

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde

Ana Paula Campos Barbosa da Silva

**APOIO MATRICIAL DO NASF: representação social de profissionais da Atenção
Primária à Saúde sobre assistência à saúde**

Diamantina-MG

2017

Ana Paula Campos Barbosa da Silva

APOIO MATRICIAL DO NASF: representação social de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre assistência à saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Afrânio Sant’Anna

Diamantina-MG

2017

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

B238a Barbosa, Ana Paula Campos
 Apoio matricial do NASF: representação social de profissionais da
Atenção Primária à Saúde sobre assistência à saúde / Ana Paula
Campos Barbosa. – Diamantina, 2018.
 176 p. : il.

Orientador: Paulo Afrânio Sant'Anna

Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação
em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do
Jequitinhonha e Mucuri. 2017.

1. Representações sociais. 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
3. Apoio matricial. I. Sant'Anna, Paulo Afrânio. II. Título.
III. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 614

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Apoio matricial do NASF: representação social de profissionais da
Atenção Primária à saúde sobre assistência à saúde**

Dissertação apresentada ao
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
EM ENSINO EM SAÚDE - STRICTO
SENSU, nível de MESTRADO como
parte dos requisitos para obtenção do
título de MAGISTER SCIENTIAE EM
ENSINO EM SAÚDE

Orientador : Prof. Dr. Paulo Afranio
Sant'Anna

Data da aprovação : 02/12/2017



Prof.Dr. ERICH MONTANAR FRANCO - MACKENZIE



Prof.Dr. CARLOS ALBERTO DIAS - UFVJM



Prof.Dr. PAULO AFRANIO SANT'ANNA - UFVJM

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por iluminar meu caminho com fé e perseverança nos momentos mais difíceis;

À minha mãe, pelo amor incondicional, que sempre me amparou e aconselhou;

Aos familiares, em especial, meu irmão Pedro, tia Bê e tio Célio pela acolhida e incentivo; à tia Salete, tia Nilda, tia Aparecida e tio Marquim pelo suporte e encorajamento; à Fá e Ellen pela escuta, e ao Ju pelo lar;

Ao orientador, Professor Dr. Paulo Afrânio Sant'Anna, pela dedicação, paciência e compreensão extremas, e contribuições por meio de ideias fundamentais à concretização deste trabalho;

Às minhas amigas, em especial Adriana, Cláudia, Priscila(s) e Thalita, pelo carinho, alegria e companheirismo;

Aos colegas do mestrado, pela união e compartilhamento de conhecimentos;

Aos professores integrantes da banca examinadora, por acolherem o convite;

Aos docentes do Programa de pós-graduação Ensino em Saúde, pelo aprendizado, em especial, ao professor Dr. Wellington, pela compreensão;

Ao município de Itamarandiba pela oportunidade, e a todos os profissionais, que gentilmente participaram desta pesquisa;

E, por fim, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

“E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente.
Toda pessoa sempre é as marcas
das lições diárias de outras tantas pessoas.
É tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente
Onde quer que a gente vá.
É tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho
Por mais que pense estar...”
(Caminhos do coração – Gonzaguinha).

RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de ampliar as ações das Estratégias Saúde da Família (ESF), atuando de forma interdisciplinar alicerçado primordialmente no apoio matricial. Porém, observa-se uma fragilidade na incorporação dessa ferramenta no processo de trabalho das equipes da ESF e do NASF do município de Itamarandiba – MG. Nesse contexto, a identificação das representações sociais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre assistência à saúde visou à compreensão do impacto das mesmas na operacionalização do apoio matricial exercido pelo NASF do município em questão. Para isso, este estudo recorreu ao desenho metodológico de estudo de caso, com natureza exploratória e abordagem qualitativa. Para o alcance dos dados usou-se análise documental, entrevistas semiestruturadas e observação do campo. Participaram como sujeitos deste estudo: dois médicos, dois enfermeiros, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois técnicos em enfermagem, e os três profissionais do NASF, perfazendo um total de treze profissionais, todos pertencentes à rede de APS do município de Itamarandiba. O *corpus*, primeiramente, foi submetido à análise pelo *software* IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com o objetivo de verificar as classes de palavras e sua organização. Na sequência, submeteu-se o *corpus* à análise temático-categorial evidenciando os temas “Assistência” e “Práticas profissionais”. Como resultados deste estudo, verificou-se a presença de conceitos de assistência à APS, tanto convergentes como divergentes, com as diretrizes do SUS e normativas ministeriais da APS; já as práticas revelaram que, em sua maioria, afastavam-se do modelo de promoção da saúde, demonstrando, pois, representações sociais ancoradas no modelo biomédico. Além disso, a investigação dos processos históricos e culturais de organização da APS, em especial do NASF, em Itamarandiba, esclareceu o contexto de produção das representações sociais, permitindo a compreensão do quanto o mesmo favorece à permanência de condutas ancoradas em um modelo de assistência verticalizado, com práticas fragmentadas e isoladas que dificultam a intersectorialidade e se afastam da compreensão do instrumento apoio matricial. Percebe-se a existência de práticas pautadas no modelo de promoção da saúde, mas que precisam ser fortalecidas. Espera-se que este trabalho fomente reflexões entre os profissionais das equipes da APS, os coordenadores e os gestores de Itamarandiba, de modo a problematizar o quanto o processo de trabalho e a organização das ações e serviços de saúde do município precisam ser reavaliados e reconfigurados, visando ao fortalecimento da APS e com isso, viabilizando a atuação do NASF em parceria com as equipes de ESF, sob a lógica do apoio matricial e equipes de referência, alcançando a organização do sistema municipal de saúde, e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Palavras-chave: Representações Sociais. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Apoio Matricial.

ABSTRACT

The Family Health Support Center (NASF) was created with the aim of expanding the actions of the Family Health Strategies (ESF), acting in an interdisciplinary way based primarily on the support of the matrix. However, there is a weakness in the incorporation of this tool in the work process of the ESF and NASF teams of the municipality of Itamarandiba - MG. In this context, the identification of the social representations of Primary Health Care (APS) professionals on health care aimed at understanding the impact of these on the operationalization of the matrix support exercised by the NASF of the municipality in question. For this, this study has used the methodological design of case study, with exploratory nature and qualitative approach. For data coverage, we have used document analysis, semi-structured interviews and field observation. Two physicians, two nurses, one dental surgeon, one oral health assistant, two community health agents (ACS), two nursing technicians, and the three NASF professionals, comprising a total of thirteen professionals, all belonging to the APS network of the municipality of Itamarandiba. The corpus was first submitted to analysis by the software IRAMUTEQ (Interface of Multidimensional Analyzes of Textes et de Questionnaires), by the method of Classification Hierarchical Descending (CHD), with the objective of verifying word classes and their organization. Subsequently, the corpus was submitted to the thematic - categorial analysis highlighting the themes "Assistance" and "Professional Practices". As results of this study, it was possible to verify the presence of concepts of PHC assistance both convergent and divergent with SUS guidelines and mini-ministerial PHC regulations, but the data revealed practices that, for the most part, deviated from the health promotion model, thus evidencing, social representations anchored in the biomedical model. In addition, the investigation of the historical and cultural processes of organization of the APS, especially the NASF in Itamarandiba, clarified the production context of the social representations, allowing the understanding of how much it favors the permanence of anchored ducts in a model of assistance vertical, with fragmented and isolated practices that hinder the intersectoriality and distance themselves from the understanding of the instrument matrix support. It is noticed the existence of practices based on the model of health promotion, but that need to be strengthened. The main objective of the present work is to foster reflections among the professionals of the PHC teams, the coordinators and the managers of Itamarandiba in order to problematize how much the work process and the organization of the actions and health services of the municipality need to be reevaluated and reconfigured aimed at strengthening PHC, which will enable NASF to act in partnership with the ESF teams, under the logic of matrix support and reference teams, reaching the organization of the municipal health system, hence, improving the life quality of its users.

