a capacidade de gestão à capacidade de desenvolvimento de novos usos e à procura por alternativas criativas, para instrumentos conhecidos e disponíveis, e por novas possibilidades de ações instrumentais, considerando-se a alta complexidade, em termos qualitativos, das situações a serem enfrentadas. Dentre as alternativas, estão as que fazem uso da problematização, sob um processo dinâmico e permanente de publicização do autogoverno dos trabalhadores, pois estes são capazes de gerar

processos de libertação, a partir do rompimento da captura do trabalho vivo pelas forças instituídas do trabalho morto, cristalizados nos modos de trabalho vigentes.

Nesse sentido, também foi observada a presença de movimentos que se relacionam a práticas contra-hegemônicas, o que revela a existência de iniciativas em uma perspectiva de gestão contemporânea participativa.

Por outro lado, embora tenha ficado claro que detentores de cargos formais, como prefeito, secretários, chefes de pastas e assessores, possuem maiores poderes e são decisivos para a instituição de determinadas políticas municipais, pois podem dar direção e disponibilizar investimentos para se alcançar maior efetividade das ações, quando há uma necessidade emergente, os gestores buscam alternativas para que as ações aconteçam.

Quando a gente vê que precisa, a gente dá um jeito de fazer. Mas se o prefeito não quiser, ou se a secretaria não apoiar o projeto, as coisas não vão para frente. As ações são interrompidas e substituídas por outras[...] (G10).

Algumas vezes, nos encontros observados, também houve espaço para a exposição de anseios, angústias e problemas emergentes. Foi possível acompanhar um movimento que ensinava organizar uma reunião de forma a superar a influência das correntes teóricas do referencial estrutural funcionalista, exposto por Campos (2000). Nessas ocasiões, os gestores utilizavam a roda, dando abertura para que cada participante problematizasse situações vivenciadas na semana e no processo de trabalho e, a partir dessa troca de informações, realizava-se um planejamento coletivo, semelhante aos desenvolvidos no processo de educação permanente, nos moldes de oficinas. Estas atividades evidenciam arranjos de participação efetiva e de deliberação conjunta entre os sujeitos, em um processo de democratização institucional.

Em alguns dos espaços coletivos, foram observadas manifestações de disputa de projetos individuais e autogestão do trabalho.

Coordenadores deram exemplos das singularidades das ações de vacinação no cotidiano do seu serviço, em uma manifestação do desejo de permanecer executando as ações da mesma forma, em um movimento que ora me parecia resistência a mudança, ora medo do novo, ora crença de que as orientações mudariam, mas, na prática, o trabalho iria ser realizado da maneira que a equipe local julgasse correto (DC 27/11/2012).

Baduy (2010) afirma que há um tensionamento decorrente das constantes disputas de projetos de controle ou de produção para o coletivo dispositivo. Em

pesquisa realizada nesse mesmo município, o autor aponta que há um fato que é transversal em todo o processo de formação dos coletivos: a condução forte da Secretária tem a capacidade de abrir caminhos que apostam na produção de coletivos, condução esta capaz de dar potência ao processo, por criar um desequilíbrio no jogo a favor da produção de coletivos de gestão e do protagonismo do trabalhador, o que redundará na potencialização dos coletivos.

Observou-se que há intencionalidade da gestão, em especial, de alguns assessores e gerentes regionais, em proporcionar espaços capazes de “publicizar” a gestão, tornando os espaços coletivos uma rotina, em forma de: reuniões periódicas, semanais, entre os profissionais diretores, gerentes e assessores; reuniões mensais entre estes e coordenadores de UBS; reuniões, no máximo, trimestrais, entre gerentes regionais e coordenadores nas regiões; e reuniões com o NASF e com o colegiado do NASF. Apesar desta intencionalidade, o modelo diretivo, centralizado e informativo instituído se repete, não se firmando como instância colegiada.

Para além da elaboração de padronizações, alguns gestores acreditam que algumas necessidades movem os trabalhadores a buscar apoio e a dar maior visibilidade aos problemas vivenciados no cotidiano dos serviços. A equipe gestora pesquisada demonstra criar um movimento de busca para se antecipar no conhecimento das políticas de saúde, no cenário nacional e estadual, que possam auxiliar na resolutividade de tais problemas, apresentando-as, por meio de projetos, ao secretário de saúde, que aprova ou não as decisões, em um processo de negociação entre diretoria e secretário de saúde. Além disso, esses gestores procuram garantir espaços que valorizem o movimento que o trabalhador faz para por em prática aquilo que ele acredita, em busca por parcerias que apresentem afinidade de pensamento e efetivem laços mais estreitos no cotidiano dos serviços, em um desenho intersetorial de valorização das experiências de trabalho das UBS, considerando-as como subsídio para o exercício da função de apoio ou de cargos de coordenação ou gerência ou diretoria. Neste contexto, buscam ampliar as discussões sobre a necessidade de se pautar as ações a serem realizadas em um trabalho em equipe, a partir da organização de espaços coletivos que proporcionem decisões coletivas, na tentativa de abandonar práticas de decisão autoritárias por parte de chefias.

Procuro sempre me aproximar das pessoas que vivenciam os mesmos problemas da rede, buscamos parcerias para o trabalho intersetorial (G05)

São as vivências do cotidiano do serviço que me deram base para desempenhar meu papel atual de apoio na DAPS (G10)

Entre os profissionais desta equipe gestora, é presente a ideia de decisão coletiva por consenso.

[...]não adianta eu querer determinar porque se eles não comprarem a ideia ou se não for vontade da maioria [...] sou voto vencido. E eu respeitei, porque isso é respeitar o processo democrático, as discussões[...] o trabalho em rede é assim. Temos que buscar decisões coletivas e por consenso (G01).

Assim, as estratégias que propiciam a criação de espaços coletivos, com base em processos de negociação e busca por tomadas de decisão coletivas, vêm ao encontro do tão desejado aumento da democracia institucional, exposto por Campos (2000) como um objetivo a ser percorrido. Estes espaços coletivos possibilitam a explicitação de interesses divergentes, o que propicia um ambiente de negociação e, conseqüentemente, a construção de consensos, formalizados por compromissos e contratos, numa prática dialógica contra-hegemônica, em uma nova perspectiva de gestão. Por outro lado, este estudo assume a ideia, exposta por Silva e Vergara (2002), de que o consenso é uma utopia frente à complexidade do comportamento humano, desse modo, o consenso é entendido como uma linguagem negociada, ou seja, um texto, coletivamente, produzido e validado na ação do dia-a-dia .

Apesar do reconhecimento de aspectos ligados à subordinação e a sentimentos de frustração e culpabilização, há necessidade de se criar espaços coletivos que favoreçam momentos de encontro e que possibilitem a construção coletiva da produção no cotidiano, com escuta, diálogo e desenvolvimento de projetos coletivos e compartilhados. Além disso, é preciso reconhecer que o poder circula no encontro, que há diferentes graus de autonomia que operam nos coletivos, com disputas o tempo todo, e que, nas relações de poder, sempre há resistência.

Desse modo, nesta pesquisa, buscou-se analisar os modos de gerir operados no processo de implantação do NASF, compreendidos como estratégia com potencialidades para a efetivação de mudanças nos processos de trabalho e na produção do cuidado em saúde, que serão apresentados no capítulo a seguir.

5.4 – A implantação do NASF e a construção do processo de trabalho: atuação dos gestores

O NASF foi implantado, no município em estudo, após a aprovação de dez equipes, pelo MS, em 2008, e foi um dos pioneiros no estado do Paraná. O processo foi desencadeado pela participação de uma profissional do departamento de saúde mental da Secretaria de Saúde do Município em um congresso, o que possibilitou o conhecimento da intenção do MS para a criação de uma equipe multiprofissional. A equipe gestora acompanhou as tramitações e divulgações do MS, em especial, no Departamento de Atenção Básica (DAB), para iniciar a elaboração do projeto e para pleitear o programa.

Ela veio com essa novidade [...] a gente super se empolgou [...] Nós fomos acompanhando, todo dia entrava na DAB, no Ministério, para ver o que saía. No que saiu a portaria, a gente começou a escrever o projeto (G02).

A equipe relatou que, no início da implantação, havia muitas dúvidas sobre como iria se constituir o NASF e como seria desenvolvido seu trabalho. Os participantes da equipe referiram que não sabiam, ao certo, o que fazer, mas não compartilhavam do movimento que estava acontecendo em outros municípios, nos quais, as categorias profissionais a serem incorporadas no serviço, tais como nutricionista, fisioterapeuta etc., estavam sendo alocados em policlínicas. Tinha-se o desejo da presença desses profissionais nas equipes de UBS, o que pode ser relacionado a uma perspectiva de mudança nos processos de trabalho e na produção do cuidado.

No começo, a gente não sabia muito bem o que esperar. Mas a gente queria os profissionais. A gente sabia de municípios que criaram policlínicas, que colocaram os NASFs centralizados. A gente sempre quis o NASF na unidade de saúde da família. O profissional para estar atuando junto da comunidade (G02).

A aprovação do município no programa do MS foi recebida com festa. O NASF foi considerado uma conquista para a equipe gestora, que vê sua implantação como um processo em construção, cujos objetivos estão em processo de consolidação.

Não sabendo muito ao certo como fazer, mas sabendo que tinha que fazer algo (G11).

Houve manifestação de que as dificuldades e dúvidas referentes ao processo de trabalho, dessa nova equipe multiprofissional a ser implantada, eram

compartilhadas entre os gestores de diferentes municípios. Os gestores compreendiam que o NASF deveria desenvolver uma lógica de trabalho diferente das práticas vigentes exercidas pelos profissionais dos serviços, com distinção entre a clínica e o AM. As entrevistas confirmam que estas dúvidas ainda se mantêm presentes e são vistas com necessidade de superação.

A gente tinha participado de um congresso em Brasília na época. E a dúvida que a gente tinha eram as dúvidas que todo mundo tinha [...] Como vai se dar o trabalho? Como você vai ter dois tipos de profissionais dentro do mesmo serviço com lógicas diferentes? Uma é a clínica, o outro é esse matriciamento? O que é esse matriciamento? Então são algumas dificuldades que ainda não foram superadas (G04).

Embora os gestores utilizem o termo matriciamento, neste estudo, utiliza-se a expressão apoio matricial (AM).

Esta distinção, mencionada pelos gestores, entre a clínica e o AM, pode se relacionar com as duas dimensões de trabalho a serem realizadas de modo compartilhado e colaborativo, propostas pelo MS: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. A primeira “produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes” (BRASIL, 2014 p.17).

Desde a criação do NASF, sempre houve a intencionalidade de orientar e priorizar o processo de trabalho dessa equipe pelo referencial teórico-metodológico do AM. Atualmente, o AM é descrito como uma estratégia de organização do trabalho em saúde a partir da integração das equipes da ESF (vistas como equipes de referência para os usuários, com um perfil generalista de produção de cuidado, e envolvidas na atenção a situações e problemas comuns de um dado território) com equipes ou profissionais com núcleos de conhecimentos diferentes dos profissionais dessas equipes (BRASIL, 2014).

O AM é referido como uma ferramenta com potencialidades para instrumentalizar e apoiar o trabalho a ser desenvolvido pelas equipes de ESF, com auxílio, até o limite de suas possibilidades técnicas e estruturais, para a formulação/reformulação e execução de projetos terapêuticos singulares (PTS), individuais e coletivos, por meio da trocas de saberes e de articulações, de modo multidirecional, entre equipes e profissionais (OLIVEIRA, 2008). Com base no AM, pretende-se: ampliar a eficácia da atuação dos profissionais de saúde (CUNHA e CAMPOS, 2011); produzir relações mais horizontais entre diferentes áreas/projetos

e campos de conhecimento; potencializar o estabelecimento de relações de cooperação e corresponsabilidade; planejar ofertas embasadas nas necessidades de demanda advindas da relação do apoiador com a equipe; e desenvolver a integração dos diferentes pontos de apoio das redes de serviços (BERTUSSI, 2010).

Apesar das dúvidas quanto ao processo de trabalho, a equipe gestora tinha a incumbência de definir quais seriam os profissionais que comporiam as equipes. Dentro de uma gama de profissionais propostos pelo MS, a escolha dos mesmos fundamentou-se nos indicadores a serem melhorados no município, que foram elencados pela equipe gestora com base em critérios de priorização. As escolhas foram feitas. Dentre elas, um dos indicadores escolhidos se relacionava à *questão cardiovascular (G02)*, o que levou a equipe a optar pela inserção do educador físico e do nutricionista. Provavelmente, esta escolha se deu por acreditarem que estes eram os profissionais que mais se relacionavam com o trabalho focado na prevenção e promoção da saúde. Outra escolha foi realizada frente ao fato da saúde mental ser considerada como uma das fragilidades do município. Assim, optou-se pela inserção do psicólogo.

Pensamos nos indicadores [...] A gente queria mudar um pouco esse indicador [...] Pensamos em psicólogos, nutricionistas, educador físico basicamente por causa das doenças cardiovasculares e [...] na saúde mental que é uma coisa que tem uma fragilidade muito grande no município (G02).

Com relação à escolha dos outros profissionais, em especial, do assistente social: *Ficamos em um conflito muito grande com a assistente social, se entrava ou não, mas a gente tinha que escolher, tinha que priorizar (G02)*. Apesar de reconhecerem a necessidade deste profissional na rede de assistência, fizeram a opção pelo farmacêutico e pelo fisioterapeuta. Com relação à escolha do farmacêutico, já havia no município discussões e iniciativas sobre a inserção desta categoria profissional nas UBS, assim, viu-se a possibilidade de concretização desses anseios. Com relação ao fisioterapeuta, esta categoria já estava na rede de serviços, desse modo, apenas foi incorporada ao programa.

Assim, o município desenvolveu seu próprio critério de escolha dos profissionais que comporiam as equipes, em um processo de discussão coletiva entre os gestores. No caso do estudo, baseou-se em indicadores e práticas já iniciadas. Tal autonomia de escolha dos profissionais está de acordo com o proposto pela Portaria GM nº2488, que define os 19 profissionais que podem compor o NASF

e estabelece que a composição das equipes fica a cargo dos gestores municipais, conforme os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. Confere-se, assim, autonomia na escolha (BRASIL, 2011).

A dificuldade na escolha também foi observada em outros municípios. No estudo de Silva *et al* (2012), foi destacado que o grupo que se reuniu, em oficinas, para a discussão da constituição do NASF, na zona oeste de São Paulo (SP), enfrentou muitas dificuldades para propor sua composição e o número de profissionais de cada área, sobretudo quando se tratava de profissionais não médicos. Utilizaram-se, então, das experiências de AM de equipe médica para estabelecer o número de profissionais médicos para cada UBS (3 médicos/UBS), mas não houve referência para os outros profissionais. Discute-se que a formação da equipe deveria estar relacionada às reais necessidades de saúde do território e se estruturar a partir das exigências dos usuários.

Na prática, através de trocas de experiências em fóruns de discussão sobre o NASF e oficinas de implantação das equipes em SP, observou-se que, apesar de algumas experiências terem levado em conta alguns indicadores, pouco se discutiu sobre as reais necessidades de saúde em relação às equipes a serem apoiadas, e a escolha dos profissionais pareceu estar atrelada à falta de serviços especializados na rede de assistência dos municípios.

Além da escolha dos profissionais, no início do processo de implantação, a equipe gestora manifestou o desejo de ter equipes NASF para atender a todas as UBS, em todas as regiões do município. No entanto, na zona rural, houve dificuldades: *vimos que não foi uma experiência muito exitosa pela logística de transporte. Os profissionais mal atendiam e já voltavam. E não tinha muito impacto lá para as equipes (G02)*. Desta forma, as equipes foram centralizadas na zona urbana.

As ações e discussões iniciais sobre o processo de trabalho do NASF foram norteadas pela portaria de criação do NASF (BRASIL, 2008). Após leituras e discussões, a equipe gestora definiu que o profissional do NASF não atuaria, ativa e diretamente, com os usuários dos serviços, demonstrando consonância com a função de apoio às equipes de saúde da família, proposta pelo documento: *Definimos, no início, que o profissional do NASF não seria um profissional ativo na área de abrangência para atender diretamente o público (G02)*.

Houve a interpretação de que o NASF faria apenas o AM e o atendimento coletivo. Esta interpretação norteou, inicialmente, o trabalho. No entanto, ocorreram vários conflitos durante o processo de implantação, em um movimento de idas e vindas para se buscar um equilíbrio entre o que norteava a portaria e o desejo da equipe da UBS. O processo foi se construindo a partir de discussões com as coordenadoras das UBS, em especial, sobre o AM, numa tentativa de mediação entre o que estava sendo oferecido - apoio de uma equipe multiprofissional, e o desejo e a expectativa do trabalho dos profissionais - atendimento da demanda clínica especializada na UBS.

Vários conflitos! No começo, quando a gente leu a portaria, a gente entendeu que eles só faziam o matriciamento e atendimento coletivo. Era um pecado fazer consulta individual (G02).

Falávamos muito em matriciamento, que é uma coisa que até hoje nós não conseguimos ainda fazer (G03).

Com base no referencial teórico descrito (FRANCO, 2003; MERHY, 2002), os trabalhadores, ao realizarem o trabalho em ato, deparam-se com situações geradoras de conflitos, que fazem emergir as contradições existentes no modelo de trabalho instituído, despertando a necessidade de criação de alternativas ao trabalho cristalizado nas ações cotidianas. Neste caso, a implantação do NASF, o conflito se estabelecia na relação entre as ações cotidianas de atendimento clínico, especializado e individualizado, e o trabalho compartilhado em equipe multiprofissional, com base em apoios a equipes de referência e ao atendimento coletivo.

É notório que há desafios para se trabalhar a interdisciplinaridade e as práticas compartilhadas, portanto, é evidente a necessidade de ampliação das discussões entre os profissionais de diferentes campos do conhecimento e de seu avanço, pois, de modo geral, a formação dos profissionais de saúde favorece ações individualizadas e especializadas. Assim, discute-se a importância de se tomar cuidado para que as consultas individuais, enquanto ação do NASF, não assumam o papel da atenção secundária (SILVA *et al*, 2012) e não contribuam para a condução do funcionamento equivocado do NASF, enquanto substituição dos serviços que faltam na rede de assistência, na tentativa de responder à demanda da população (CUNHA, 2011).

Para deflagrar o processo de implantação das equipes, após a definição de sua composição, os gestores realizaram oficinas com as coordenadoras das UBS,

por região, para a apresentação e discussão do projeto enviado e aprovado pelo Ministério da Saúde. Estas oficinas proporcionaram momentos de discussões sobre o AM e o modo de atuação dos profissionais do NASF. Além das oficinas, houve diversos momentos de aproximação:

1) realização de visitas às UBS e apresentação da proposta do NASF; 2) discussões sobre os locais para alocação das equipes NASF e sobre o papel esperado por cada profissional; 3) encontros na UBS para sensibilização das equipes quanto a importância do NASF e informações sobre os papéis a priori definidos; 4) capacitações para os profissionais do NASF, utilizando como estratégia oficinas para apresentação do serviço e dos papéis esperados; 5) participação das primeiras avaliações e acompanhamento das equipes implantadas (G04).

Baduy (2010) relata, em pesquisa realizada no mesmo município, que as oficinas para discussão, no início da implantação das equipes de NASF, foram realizadas em 52 USF, coordenadas pelos assessores técnicos e coordenadores das USF. Todas as equipes das UBS participaram das discussões a respeito do processo de trabalho do NASF e do AM, da forma de acolhimento dos novos profissionais nas equipes e do modo como iriam trabalhar. A estratégia utilizada nas oficinas foi a de problematização.

Houve discussão sobre o processo de trabalho das equipes e sobre o modo de estruturação do trabalho em cada unidade. Considerou-se que não haveria agendamento de consulta individual para cada profissional, nos moldes do tradicional modelo de consultas médicas. Houve um evento para recepcionar os novos profissionais contratados, onde foram apresentados: o projeto do NASF no município em estudo, a concepção de AM e uma experiência de trabalho dos residentes multiprofissionais, desenvolvida em uma UBS do município (BADUY, 2010).

Houve um processo descontínuo na realização das oficinas de discussão do processo de trabalho do NASF. Alguns gestores relataram que *elas ocorreram no início da implantação, houve uma pausa na sua prática, e atualmente estamos retomando as discussões (G09).*

Na trajetória de implantação do NASF, outro fator de grande influência foi o processo de contratação das equipes. Os gestores relataram que ocorreram várias quebras no processo, decorrentes de problemas relacionados à mudança de empresas que contratavam os profissionais das equipes. Este fato ocasionou muitas trocas, apontadas como uma das principais dificuldades no processo.

Existiram três momentos distintos de contratação de equipes: 1. Contratação das equipes pelo município; 2. Contratação por empresas terceirizadas, com sucessivas trocas de parceiros; 3. Retomada do processo de gestão pelo município: *Tivemos a primeira equipe implantada, depois houve nova contratação pelo parceiro e depois que reassumimos a gestão, tiveram demissões e novas contratações (G01).*

Além das dificuldades relacionadas à contratação, de acordo com diretores, assessores e gerentes, houve resistência, por parte dos coordenadores das UBS, em assumir e aceitar o trabalho multiprofissional da equipe NASF, como também de estar à frente da gestão e da coordenação do seu processo de trabalho. Alguns coordenadores não aceitavam que todos os profissionais do NASF estivessem na mesma UBS, nos mesmos dias. Eles consideravam desperdício de verba pública a realização de ações que envolviam vários profissionais em um mesmo momento. Frente a este cenário, a equipe gestora procurou fazer várias aproximações com os coordenadores para discutir, mediar, negociar e apoiar o direcionamento dos trabalhos.

A gente foi sentindo, foi se aproximando. As coordenações falavam: ah não, não quero! Teve coordenador que falava: eu não preciso de NASF, eu não quero NASF, os caras estão na rua, estão fazendo grupinho [...] E na época que iam todos juntos para o mesmo grupo, os coordenadores falavam: não, é muito dinheiro público sendo investido numa ação só (G02).

Como os profissionais não eram de uma única unidade, eu percebi que muitas coordenações não achavam que o NASF estava sob sua coordenação (G07).

Essa resistência dos coordenadores ao *modus operandi* do NASF, ao AM e à responsabilidade de assumir a gestão desse processo pode estar relacionada ao modo ainda hegemônico de formação e de funcionamento dos serviços de saúde, voltado mais para o atendimento individual, curativo, e nucleado pelo profissional médico. Além disso, pode, também, estar ligada aos desejos de atendimento da demanda clínica.

Como já visto, a resistência está, intrinsecamente, ligada aos esforços realizados nos processos de mudança, especialmente, por alterar o *status quo*. Ela é vista como um fenômeno multifacetado, que pode ser minimizado ou agravado dependendo da postura dos sujeitos envolvidos. Pode ainda, estar relacionada a insuficiente caixa de ferramentas dos profissionais para lidar com distintos problemas e diferentes situações. Assim, é fundamental que a resistência seja

identificada pelos gestores, que devem realizar uma análise das principais causas e buscar, coletivamente, metodologias criativas para poderem lidar com elas.

Dentre as fontes de resistência destacadas por Kotter e Schlesinger (1994), existe a possibilidade de associar as resistências apresentadas pelos coordenadores à falta de confiança e entendimento da mudança e de suas implicações e à crença de que a mudança não faz sentido para os serviços. Esta associação pode ser pensada, uma vez que os coordenadores estão inseridos em uma realidade que clama por medidas urgentes de melhoria da assistência clínica e a demanda grita à porta das UBS.

Você olha que esse modelo que é centrado, só corre atrás do prejuízo depois que ele já se instalou depois que se está doente. Aí a gente diz que vai fazer prevenção, mas a gente só cuida de quem está doente porque quem procura a unidade ainda é quem está doente (G06).

É sabido, como apresenta Merhy (2002), que qualquer possibilidade de mudança, no âmbito do trabalho, encontra, como parte de seus desafios, mexer com as cabeças, ou seja, com interesses e formas de representação dos trabalhadores e com forças que atuam, molecularmente, no interior dos processos micropolíticos. Este espaço, que constitui um lócus de disputas de interesses pessoais dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários, é citado, por um dos assessores, como um campo de batalha.

Como eu falo, é um campo de batalha ali. São os interesses pessoais [...] A coordenadora disputa, o trabalhador disputa, o usuário disputa, todo mundo disputa [...] Carregado de crenças, costumes, desejos, necessidades (G02).

Com relação ao espaço ocupado durante o processo de implantação das equipes de NASF, grande parte dos diretores, assessores e gerentes estava em cargos de coordenação de UBS. Apenas um gestor relatou não ter participado desses momentos, pois faz parte do processo há pouco tempo e ainda encontra dificuldade para entender a proposta de apoio da nova equipe. Quanto às coordenadoras, algumas relataram que o contato se deu quando a primeira equipe foi contratada e instituída, e outras, quando assumiram a coordenação das UBS.

Eu fui vivenciar o NASF mesmo em 2012, com muita dificuldade de entender o processo do NASF. Comecei a pensar: será que sou só eu que tenho essa dificuldade? Eu comecei a perceber que não era só minha a dificuldade, que era uma dificuldade de todo mundo entender o processo de estruturação do trabalho (G09).

Dessa forma, alguns profissionais entraram em contato com o NASF somente após o período da deflagração do processo. Estes sentiram-se meio perdidos, pois não compreendiam a proposta, assim, havia necessidade de maior aproximação e vivência com o processo. Além disso, devido à instabilidade dos contratos e à precariedade dos vínculos, ocorreram muitas chegadas e saídas de trabalhadores. A gestão, nessas situações, precisa deflagrar, acompanhar e disponibilizar estratégias para os novos trabalhadores.

Dentre os profissionais que ocupavam o cargo de coordenação durante esta pesquisa, houve divergência quanto à compreensão da implantação do NASF. Uns consideraram como implantação somente a instituição das equipes nas UBS, enquanto, para outros, o NASF ainda está em processo de implantação. Estes últimos reforçaram que, assim como na implantação do PSF, quando se trata de processos novos, não há definições claras dos papéis a serem desempenhados e de como deve ser realizado o trabalho.

Quando eu assumi a coordenação o NASF já estava implantado (G14). Como foi tudo muito novo, igual quando foi implantado o PSF, as pessoas não tinham muito ainda a noção do que era função de cada um, como desenvolver trabalho. Realmente, um processo ainda de implantação (G15).

Na fala dos gestores, esteve presente a comparação da implantação do NASF à implantação do PSF, em especial, por ambas se apresentarem como um desafio. Dentre os motivos elencados destacam-se: a não existência de “receita pronta”, a inserção de um número pequeno de profissionais frente à rede de serviços existentes, a deficitária formação dos profissionais de saúde para o trabalho na AB e a necessidade de conquista de espaço pelos profissionais. Em relação a esta conquista, os profissionais foram responsabilizados por mostrar a importância de sua categoria profissional e por promover sua consolidação.

É difícil a implantação porque assim como o PSF não tem receita pronta (G07, G10).

O enfermeiro, quando começou, era um enfermeiro para 5 unidades de saúde. Hoje, a gente tem até 4 enfermeiros por unidade de saúde [...] A questão da fisioterapia na unidade de saúde foi um caminho muito suado, foi aberto por poucas profissionais de fisioterapia, para, hoje, a gente ter 1 profissional pelo menos por unidade de saúde. [...] Mas tem que fazer com que a categoria tenha um espaço [...] a categoria tem que se estabilizar, tem que mostrar a importância e consolidar (G05).