Keywords: Social Representations. Family Health Support Center. Matrix Support.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perfil dos profissionais entrevistados, Itamarandiba-MG, 2016.....	85
Quadro 2: Características das ESF e ESB.....	89
Quadro 3: Síntese da categorização dos aspectos conceituais relacionados à assistência à saúde - categoria 'atores'.	108
Quadro 4: Síntese da categorização dos aspectos conceituais relacionados à assistência à saúde - categoria recursos.	112
Quadro 5: Síntese da categorização dos aspectos conceituais relacionados à assistência à saúde - categoria 'qualificação da assistência'.	115
Quadro 6: Síntese da categorização das práticas em saúde - categoria 'produto'.	119
Quadro 7: Síntese da categorização das práticas em saúde - categoria 'processo'	121
Quadro 8: Síntese dos aspectos desfavoráveis ao apoio matricial e as consequências.....	145
Quadro 9: Síntese dos aspectos favoráveis ao apoio matricial e as consequências.	147

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Dendograma da CHD.....	88
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CHD – Classificação Hierárquica Descendente
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ENSA - Ensino em Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAMUTEQ - Interface of Multidimensional Analyzes of Textes et de Questionnaires
JIRS - Jornada Internacional de Representação Social
MG - Minas Gerais
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR/MG – Plano Diretor Regionalizado de Minas Gerais
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PNH - Política Nacional de Humanização
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PREVSAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PST - Projeto Saúde no Território

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RS – Representação Social

SP - São Paulo

SF - Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria da Representação Social

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UCE - Unidades de Contexto Elementar

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFVJM - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 Assistência à saúde	27
2.1.1 Aspectos conceituais.....	27
2.1.2 Modelos de assistência à saúde.....	33
2.1.3 Sistema de Atenção à Saúde	41
2.2 Atenção Primária à Saúde	43
2.2.1 Estratégia Saúde da Família	45
2.2.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Apoio matricial.....	50
2.3 Teoria das Representações Sociais	57
2.3.1 Gênese e conceituação das Representações Sociais	58
2.3.2. Funções das Representações Sociais	61
2.3.3 Abordagens das Representações Sociais	65
2.3.4 Representações Sociais no campo da saúde	66
2.3.5 Desenvolvimento das pesquisas no Brasil.....	68
3 METODOLOGIA	71
3.1 Natureza do estudo	71
3.2 Cenário do estudo	72
3.3 Universo	73
3.4 Amostra	74
3.5 Instrumento de coleta de dados	75
3.6 Procedimentos e análise de dados	78
3.6.1 Análise lexical dos dados textuais	78
3.6.2 Análise temático-categorial	80
3.7 Aspectos éticos	83
4 RESULTADOS	85

4.1 Perfil dos participantes do estudo	85
4.2 Resultados da análise lexical	87
4.3 Resultados da análise de conteúdo	89
4.3.1 <i>Contexto da Pesquisa</i>	89
4.3.2 <i>Aspectos conceituais</i>	107
4.3.3 <i>Práticas em saúde</i>	119
5 DISCUSSÃO	125
5.1 Análise lexical	125
5.1.1 <i>Classe 2 (Foco da atenção e práticas)</i>	125
5.1.2 <i>Classe 5 (NASF)</i>	126
5.1.3 <i>Classe 3 (Modelo de atenção em saúde)</i>	127
5.1.4 <i>Classe 1 (Conceitos de assistência à saúde)</i>	128
5.1.5 <i>Classe 4 (Modo de fazer saúde)</i>	129
5.2 Análise de conteúdo	130
5.2.1 <i>Aspectos Conceituais</i>	130
5.2.2 <i>Práticas em saúde</i>	139
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS	155
APÊNDICE A	171
APÊNDICE B	173
APÊNDICE C	175

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, criado em 1988, pela Constituição Federal, se destaca como uma importante política pública que garante assistência à saúde a todos os brasileiros de forma gratuita, focando na integralidade, universalidade e essencialidade da participação comunitária. Desde então, observa-se a criação de inúmeros projetos, não só para ampliar as ações e os serviços de saúde do SUS, mas qualificá-los, torná-los mais eficientes e resolutivos (DUNCAN; SCHMIDT, 2004).

Mendes (2015) destaca que o SUS tem alcançado sucesso e avanços inquestionáveis, mas há de superar enormes desafios, dentre os quais, cita-se a ausência da organização integrada dos pontos de atenção especializada e a carência de equipes multiprofissionais, operando de forma interdisciplinar.

Para que um sistema de saúde seja organizado, resolutivo e estruturado, Starfield (2002) evidencia a necessidade de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), pois, como Mendes (2012) afirma, trata-se de uma solução complexa e necessária, com capacidade de 85% (oitenta e cinco por cento) de resolução dos problemas de saúde mais comuns da população sob sua responsabilidade.

A APS, comumente denominada no Brasil de Atenção Básica, tem como definição, “um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos que demandam uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população” (BRASIL, 2010c, p. 07), e a ela é delegado o importante papel de ordenadora da rede de serviços de saúde e coordenadora do cuidado ao usuário (BRASIL, 2010c).

Ressalta-se que esse nível de atenção requer uma assistência condizente com o modelo de saúde vigente, no qual o processo saúde-doença é resultante da combinação, não somente dos fatores genéticos, mas de contribuições comportamentais, com influência do ambiente social e físico, bem como da interferência dos cuidados em saúde. Além disso, estudos indicam que a APS vem se destacando pelo impacto direto na melhoria dos níveis de saúde da população, quando fortalecida e implantada adequadamente (MENDES, 2015; STARFIELD, 2002).

Todavia, para a concretização das propostas da APS e contribuição na efetivação do SUS, criou-se, em 1994, o Programa de Saúde da Família – PSF pelo Ministério da Saúde (SOUZA, 2000; BRASIL, 2001; VIANA; POZ, 2005), que, posteriormente, concretizou-se como Estratégia Saúde da Família- ESF (BRASIL, 2006).

Apesar dos inquestionáveis avanços e conquistas da ESF no Brasil, as pesquisas também mostram que a APS apresenta entraves no cumprimento de seus princípios e diretrizes (OPAS, 2005; GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2012), reforçando também a fragilidade, constatada por Souza (2000), sobre a interdisciplinaridade, fundamental para o trabalho das equipes. Assim, o autor destaca a necessidade de superação desta limitação pelos profissionais da ESF:

Os profissionais das equipes de saúde da família necessitam de uma visão ampliada. É imprescindível ser resolutivo nas clínicas básicas, ser capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde da população numa concepção de recuperação de condições adequadas de saúde e de qualidade de vida. Esta prática precisa estar pautada pelos princípios de promoção da saúde. Isto requer uma visão e uma ação ampliada, exigindo a incorporação de novos saberes e novos conhecimentos que, tradicionalmente, não foram incorporados na formação dos nossos profissionais de saúde. (SOUZA, 2000, p. 16).

Diante disso, com o intuito de resgatar a interdisciplinaridade e ampliar a abrangência das ações básicas, fortalecendo, portanto, a resolutividade de toda a APS, fazendo consolidar, também, os atributos, tanto da APS quanto do SUS, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a publicação da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008 (BRASIL, 2008; 2010a; 2010b).

O NASF fundamenta-se no compartilhamento de responsabilidades e no apoio às equipes da ESF, dentre os instrumentos, destaca-se o apoio matricial, por ser a base do trabalho da equipe do NASF, o que se consolida como uma metodologia de se produzir saúde, materializando-se nas ações compartilhadas, seja na forma de estudo de caso, atendimento em conjunto, ações no território, atividade de educação em saúde e educação permanente, dentre outras (BRASIL, 2010a; 2010b; 2014).

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

O apoio matricial consiste em apoio especializado ao serviço da equipe de referência (equipe de ESF) que, por sua vez, aciona a equipe do NASF para que, em conjunto, encontrem formas de conduzir os problemas de saúde dos usuários. Este apoio deve ser aplicado pelos profissionais do NASF tanto na assistência, para complementação das ações aos usuários e atividades em conjunto, quanto no apoio técnico-pedagógico, na forma de capacitação dos profissionais da ESF, visando ao maior empoderamento desses trabalhadores sob os casos (BRASIL, 2010a; 2010b; 2014).

Mesmo diante do potencial do NASF, esse programa encontra barreiras para a sua efetiva implementação:

[...] o NASF traz muitas potencialidades para a qualificação da Atenção Básica. Entretanto, pode ocorrer que sua implantação e implementação sejam perpassadas por dificuldades que, por vezes, resultam em um descompasso entre o que se preconiza para o trabalho de equipes de apoio e o que ocorre no cotidiano dos serviços de saúde. (BRASIL, 2014, p. 62).

Assim, o apoio matricial, revelado em estudos, como uma estratégia capaz de impactar positivamente as ações da APS, tem, também, sua efetivação ameaçada diante da demonstração de um grande número de equipes/profissionais desenvolvendo ações fragmentadas que se distanciam da lógica idealizada pelo Programa, caracterizando o afastamento dessa metodologia (MOURA; LUZIO, 2014).

No contexto da presente pesquisa - o município de Itamarandiba - MG, onde a pesquisadora ocupou o cargo de gestora do hospital da rede municipal de saúde, verificou-se uma fragilidade na prática do apoio matricial pelo NASF, levando-a a refletir sobre os obstáculos para o pleno desenvolvimento desta prática.

Este cenário, por sua vez, justificou a escolha do tema desta pesquisa "Apoio Matricial do NASF: representação social de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre assistência à saúde", tendo em vista que a investigadora foi autora do projeto de elaboração do NASF no município estudado e, portanto, contribuiu para a implantação da equipe, além de já ter trabalhado como coordenadora da APS na cidade em questão.

A ausência ou a fragilidade do matriciamento pôde ser reiterada com a participação da pesquisadora no Projeto Caminhos do Cuidado, parceria do Ministério da Saúde com os estados e municípios, em que foi produzido um rápido e breve diagnóstico, não apenas da APS, mas de toda a rede de saúde dos 11 (onze) municípios¹ trabalhados/estudados, inclusive Itamarandiba. Os resultados indicaram que as equipes do NASF não realizavam o apoio matricial como previsto.