[...] Nós, enfermeiros, nós tínhamos que nos aproximar muito da atenção básica. Aprendemos a atenção básica na marra, ali, com o programa saúde da família (G07)

Assim, a implantação do PSF/ESF e do NASF assemelham-se por ambas serem estratégias potentes para alcançar a horizontalidade, o vínculo e a corresponsabilidade nas ações com os usuários dos serviços e por se apoiarem em uma proposta de trabalho baseada em uma equipe multiprofissional, pautada em planejamento local e no rompimento da lógica biomédico-curativo-medicalizada, com enfoque em ações educativas e intersetoriais. Essas ações fazem valer os princípios da integralidade na atenção, como exposto nos documentos ministeriais (BRASIL, 2007).

Essas estratégias ressignificam o papel do usuário no cenário dos serviços de saúde, pois, conforme Moretti-Pires (2012), se relacionam ao fato de poder atribuir ao usuário uma importância que difere do enfoque tradicional e biomédico, segundo o qual este é apenas o paciente passivo na procura pelos serviços que os profissionais oferecem, como conhecedores do processo saúde/doença em suas fragmentadas especialidades.

Segundo Vasconcelos (1998), desde 1996 (há 17 anos), em documentos preliminares do PSF, já se colocava que este não deveria se constituir como um modelo simplificado, que dividisse a população em fatias (mulher e criança). Já se considerava a necessidade da integralidade, como articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. A respeito disso, Vanderlei e Almeida (2007) reforçam a ideia de que a ESF foi criada para ser uma proposta de mudança, com foco na atenção, não mais centrada, exclusivamente, no indivíduo e na doença, mas no coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação.

De modo geral, alguns assessores e gerentes indicaram um processo de busca por esse caminho de fortalecimento da produção do cuidado, centrada no usuário e pautada não apenas no acesso e no atendimento cordial e de qualidade, mas na melhoria da qualidade de vida. Apesar disso, é presente entre os coordenadores das UBS um maior investimento de esforços em práticas centradas nos “deveres a cumprir”, pactuadas e padronizadas com base nos programas prioritários do município. Talvez este investimento esteja relacionado ao espaço ocupado, por estar mais próximo da resolução dos problemas apresentados pela demanda nas UBS.

Tudo isso que a gente está discutindo aqui tem um objetivo final, apesar de algumas pessoas não quererem e colocar de lado, é o usuário. Tudo que a gente propõe na verdade não é a satisfação por ter sido bem atendido, ser

cordial pelo atendimento, mas sim para que a população tenha qualidade de vida (G02).

Nesse contexto, percebe-se que, para atingir as metas desejadas, a equipe gestora se mostrou atuante no modo de interpretar e assumir a proposta de criação do NASF. Ela operou na deflagração e no acompanhamento do processo de mudança, mas também buscou alternativas para a sustentação do mesmo. Embora a equipe gestora tenha se revelado com estrutura hierarquizada, foram incluídos todos os gestores no processo, por meio das oficinas, numa tentativa de construção coletiva, apesar de sua descontinuidade. Além disso, houve esforços voltados às ações políticas para a desprecarização dos vínculos de trabalho, em especial, em relação às novas contratações de profissionais e à manutenção das equipes.

Para os gestores participantes desta pesquisa, a implantação e a construção do processo de trabalho do NASF foram compreendidos como ações em desenvolvimento pois os objetivos desejados estão em fase de apropriação e consolidação.

Percebo como uma construção. Não chegamos aonde queremos, mas estamos caminhando para tal (G11).

A construção do trabalho das equipes de NASF foi destacada pelos diretores, assessores e gerentes como um *processo embrionário (G01), tumultuado (G04), que necessita de fortalecimento e consolidação (G06)*, que, inicialmente, foi visto como *um grupo à parte da ESF (G01, G03)* e, posteriormente, como algo importante para ser incorporado. A partir de então, considerou-se que a incorporação do NASF seria um incentivo ao melhor desempenho das equipes da ESF, bem como, uma *aliada às relações de trabalho, como apoio nas discussões de caso e na formação em serviço de profissionais (G04)*, ou seja, uma contribuição para a ampliação e diferenciação dos olhares em direção aos problemas e às necessidades de saúde.

Foi observado que há convivência de diferentes concepções e desejos relacionados ao trabalho do NASF. Os gestores consideraram que *os profissionais do NASF são profissionais inteligentes e caros para o município (G01, G12)*, e que há necessidade de *otimizar e aproveitar o seu trabalho da melhor forma possível (G12)*. Alguns deles expuseram que o NASF tem a capacidade de *contribuir com tecnologias de inovação (G01)*, de *provocar mudanças no processo de trabalho da ESF (G14)* e de incorporar *novos saberes específicos (G02)*, advindos da inserção de outras categorias profissionais. Considerou-se que, atualmente, na rede de

serviços ofertados pelo município, *esse grupo tem a maior ferramenta de promoção da saúde e prevenção das doenças (G01).*

As potencialidades apontadas pelos gestores convivem com a existência de disputas de desejos com relação ao trabalho a ser desenvolvido: um grupo de gestores almeja uma equipe que priorize a realização do AM (grande parte dos gerentes e assessores), e outro, o auxílio especializado para a demanda da UBS (grande parte dos coordenadores de UBS).

São profissionais inteligentes demais , são profissionais [...] caros, e a gente tem que aproveitar de melhor maneira possível, vamos otimizar. Eu não quero explorar, mas eu também não quero ser só mais um, eu quero fazer diferença (G12).

Eles não tinham espaço, porque as próprias enfermeiras ou a própria equipe não entendia o trabalho. [...] A ideia da equipe foi: vamos usar eles para ajudar a gente aqui na nossa demanda. E não entendiam o NASF enquanto apoiadores (G07).

Há de se reconhecer que essa disputa de desejos e projetos acontece o tempo todo, como discutido anteriormente. Com relação ao tipo de projeto de trabalho que deveria ser realizado pelo NASF, acredita-se que tal discussão deve se pautar nas necessidades do território, articuladas às atividades desenvolvidas e/ou planejadas pelas equipes da ESF. De forma a não engessar as ações a serem desempenhadas, o NASF precisa ter autonomia para articular com as equipes as prioridades e a maneira de atuação, como apontam Silva *et al* (2012).

Frente ao exposto, é evidente que, em processos de mudança, diferentes aproximações são necessárias. Deve-se considerar que o processo é complexo, permeado por distintos interesses, representações e relações de poder. e que alterações no mesmo podem ser percebidas como uma ameaça ao que já está estabelecido e acomodado. Assim, uma nova proposta abala uma organização já estruturada, e, como aponta Rosa (2003), isso pode despertar, nos sujeitos, sentimentos de medo e intranquilidade.

Neste estudo, a implantação do NASF é compreendida como uma ação que embute potencialidades para a produção de mudanças. A compreensão da proposta, a realização das oficinas, no início da implantação, e as diversas aproximações dos gestores, oficialmente, deflagraram o processo de mudança. Entretanto, não se pode considerar que as oficinas e as discussões, por si só, possibilitem mudanças nas práticas vigentes, especialmente quando ocorrem de maneira pontual e descontínua no processo. Por melhor que se estabeleça o

momento do encontro, não há garantias de que a vivência das oficinas e as discussões mudem os modos de operar as práticas no cotidiano, mesmo que se deseje muito tal mudança.

Para iniciar um processo de mudança, é preciso que os profissionais sintam a necessidade da mudança, ou seja, como apontam Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006), é necessário que estes percebam falhas e sintam incômodos e insatisfação com as práticas vigentes. Tal insatisfação só pode ser percebida a partir da vivência e da reflexão sobre as práticas do trabalho. Além de sentirem a necessidade de mudanças, é preciso que os trabalhadores as insiram em seus projetos a serem disputados no cotidiano dos serviços e busquem, coletivamente, criar dispositivos capazes de gerar impacto nas práticas a serem mudadas.

5.5 – A implementação do processo de trabalho do NASF e as concepções de apoio matricial

Algumas concepções de AM permearam o processo de implementação do NASF observadas ao longo desta pesquisa. A aproximação e o conhecimento do AM foi relacionado como ferramenta para o processo de trabalho do NASF.

O AM foi considerado, pela grande maioria dos gestores, uma ferramenta necessária, *a ser apropriada por todos os profissionais dos serviços de saúde (G04)*. Foi destacado, pelos diretores e assessores, que, com a chegada do NASF, houve um movimento de, primeiramente, trabalhar o entendimento e a apropriação dessa ferramenta pelos novos profissionais, por meio de discussões e capacitações, para, posteriormente, com o apoio dos profissionais do NASF e acompanhamento dos gerentes, disseminá-la aos demais profissionais das UBS.

O matriciamento veio com o NASF, mas ele não é exclusivo do NASF (G05).

O matriciamento tem que atingir todo mundo. Se ele tá atingindo hoje eu não tenho clareza ainda. [...] Nesse processo de construção, a gente está dando muito mais o conhecimento ao NASF primeiro, para depois [...] junto com os gerentes regionais estar observando como é que está esse disseminar nas unidades (G01).

Observou-se que há uma convivência de múltiplas concepções de AM entre os gestores participantes desta pesquisa. Alguns gestores apresentaram o AM como uma ferramenta de sociabilização do saber; outros, como um espaço ou uma matriz

que detém o conhecimento e é capaz de publicizá-lo, de modo a proporcionar novos olhares à equipe e conferir uma possibilidade de ampliação do escopo das ações, conforme preconizado pela portaria de implantação do NASF; além disso, foi apontado, também, como um instrumento com capacidade para se tornar uma ferramenta de gestão do cuidado.

[...] eu sempre tive que é uma matriz, que detém o conhecimento, e ela consegue publicizar isso, socializar isso[...] Cada um tem o seu conhecimento específico, e o torna público para os demais que não tem tanto este conhecimento[...] Eu vejo como uma ferramenta de gestão do cuidado[...] ajuda a empoderar a equipe no cuidado(G02.)

[...] É a capacidade [...] de promover junto a outros a disseminação do saber. [...] No matriciamento o profissional não executa a sua ação para ele, não é como um psicólogo fazer uma consulta de psicologia com seu cliente dentro de uma sala [...] no momento que esse profissional se junta a um grupo de outros profissionais [...] e ele transmite o saber dele, ele possibilita também essas pessoas interferirem no processo de saúde de um determinado cliente, e ele faz o matriciamento do cuidado (G01)

[...] É essa possibilidade que a gente tem dos profissionais disseminarem dentro dos locais de trabalho os diferentes saberes e que isso vai ampliando o cuidado, vai melhorando o cuidado [...] (G03)

Uma ferramenta para o cuidado integral (G04)

Entre os diretores e assessores, ora o AM foi relacionado à capacitação, no sentido de propiciar o empoderamento da equipe por meio da disseminação do saber de um profissional especialista, ora à educação permanente, que se refere ao processo de compartilhamento e socialização de saberes e práticas, discutidas e problematizadas no cotidiano dos serviços. Foi apresentada, também, a ideia de AM formal, como acontece, por exemplo, em espaços de reuniões para discussão de casos ou em encontros temáticos, e informal, que ocorre nos diversos momentos de encontros, em outros espaços não institucionais, como o corredor.

Você tem com quem dividir. O matriciamento empodera a equipe. Proporciona discussão e problematiza o cotidiano. [...] nem precisa ter hora e data marcada, ela acontece no corredor de uma unidade, o matriciamento acontece o tempo inteiro. Como a educação permanente acontece o tempo inteiro (G02)

Capacitar, repassar conhecimento, dar condições a outro de exercer uma orientação de um conhecimento que ela não tinha, que ela adquiriu (G03).

[...] São algumas orientações recebidas por exemplo pelo auxiliar pelo psicólogo, que não tem um matriciamento formal, mas são orientações que o funcionário é capacitado no corredor (G03).

Ele deveria acontecer no cotidiano do serviço e não apenas em momentos formais, e que ele poderia deixar de acontecer se ficasse na dependência somente do espaço formal (G11- DC 05/10/2012).

[...] realizado no dia a dia, no café, as vezes no corredor, em um atendimento conjunto com outro profissional [...] (G04)

As capacitações, geralmente são baseadas em transmissão de conhecimentos e quando trabalhadas de forma descontextualizadas da realidade do cotidiano dos serviços, não se mostram eficazes na incorporação de novos princípios e conceitos a práticas estabelecidas. A nosso ver, é necessário refletir a prática no território a ser assistido, problematizar as situações, reavaliar as concepções e propor de forma criativa novas alternativas, aproximando a realidade da educação e a do trabalho, como propõe a Educação Permanente em Saúde (EPS). Pois esta, por sua vez, considerada a orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde.

Os gerentes apresentaram concepções de AM bem próximas às dos diretores e assessores. Estes reconheceram que, na prática cotidiana, já se realizava AM antes da implantação do NASF, mas há necessidade de se consolidar e sedimentar tal ferramenta, com a intensificação de seu uso, por meio da garantia de espaços para que o mesmo aconteça, e da ampliação da compreensão por parte dos coordenadores de UBS, uma vez que se atribui a estes profissionais a responsabilidade de propiciar momentos de encontro e o uso efetivo do AM.

A gente não sabia do nome matriciamento, mas esta prática de compartilhar o que a gente sabe com o outro sempre aconteceu no serviço(G06)

É estar discutindo junto à equipe, todas as situações das quais precisam ser trabalhadas ali naquele local e naquela comunidade. É fortalecer a equipe em determinada situação pra tentar resolver ou minimizar as situações que aparecem. [...] Estar se apropriando de um conhecimento do qual eu não tinha manejo, para que eu possa começar a apontar caminhos os quais eu desconhecia. [...] Que com a conversa com um outro profissional eu possa direcionar aquele usuário melhor (G04).

Compete ao coordenador da UBS o domínio do matriciamento e a responsabilidade que ele aconteça (G01).