Por meio dos relatos dos alunos, ACS e técnicos em enfermagem, foi possível verificar que o trabalho do NASF se restringia a atendimentos isolados e fragmentados e/ou à realização de grupos encaminhados pelas equipes de ESF, ou seja, não havia qualquer ação compartilhada. Não se realizava a discussão de casos, o atendimento conjunto, a construção coletiva de planos terapêuticos, a realização de intervenções conjuntas em ações intersetoriais

¹Angelândia, Aricanduva, Capelinha, Carbonita, Chapada do Norte, Coluna, Itamarandiba, José Gonçalves de Minas, Leme do Prado, Minas Novas, Turmalina.

e reuniões entre as equipes para exposição e troca de ideias, atividades estas consideradas centrais na missão do NASF.

Com base nessa constatação, surgiram questões que despertaram o interesse pelo tema, que se tornaram objeto do presente estudo e que, a partir da realidade do município analisado, espera-se desenvolver reflexões que permitam uma melhor implementação dessa ferramenta, tão importante na efetividade do NASF/ESF.

De tal modo, o presente estudo tem como objetivo geral identificar as representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde – APS sobre assistência à saúde e compreender o impacto dessas representações na operacionalização do apoio matricial exercido pela equipe do NASF do município de Itamarandiba – MG. Como objetivos específicos: discutir o processo de trabalho da ESF e do NASF, relacionando-os à prática do apoio matricial e contribuindo para o fortalecimento do SUS no município de Itamarandiba. Propósitos estes de relevância, não apenas científica, mas de impacto no contexto de trabalho.

Tendo em vista que a consolidação do apoio matricial exige dos profissionais a superação do modelo biomédico de se fazer saúde, baseado em práticas fragmentadas, requerendo a incorporação de mudanças na forma de atuação destes (MOURA; LUZIO, 2014; OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012; CUNHA; CAMPOS, 2011) ressalta-se que essa ferramenta, ainda não foi incorporada como elemento fundamental ao processo de trabalho de todas as equipes do NASF, já que, para sua efetivação são necessárias novas abordagens das práticas, de modo a abarcar novas significações (MOURA; LUZIO, 2014; OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012).

Nesta pesquisa foi adotado como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais – TRS a fim de fomentar uma compreensão acerca dos sentidos que permeiam as práticas dos profissionais das equipes da APS e os obstáculos que possam oferecer para a materialização do apoio matricial. Oliveira e Moreira indicam que:

Adotada como teoria, categoria explicativa ou analítica ou como conceito, o termo representação social vem sendo bastante útil ao processo de compreensão de diferentes objetos, especialmente naquelas áreas de conhecimento onde a subjetividade é inegavelmente partícipe das práticas cotidianas. (OLIVEIRA; MOREIRA, 2000, p. xi).

Moraes *et al.* sobre a TRS, afirmam que:

A Teoria das Representações Sociais, como guia teórico de análise, confere elevado potencial interpretativo ao objeto de estudo, possibilitando a elucidação dos sistemas de significação que são produzidos e partilhados por um grupo. (MORAES *et al.*, 2013, p. 13).

As Representações Sociais – RS consistem numa forma de conhecimento cotidiano, profundamente alicerçado nas interações sociais que se constituem como “categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a.” (MINAYO, 2014, p. 219). Elas devem ser entendidas como “ideias, imagens, concepções e visões de mundo que os atores sociais constroem sobre a realidade, as quais estão vinculadas às práticas sociais” (OLIVEIRA; MOREIRA, 2000, p. 11-12), não se tratando, pois, de “meras opiniões, atitudes, mas de Teorias internalizadas que serviriam para organizar a realidade” (LEME, 2004, p. 48).

Conforme Moscovici (2013), as RS são concepções incorporadas como verdade, em que quanto mais se distanciam de suas origens e de suas vinculações à tradição e costumes, mais elas se consolidam. Segundo o autor, a influência das RS torna-se maior, quanto menos se reflete ou se torna conscientes delas, portanto, pesquisá-las e conhecê-las pode contribuir para minimizar sua interferência.

Além disso, Moscovici (2013) destaca que tudo o que o sujeito pensa, diz ou pratica está em acordo com as suas crenças e padrões de interpretação socialmente adquiridos. Com isso, conforme Minayo (2014) um estudo das práticas de saúde deve incluir a subjetividade dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde e ser capaz de enxergar o ser humano enquanto sujeito complexo que requer uma compreensão holística.

Diante disso, Merhy e Franco (2012) corroboram que as análises sobre o trabalho em saúde precisam reconhecer que:

[...] não há hipótese de que a subjetividade deixe de ser algo relevante a ser considerado e também posto em análise junto com as demais dimensões da produção do cuidado, pois o agir cotidiano de cada um é dado também por esta dimensão. Seu reconhecimento possibilita aprofundar na compreensão dos fenômenos que envolvem o trabalho na saúde e a produção do cuidado. (MERHY; FRANCO, 2012, p. 162).

Para tanto, tem-se na pesquisa em RS uma possibilidade para a investigação interdisciplinar e multidimensional no campo da saúde (SPINK, 1993), considerando-se ainda que, segundo Sá (2000, p. 07), “a intervenção em problemas de saúde pública é um dos campos em que a Teoria da R.S pode apresentar sua melhor contribuição”.

Além disso, é importante considerar que

As tecnologias de trabalho, dentre elas as tecnologias de cuidado em saúde, vistas a partir das representações sociais, possibilitam um novo olhar, que não mais as considera como esfera normativa, estritamente técnica e cientificamente determinada,

mas enquanto expressão das subjetividades, que se constituem em um dado espaço social. Isto implica conceber o duplo caráter assumido pelo cuidado em saúde: o primeiro, enquanto ação legitimada pelo – e legitimadora do – conhecimento científico; e o segundo, enquanto construção da realidade e, nessa medida, como função da experiência pessoal, da ação criativa e do conhecimento de base empírica. Nessa perspectiva, o cuidado em saúde, e as demais práticas profissionais de saúde, ganham sentido e contexto como ações intencionais, institucionalmente localizadas e socialmente determinadas. Enquanto forma particular de agir no mundo, a tecnologia do cuidado em saúde é constituída por um saber e por seus desdobramentos materiais e não materiais, inseridos na produção de serviços de saúde. (OLIVEIRA, 2014, p. 793-794).

Nesse sentido, ao estudar as representações sociais de profissionais da APS sobre assistência à saúde, pretende-se desvelar como elas perpassam o processo de construção de significados sobre a assistência em saúde influenciando, positivamente ou negativamente, a prática do apoio matricial.

Além disso, considerando que a Teoria das Representações Sociais permite o estudo das práticas sociais e dos conhecimentos, que por meio delas são construídos e disseminados, a partir das relações interpessoais nos grupos, contribuindo para a formação de condutas, valores, ideias, e significações (REIS; BELLINI, 2011), levantou-se, a hipótese de que as representações sociais de profissionais da APS, do município de Itamarandiba, sobre assistência à saúde, são fortemente marcadas por concepções anteriores ao SUS, o que, portanto, pode impossibilitar a adesão a estratégias que requeiram a incorporação de uma visão ampliada do cuidado em saúde pelos profissionais.

Esta pesquisa, ao dar voz aos atores sociais, pretende desvelar os saberes, imagens, ideias e conceitos dos profissionais, por vezes silenciados, que aplicados ao cotidiano exercem influência na prática dos mesmos. E a partir dessa ótica, espera-se compreender e refletir sobre as dificuldades e potencialidades do uso da ferramenta do apoio matricial em um município cuja implantação do NASF ocorreu em 2013.

Considerando-se que o NASF, com sua lógica de matriciamento, constitui estratégia inovadora que impacta no modo de se produzir saúde e, ainda, diante da resistência dos indivíduos em aceitar o novo e o incomum, assimilando-o como hostil (MOSCOVICI, 2013), levanta-se a hipótese da existência de representações sociais sobre assistência à saúde entre os profissionais da APS que dificultem a concretização do apoio matricial do NASF.

Todavia, a questão central do presente trabalho é: quais as representações sociais que os profissionais da APS de Itamarandiba têm sobre a assistência à saúde e seu impacto na materialização do apoio matricial exercido pelo NASF?

O presente estudo encontra-se relevância, sobretudo, devido à necessidade de avaliar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e ao NASF ter extrema importância

para a efetivação do SUS, mas que precisa ser mais bem estudado, tendo em vista a fragilidade que tem apresentado ao longo dos anos iniciais da sua implementação.

Aliado a isso, ao realizar uma busca por publicações científicas relacionadas ao termo “apoio matricial” ou “matriciamento”, verificou-se um número considerável de pesquisas, conforme o banco de dados: Biblioteca Virtual de Saúde – BVS (308 publicações) e *Scientific Electronic Library Online* – SCIELO (185 publicações). Entretanto, ao pesquisar os termos “apoio matricial” ou “matriciamento” associados aos termos “NASF” ou Núcleo de apoio à Saúde da Família” encontrou-se apenas 68 publicações (na forma de artigo, tese e monografia) na BVS e 51 artigos na SCIELO entre o período de 2012 a 2016.

Além disso, após a leitura de cada resumo dessas publicações, somente 16 publicações (11 na BVS e 5 na Scielo, que não se encontravam na BVS) tratavam do apoio matricial especificamente do NASF. Fato que chamou atenção para a carência de pesquisas sobre a temática no país, e reforçou, portanto, a necessidade deste estudo.

Desses trabalhos, por tratarem de pesquisas de campo com profissionais de saúde, foram revisadas 13 publicações (sendo 03 teses, 01 dissertação e 9 artigos). Como experiência do apoio matricial na equipe do NASF, os estudos (SOUZA; AYRES; MARCONDES, 2012; MAFRA, 2012; OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012; SAMPAIO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2012; BEZERRA, 2013; LANCMAN *et al.*, 2013; SILVA, 2014; NASCIMENTO, 2014; MOURA; LUZIO, 2014; BARROS *et al.*, 2015; ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2015) revelaram que a implantação do NASF, bem como a efetivação do apoio matricial, ocorreram de modo irregular no país. Evidenciando-se tanto os limites quanto as potencialidades da implantação do NASF e revelando as experiências mal sucedidas e exitosas dessa estratégia nos diversos municípios brasileiros.

O NASF organiza-se em torno da metodologia do apoio matricial que, a partir de uma prática interdisciplinar, visa superar a fragmentação na assistência (BRASIL, 2010a; 2010b; 2014). Porém, observa-se certo distanciamento entre a sua proposta e a prática, e essa situação têm sido apontada como temática importante para a investigação científica, tendo-se em vista a necessidade de reflexão constante sobre o desenvolvimento dos NASF nos diferentes municípios do país (MOURA; LUZIO, 2014; OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012; SILVA *et al.*, 2012; LANCMAN *et al.*, 2013; CUNHA; CAMPOS, 2011).

Por meio das bases científicas citadas, foi possível também, verificar que entre os trabalhos sobre representação social, com a busca dos termos “representação social” e “teoria das representações sociais”, há um número elevado de publicações (1.655 na Scielo e 3.736 na BVS), sendo 889 artigos na Scielo na área de ciências da saúde. Ao filtrar os trabalhos sobre as

R.S de profissionais da saúde publicados nos últimos cinco anos (2012 a 2016), foram encontrados 100 publicações na BVS (sendo 83 não repetidas) e 83 artigos na Scielo (sendo 69 não repetidos).

Dos 183 artigos encontrados, apenas 7 artigos (5 na BVS e 2 na Scielo, que não se encontravam na BVS), abordaram as RS de profissionais de saúde acerca da assistência à saúde e envolveram como objeto as diversas formas de cuidado, como cuidado integral, intensivo, paliativo, resolutivo, à fase de vida da mulher (climatério), à paciente com HIV/AIDS e com síndrome de down.

Estes estudos (ARCE; SOUSA, 2013, FONTANELLA; SETOUE; MELO, 2013, JORGE *et al.*, 2014, LIMA *et al.*, 2017, NASCIMENTO, GOMES; ERDMANN, 2013, NOGUEIRA *et al.*, 2015; SILVA; CARVALHO; NERY, 2016) demonstraram as diferentes RS sobre o cuidar/assistência à saúde dos profissionais de saúde, as quais oscilaram entre o ato prescritivo, procedimentos, normas e a relação afetuosa que surge no fazer em saúde.

Os demais artigos sobre RS de profissionais da saúde, em sua maioria, concentraram nos estudos relacionados aos temas: trabalho, saúde mental, SUS, violência/drogas, saúde do trabalhador, HIV/AIDS, câncer, relações de gênero, crenças religiosas, morte, processo saúde-doença e fases da vida (infância e velhice), notando-se também uma forte contribuição da enfermagem no campo das RS na saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Assistência à saúde

2.1.1 Aspectos conceituais

Ao realizar um levantamento da produção científica na base de dados BVS sobre a assistência à saúde, recorreu-se primeiramente aos descritores de assunto relacionados ao termo “assistência à saúde”, e obteve-se 16 expressões associadas, as quais em acordo com o foco deste estudo são: “cuidados de saúde”, “cuidados de assistência à saúde”, “prestação de assistência à saúde”, “prestação de cuidados de saúde” e “sistemas de assistência à saúde” (BRASIL, 2016).

Assim, na busca científica através desses termos, inclusive “assistência à saúde”, encontrou-se um considerável número (9.421) de publicações disponíveis na forma de artigos, monografias e teses, publicados no período de 2012 a 2016, nas versões português e inglês, que discorrem sobre a assistência à saúde como assunto principal da pesquisa. Resultado que demonstrou uma preocupação dos pesquisadores na discussão do assunto. Assim, ao filtrar trabalhos que mencionaram o Brasil, encontrou-se 368 publicações, dessas, a maioria versava primeiramente sobre gestão da saúde no âmbito da organização, avaliação e controle das ações e serviços; em seguida analisaram as ações voltadas a um grupo específico de usuários; outras caracterizaram o cuidado relacionado a alguma diretriz do SUS, da APS ou às atividades ligadas à execução técnica do ato em saúde.

Já na Scielo, usando os mesmos filtros, foram encontradas 76 publicações, observando-se perfis semelhantes no conteúdo das produções. Assim, por meio da amostra selecionada, foi possível identificar uma tendência de se focar a “assistência à saúde” e seus termos associados sob os aspectos das normatizações estabelecidas como técnicas de atendimento.

O termo “assistência à saúde” foi substituído por “cuidado em saúde”, entretanto, em geral, quando se fala em cuidado de saúde ou cuidado em saúde, pensa-se na aplicação de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de algum tratamento, a fim de propiciar o bem-estar físico e mental dos indivíduos, acreditando ser a ciência a detentora única do conhecimento geral sobre as doenças e que por meio de tecnologias, esse conhecimento é transformado em saberes e formas de intervenção, que serão aplicados por profissionais para produzir saúde (TREVISAN, 2012).

Entretanto, sabe-se que assistência à saúde não assim se resume, a mesma requer interação entre dois ou mais sujeitos com o objetivo de aliviar alguma condição de saúde ou o alcance de um bem-estar, ao qual se dá mediante saberes diversos voltados a essa finalidade, havendo, inclusive, destaque da sabedoria prática no cenário de produção saúde, no qual se tem o desenvolvimento das práticas em saúde apoiada nas tecnologias leve-duras ou duras, mas com a preservação da importância da hegemonia da tecnologia leve na produção do cuidado em saúde (AYRES, 2000).

O cuidado em saúde não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’. Ele é uma ação integral, produto de uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, ou seja, ação integral com efeitos e repercussões das interações entre usuários, profissionais e instituições (PINHEIRO, 2009).

Diante da importância do cuidar em saúde, o Ministério da Saúde afirma-o como foco permanente de discussão, sendo apontado como um dos objetivos de debate da 15ª Conferência Nacional de Saúde, em 2015, que apresentou como temática: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, e que foi discutido o cuidar bem das pessoas mediante a realização e a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a transformação das práticas de saúde, bem como a superação de iniquidades que afetam de forma diferenciada a população brasileira, reafirmando, assim, a saúde como direito fundamental do povo brasileiro, pilar estruturante da cidadania e do desenvolvimento da nação (BRASIL, 2015).

Na BVS a expressão “assistência à saúde” encontra-se organizada hierarquicamente sob a “Atenção à Saúde”, que, por conseguinte, se submete ao termo maior “Saúde Pública”, e atribui assistência à saúde “a todos os aspectos da provisão e distribuição de serviços de saúde a uma população”. Já a atenção à saúde “engloba todo o conjunto de ações, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo três grandes campos: 1. da assistência; 2. das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo; e 3. das políticas externas no setor saúde”. (BRASIL, 2016).

Para Matta e Morosini (2009) atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população, a qual é expressada em políticas, programas e serviços de saúde consoante aos princípios e às diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS). A sua compreensão relaciona tanto a processos

históricos, políticos e culturais que revelam disputas por projetos no campo da saúde, quanto à própria concepção de atenção à saúde, sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços.

A noção de “atenção à saúde”, sob uma perspectiva histórica, foi proposta no sentido de superar a dicotomia existente entre assistência (encarada a partir de um significado restrito no que tange ao procedimento e à cura) versus prevenção e ação individual e coletiva e se construiu a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações em saúde (MATTA; MOROSINI, 2009).

E essas ações em saúde, segundo Merhy e Franco (2012), concretizam-se a partir das características oriundas do próprio fazer profissional, mesmo quando se normatiza ou impõe um modelo assistencial a ser cumprido. E esses autores explicam que

Já que o trabalho em saúde, pela sua natureza relacional, traz a centralidade do trabalho vivo, ou seja, os produtos da saúde se realizam no momento da atividade do trabalhador e o processo de produção do cuidado traz toda bagagem subjetiva que é própria do humano, “sendo assim o elemento humano é central, garante o caráter produtor do cuidado, isto é, o modelo assistencial não se configura por uma determinação, um fora que se institui, mas por atos de produção imanentes ao próprio processo, gerados pelos trabalhadores em relação”. (MERHY; FRANCO, 2012, p. 151).

Assim, não se questiona que na experiência de saúde e doença interagem dimensões biológicas, subjetivas e socioculturais, mas a questão é que se precisa discutir a viabilização dessas dimensões de forma articulada ao emaranhado concreto da vida. Como operá-las, visto sua complexidade e interdependência, no cotidiano dos serviços de saúde. O grande desafio consiste em incorporá-las à prática clínica, à ação em saúde (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008).