De certa forma, a implantação do NASF possibilitou o despertar para a necessidade de se trabalhar com o AM. Além disso, mobilizou a reflexão dos gestores sobre esta ferramenta e seus possíveis usos anteriores ao NASF.

A respeito da garantia de espaços, Bertussi (2010) aponta que, no desenvolvimento do AM, ao se assegurar espaços coletivos protegidos, permite-se o estabelecimento de uma relação entre sujeitos, com distintos saberes, valores e papéis, o que possibilita ao apoiador a busca pela construção de projetos de intervenção de maneira compartilhada. Esta construção propicia tanto a oferta

originária de seu núcleo de conhecimento quanto a incorporação de demandas trazidas pelo outro, em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo, o que acaba por gerar momentos de discussão que permitem a interação das diferenças.

Assim, para além da caracterização da formalidade ou não dos espaços, deve-se reconhecer que são diversas as possibilidades de espaços potenciais para que o AM aconteça. Merhy (2006) salienta que há diversas possibilidades de se fazer análises que vão além da superficialidade ou unilateralidade da realidade e das situações produzidas. A ampliação dos olhares pode ocorrer em espaços formais ou não, em espaços públicos ou privados, como praças e rodas dos serviços de saúde, sem a necessidade de momentos específicos para que o apoio aconteça.

Cunha e Campos (2011) reforçam esta ideia e apresentam a existência de diferentes possibilidades de espaços e de formas de realizar o apoio, entre eles: ações que podem ser executadas durante a realização de um atendimento conjunto entre diferentes profissionais; participação em discussões de projetos terapêuticos e de temas prevalentes no território; análises para levantar estratégias para lidar com a demanda reprimida e com encaminhamentos; e, até mesmo, a simples disponibilidade de contatos telefônicos para discutir urgências ou acompanhamento de casos.

Em relação à concepção do AM, entre os coordenadores, esta parece não diferir da concepção de reunião de equipe da ESF, pois foi apresentada como uma reunião de equipe multiprofissional para: discutir casos; resolver problemas; buscar ganchos e novos caminhos consensuais de atuação; planejar ações de educação permanente; ouvir opiniões para a efetivação de encaminhamentos, divisão de tarefas e responsabilidade e para o estabelecimento de fluxos e prazos; e discutir sobre a capacitação para atuar frente a novos fluxos e rotinas. Assim, os coordenadores identificam o AM como um espaço para resolver demandas sobre especialidades. O diferencial seria apenas a incorporação de novas categorias profissionais, cada qual em sua área, seguindo, assim, o mesmo modelo de “passagem de casos”, decisão de possíveis encaminhamentos e busca por referências. Por outro lado, é visto também como um grupo de profissionais que atua em conjunto para verificar todas as possibilidades para o desenvolvimento de um trabalho mais abrangente, para o qual é preciso qualificar as pessoas.

A gente faz a reunião de matriciamento [...] Existe casos muito complexos que [...] não é só a enfermeira, não é só o médico que vai conseguir resolver, então de repente a gente precisa do fisioterapeuta, a gente precisa da nutricionista[...] nós discutimos os casos em um contexto, tenta entrar em um consenso, e acha junto um começo (...)(G12).

O que eu penso do matriciamento é [...] você escolhe um problema e você organiza o que você pode estar fazendo com aquele problema (G13).

Um grupo de pessoas que vão trabalhar juntas para uma determinada coisa [...]por exemplo: eu como enfermeira vou trabalhar a parte de educação, eu vou juntar com uma outra enfermeira ou com um outro profissional de outra categoria e vou estar verificando quais são todas as possibilidades para estar desenvolvendo aquele trabalho, na minha visão o matriciamento é isso. É você juntar outros profissionais para trabalhar de uma forma mais abrangente, e estar assim qualificando as pessoas pra estar trabalha junto também, [...] uma qualificação para um determinado tipo de serviço [...]a gente fez uma organização do fluxo de atendimento e a gente passou para todo mundo, então também é uma forma de matriciamento. De estar definindo com todos os funcionários esse tipo de tarefa (G14).

Para esses gestores, as concepções de AM se relacionam à ideia de nutricaoento exposta por Bertussi (2010), segundo a qual, o matriciamento dá lugar ao nutricaoento, ou seja, nutre-se a prática de outros com elementos da especialidade profissional. Assim, abre-se a possibilidade da reprodução de relações verticalizadas, o que vai na contramão da intenção da proposta do AM de mudar a posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio. A este respeito, Campos e Domitti (2007) relatam que o AM tem a intenção de superar a perspectiva de hierarquização, de autoridade, de verticalização e de transferência de responsabilidades. O apoio deve se configurar como uma metodologia capaz de operar uma relação horizontal mediante várias linhas de transversalidade.

Além das concepções apresentadas, algumas contribuições para o desenvolvimento do AM foram relatadas. Os diretores, assessores e gerentes afirmaram que as ações (desenvolvidas) se relacionaram ao *oferecimento de apoio para privilegiar e resguardar a agenda nas UBS (G02)*, com a garantia de que a UBS reservasse um espaço para que as equipes pudessem se reunir (G04), considerando como *papel do gestor local a legitimação deste espaço (G01)*.

Foi relatado que a dificuldade em garantir agenda para propiciar o encontro está ligada às *concepções dos trabalhadores da UBS(G02)*, uma vez que *a gestão central dá liberdade, mas eles não entendem que é importante(G02)*. Afirmaram também que, além da promoção de novos momentos de encontro, é precioso estimular a equipe a buscar e *se apropriar de espaços já existentes (G04)*.

Uma vez que, entre os coordenadores, o AM é utilizado como momento para reunião da equipe multiprofissional, formada por diversas categorias profissionais, sua contribuição foi assim apontada: estímulo para a participação e motivação para o encontro, mesmo que, em alguns momentos, seja necessário impor.

Meu papel é estimular eles para estar participando do matriciamento [...] em alguns momentos, a gente teve que mandar, ordenar, obrigar a participar [...] Sendo que é uma coisa que deveria todo mundo estar participando sem estar obrigando (G13).

Diante do exposto, é indiscutível que há necessidade de avanços sobre a compreensão do AM, em especial, por parte dos coordenadores das UBS, e de um maior envolvimento para o uso desta ferramenta, uma vez que a mesma não se encontra consolidada. Esta é uma ferramenta potente para a organização do trabalho em saúde, pois facilita a consecução de objetivos como: a minimização da fragmentação da atenção; a consolidação da responsabilização clínica; a valorização do cuidado interdisciplinar; e a regulação das redes de assistência à saúde (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Em relação à discussão sobre o processo de trabalho do NASF, os gestores que consideraram que o NASF deve ser composto por profissionais que prestam assistência especializada direta, no âmbito do serviço de AB, entendem que há prejuízo no atendimento à demanda quando há falta de determinada especialidade na composição equipe. Para eles, a implantação do NASF ampliou o atendimento especializado na unidade de saúde e prosseguiu com o trabalho em grupos, que consideram importante para a unidade de saúde. Segundo os gestores, seguem o modelo de encaminhamentos para especialidades, mas, desde então, no âmbito do próprio serviço dos profissionais da ESF, para os atendimentos dos NASF.

[...] Uma coisa que está sendo prejudicada nesse momento, eu estou sem a psicóloga, desde novembro [...] até o grupo de tabagismo está um pouco prejudicado por conta disso. Na falta desse profissional, a gente faz toda a nossa parte, mas existe o acompanhamento que precisa do psicólogo, da nutricionista. Não adianta, eu vou orientar mas acompanhar bonitinho, rigorosamente, do jeito que tem que ser, tem que ser a nutricionista pra isso. A psicóloga é uma falta nossa, mas, se Deus quiser, semana que vem ela já começa comigo (G12).

Depois que o NASF veio, a gente ampliou o atendimento de nutrição. De psicologia nós ficamos um período sem, mas agora está retornando [...] Os médicos encaminham esses pacientes pra esses profissionais, para os grupos, para promoção também. Tem o fisioterapeuta também, que além de atendimento aqui ele faz os grupos. Os grupos também são importantes pra unidade (G13).

Ficou evidente que, para esse grupo, a proposta de apoio é uma alternativa frente à relação: pequeno número de profissionais do NASF que atua como referência para um grande número de equipes de ESF. Para esses gestores, esta relação inviabiliza o atendimento clínico ambulatorial, pois possibilita apenas o diagnóstico ou o conhecimento do paciente para auxiliar no plano terapêutico.

[...] O papel do profissional é avaliar qual é o tipo de paciente, quantos atendimentos ele vai precisar. Hoje, o NASF ele não faz atendimento ambulatorial, não dá pra fazer. Um profissional uma vez por semana em uma UBS não tem pernas para esse atendimento ambulatorial, só realmente o início do diagnóstico e o apoio a equipe (G03).

Há referência de que a construção do processo de trabalho do NASF acontece coletivamente, no cotidiano do serviço, por erros e acertos, com o apoio de avaliações realizadas em grupo, por representante da gestão da DAPS, dos coordenadores e dos profissionais do NASF.

Temos construído e trabalhado em conjunto. Eu leio a cartilha do ministério, o que é função de cada um, o que poderíamos trabalhar, e com o tempo a gente está construindo (G13).

Desde que eu entrei, eu percebi que tudo que eles vão fazer eles me comunicam, pedem a ajuda e a opinião para o pessoal. [...] eles tem essa preocupação de estar mostrando o que estão fazendo. E eles têm essa consciência de que o trabalho é em equipe (G14).

É com a experiência mesmo do dia a dia. A gente vai fazendo, vê o que dá certo, o que não dá, faz avaliações. Então, normalmente, a gente faz avaliações regionais [...] com o NASF, para avaliar como estão as atividades, como estão se desenvolvendo, o que pode mudar, o que pode melhorar, o que tem que acrescentar (G15)

Diante do trabalho diferenciado entre as diversas equipes de NASF, nas distintas regiões do município, em especial, no que se refere à habilidade de identificação de demandas para atividades coletivas e atendimentos grupais, por parte de alguns profissionais, e devido à rotatividade de profissionais, à instabilidade de contratos e à precariedade dos vínculos, alguns assessores, gerentes regionais e coordenadores manifestaram a necessidade de sistematizar e padronizar as ações, os objetivos e as formas de monitoramento e de avaliação do trabalho a ser desempenhado pelas equipes de NASF.

Durante o ano de 2012, cada categoria profissional do NASF, foi encarregada de elaborar suas atribuições e responsabilidades, para compor um protocolo de atribuições dos profissionais do NASF. Este documento, para os gestores, serviria de proposta de trabalho para todas as equipes NASF. Ele estimularia a padronização das atividades desenvolvidas no município e, ao mesmo tempo,

poderia ser utilizado como ‘forma de matriciamento’ para as equipes de saúde da família e gestores, uma vez que, elencaria o que cada profissional do NASF deveria desenvolver e qual seria suas responsabilidades na AB.

Se, por um lado, a forte necessidade de padronização das ações pode ser utilizada como disparadora de processos e como um guia para os profissionais com menor experiência na AB, por outro, pode se transformar em um processo de captura do trabalho vivo em ato, o que limitaria a singularização das ações e a criatividade dos profissionais.

Já que o trabalho é, basicamente, no coletivo, dependendo da minha formação, eu tenho mais ou menos dificuldade de formar o grupo. Então, eu tenho que ter ferramentas pra isso [...] Começou a discutir sobre a necessidade de organizar e padronizar [...] sistematizar a questão dos trabalhos em grupos, que as pessoas falem a mesma língua [...] quais são os objetivos, qual a forma de monitoramento, como que se dá a avaliação [...] (G04).

A elaboração e o uso dos protocolos é um desafio a ser trabalhado pelos gestores. A sua produção nos moldes de divisão por categorias profissionais pode contribuir para a continuidade na fragmentação do cuidado.

No entanto, Capra e Bordin (2004) explicitam que o protocolo vem sendo utilizado com o propósito de ser um dispositivo importante para a implementação das transformações pretendidas nos serviços de saúde, como. Estes autores o consideram como uma proposta político-pedagógica, que pode ser utilizada, por exemplo, para expor e sintetizar o projeto de saúde do município ou para explicitar os projetos de cuidado para cada ciclo vital, com a finalidade de oferecer suporte, sensibilização e qualificação técnica, além de nortear as ações e o desenvolvimento dos serviços e de contribuir para a elaboração de planos locais, com potencialidade de gerar mudanças na organização das ações e nos processos de trabalho.

Entretanto, a existência de protocolo, por si só, não desencadeia as mudanças desejadas. Apesar de cumprir bem seu papel de unificar e ordenar ações e condutas e de publicizar os projetos de determinado coletivo de trabalhadores, pois é um dispositivo definidor e difusor da direcionalidade de projetos institucionais, suas contribuições e sua utilização depende dos interesses disputados por quem o opera.

Há necessidade de reafirmar que o trabalho em saúde é produzido como resultado de relações entre subjetividades, o que ultrapassa os limites dos

protocolos, pois há um grau significativo de liberdade na escolha do modo e da forma de produzir atos de saúde (MERHY, 2002).

Apesar de existir, no organograma formal da diretoria, o cargo de coordenador de NASF, a falta de profissional para ocupá-lo contribuiu para que se atribua ao coordenador da UBS a responsabilidade de: criar situações de aproximação que possibilitem a interação ESF/NASF; garantir espaços para que o AM aconteça; oferecer informações sobre os papéis a serem desempenhados pelos profissionais; e realizar a supervisão e a avaliação das ações desenvolvidas pelo NASF nas UBS. Apresentou-se uma tendência em atribuir a esse profissional o papel de mediador de conflitos e apoiador do processo de trabalho.

Reconhece-se, ainda, que os coordenadores das UBS têm dificuldade para conciliar todas as necessidades e atividades a serem desempenhadas sob sua responsabilidade, em sua carga horária de trabalho. Acredita-se que é preciso equilibrar, de forma eficiente, o que é urgente e o que é necessário, utilizando-se como estratégia para tal a discussão em equipe para elencar e definir as prioridades.

Os coordenadores priorizam o urgente e não o necessário. [...] Urgente: atendimento da demanda, a dor, o usuário batendo na porta [...]. O necessário: as reuniões, o matriciamento. [...] Ordem de menor priorização: 1-reuniões, 2-visitas e 3-atendimentos individuais (G04).

Com relação às contribuições dos gestores para o desenvolvimento do trabalho do NASF, entre diretores, assessores e gerentes, pode-se destacar o envolvimento direto destes em ações ligadas à manutenção de equipes completas, à realização de capacitações profissionais, em parceria com instituições de ensino, e a avaliações de acompanhamento do trabalho do NASF. No entanto, entre os coordenadores, esta contribuição não foi apresentada de forma tão homogênea, pois alguns relataram não se envolver com a gestão do trabalho do NASF e, às vezes, até se omitirem da responsabilidade de acompanhar e dar suporte/apoio. Por outro lado, outros gestores disseram contribuir para a integração entre o NASF e equipes da UBS, por meio da disponibilização de condições para o desenvolvimento de atividades (salas, horários de atendimento, profissionais da ESF para auxiliar nos grupos etc.) e do acompanhamento das mesmas, da promoção de conversas no cotidiano e de avaliações do processo de trabalho.

Não dá para ajudar em muitas coisas. Eles colocam o trabalho deles e a gente dá algumas opiniões e acompanha algumas atividades, para ver como está sendo feito. [...] E também solicitar de repente, se eu ver onde

está precisando de alguma ação, eu converso com eles para propor algum trabalho específico(G14).

Dar condições de trabalho pra eles. Tem que ter sala, tem que ter horário, tem que ter agente comunitário pra ajudar eles nos grupos. As equipes tem que estar também ajudando (G13).

É tudo em cima de avaliação e no dia a dia também, a gente vai observando, vai conversando e oferece nosso apoio (G15).

Não devemos desqualificar a necessidade do trabalho dos gestores com o foco na garantia de estruturas adequadas à realização do trabalho do NASF. Porém, devemos destacar que há outras ações necessárias para apoiar a construção e o desenvolvimento do trabalho.

Os gestores participantes da pesquisa também relataram aspectos relevantes em relação às avaliações realizadas durante o processo. As avaliações, que foram consideradas uma necessidade para a equipe gestora, nasceram das dificuldades enfrentadas na experiência de finalização dos prazos dos contratos de profissionais do NASF e de falta de subsídio para justificar a não renovação de alguns deles. Assim, instituiu-se a avaliação em todas as regiões, e se investiu esforços para torná-la uma prática periódica. Essas avaliações foram citadas como uma das ações realizadas para a implantação do NASF e do AM, pois podem ser vistas como uma possibilidade de acompanhamento do processo e como ferramenta de desenvolvimento e de capacitação profissional.

Dentre os objetivos propostos pela avaliação, está a devolutiva para que os profissionais tenham chance de melhorar seu desempenho e reconhecer as falhas para tentar corrigi-las (DC 02/10/2012).

[...] Sistematizamos algumas avaliações, para avaliar o processo de trabalho, replanejar, repactuar algumas coisas e socializar isso com toda a equipe. Tem as avaliações formais, inclusive, de cada profissional (G06).

[...] Fazemos a reunião de avaliação dos profissionais, [...]de 3 em 3 meses [...] no sentido de sempre estar avaliando quais são as dificuldades, o que a gente evoluiu, e qual é a nova proposta (G07).

A execução das avaliações está, atualmente, sob a responsabilidade compartilhada dos gestores da DAPS e dos gestores locais. A partir da observação de algumas reuniões, pôde-se compreender um pouco mais esse processo.

Todas as avaliações acompanhadas, em duas regiões diferentes, seguiram uma padronização guiada por um instrumento elaborado pela DAPS. Primeiro, os coordenadores das unidades das quais o NASF era referência, junto com o gerente da região, preenchem o documento de avaliação, enquanto os profissionais se reúnem em um outro ambiente para elaborar uma planilha de atividades desenvolvidas em cada UBS. Posteriormente, chamavam o profissional para apresentar a planilha de

atividades e, quando havia tempo hábil, discutiam o que foi avaliado por eles (DC 13/09/2012, DC 05/10/2012, DC 19/10/2012).

Pelos relatos dos envolvidos no processo, mais importante do que a avaliação, foi a possibilidade de pactuar as melhorias e os objetivos a serem alcançados. Em alguns momentos, houve divergência, entre os coordenadores, sobre a atuação de alguns profissionais.

Após a discussão, em alguns casos, conseguiram chegar em um consenso, em outros, optou-se por conversar com o profissional sobre tais divergências, não houve disputas na tentativa de fazer o outro mudar de opinião. Chamou-me a atenção o fato de levarem em consideração julgamentos pessoais e terem dificuldade em singularizar as UBS. Por mais que tentem realizar o trabalho igualmente nas UBS de referência, as atividades são desenvolvidas de modos singulares, a depender do apoio solicitado pelas equipes da ESF, da estrutura e da dinâmica de trabalho das unidades (DC 13/09/2012).

Outra questão que desencadeou divergência diz respeito à responsabilização da coordenadora da UBS em relação ao desempenho dos profissionais, entretanto, esta não é uma postura adotada por todos.

Algumas coordenadoras ainda preservam a postura de não se envolverem muito, acreditando que o nível central tem o dever de orientar o profissional e que ele deve apenas acompanhar e avaliar o trabalho executado. É natural entre eles a comparação entre profissionais e a eleição de quem desempenha melhor ou pior o trabalho (DC 13/09/2012).

Assim, observou-se, mais uma vez, o campo das disputas no que diz respeito ao oferecimento de apoio pelo NASF e à delegação de responsabilidade de coordenação de atividades a algumas categorias profissionais, como, por exemplo: a farmacêutica deveria apoiar as atividades e as rotinas da farmácia ou ser a responsável por ela; a nutricionista, apoiar as atividades do programa bolsa família ou ser a responsável por ele.

As coordenadoras manifestam o desejo de passar a responsabilidade de algumas rotinas da UBS para os profissionais do NASF, como as rotinas da farmácia para os farmacêuticos e da bolsa família para os nutricionistas (DC 13/09/2012).

Houve concordância quando o tema foi o tempo disponível para o acompanhamento das atividades do NASF, que todos consideraram insuficiente. Assim, frente à falta de tempo, foram criadas estratégias para avaliar as atividades e ações do cotidiano do trabalho do NASF, com demonstrações de reconhecimento da importância de se proporcionar e instituir momentos de encontros para a orientação e discussão das mesmas, o que contribuiria para sua melhoria.

As coordenadoras disponibilizam de pouco tempo para tal atividade, assim, as avaliações são pautadas no que escutam de outros profissionais da UBS, do retorno dado pelos pacientes, das conversas de corredor com os profissionais e de outros encontros, como exemplo, de algumas reuniões gerais e de equipe (DC 13/09/2012).

Reconhecem a importância de se proporcionar momentos de encontros para melhor orientar e discutir as atividades a serem desenvolvidas, proporcionando um movimento crescente de melhora (DC 05/10/2012).

Esteve também presente, no momento do encontro dos gestores, a necessidade dos profissionais do NASF conhecerem a rede de serviços e apoiarem a equipe na coordenação do cuidado em busca da integralidade do mesmo e da satisfação das necessidades de saúde dos usuários.

Uma discussão muito relevante se deu em relação à necessidade dos profissionais do NASF conhecerem a rede de serviços e apoiar a equipe em um atendimento mais integral. A compreensão da atenção integral, muitas vezes, parece se relacionar com a soma das partes, ou seja, dos atendimentos fragmentados ocorridos em diferentes partes dessa rede de serviços, seguindo o modelo hegemônico de atenção a saúde (DC 13/09/2012).

Alguns profissionais do NASF se mostraram apreensivos nesses momentos de avaliação, pois receavam que alguns comentários fossem tecidos, especificamente, entre indivíduos que não participam do desempenho, e não no coletivo. Além disso, demonstraram o desejo de que fossem disponibilizados mais momentos de encontro, de diálogo, e reclamaram da pouca flexibilidade para alterar os dias de atuação nas diferentes UBS, o que dificultava a logística para participar das reuniões de equipes da ESF. A equipe NASF mostrou desejo e disposição para trabalhar matriciando as equipes de ESF, e para isso, em alguns momentos, exigiram a disponibilização de oportunidades de encontro entre os profissionais. Desta forma, a equipe NASF manifestou o desejo de estar no mesmo dia e na mesma unidade com os profissionais das diferentes categorias, para a realização de reuniões e encontros entre todos os envolvidos com atividades do NASF. Já os coordenadores manifestaram preferir que os diferentes profissionais estejam nas UBS, em dias separados, o que reforça o investimento em individualizações por especialidades e não no apoio ao grupo como um todo. Os coordenadores expuseram a dificuldade de organizar as agendas para tais encontros, pois priorizam os atendimentos e os procedimentos a serem realizados na UBS. Assim, pôde-se observar que os coordenadores vivenciavam conflitos, pois permanecia forte o

desejo de ter um profissional especialista de apoio que prestasse atendimento clínico à demanda.

Os coordenadores relataram o desejo de ter um profissional de cada categoria em cada UBS (DC 05/10/2012) [...] reafirmaram a necessidade de cada categoria profissional ter que lutar por seu espaço e fixação na rede (DC19/10/2012).

Os momentos presenciados nos encontros de avaliação, entre gestores e a equipe NASF, oportunizaram: trocas, principalmente, sobre o conhecimento do trabalho desenvolvido pela equipe NASF, nas diferentes UBS do território regional; reflexões sobre as relações interpessoais e sobre o processo de trabalho (DC 13/09/2012, DC 05/10/2012, DC 19/10/2012); e a explicitação de sugestões, como, por exemplo: as discussões e estudos de casos deveriam ocorrer em reuniões de equipe da ESF, e o AM poderia ser realizado nas reuniões gerais.

Em relação à demanda nas UBS, por diversas vezes, as coordenadoras relataram a *difficuldade de dar conta da mesma* (G12,G14) e o grande apelo ao atendimento clínico especializado, o que desencadeava, nos territórios, disputas de desejos entre a perspectiva de trabalho com a priorização do AM e a de suporte assistencial especializado das equipes da ESF. O apelo da demanda, no cotidiano desses gestores, parece contribuir para que estes se encontrem em uma posição mais distante da mudança pretendida em relação ao trabalho do NASF, em especial, no que se refere a perspectiva do AM.

Franco e Merhy (2005) fazem uma reflexão sobre a demanda, na perspectiva da produção imaginária. Partem do pressuposto de que a demanda é, socialmente, construída, e está, de alguma maneira, relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processam a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e usuários. Os autores afirmam que valores simbólicos seriam impressos aos usuários por meio dos serviços/procedimentos oferecidos a eles: se é disponibilizado atendimento clínico voltado para a realização de exames e de procedimentos e encaminhamentos para especialidades, os usuários acabam por esperar isso do serviço e não o cuidado.

Para esses autores, a mudança, no âmbito dos serviços, seria possível com a constituição de novos referenciais simbólicos, capazes de reorganizar o imaginário da produção da demanda, por meio da operação de novos modelos de produção de cuidado e de novos modos de relação com o usuário, a partir de discussões e

mobilizações embasadas na criação de vínculos, em práticas acolhedoras e em uma rede de conversas entre os próprios trabalhadores, no momento de produção do cuidado. Estas estratégias de encontro possibilitariam interações e pactuações entre saberes e práticas, o que tornaria usuários e trabalhadores sujeitos e protagonistas do processo. Para que isso aconteça, há a necessidade de desconstrução de alguns projetos veiculados pelos trabalhadores, por meio de processos de autoanálise e de interrogação das próprias práticas.

Assim, os momentos de avaliação propostos pelos gestores, de certo modo, podem ser considerados como um dispositivo capaz de contribuir para esse cenário de mudança, uma vez que proporcionam encontros geradores de processos de autoanálise e de interrogação das próprias práticas, a partir de interações e pactuações entre saberes e práticas, como assinalam Franco e Merhy (2005).

A seguir, são apresentados: alguns dispositivos e arranjos organizacionais utilizados pelos gestores e a formação de seu colegiado como mais um dos possíveis dispositivos facilitadores de mudança.

5.6 – O NASF enquanto dispositivo de mudança

Neste trabalho, o NASF foi assumido pela maioria dos gestores como uma estratégia inovadora, com potencialidades criadoras de novas práticas, no cotidiano dos serviços, que podem contribuir para a efetivação das desejadas mudanças no trabalho em saúde e na produção do cuidado. Este dispositivo possibilitou o repensar desses gestores sobre: a produção de trabalhadores sujeitos, autônomos e protagonistas; o fortalecimento de vínculos; e a coparticipação e corresponsabilização na gestão democrática e participativa, o que gerou diferentes posicionamentos a esse respeito.

Esses resultados estão em consonância com o conceito de NASF, segundo alguns autores (SILVA *et al*, 2012), ou seja, um dispositivo inovador, capaz de potencializar as ações das equipes da ESF e de confrontar desafios a serem enfrentados na AB. Assim, é um dispositivo fundamental para potencializar a integralidade do cuidado e a resolutividade da AB, especialmente, por intervir na cultura dos encaminhamentos, promovendo uma discussão sobre a formação dos profissionais em saúde.