Já que, ainda é persistente o problema do predomínio de práticas em saúde direcionadas somente para as questões biológicas, a doença ou o risco de adoecer, que desconsiderem outros aspectos da vida do indivíduo em sociedade e afastam-se do conceito ampliado de saúde (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008).

Além disso, depara-se ainda com os entraves na resolutividade das práticas em saúde, como: a fragmentação excessiva e a supervalorização da tecnologia dura que resultaram da progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica em detrimento dos aspectos psicossociais (AYRES, 2000).

Aliado a isso, acrescenta-se a especificidade do setor saúde, em que:

[...] surgem, cotidianamente, situações de muita complexidade, envolvendo uma diversidade de relações e com alta pressão por resultados. Lidar com as demandas e necessidades de indivíduos, famílias e comunidades requer, entre outras coisas, instrumentos também complexos, para que façamos intervenções e avaliações adequadas. (FARIA *et al.*, 2010, p. 07).

As necessidades de saúde contemporâneas têm desafiado o modo de produção das práticas em saúde realizadas nos serviços e sistemas de saúde, tornando-as cada vez mais complexas e exigindo uma transformação no modo de produção tradicional das ações em saúde. Este tem apresentado limitações na compreensão da multiplicidade de fatores envolvidos na produção do processo saúde e doença e, conseqüentemente, na formulação de propostas terapêuticas eficazes e eficientes (MASSUDA, 2008; PINHEIRO, 2009).

Ao se estudar as práticas em saúde, é necessário considerar que a forma como os trabalhadores organizam a produção dos serviços e o modo como ofertam seu produto dependerá também de uma combinação de saberes e práticas próprios dos trabalhadores, os quais estão associados aos processos e tecnologias de trabalho empregados por eles e que configurarão um modelo assistencial. E esses modelos são variados, uma vez que dependem de certo modo de agir, no sentido de ofertar certos produtos (MERHY; FRANCO, 2012).

Faria *et al.* (2010, p. 432) referem que o trabalho em saúde é “um mundo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente”. Ou seja, apesar de haver na área da saúde normas, regras, protocolos, em especial na atenção básica em que se têm normatizadas as ações, políticas e os programas de forma muitas vezes verticalizada, o trabalho se constrói efetivamente é no cotidiano, o qual é envolto de transformações, flexibilização, relações permeadas por acordos e comunicações e, principalmente, reinterpretações e reinvenções por parte dos trabalhadores.

Em conformidade com essas concepções, Faria *et al.* (2010) e Merhy e Franco (2012) destacam que no trabalho em saúde a forma de se conceber o fazer, a partir daqueles que o fazem (os trabalhadores), tem maior impacto na forma de se produzir o cuidado, já que a matéria-prima do trabalho em saúde é o encontro, o que implica que a produção se executa entre trabalhador e usuário, sob forma de uma relação. E quando se necessita de mudanças neste fazer, o foco deve ser o próprio cenário de trabalho, pois,

[...] é no cotidiano do processo do trabalho vivo que se operam as oscilações de poder, as mudanças de postura e é também nesse espaço que se constroem as possibilidades de invenção de outros fazeres. Daí a importância da urgência de sua alteração, visando a atingir a propagada reversão do modelo de assistência. (FARIA *et al.*, 2010, p. 436).

Merhy e Franco (2012) defendem que a mudança no agir em saúde requer a compreensão dos fenômenos que perpassam o campo da micropolítica do trabalho em saúde.

Há algum tempo se tem observado que a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais, e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Os estudos que têm se dedicado a observar e analisar a forma como se produz saúde, indicam que esse é um lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem agenciados por múltiplas linhas de força, do mercado na saúde, corporações de trabalhadores, diretrizes de governo e dispositivos que o próprio trabalhador adota para o seu cotidiano. (MERHY; FRANCO, 2012, p. 154).

A produção em saúde é guiada pela prática no cotidiano, para tanto “na ação humana, a lei opera à sua forma, pois entram em jogo sentimentos, poderes, desejos, interesses, subjetividades e paradigmas” (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008, p. 148).

Outra dimensão importante a se observar no processo de produção de saúde é a cultura institucional, quanto a ela Faria *et al* afirmam que:

[...] a cultura institucional é um aspecto importante a ser considerado em processos em que queremos que ocorra mudança de comportamento: é preciso compreendê-la para modificá-la. O modo como organizamos o processo de trabalho é uma expressão desta cultura e para compreendê-lo é preciso identificar: quem faz, como faz, com o que faz, por que faz e quais os resultados alcançados com o trabalho. (FARIA *et al.*, 2017, p. 24).

Assim, além da concepção do trabalhador, o modo de se produzir saúde sofre diversas influências, seja no âmbito da micro como macropolítica do trabalho em saúde, o qual se configura num “jogo de forças” que se instaura no cotidiano de trabalho. Tanto as práticas de saúde podem sofrer influência da estrutura organizacional, modos como são organizados os serviços de saúde e concebidas as ações de saúde, como as práticas podem configurar um modelo de assistência à saúde (FARIA *et al.*, 2010).

Merhy e Franco (2012) afirmam que mesmo que se criem diretrizes com normas fechadas, concentradas no ato prescrito, requerendo seu cumprimento rigoroso, restringindo a liberdade do trabalhador, diante do trabalho em saúde como um trabalho vivo em ato, ou seja, autogerido, a insubordinação à ordem e à norma pode existir, se este for o desejo do trabalhador de saúde. Assim, os trabalhadores podem estabelecer comunicações entre si, imprimir um modo de operar a produção em saúde em conexão com os demais membros da própria equipe, outras unidades de saúde e, principalmente, com os usuários. Nesse caso, o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob a supremacia da norma.

Nesse contexto, Faria *et al.* (2010) destacam que a organização do trabalho em saúde não deve ser baseada eficazmente nos modelos clássicos administrativos, em que se tem rotinas fortemente arraigadas em procedimentos, baseados numa concepção tecnicista, sem que haja associação das práticas em saúde com as reais necessidades dos usuários.

E assim, esses autores narram a especificidade do cenário do trabalho em saúde

[...] na área da saúde, especialmente na Atenção Básica, ainda que existam procedimentos formatados e prescritos, como, por exemplo, os protocolos de recepção e atendimento, o trabalhador da saúde ainda tem conseguido exercer esse autogoverno. No transcurso de seu cotidiano ele toma várias decisões durante o seu encontro com o usuário. Na maioria das vezes, pode intervir no modo de receber o usuário para além do que está normatizado e protocolado como modo de atuar, conseguindo alterar claramente o conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho ou mesmo de todo o processo. Notamos, portanto, que a captura total do autogoverno nas práticas em saúde não só é muito difícil e restrita, mas impossível, por sua própria característica. Assim, num estabelecimento de saúde, encontramos uma dinâmica bastante complexa ao se considerar o conjunto de autogovernos em operação, os jogos de interesses organizados como forças sociais, que atuam na micropolítica do processo de trabalho. Por isso, ao pensar a gestão do trabalho, deve-se estar atento ao fato de estarmos lidando com um campo de forças em conflito e jogos de interesse presentificados. (FARIA *et al.*, 2010, p. 433).

Sendo o modo de produzir saúde resultante de um complexo emaranhado de fatores, torna-se improdutiva a implementação de estratégias verticalizadas que visem controlar ainda mais as práticas de saúde em prol de um melhor controle e avaliação do processo de produção da saúde, por meio de protocolos rígidos constituídos por atribuições profissionais e procedimentos padronizados que se estabelecem a priori e se dirigem às pessoas, lugares de forma única, sem consideração do contexto (FARIA *et al.*, 2010).

Diante disso, ao se criar protocolos, normas, diretrizes, deve-se atentar para que a implantação dos mesmos suceda-se de modo a garantir uma contratualização entre os atores sociais e políticos envolvidos e assegurar um grau de autonomia aos trabalhadores, em que os mesmos possam problematizar as estratégias conforme a “individualidade” do cenário de produção das ações em saúde, proporcionando um melhor exercício da criatividade necessária ao cuidado e fortalecimento dos aspectos relacionais do trabalho em saúde (FARIA *et al.*, 2010; MERHY; FRANCO, 2012).

Nota-se que só a garantia de espaços de autonomia aos trabalhadores, logicamente, não é suficiente para a produção de modelos assistenciais condizentes com a necessidade dos usuários, pois:

Mesmo que o trabalhador opera seu trabalho com altos graus de liberdade, exercendo efetivamente um autogoverno do seu processo de trabalho, há também aqui processos intensos de captura, mas que não se dão pela máquina, mas por ação do próprio

profissional, que muitas vezes adota práticas com base em modelos e assistência que se constituíram como dispositivos de realização do mercado, e por este motivo, centrado no ato prescritivo, alto consumo de insumos e procedimentos. (MERHY; FRANCO, 2012, p. 154).

Mesmo assim, o modo flexível de implementar as estratégias é mais favorável quando se quer alcançar a condução de ações pautadas na hegemonia das tecnologias leves (relações), citando como exemplo as estratégias de “acolhimento, estabelecimento de vínculo, acompanhamento dos projetos terapêuticos”, esclarecendo ainda que, quando se impõe um cumprimento da norma geral de forma burocrática e meramente prescritiva o que se pode verificar é:

Uma repetição de velhas formas de agir, sob novos nomes, por exemplo, quando Acolhimento vira triagem, o Vínculo se realiza apenas administrativamente, e o acompanhamento de Projetos Terapêuticos se dá de forma protocolar, com base nos procedimentos exclusivamente. (MERHY; FRANCO, 2012, p. 156).