Neste estudo, os gestores visualizaram avanços com a chegada do NASF. Foi referido que *muitos dos programas que não existiam [nome do município], agora existem por mérito do NASF (G02)*. Para eles, houve uma ampliação do olhar para a produção do cuidado e um aumento no cardápio de ações oferecidas pela UBS aos seus usuários, relacionadas: à atenção aos ciclos de vida anteriormente pouco assistidos; a alguns novos grupos terapêuticos; ao desenvolvimento do AM; e à ampliação de ações de prevenção e promoção. Houve também relato sobre o impacto nas doenças crônicas e na melhoria da qualidade de vida da população assistida, com destaque para a atuação de dois profissionais, em específico, o nutricionista e o educador físico. Dentre as novas atividades realizadas, citou-se o *trabalho com a obesidade infantil, a depressão, grupos de coluna, caminhadas e atividades com idosos (G02)*.

[...] Já vi avanços nesse último ano, porque nós trabalhamos a questão do matriciamento [...] Nós observamos também o grande trabalho do NASF junto a população com ações de prevenção e promoção à saúde, com impacto nas doenças crônicas e melhora na qualidade de vida da população. Especificamente, observo o nutricionista fazendo isso muito claramente, o educador físico com essa possibilidade de promover saúde a grupo de idosos, de gestantes, crianças com obesidade [...] (G01).

Avanços no processo de construção para a integralidade do cuidado também foram referidos pelos gestores. Para exemplificar este processo, um dos gestores citou um caso que envolveu uma situação de luto, em que a atuação dos profissionais do NASF junto à equipe desencadeou uma reflexão sobre o processo de trabalho. Esta reflexão contribuiu para que fossem vislumbradas novas possibilidades de atuação dos profissionais, com vistas à integralidade do cuidado.

Uma coisa que pra mim marcou foi a questão do luto. É muito comum na unidade de saúde, se chegar alguém passando mal, alguém já vai pedindo para ver a pressão e sai falando: morreu marido da fulana e ela está passando mal. E aí vem uma psicóloga e diz pra mim: é normal, ela está nervosa, ela tem que chorar, faz parte do luto[...] Para nós não, já mete o remédio, já vê pressão, já vê consulta com cardiologista[...] e não entende a questão TODA que permeia aquela hipertensão(G02).

Os gestores referiram que a construção do processo de trabalho do NASF acontece coletivamente, no cotidiano do serviço, por erros e acertos, apoiada em avaliações realizadas, coletivamente, por representantes da gestão da DAPS, da gestão local e dos profissionais do NASF.

É com a experiência mesmo do dia a dia. A gente vai fazendo, vê o que dá certo, o que não dá, faz avaliações. Então, normalmente, a gente faz

avaliações regionais [...] com o NASF para avaliar como estão as atividades, como estão se desenvolvendo, o que pode mudar, o que pode melhorar, o que tem que acrescentar(G15)

Diante dos resultados até aqui apresentados, considera-se que o NASF se caracterizou como um dispositivo, pois, como exposto, anteriormente, no referencial teórico, para a concretização de seus objetivos, ou seja, a integralidade da produção do cuidado e a interdisciplinaridade, este foi se transformando, recortando, incluindo e excluindo, de acordo com os fluxos e as intensidades desenvolvidas durante sua trajetória. Desse modo, foi se transformando em uma produção viva em ato, permeado por disputas de poder, desejos e necessidades.

Como dispositivo, apresentou maiores avanços em um dos dois momentos essenciais a um dispositivo, o momento da predominância do objetivo estratégico. Podem se relacionar, a esse momento, contribuições como: a deflagração do uso do AM; a instituição de arranjos para a reorganização das relações de poder e para a configuração de espaços mais democráticos e participativos (com análise, negociação e intervenção); e avaliações das práticas do cotidiano.

Em relação ao momento da produção de efeitos positivos, negativos e indesejados, percebeu-se que alguns desses objetivos encontraram ressonância entre os gestores e foram capazes de produzir efeitos positivos, como: a ampliação do olhar para a produção do cuidado; o aumento no cardápio de ações oferecidas pela UBS a seus usuários; a construção para a integralidade do cuidado; e a ampliação de ações para a promoção da saúde e para a diminuição do impacto de doenças crônicas, como estratégia para a melhoria da qualidade de vida de usuários. Quando não houve ressonância, foram produzidos efeitos indesejados e, até mesmo, negativos, como a demonstração de indiferença por parte alguns gestores quanto à relevância do trabalho do NASF.

Observou-se que os gestores, de modo geral, manifestaram a necessidade de gerir esse dispositivo. À resistência, por parte de alguns coordenadores, em assumir a gestão do processo de trabalho do NASF, e à postura passiva destes em relação à definição de direcionamentos para as ações e atividades a serem desempenhadas somou-se um espaço falho no organograma da diretoria, expresso pela falta do coordenador do NASF, o que resultou na criação do colegiado gestor do NASF. Os gestores vislumbraram, na gestão colegiada, a possibilidade deste constituir um arranjo potente para a gestão. Deve-se recordar que o colegiado gestor se constitui

como um arranjo ao se tornar uma forma de organização institucionalizada, com certa estruturação e permanência, com potencialidade de produzir fluxos na direção contrária (ONOCKO CAMPOS, 2003).

(...) A gente tem, no organograma aqui da prefeitura, um coordenador de saúde da família e NASF, só que, até hoje, não conseguiu alocar ninguém. Por questões inúmeras. O nível gestor, aqui, na verdade, paga-se menos do que paga para trabalhar na ponta. Quem está aqui, ganha menos do que quem está na ponta. Porque tem alguns incentivos da Saúde da Família, que lá eles recebem. Então, não é nada atrativo vir pra cá trabalhar (G02).

O colegiado é visto como algo inovador, uma alternativa ao modo de gerir o trabalho do NASF, e, também, como uma forma de disseminar as decisões tomadas no coletivo e aproximar-se da gestão central. Aos olhos do gestor, sua atuação, na gestão, se aproxima à dos gerentes regionais, no que se refere à deliberação de poder.

A gente criou um grupo gestor, acredito ser algo inovador. Não sei se no Brasil tem ou não tem (...) Cada categoria tem um representante (...) pra discutir um pouco mais aprofundado as políticas de saúde, (...) as políticas específicas do NASF, pra gente disseminar melhor pelos grupos. Porque são 50 profissionais(...) O grupo gestor, ele já faz um trabalho como gerente, como um coordenador regional. Essa era uma ideia nossa a princípio. E, além disso, foram as formações de protocolo que a gente teve dentro de cada categoria(...) A gente criou protocolos de assistência nas áreas de cada um, pra gente poder aplicar nas unidades de saúde (...)” (G01).

Esse colegiado é formado por um profissional de cada categoria profissional, indicado por se destacar devido a características pessoais como pró-atividade, iniciativa e habilidades para discutir e direcionar o trabalho. Os participantes se reúnem em Fóruns de discussão, que, inicialmente, proporcionam a discussão de políticas públicas, em especial, das relacionadas ao NASF, e favorecem a formulação de protocolos de assistência.

[...] Cada categoria sempre tem alguém que se destaca, tem mais iniciativa, é pró-ativo. Então a gente chamou esses que se destacavam de cada categoria, um farmacêutico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e educador físico. Fizemos uma reunião e montamos o colegiado e demos carta branca. Vocês vão ajudar a gente a direcionar o trabalho do NASF. Criou-se Fóruns de discussões. Eles começaram a produzir o protocolo. Criou-se fóruns locais e reuniões mensais de NASF, com, pelo menos, uma enfermeira da unidade e tem os fóruns regionais (G02).

Os gestores referiram que sua formação contribuiu para as discussões das funções a serem desempenhadas por cada categoria profissional do NASF. Além

disso, informaram que estão em processo de finalização na construção de um protocolo de atendimento direcionado a cada categoria profissional, embasado em uma visão de apoio e retaguarda assistencial especializada.

Não é só aqui, não é a coordenadora, é o nível central, e junto com o NASF. No começo, na implantação, a gente fazia reunião, agora estamos retomando as reuniões com o NASF. [...] A psicóloga que está entrando agora, ela já falou que está tendo reuniões de psicólogas para estar definindo quais os caminhos. Porque a gente não pode abraçar tudo [...] a gente tem que definir o que a gente vai trabalhar para estar conversando com os funcionários da ESF. [...] Mas quem vê isso são as reuniões, com o nível central, com os profissionais e com as coordenadoras. (G13)

Eles têm uma pessoa que fica responsável pelo NASF e que faz, na verdade, esse planejamento. Para todos estarem trabalhando nas unidades da mesma forma. Dão alguns direcionamentos, por exemplo: o NASF não é pra fazer atendimento individual, exatamente porque não tem um profissional pra cada unidade, então você tem que trabalhar com grupo. Então existe esse direcionamento (G14).

Agora que começou a ter aqueles colegiados, que cada categoria discute qual realmente é a função. Eles tão desenvolvendo protocolo de atendimento de cada profissional (G15).

O colegiado do NASF foi visto por alguns gestores como um arranjo com potencialidade para: buscar alternativas frente à permanência de práticas hegemônicas pelos novos profissionais, e revelar os interesses em disputas nas UBS, como, por exemplo, o desejo do NASF realizar o apoio e o trabalho compartilhado em equipe com a ESF, ou o desejo do atendimento clínico especializado da demanda. No entanto, o colegiado vem se constituindo como um espaço para facilitar: o controle das atividades desenvolvidas nas USF; a disseminação, entre equipes e categorias profissionais, de informações sobre as decisões dos gestores; a elaboração de “receitas” sobre como construir o trabalho do NASF, em um movimento de criação de linhas de conduta e estruturação do trabalho; e imprimir um forte direcionamento às atividades por parte da representante do nível central da gestão.

O encontro se inicia com o questionamento sobre os avanços nas sistematizações dos grupos, em um tom de controle/cobrança do cumprimento de tarefa anteriormente solicitada. Maioria das falas são voltadas ao coordenador do grupo (DC 13/03/2013).

Alguns dos profissionais membros do colegiado se apresentam com “olhares analisadores ruidosos” sobre o modo como vêm se constituindo as práticas em saúde pelos profissionais do NASF, sobre suas tecnologias e direcionalidades e sobre o modo de fazer gestão presente no cotidiano do serviço. Entretanto, esses ruídos parecem, algumas vezes, ignorados e sobrepostos, no momento do encontro,

pelo “tarefismo” resultante da estrutura funcionalista da organização, em uma disputa de poderes que respeita a hierarquia, abafa os ruídos, ao invés de deixá-los aflorar, e deixa passar a oportunidade de publicizar e problematizar as situações cotidianas, nem sempre possibilitando a discussão coletiva e a busca de novos caminhos.

Profissional “A” e “B” demonstram preocupação sobre o possível engessamento das estratégias a serem utilizadas nos grupos com a padronização, e lhes é explicado que o objetivo é criar linha guia, conduzir o caminho e direcionar os novos profissionais, evitando prolongar a discussão (DC 13/03/2013).

O forte perfil de controle de alguns membros do colegiado, por diversos momentos, comprometeu a dimensão do gerar desse arranjo de gestão. Diante do exposto, deve-se destacar que apenas a instituição do colegiado de gestão, por si só, não garante a distribuição de poder e o estabelecimento de espaços de decisão legitimados por todos os profissionais de saúde (CECÍLIO e MENDES, 2004).

Cecílio (2010) nos apresenta que há dificuldades quanto às concepções, formas de organização e funcionamento de colegiados gestores como instrumentos para a inovação da gestão. Neste estudo, visualizamos que os profissionais não conseguiram concretizar o colegiado como espaço efetivo de participação, de negociação, decisão e pactuação. Foi constatado, assim como também é destacado por este mesmo autor, que o colegiado foi criado para auxiliar os gestores da DAPS de forma mais consultiva, possibilitando a expressão de opiniões dos profissionais, que auxiliassem na tomada de decisão de tais gestores.

Para alguns profissionais do NASF, o colegiado foi visto apenas como um espaço para transmissão de diretrizes do nível central para serem cumpridas localmente, reforçando uma conotação autoritária para o colegiado. Além de se configurar, algumas vezes, com caráter corporativista, no qual o representante do colegiado se portava como o porta voz de sua categoria profissional, nem sempre atingindo adequada articulação entre os representantes e seus representados.

Assim, apesar da intenção da equipe gestora ter vislumbrado a dimensão do gerar com esse arranjo, pois criou e instituiu um espaço para a experiência de tomada de decisão coletiva e possibilitou a formulação de projetos coletivos, a dimensão do gerir parece ter predominado no colegiado do NASF.

A dimensão do gerir pode se relacionar ao deficiente controle e acompanhamento do gestor sobre o produto que o NASF produzia no cotidiano dos

serviços. Como foi descrito no referencial, o gerir se apresenta como “ação sobre as ações dos outros” (CAMPOS, 2003. P.124) e se relaciona ao controle, à regulação e às normatizações. Pode, também, estar ligado ao exercício de poder disciplinado, que tem grande preocupação com a produtividade e forte tendência em reproduzir as práticas vigentes. Assim, ficou evidente que as potencialidades do gerar, desse arranjo, não estiveram a salvo de serem capturadas pela predominância do gerir dos serviços de saúde, o que corrobora a proposição de Campos (2003), de que toda coisa que um dia se institucionaliza, não está a salvo de ser capturada pela lógica dominante.

Desse modo, percebeu-se a convivência entre o desejo da captura e sua ruptura, num movimento de avanço e retrocesso no confronto com o processo instituído. O retrocesso pode se relacionar ao estabelecimento da construção de protocolos por categoria profissional, com a pretensão de provocar mudanças de um modo controlado, e os avanços podem ser traduzidos como uma nova possibilidade de inventar modos de gerir, com profissionais na disputa por projetos embasados na necessidade de uma postura de ruptura com a captura. Nesse sentido, conforme Merhy (1997. p.25), não cabe aos profissionais a noção de impotência, pois o trabalho vivo em ato pode atravessar determinadas lógicas, utilizando-se de criatividade, em uma dimensão pública e coletiva, explorada para inventar novos processos de trabalho e para abrir novas direções, antes não pensadas, numa permanente busca por linhas de fugas.