No trabalho das equipes de Saúde da Família, o processo de cuidar revela um conjunto de atividades prioritárias (atendimento individual e em equipe, educação em saúde e em serviço, coordenação da equipe e procedimentos) e rotineiras (visitas domiciliares, reuniões em equipe e com a gestão, marcação de consultas e exames especializados, supervisão, monitoramento e avaliação das ações), a forma como essas atividades são executadas impacta diretamente na oferta do cuidado aos usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Diante da intenção de analisar o agir em saúde, faz-se necessário compreender o contexto da organização micropolítica do trabalho em saúde, em que são refletidos os modos de produção, o processo de trabalho e a hegemonia da tecnologia de trabalho empregada. No contexto dessa análise, é possível implementar estratégias com uso de instrumentos e ferramentas problematizadoras para que se possa transformar o agir em saúde (FARIA *et al.*, 2010; MERHY; FRANCO, 2012).

2.1.2 Modelos de assistência à saúde

Para entender as práticas em saúde é importante um breve resgate dos modelos de assistência à saúde implementados no Brasil, bem como das discussões que cercam o modo de se produzir saúde, pois “na prestação da atenção à saúde estão imbuídos os modelos de atenção ou modelo assistencial, que se referem ao cuidado, à assistência, à intervenção, às ações e práticas de saúde” (PAIM, 2012, p. 548).

Quanto a esse modelo, Paim (2012, p. 554) afirma que existe sob duas formas, “modelo assistencial e modelo organizacional-gerencial de serviços de saúde. O primeiro diz respeito ao conteúdo do sistema de serviços de saúde (as ações) e o segundo, ao continente (estrutura)”. E, assim, define modelo assistencial como uma “representação esquemática e simplificada de um sistema de saúde, no que tange à prestação da atenção, no qual se destaca as características principais, fundamentos e suas lógicas”.

Modelo de assistência à saúde também pode se dar ao:

[...] modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. (JÚNIOR; ALVES, 2007, p. 27).

Os modelos de atenção refletem as combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho. Funcionam como uma referência que orienta a ação e organizam os meios de trabalho (saberes, relações e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde, indicando um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre processo saúde e doença (PAIM, 2012).

Por sua vez, Merhy e Franco (2012) ao conceituarem os modelos assistenciais esclarecem que esses são diversos, uma vez que se relacionam com o modo de produzir saúde que é próprio dos trabalhadores, e por isso explicam:

Temos buscado compreender os modelos assistenciais, como formas de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, e modos de produção do cuidado. Podemos, a partir desta premissa, entender que os modelos assistenciais assumem uma multiplicidade de formatações, e serão sempre os modelos quantos forem os saberes e práticas que se instalam a partir dos próprios trabalhadores. Estas configurações estão associadas, portanto, aos processos e tecnologias de trabalho, certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados que sejam satisfatórios do ponto de vista da sua eficácia. (MERHY; FRANCO, 2012, p. 154).

Os modelos assistenciais são mesmo variados e resultam das concepções de saúde e doença, dos paradigmas circulantes sobre a utilização das tecnologias no processo de produção da saúde e das prioridades eleitas a serem enfrentadas nas políticas de saúde (JÚNIOR; SILVA, 2007).

Assim, no Brasil, os modelos de atenção podem ser compreendidos em relação às condições socioeconômicas e políticas produzidas nos diversos períodos históricos de

organização da sociedade brasileira (JÚNIOR; ALVES, 2007; MERHY; MALTA; SANTOS, 2004; MATTA; MOROSINI, 2009).

No período que engloba o Brasil Colônia e a fase imperial, o Estado realizava intervenção nas questões de saúde somente em casos de epidemias, as quais se davam por meio dos núcleos educacionais onde se transmitiam normas higiênicas em meio a outras atividades educacionais (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007).

Já, o período da República foi marcado pelos interesses políticos e econômicos agroexportadores, com a forte expansão cafeeira, em que se exigia um sistema de saúde capaz de erradicar ou controlar as doenças que afetavam a exportação. Assim, coube aos sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos a organização de campanhas contra as epidemias (febre amarela, varíola e peste) que se arrastavam no país (JÚNIOR; ALVES, 2007; MERHY; MALTA; SANTOS, 2004; MATTA; MOROSINI, 2009).

Esse modo de organizar e prestar as ações de saúde, chamado modelo campanhista ou sanitarista foi concebido numa lógica militar de ações, marcada pela concentração de decisões e um estilo repressivo de intervenção. Tornou-se um modelo de referência para o combate de endemias e epidemias com propostas de atuação na área de saúde coletiva (JÚNIOR; ALVES, 2007; MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Esse formato de assistência ficou arraigado no modo de se elaborar e implementar as políticas de saúde do sistema brasileiro, como atestam Merhy, Malta e Santos

Esse formato de verticalização deixou profundas raízes na cultura institucional do sistema de saúde brasileiro. Esse comportamento estende-se para outras ações conduzidas pelo Ministério de Saúde, como os seus inúmeros programas centralizados, que dispõem de uma administração única e vertical, constituindo um conjunto de normas e pressupostos definidos centralmente, gerando pequena ou nenhuma integração com as demais ações assistenciais. Todo o esforço de democratização e descentralização após a criação do SUS não conseguiu reverter esse formato. (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004, p. 05).

Esse modelo coercitivo de fazer saúde pública foi amenizado, a partir de 1920, devido às influências do modelo médico sanitário americano, que, com o retorno de dois médicos ao Brasil, Geraldo de Paula Souza e Borges Viera, alunos do primeiro curso de Saúde Pública da Escola de John Hopkins, nos Estados Unidos, inseriu-se a lógica da educação sanitária no país (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007).

A década de 1920 é marcante, pois com o avanço da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos e industriais, surge o modelo Liberal Privatista ou médico assistencial privatista. Modelo esse que, sob influência da medicina liberal, objetivou

oferecer assistência médico-previdenciária a esses trabalhadores para manter a capacidade produtiva do país (JÚNIOR; ALVES, 2007; MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

No período de 1930 a 1937, com o início do regime militar, houve um enfraquecimento do movimento sanitário e intensificação da assistência médico-curativa, a ponto de comprometer a prevenção e o controle das endemias no território nacional. Neste período, os trabalhadores dos diferentes setores produtivos da sociedade eram considerados cidadãos únicos de direito à saúde (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Na década de 1940, com o fim do período ditatorial, teve-se o retorno incipiente da discussão da educação sanitária nas ações de saúde com as concepções e estratégias que deveriam privilegiar campanhas educativas dirigidas a problemas específicos (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007). Verificou-se, inclusive, a criação de centros e postos de saúde com programas verticalizados na década de 1950 (JÚNIOR; ALVES, 2007).

Porém, o período da década de 40 a 50 foi predominantemente marcado pela compra de serviços privados e investimento na rede hospitalar (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004; MATTA; MOROSINI, 2009), no qual o foco era a ação médica e a assistência à saúde que ocorria sob o enfoque individual, biológico e centrado no hospital, culminando no modelo hospitalocêntrico, baseado no paradigma flexneriano (JÚNIOR; ALVES, 2007; MATTA; MOROSINI, 2009). Esse paradigma, criado a partir da organização do ensino e trabalho médico, resultou na cultura de fragmentação e hierarquização do processo de trabalho em saúde e na abundância das especialidades médicas (MATTA; MOROSINI, 2009).

Em 1964, iniciou-se outro período ditatorial controlado pelo governo militar, e houve o recrudescimento do modelo de atenção à saúde privatista curativo (JÚNIOR; ALVES, 2007; CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007; MATTA; MOROSINI, 2009).

O modelo médico-assistencial privatista é uma ramificação do modelo biomédico/hospitalocêntrico. Muito conhecido no Brasil, inclusive de maior aceitação entre gestores, mídia e usuários, com seu foco na doença, nos procedimentos, em especial médicos, foi fortalecido com a expansão da previdência social e com a capitalização da medicina nas últimas décadas do século XX, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (PAIM, 2012).

Outro exemplo de modelo biomédico surgido no Brasil, na década de 60, foi o modelo da atenção gerenciada, surgido com a influência do movimento da medicina baseada em evidências, o qual se estabeleceu devido ao crescimento de cooperativas médicas, medicina de grupo e operadoras de planos de saúde, em que instalou um racionamento de procedimentos e serviços (PAIM, 2012).

Porém, entre o final dos anos 60 e início dos anos 70, críticas às tradicionais práticas em saúde fundamentadas no modelo biomédico foram retomadas, aliadas ao questionamento quanto ao benefício/impacto na saúde da população (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007).

Diante dessas indagações, iniciou-se a organização do movimento sanitário no Brasil, constituindo um campo de saber e um movimento ideológico, que trabalha a ideia de reformar as práticas e a organização dos serviços de saúde na perspectiva de construir uma Reforma Sanitária no país (MATTA; MOROSINI, 2009).