Com base nas ideias de Cecílio (2007), acredita-se que o ponto de partida de toda pretensão de mudanças, na forma de se fazer gestão e de se organizar o cuidado, deve se relacionar à capacidade de interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, *a priori*, conceitos e/ou modos prescritivos de se fazer a gestão. É necessário (des)construir categorias/conceitos/sentidos em um encontro capaz de provocar discussão, debate, diálogo, de forma espontânea e não sistematizada, em um processo de criação e operação de novas categorias e conceitos, que façam sentido para a prática.

Assim, para que o NASF se potencialize enquanto dispositivo inovador nos processos de mudança, em busca da produção do cuidado integral e da satisfação das necessidades de saúde, há de se investir na garantia de espaços que: promovam o encontro; possibilitem o diálogo; potencializem as ações das equipes da ESF; problematizem as ações cotidianas; favoreçam ações compartilhadas e

corresponsáveis; deixem aflorar os conflitos; e estimulem novas reflexões e o desenvolvimento de estratégias criativas para novos e velhos problemas de saúde. Este dispositivo deve estar integrado às equipes da ESF, com interação dos núcleos dos saberes, a fim de garantir: a construção de contratualizações das relações de trabalho; a horizontalização de relações de poder capazes de aglutinar certas habilidades que estão no campo da tensão entre os modelos e os processos de trabalho; o agenciamento e a aproximação das pessoas envolvidas; e o favorecimento de espaços de conversa e negociação.

Deve-se manter arranjos que não se construam amparados em formalismos contratuais, que fazem a separação entre o poder, a autonomia e o governo, delegando poder e potencialidade de mudança a poucos, como exposto por Aciole (2013). Segundo esta autora, quando a gestão toma para si modos de gerir amparados em princípios democráticos, não se exclui a dimensão do autogoverno e, assim, considera-se a potencialidade de todos os envolvidos no processo e explora-se o espaço permanente de tensões, conflitos e disputas. As organizações são consideradas espaços mutantes de construção permanente e inacabada.

Os dispositivos e arranjos deflagrados necessitam, assim, ser pensados a partir dos seus verdadeiros instituintes, os usuários, pois os interesses particulares e privados devem ser submetidos e fundados nos interesses públicos, que permanecem, constantemente, submersos em controvérsias e contrapontos na participação efetiva e substantiva dos indivíduos. É desse modo que se constrói um espaço relacional, que se abre ao contraponto e desvela o que se está oculto, reconhecendo que, quanto mais pública, menos conclusa, mais conflituosa, tensa e mutante; e quanto mais privada, mais propensa ao acabamento, ao formalismo e aos contornos precisos da objetividade, que eliminam, escondem, regulamentam e definem (ACIOLE, 2013).

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender o processo de implantação do NASF no que diz respeito às ações dos gestores da AB e sua potencialidade em constituir-se como um processo de mudança.

Observou-se que a equipe gestora pesquisada atuava em um cenário político conturbado, devido a diversas trocas de gestores e quebras de contratos com instituições parceiras, o que causou a desestruturação das equipes de ESF e NASF e da forma de geri-las. Isso fez com que, embora houvesse intenção de efetivar mudanças nas práticas, os esforços se centrassem na reorganização das estruturas organizacionais da diretoria, na manutenção e ampliação do número de equipes e na diminuição da rotatividade profissional, por meio da desprecarização dos vínculos e melhorias nas formas de contratação, nas capacitações profissionais e na construção/implementação de protocolos.

Os gestores pesquisados ocupavam espaços formais, na gestão, com várias denominações, tais como: diretores, coordenadores, gerentes e assessores. Foram identificados distintos espaços de gestão, dentre eles: um espaço que se aproximava mais do nível formal central da gestão municipal, com predominância de atividades administrativas, de aprovação, afirmação e busca de providências e soluções para os problemas enfrentados; um espaço em posição de intermediação, com predominância de atividades de intermediação e de apoio entre os espaços; e o espaço de gestão local, com atividades gerenciais, administrativas e de produção do cuidado.

Ao longo da pesquisa, foram identificadas diversas características individuais dos gestores, e o quanto estas se relacionavam aos modos de gerir desses gestores. Dentre estas características, destacam-se: a motivação; o comprometimento com o trabalho a ser desenvolvido, com o fortalecimento da AB e do aprimoramento técnico-científico dos profissionais; a valorização das experiências e habilidades desenvolvidas no cotidiano do serviços; e a abertura para o trabalho em equipe.

Os momentos de encontro observados revelaram a convivência de diversos modos de gerir. Alguns modos se aproximavam de práticas gerenciais hegemônicas, com predominância de uma gestão vertical forte, com centralidade administrativa, hierarquização das decisões e espaços de encontro bastante informativos. Outros se relacionavam a práticas gerenciais contra-hegemônicas, revelando iniciativas em

uma perspectiva de gestão contemporânea participativa, com processos de negociação e tomadas de decisão coletivas, abertura ao diálogo e a reflexões, buscas coletivas de alternativas para os processos enfrentados no cotidiano e formação de colegiados de gestão e de oficinas de capacitação embasadas em estratégias como a da problematização.

Os resultados revelaram também uma gestão propositiva na implantação do NASF, que era visto como uma política pública com capacidade para instituir novas práticas no espaço da AB. O processo foi permeado por diversas dificuldades e norteado e apoiado por discussões do cotidiano e por documentos oficiais. Desenvolveu-se um critério próprio de escolha para a composição das equipes, construído em um processo de discussão coletiva entre os gestores e baseado em indicadores e práticas já iniciadas pelo município.

Os gestores manifestaram intencionalidade em orientar e priorizar o processo de trabalho do NASF pelo referencial teórico-metodológico do AM. Embora haja relatos sobre a necessidade de avanços para a compreensão do AM por parte de alguns, os gestores têm entendimento de que o apoio matricial deve se dar em duas dimensões – o técnico-pedagógico e o assistencial. No entanto, evidenciou-se que prevalece o desejo pelo apoio na dimensão assistencial, em especial entre as coordenadoras de UBS.

A implantação do NASF foi efetivada com o objetivo estratégico de se constituir como um dispositivo de mudanças. Percebeu-se que alguns desses objetivos encontraram ressonância entre os gestores e foram capazes de produzir efeitos positivos, como, por exemplo: as reuniões de matriciamento, os momentos e instrumentos de avaliação etc. Quando não houve ressonância, foram produzidos efeitos indesejados e, até mesmo, negativos, como a demonstração de indiferença de alguns gestores quanto à relevância do trabalho do NASF.

Cabe destacar que a implantação/implementação das equipes NASF se constituiu um dispositivo com potencialidade de instituir mudanças nos processos de trabalho e na produção do cuidado. O NASF e os arranjos implementados a partir desses dispositivo foram, em alguns momentos, capazes de cumprir seu papel, por interrogar os processos de trabalho e as produções do cotidiano e por trazer novas disputas para o cenário.

Sugere-se que, por ser considerado ainda um processo embrionário em construção, há necessidade de despender esforços no acompanhamento da produção e no desenvolvimento do processo de trabalho, com a garantia de momentos de encontros e criação e/ou manutenção de espaços de escuta, pois estes possibilitam a publicização de disputas e conflitos e a negociação do espaço, não em busca de um consenso idealizado, mas partilhado, que problematize as ações cotidianas, promova ações compartilhadas e corresponsáveis e estimule novas reflexões e o desenvolvimento de estratégias criativas para novos e velhos problemas de saúde. Para tal, exige-se uma postura ativa dos gestores, com capacidade e caixa de ferramentas para mobilizar e/ou criar novos arranjos e dispositivos capazes de efetivar as mudanças necessárias à novas práticas, a fim de alcançar a produção integral do cuidado.

Esses resultados são fundamentais, pois revelam os modos como o caminho foi traçado, o que possibilita uma reflexão sobre o mesmo e sua avaliação, para que se repensá-lo e, se necessário, reconstruí-lo, sem engessamento e de forma dialogada, com todos os interessados no processo. Esse processo de busca com base em decisões compartilhadas e pactuadas facilita a consecução do objetivo comum: a atenção à vida e a produção do cuidado integral e de qualidade.

Acredita-se que os resultados desta pesquisa poderão trazer à tona concepções e ações desempenhadas pelos gestores da AB do município pesquisado, além de contribuir para o processo em movimento de mudança, em busca por alternativas de rompimento das práticas hegemônicas, em favor de processos instituintes, de modo a alcançar a integralidade do cuidado. Assim, como retorno dos resultados aos envolvidos no serviço em questão, será proposta uma oficina de reflexão com participantes da pesquisa e demais gestores da AB.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, C. E. L.; PONTES, R. J. S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2357-2365, 2012.

ACIOLE, G.G. As desventuras de público no país dos privadas. In: FERLA, A. A.; RAMOS, A. de. S; LEAL, M.S. de.C. (org.) **VER-SUS Brasil: caderno de textos do VER-SUS/Brasil**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

AZEVEDO, C. da S. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, June 2010.

AMARAL, M.A. do; CAMPOS, G. W. S. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In: VECINA NETO, G; MALIK, A.M. **Gestão em Saúde**. [Reimp.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Rio de Janeiro, 2010. [Tese de doutorado em Clínica Médica]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional**. Belo Horizonte: Rosa do Tempo, 1996.

BERTUSSI, D.C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. [tese de doutorado]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BEZERRA, E. P.; ARAUJO, F. M.; BARROSO, M. G. T. Promoção da saúde em doenças transmissíveis – uma investigação entre adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.4, p.402 - 407, out/dez 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª edição. Brasília, DF – 2007.

_____. Política Nacional de Humanização (PNH). **Documento base para gestores do SUS**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª edição. séries Pactos pela Saúde 2006, vol 4. Brasília, DF – 2007.

_____. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, DF – 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2) – 256 p – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes no NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Portaria nº 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; Poder Executivo. Brasília, DF, Seção I, p.48-55, 24 out. 2011a

_____. SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal.** Unidade Geográfica: Estado – PARANÁ. Competência: Janeiro de 2012 a Junho de 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 17/07/2012.

_____. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Caderno de atenção Básica, n.39)** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, G.W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência de mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: Cecílio, L.C. de O. (org.) **Inventando a mudança na saúde.** 2ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Saúde Paidéia.** 3ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência Saúde Coletiva, v.4, n.2, p. 393-403, 1999.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3ª.Edição.** São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. **Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 10 setembro de 2013.

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**, 23(2)p. 399-407, 2007.

CAPRA, M.L.P.; BORDIN, R. Contribuições do protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida para o processo de gestão do SUS em Caxias do Sul. In: MISOCZKY, M.C.; BORDIN, R. (org) **Gestão local em Saúde:**

práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa: 2004.

CARVALHO, B. G. **Coordenação de unidades da atenção básica no SUS: trabalho, interação e conflitos.** São Paulo, 2012. [Tese de doutorado em Clínica Médica]. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2012.

CECCIM, R.B. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientação para o curso.** Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005.

CECILIO, L.C.O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, Mar. 2010.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. O singular processo de coordenação de hospitais. **Saúde debate**. V.27, n.64, p.110-122, maio.-ago, 2003.

CECILIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e protagonismo dos trabalhadores: porque as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde soc. [online]**. 2004, vol.13,n.2, pp39-55.

CECILIO, L.C.O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v.11, n.22, p.345-351, maio/ago. 2007

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. Revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CUNHA, G. T.; CAMPOS G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Soc.**, v.20, n.4, p.961-970. São Paulo, 2011.

DOMITTI, A. C. P. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas). Campinas, 2006.

DUARTE, R. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo**. Cadernos Pesquisa. São Paulo, n.115, p.139-154, mar. 2002.

FARIA, H.X; ARAUJO, M.D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.** v.19, n.2, p. 429-39, 2010.

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; PELEGRINI, M.L.M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. Em.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução Roberto Machado. 22 ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção imaginária da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **“Construção Social da demanda”**;IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2006, vol.22, n.6, pp. 1171-1181.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIZARDI, F.L; CAVALCANTE, F. de O. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>.

JACOBSEN, A. de L.; RODRIGUES, M.M.B. Abordagens para lidar com a resistência humana frente a processos de mudança organizacional. **Revista de ciência da administração**, Florianópolis, v.4, 2002.

KISIL, MARCOS. **Gestão da mudança organizacional, vol.4**. (Série Saúde e Cidadania). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

KOTTER, J.P.; SCHLENSINGER, L.A. **Choosing strategies for change**. Business review Paperback n.90064, 1994.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LONDRINA, 2013. **Relatório de Gestão 2012**. Prefeitura Municipal de Londrina. Secretaria municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Londrina. Disponível em:

http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_estao/relatorio_gestao_2012.pdf (Acesso em: 23/06/13).

LUZ, M.T. Fragilidade Social e Busca do Cuidado na Sociedade Civil de Hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Cuidado as Fronteiras da Integralidade**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2004.

MACINKO, J.G.F; SOUZA, F. An Evaluation of the impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brasil 1990-2002. **J. Epidemiol Community Health**. V.60, p.2006; 60:13-9

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos Básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.

MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Apresentação. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4^a. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MELLO, L.M.; FARIA, T.H.de.; ROCHA, A.C.P.; OLIVEIRA, L. Da C.; FERRAZ, L.R.P.; ARAÚJO, L.R.P.; ROMANO, D.C.; FABBRO, M.R.C. **Matriciamento como ferramenta para o processo de trabalho em equipe em uma unidade básica de saúde da família, Brasil: relato de experiência**. Memorias Convention International de Salud Publica. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a. p.83.

MERHY, E.E. CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologia em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p.83

MERHY, E. E. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**. [1998]. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2. p. 305-314, 1999.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. Hucitec. São Paulo - 2002.