Tanto o modelo biomédico, quanto o sanitário, apresentavam fragilidades na assistência à saúde resolutiva e de qualidade, com obstáculos ao atendimento às necessidades de saúde. O primeiro modelo focava a demanda espontânea e apresentava dificuldade em alcançar a efetividade, a equidade e o atendimento às necessidades prioritárias em saúde. Já o segundo, focava o atendimento às necessidades de saúde da população por meio de campanhas de prevenção e programas de controle das doenças e encontrou dificuldades no desempenho da promoção e proteção da saúde (PAIM, 2012).

Paralelamente, surgiu no Brasil o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), criado em 1976, com o objetivo de estender a cobertura de serviços básicos e ampliar a cobertura da atenção médica. Programa esse, que mesmo surgido no contexto do modelo médico-assistencial privatista, norteou-se no modelo de medicina comunitária, não deixando de refletir uma aproximação da política de saúde brasileira aos princípios defendidos em âmbito internacional pela OMS e OPAS (PAIM, 2012; MENICUCCI, 2007).

Registra-se que no cenário internacional, o movimento da Medicina Comunitária intensificou-se e a atenção primária foi concebida como estratégia de reorientação de sistemas, ganhando força internacionalmente após a 30ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, realizada pela OMS, que lançou o movimento “*Saúde para Todos no Ano 2000*”, que tinha como meta que os governos participantes pudessem ofertar aos seus cidadãos um nível de saúde adequado, permitindo-lhes levar uma vida social e produtiva no cenário econômico (STARFIELD, 2002).

Vale lembrar que a concepção de cuidados primários tem origem no relatório de Dawson, em 1920, na Grã-Bretanha, e o mesmo, com intuito de organizar os sistemas de serviços de saúde, os dividiram em três níveis principais: “centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola”. Proposição que serviu de base para a organização de serviços em muitos países (STARFIELD, 2002, p. 30).

Posteriormente, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, em 1978, organizada pela OMS, em Alma Ata, no Cazaquistão, que resultou na Declaração de Alma-Ata, documento que reafirmou a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social e introduziu a proposta de reformulação das políticas públicas e de reorganização dos sistemas de serviços de saúde com priorização para o emprego de tecnologias leves no processo de trabalho, impulsionou o movimento da APS (PAIM, 2012; STARFIELD, 2002).

No Brasil, entre a década de 70 e 80, período de acirramento da crise da assistência médica previdenciária, surge a ideia do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) com foco na contenção de custo, mas que propunha uma reformulação ampla na política de saúde que incorporava as propostas da OMS e as demandas surgidas das inquietações de profissionais e técnicos do setor público (MENICUCCI, 2007).

Assim, mesmo sem a implantação, o debate em torno do PREV-SAÚDE “iluminou o posicionamento dos diferentes grupos e explicitou a luta ideológica acerca de grandes modelos de orientação da assistência médica” (MENICUCCI, 2007, p. 181).

Com o fim da ditadura no Brasil, teve-se o início do processo de redemocratização do país e a intensificação das discussões das propostas de implantação de estratégias que promovam assistência à saúde a toda a população (JÚNIOR; ALVES, 2007; CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007). Nesse momento, foram debatidas e idealizadas propostas por diversos segmentos da sociedade civil – entre eles, usuários e profissionais de saúde pública que, insatisfeitos com o sistema de saúde brasileiro, iniciaram um movimento que lutou pela ‘atenção à saúde’ como um direito de todos e um dever do Estado procurando dar uma nova dimensão às políticas públicas do setor saúde, focalizando os determinantes sócio históricos, a partir da concepção ampliada do processo saúde-doença (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007; MATTA; MOROSINI, 2009).

Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, e as propostas foram contempladas na VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, em 1986. Assim, as diretrizes do relatório final da 8ª CNS foram formalizadas por lei, por meio da Constituição Federal de 1988 que instituiu o SUS, e se norteou a partir de três aspectos fundamentais (JÚNIOR; ALVES, 2007; MERHY; MALTA; SANTOS, 2004):

a) a saúde define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pelo cidadão em suas lutas cotidianas, sendo o resultante das condições gerais de vida; b) saúde é um direito de cidadania e dever do estado; c) o Sistema Único de Saúde tem como princípios a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004, p. 08).

No Brasil, o SUS, instala-se como uma importante política de saúde no país. Diante da normatização da organização dos serviços e prestação da assistência à saúde no SUS, Merhy e Franco problematizam:

No âmbito da reforma sanitária brasileira e nos primórdios da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), nas décadas de 70 e 80, o modelo assistencial, entendido como a forma de organização da assistência, organizou-se para a distribuição dos serviços de saúde, de forma estrutural hierarquizada, organizando uma intervenção sobre o território. Mesmo que esta ainda seja a forma hegemônica de conceber e organizar as redes de atenção, observa-se que há uma diversidade muito maior, e várias diretrizes operacionais vão configurando, dentro do próprio modelo, formas inusitadas de produzir o cuidado. É próprio da riqueza do SUS, resultado da ação dos trabalhadores no âmbito da micropolítica do processo de trabalho para o cuidado em saúde. (MERHY; FRANCO, 2012, p. 155).

As dificuldades e limitações do sistema de saúde brasileiro provocou um debate entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários sobre a melhor forma de organizar o sistema de saúde brasileiro em prol de uma melhor aproximação dos princípios doutrinários da reforma sanitária (COELHO, 2008; PAIM, 2012).

Assim, diante da persistência de entraves à integralidade, efetividade, qualidade e humanização dos serviços de saúde surgiram vários experimentos com modelos alternativos de organização sendo implementados em diversos municípios e estados, serviços estes construídos ao longo da década de 90, dentre eles:

- Oferta organizada: pretende implantar formas de organização da produção de ações de saúde de modo a atingir a integralidade no âmbito local, reorientando o planejamento em saúde para uma população específica com equilíbrio da demanda programada e espontânea;
- Distritalização: propõe o trabalho com base em população definida, território, processo, rede de serviços de saúde e equipamentos comunitários;
- Ações programáticas: propõe a programação para o atendimento das necessidades de saúde da população, elegendo grupos de sujeitos com maior risco de adoecer a serem trabalhados;
- Vigilância em saúde: envolve a articulação entre controle de danos, riscos e causas dos agravos com integração das ações de vigilância, assistência médico-hospitalar e políticas públicas transeitoriais com ênfase às ações no território;
- Acolhimento: visa organizar a oferta de serviços de saúde com base no atendimento a todos os usuários, nas ações de toda a equipe e qualificação da relação profissional – usuário;

- Cidades saudáveis: busca organizar a produção da saúde dentro do conceito ampliado de saúde;

- Defesa da Vida: envolvem melhorias no processo de trabalho e a mudança nas relações entre gestão e trabalhadores e entre estes e os usuários dos serviços, insere a metodologia apoio matricial e a equipe de referência (COELHO, 2008; PAIM, 2012).

Ressalta-se que entre essas alternativas há mais semelhanças do que divergências. Como cada modelo foca numa característica importante a ser implementada, o ideal seria criar estratégias que incorporem mais de um modelo de forma integrada (COELHO, 2008).

Assim, diversos programas específicos foram criados no Brasil, mas sem a integração entre eles, exemplificando a vigilância sanitária e epidemiológica com intervenções baseadas nos riscos, o Programa de Agente Comunitário de Saúde -PACS e o Programa de Saúde da Família-PSF (PAIM, 2012).

Paralelamente ao que se sucedeu no Brasil, no âmbito internacional verificou-se o fortalecimento do movimento da promoção da saúde, para além do movimento comunitário e preventivo. A Carta de Otawa (1986) reafirmou a importância dos determinantes da saúde no processo saúde-doença, diferenciando-os, ao deslocar o eixo organizacional da atenção à saúde da figura do médico para a ação social e política em torno da criação e manutenção de condições saudáveis de vida (PAIM, 2012).

Paim (2012) descreve que apesar dos objetivos diversos do PACS e seu impacto na melhoria dos indicadores, este é considerado como mais um programa especial sob a lógica do modelo sanitaria, ou seja, trabalhavam com um espectro limitado de necessidades de saúde que compõe o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental de um determinado território; incorporando-se pouco o contexto de produção do processo saúde e doença.

E quanto ao PSF, Paim (2012) e Franco e Merhy (2003) afirmam que, apesar da intenção de incorporar as ações de promoção da saúde no processo de trabalho, a sua implementação ocorreu de forma individualizada e fragmentada, revelando uma organização fortemente influenciada pelo modelo campanhista, na instalação de programas e mobilização do movimento coletivo e comunitário, não logrando incorporar a promoção da saúde.

Entretanto, sobre o PSF, criado em 1994, o Ministério da Saúde ressalva que:

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. (BRASIL, 1997, p. 08).

E assim, devido aos amplos e positivos impactos desse programa na saúde da população brasileira, o Ministério da Saúde estabeleceu a Estratégia Saúde da Família com o principal objetivo de reorganizar a APS no país, para, a partir dela, reorganizar todo o sistema de saúde.