_____. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Ed. 2003.

_____. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília, DF, 2004. p. 108-137. (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/>>. Acesso em: 10 maio 2008.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2ed. Saúde em debate: Série didática. Hucitec. São Paulo – 2006.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: Apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4^a. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud colect**, La Plata, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M.; CERQUEIRA, P.da. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro mundo do cuidado. In: FRANCO, T.B. (org.). **Afecções e semióticas do cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MERHY, E. E. Ver a si no ato de cuidar: educação permanente em saúde. In: FERLA, A. A.; RAMOS, A. de. S; LEAL, M.S. de.C. (org.) VER-SUS Brasil: caderno de textos do VER-SUS/Brasil. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

MERHY E.E.; MALTA, D.C; SANTOS, F.P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E (org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife-PE: UFPE, 2004. pp. 45-76.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. de S. Técnicas de Pesquisa. In: **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORETTI-PIRES, R.O. **Avaliação da Gestão do trabalho em Saúde da Família**. 1ª.Ed. Curitiba: Appris, 2012.

MOTTA, P.R. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 15.ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, n.34, v.1, p.92-96. São Paulo, 2010.

NOVAES, H.M.D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde**. Rev.Saúde Pública, 34 (5), PP. 547-59, 2000.

OLIVEIRA, G.N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. IN: Campos GW. **Manuais de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, 2008. p273-82.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão Crítica**. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356 p.

PARANÁ. **Metas de Governo 2011-2014**. Governo do Estado do Paraná – Gestão Beto Richa. 2011. Disponível em: http://www.sepl.pr.gov.br/arquivos/File/Arquivos%20PDF%20planodegoverno_web.pdf. Acesso em: 17/07/2012

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

REZENDE, F.P de; FREITAS, F.O.de; SILVA, E.A.T. de O. **Cultura Organizacional e Resistência a mudança**. VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2011.

REDE HUMANIZASUS. **Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS**. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/glossary/3>. Acessado em: 20/11/2013.

ROBBINS, S.P. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

ROSA, S.S. da. **Construtivismo e mudança**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS-FILHO, S.B; BARROS, M.B. **Trabalhador da Saúde Muito prazer!** Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

SÁ, M. de; AZEVEDO, C. da S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais do trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010.

SAMPAIO, J. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Rev. Bra Cienc Saúde**. Vol.13, n. 2012; 16(3):317-24.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900002&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900002>

SILVA, R.G. da S.; VERGARA, S.C. **A mudança organizacional pela ótica dos indivíduos: resistência ou uma questão de sentimento, significado e constituição do sujeito?** IN: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS.2002, Recife. Anais. Recife: Observatório da Realidade Organizacional: PROPAD/UFPE: ANPAD,2002. 1 CD.

SOUZA, V.L.de; FINAMOR, A.L.N.;ALVES, C.S.C.;SOUTO, S.O. **Gestão de pessoas em saúde**. Série Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV,2011.

TRIVIÑOS, A.N.S. Pesquisa qualitativa. In: TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. P. 116-175.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. de. A Concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(2):443-453, 2007.

VASCONCELOS, M.P.C. Reflexões sobre a Saúde da Família. In: Mendes EV. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 155-172.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – OBSERVAÇÃO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Observação Profissional

Título da pesquisa: “Implantação dos núcleos de apoio à saúde da família no estado do paraná: um olhar para os processos de trabalho na aten o básica   saúde”.

CONVITE

Você, _____, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “Implanta o dos núcleos de apoio   saúde da família no estado do paraná: um olhar para os processos de trabalho na aten o básica   saúde”, que tem o objetivo de compreender como o matriciamento vem sendo implantado no Estado do Paraná, considerando a prática da ESF, o processo de trabalho do NASF e sua utiliza o como instrumento no processo de mudança pelos gestores de saúde.

Para isso, as a o es desenvolvidas por você e sua equipe no seu ambiente de trabalho serão acompanhadas. Essa observa o tem como objetivo mapear as a o es realizadas pelos profissionais no que se refere às a o es de implanta o e desenvolvimento do matriciamento na Aten o Básica   Saúde.

As observa o es realizadas serão anotadas pelo pesquisador em um caderno após o término das atividades e servirá apenas para estudos, e não será exposto o nome dos profissionais envolvidos nas atividades. Os participantes da pesquisa não receberão e não precisarão efetuar qualquer pagamento.

Casos de d vida poderão ser esclarecidos com os autores da pesquisa através dos pesquisadores responsáveis: Kátia Santos de Oliveira (8816-5763), e Rossana Staeve Baduy (9922-9212), ou ainda através do telefone 3371-2398 (endereço: Rua Robert Koch, número 60, Londrina/PR) ou por consulta ao Comitê de  tica em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, telefone 3371-2490, segunda e quarta-feira no período da tarde ou quinta e sexta-feira no período da manhã.

Você terá a liberdade em aceitar ou não responder quest o es que poderão ser feitas durante as observa o es, e recusar em participar no momento em que quiser sem prejuízo para você ou seu trabalho. Você receberá uma cópia desse documento, podendo tirar as suas dúvidas agora ou em qualquer momento.

Declaro que entendi o que foi exposto acima, e concordo em participar.

Londrina, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -ENTREVISTA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Entrevista

Título da pesquisa: “**Implantação dos núcleos de apoio à saúde da família no estado do paraná: um olhar para os processos de trabalho na atenção básica à saúde**”.

CONVITE

Você, _____, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “Implantação dos núcleos de apoio à saúde da família no estado do paraná: um olhar para os processos de trabalho na atenção básica à saúde”, que tem o objetivo de compreender como o matriciamento vem sendo implantado no Estado do Paraná, considerando a prática da ESF, o processo de trabalho do NASF e sua utilização como instrumento no processo de mudança pelos gestores de saúde.

Para isso você deverá ser entrevistado e serão feitas perguntas sobre como você e sua equipe estão desenvolvendo as atividades relacionadas ao apoio matricial na Atenção básica á Saúde.As informações fornecidas por você são confidenciais e quando divulgados os resultados deste estudo, isso será feito de forma geral e os nomes dos entrevistados não serão citados. Os entrevistados não receberão e não precisarão efetuar qualquer pagamento. As entrevistas serão gravadas e posteriormente, transcritas. O material gravado será armazenado somente pelas pesquisadoras e depois, destruído e descartado. Casos de dúvida poderão ser esclarecidos com os autores da pesquisa através dos pesquisadores responsáveis: Kátia Santos de Oliveira (8816-5763), e Rossana Staevie Baduy (9922-9212), ou ainda através do telefone 3371-2398 (endereço: Rua Robert Koch, número 60, Londrina/PR) ou por consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, telefone 3371-2490, segunda e quarta-feira no período da tarde ou quinta e sexta-feira no período da manhã. Você terá a liberdade em aceitar ou não responder as questões que serão feitas, e recusar em participar no momento em que quiser sem prejuízo para você ou seu trabalho. Você receberá uma cópia desse documento, podendo tirar as suas dúvidas agora ou em qualquer momento.

Declaro que entendi o que foi exposto acima, e concordo em participar.

Londrina, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE C – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

I- Se alguém te pedisse para explicar o seu trabalho na APS de Londrina como você o faria?

- Cargo
- Formação/Especialidade
- Tempo de trabalho
- Experiência anterior
- Cargo anterior de gestão

II- Como você tem contribuído no processo de fortalecimento da tenção básica?

- Habilidades
- Insatisfações
- Necessidades
- Falhas/ incômodos / conflitos

- Como contribui/Ações que desenvolve
- Apoios
- No que se baseia e se direciona para tomada de decisão
- Ferramentas utilizadas
- Dificuldades
- Facilidades

III- Participou do processo de implantação do NASF?

Como Você contribui para o desenvolvimento do trabalho do NASF?

- Como vê o trabalho na sua UBS
- Como contribui

IV- Algumas vezes também ouvi vocês falarem de matriciamento. Quando ouve falar de matriciamento o que vem na sua cabeça?

- Como foi seu contato?
- Concepções continuam as mesmas?
- Quem deve se apropriar do matriciamento?
- Como ele deve ser desenvolvido?
- Por quem?

V- Como você vê a sua atuação como gestor nos processo de mudança?

- Papel do gestor
- Postura/atitude
- Características pessoais e habilidades necessárias
- Forças propulsoras e inibidoras
- Motivação

VI- Como avalia sua atuação nos processos de mudança?

VII_ Como vê o papel do gestor, num cargo como o seu, como agente de mudança?

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UEL

QuickTime™ and a
decompressor
are needed to see this picture.

ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



PROJETO DE PESQUISA

Título: Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Estado do Paraná: um olhar para o processo de trabalho na atenção básica à saúde.

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06127012.7.0000.5231

Pesquisador: Rossana Staevie Baduy

Instituição: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 93.228

Data da Relatoria: 31/08/2012

Apresentação do Projeto:

pesquisa será realizada, em municípios com ESF e NASF, envolvendo os profissionais ligados ao NASF, Saúde da Família e gestores municipais. A região escolhida para o estudo foi a mesorregião norte central. É constituída de 79 municípios e tem suas atividades fortemente concentradas em dois pólos regionais, Maringá e Londrina, municípios sedes e representantes das macrorregionais norte e noroeste. Critérios de Inclusão Diante do fato do matriciamento ser nosso foco de estudo, para seleção dos municípios a pesquisa será realizada nas duas sedes representantes das regionais de saúde que apresentarem o maior número de NASF implantados. Após escolha dos municípios, a equipe NASF que participará da pesquisa será escolhida a partir da indicação dos gestores municipais considerado como a que melhor está desenvolvendo o apoio matricial. As equipes da ESF que integrarão a pesquisa serão as que estão diretamente ligadas ao NASF indicado pelos gestores. Da equipe gestora, serão incluídos os participantes conforme características de cada município na composição da mesma. Para definição do número de participantes de cada um dos grupos envolvidos será utilizado o método de saturação das informações coletadas, exceto para a equipe NASF que tem um número pequeno de integrantes envolvendo então todos os componentes. Procedimentos de coleta de dados Os instrumentos metodológicos escolhidos para a coleta das informações foram a observação, a entrevista, e a análise documental. As observações se darão nos municípios com o maior número de NASF implantados e envolverá as atividades desenvolvidas pelo NASF, pelas equipes de SF, e gestores. Será utilizado o diário de campo, que permite o registro detalhado do conteúdo das observações no campo de pesquisa. Nos demais municípios serão realizadas somente entrevistas. O principal objetivo da observação é analisar como se dá o matriciamento, o tipo de articulação entre os profissionais e a dinâmica do trabalho em equipe, além da atuação dos gestores locais nos processos de mudança. As entrevistas realizadas serão tanto coletivas (grupo focal) quanto individuais. O grupo focal será conduzido (gravado e posteriormente transcrito) pelo pesquisador que acompanhar as atividades da equipe do NASF durante a fase de observação, com discussões desencadeadas a partir dos dados registrados, envolvendo somente os profissionais desta equipe. Serão realizados até quatro grupos focais, com a participação de no máximo 8 profissionais em cada um deles. As entrevistas individuais envolverão os profissionais do NASF, (no caso de alguma questão não ser sanada durante o grupo focal), com a equipe de SF e os gestores, e serão realizadas pelos pesquisadores que acompanharam, pela observação, seus respectivos grupos, sendo gravadas e posteriormente transcritas, com autorização dos participantes. Nesta fase também serão registradas informações em diário de campo: expressões, atitudes do entrevistado ou outros aspectos considerados relevantes.

Endereço: AVENIDA ROBERT KOCH, 60

Bairro: VILA OPERÁRIA

CEP: 86.038-440

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-2400

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Objetivo da Pesquisa:

Compreender como o matriciamento vem sendo implantado no Estado do Paraná, considerando a prática da ESF, o processo de trabalho do NASF e sua utilização como instrumento no processo de mudança pelos gestores de saúde. **Objetivo Secundário:** Realizar levantamento no Estado do Paraná acerca da presença e conformação de equipes NASF nos municípios e organização da equipe gestora. Identificar e analisar a compreensão dos trabalhadores da ESF, do NASF e dos gestores da atenção básica acerca do apoio matricial. Compreender a percepção dos atores da ESF, NASF e gestores sobre sua atuação no apoio matricial. Verificar o que os profissionais da ESF e gestores esperam do NASF. Aprender as características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na perspectiva do apoio matricial, com foco na atuação dos profissionais da equipe de referência e do NASF. Revelar as ações desenvolvidas para a implementação, acompanhamento e avaliação do matriciamento na atenção básica. Conhecer facilidades e dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao matriciamento. **Objetivo da Pesquisa:**

Compreender como o matriciamento vem sendo implantado no Estado do Paraná, considerando a prática da ESF, o processo de trabalho do NASF e sua utilização como instrumento no processo de mudança pelos gestores de saúde. **Objetivo Secundário:** Realizar levantamento no Estado do Paraná acerca da presença e conformação de equipes NASF nos municípios e organização da equipe gestora. Identificar e analisar a compreensão dos trabalhadores da ESF, do NASF e dos gestores da atenção básica acerca do apoio matricial. Compreender a percepção dos atores da ESF, NASF e gestores sobre sua atuação no apoio matricial. Verificar o que os profissionais da ESF e gestores esperam do NASF. Aprender as características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na perspectiva do apoio matricial, com foco na atuação dos profissionais da equipe de referência e do NASF. Revelar as ações desenvolvidas para a implementação, acompanhamento e avaliação do matriciamento na atenção básica. Conhecer facilidades e dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao matriciamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O projeto não apresenta risco aos participantes

Benefícios: Por se tratar de uma pesquisa que propicia ao entrevistado uma reflexão sobre seu processo de trabalho, isso pode resultar em mudanças de práticas e serão abordados pessoalmente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante no contexto de saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os autorizações foram apresentadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: AVENIDA ROBERT KOCH, 60

Bairro: VILA OPERÁRIA

CEP: 86.038-440

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-2400

E-mail: cnp268@uel.br