2.1.3 Sistema de Atenção à Saúde

Como já mencionado, a forma de organização dos pontos de atenção à saúde, a disponibilização dos serviços e demais características que compõem o sistema de atenção à saúde influenciam o modo como são produzidas as práticas em saúde e, por isso, faz-se uma breve exposição sobre um ideal de organização do sistema de atenção à saúde, segundo Mendes (2008, 2011, 2013, 2015).

Para o autor, a discussão da configuração do sistema de atenção à saúde que se efetiva no município é extremamente válida, visto que o desacordo entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde praticado hegemonicamente têm-se constituído como um problema fundamental do SUS, o que necessita superação (MENDES, 2015).

O sistema de atenção à saúde “configura-se como respostas sociais, organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo” (MENDES, 2013, p. online).

Como forma de organização desse sistema, Mendes (2008, 2011, 2015) apresenta duas modalidades, que definiu como: sistemas fragmentados de atenção à saúde e Redes de Atenção à Saúde - RAS. O primeiro é definido por características, entre elas, a ausência de comunicação entre os pontos de atenção à saúde, organização hierárquica dos níveis de atenção à saúde, com complexidades crescentes, havendo uma banalização da APS e um maior destaque dos outros dois níveis, secundário e terciário, o que leva a uma valorização cultural e simbólica das práticas que envolvem maior densidade tecnológica.

Já nas RAS existe uma integração entre os pontos de atenção à saúde. Os níveis de atenção são organizados de forma horizontal, na lógica “poliárquica”, e todos os pontos de atenção à saúde e níveis apresentam a mesma importância, sendo diferenciados apenas pela hegemonia da tecnologia empregada. A assistência à população é contínua e integral, e a Atenção Primária à Saúde assume a responsabilidade de coordenação da atenção (MENDES, 2008; 2015).

A organização em RAS passou a ser amplamente discutida a partir dos anos 90, momento em que, diante de modelos de assistência à saúde, fragmentados e incoerentes com as necessidades de saúde da população, vários países propuseram e implantaram os sistemas de saúde voltados nas RAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

Mendes, que tem se dedicado à adaptação da RAS à realidade brasileira, propõe o seguinte conceito:

Podem-se definir as redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculada entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população. (MENDES, 2011, p. 82).

Conforme Mendes (2008, 2011, 2013), as Redes de Atenção à Saúde são constituídas de três elementos:

1. População: é adstrita, conhecida sob vários aspectos em um território, além de ser subdividida, e estratificada por risco em relação às condições de saúde estabelecidas;

2. Estrutura Operacional ou componentes das RAS: é constituída dos pontos de atenção à saúde (que pertencem aos níveis secundários e terciários); do centro de comunicação que é a APS; do sistema de apoio, que ofertam o mesmo serviço aos pontos de atenção à saúde, compostos do apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde; do sistema logístico que são formas de organização baseadas em tecnologia de informação em saúde para organizar de forma racional os fluxos e contrafluxos, informações e usuários; sistema de governança da rede é a gestão de todos os componentes da rede por meio de instrumentos gerenciais.

3. Modelo de Atenção à Saúde: Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas e um sistema de atenção à saúde deve ser estruturado de modo a organizar as respostas adequadas às condições e necessidades dos usuários conforme

esses modelos, devendo organizar todo o processo e o estruturar conforme a intervenção atrelada à estratificação dos usuários (MENDES, 2012, 2013).

Assim, a fragilidade no sistema brasileiro tem sido a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, para que essas se estabilizem e evitem as constantes agudizações, o que tanto têm causado sequelas e perda da qualidade de vida dos usuários, bem como, sobrecarga no financiamento do sistema e resultados ineficazes (MENDES, 2015).

Outro desafio é a implementação da RAS, tendo em vista a complexidade das mudanças na cultura organizacional, requerendo, responsabilização governamental (em dispor recursos, ter compromisso com qualidade e acesso da atenção e com a integração horizontal e vertical dos pontos de atenção), reestruturação do modo de gestão (com gestão participativa, sistema de financiamento e planejamento eficientes) e processos de substituição (reformulação da lógica de atendimento e de organização dos níveis de atenção entre profissionais, gestores e usuários) (MENDES, 2011).

Dentro da organização em RAS, conforme a Política Nacional da Atenção Básica –PNAB, a APS deve assumir o importante papel de contribuir para o funcionamento das mesmas, por meio do cumprimento das desafiantes funções de ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, a APS tem ganhado crescente destaque diante da atribuição de ser a ordenadora dessa rede visando à superação da fragmentação do sistema (STARFIELD, 2002; MENDES, 2008).

2.2 Atenção Primária à Saúde

Por intermédio da breve abordagem realizada no segmento anterior, sobre os modelos assistenciais à saúde surgidos no Brasil, contextualizou-se de forma sucinta o surgimento da APS no âmbito global e no cenário brasileiro. Assim, recorre-se aos aspectos conceituais da APS e aos fundamentos que demarcam suas funções, a fim de demonstrar seu impacto e sua importância na organização do sistema de saúde, em especial no SUS.

Atenção Básica, nomenclatura muito utilizada nos documentos oficiais brasileiros, é designada também por Atenção Primária à Saúde, termo mais empregado internacionalmente que tem ganhado espaço no Brasil. Apesar de algumas concepções diferenciadas nas terminologias, ambas podem ser empregadas como sinônimos (MELLO; FONTANELLA;

DEMARZO, 2009; FARIA *et al.*, 2017), sendo termos assumidos como equivalentes pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Ao termo atenção básica aplica-se uma compreensão de um nível de complexidade fundamental, que é a base da organização de um sistema de saúde, já a conceituação ‘primária’ denota uma ideia de primeira atenção, de atenção principal (MENDES, 2015).

A APS é referida como uma solução complexa, com capacidade de resolução de 90% dos problemas de saúde mais comuns da população sob sua responsabilidade (MENDES, 2015), configurando-se em “um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos que demandam uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população” (BRASIL, 2010c, p. 07).

Porém, a APS ainda é, muitas vezes, reconhecida por alguns profissionais, usuários e gestores, como inferior, simples, de fácil execução, de baixa qualidade e feita para pessoas carentes, concepção esta que demonstra o desconhecimento da real importância que a APS assume na organização do sistema de saúde no cenário mundial (DUNCAN; SCHMIDT, 2004; MENDES, 2015).

Relevância essa que pode ser comprovada por meio de inúmeras experiências exitosas e estudos científicos que demonstram o impacto direto que a APS é capaz de promover, no que tange à melhoria dos níveis de saúde da população, dos indicadores de morbimortalidade, do grau de satisfação dos usuários e na otimização de recursos financeiros na saúde, quando fortalecida e implantada adequadamente em qualquer país (MENDES, 2015; STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde assume que “a Atenção Básica (AB) está entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que é eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2014, p. 11) e a mesma é definida como um:

[...]conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, p. 68).

A APS, devido a sua complexidade, demanda uma intervenção abrangente para que obtenha um impacto positivo sobre a qualidade de vida da população, exigindo um emaranhado de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. É definida como contato preferencial do usuário com a rede assistencial do sistema de saúde e caracteriza-se, principalmente, pela

continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência dentro do próprio sistema, atenção centrada na família, orientação, participação comunitária e competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde define que as ações da APS devem se orientar pelos princípios do SUS e as seguintes diretrizes

a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade (BRASIL, 2017, p. 68).

Além disso, atenta-se ao fato de que a APS requer uma assistência condizente com o modelo ampliado de produzir saúde, no qual sabe-se que o processo saúde-doença é resultante da combinação não só dos fatores genéticos, mas de contribuições comportamentais, com a influência do ambiente social e físico, bem como da interferência dos cuidados em saúde (STARFIELD, 2002).

2.2.1 Estratégia Saúde da Família

A implantação do SUS teve início nos anos 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde e demais instrumentos normativos de regulamentação do sistema, emitidos pelo Ministério da Saúde e, assim, surgiram diversas tentativas em se efetivar as garantias constitucionais, porém de pouca expressividade na estruturação dos serviços de saúde por não implementarem de fato as mudanças significativas no modelo de assistência pública à saúde (BRASIL, 1997).

Além da dificuldade de rompimento do antigo modelo assistencial, pautado nas práticas assistenciais focadas na doença e no procedimento, outros obstáculos se colocavam frente à operacionalização do SUS, entre eles: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções dos entes federativos e as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços (VIANNA; DAL POZ, 2005).

Problemas esses não sanados pelo PACS, criado em 1991, mas o programa foi capaz de introduzir modificações na organização dos municípios com a exigência dos requisitos mínimos para sua implantação, sendo então referenciado não como um programa vertical do Ministério da Saúde (uma ação paralela ao sistema de saúde), mas como “um braço auxiliar na

implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde” (VIANNA; DAL POZ, 2005, p. 231).

Inclusive foram observadas experiências exitosas na região norte e nordeste do país, em especial no Ceará, obtidas com esse programa, sendo que o mesmo contribuiu para a redução da mortalidade infantil e materna, a partir da recuperação do saber popular, da vinculação das famílias às UBS e da priorização de ações básicas de saúde mais próximas do usuário, concretizando, desta forma, os princípios indutores da mudança no modelo assistencial brasileiro (SOUZA, 2000; VIANA; DAL POZ, 2005).

Porém, diante da persistência dos obstáculos no SUS e das intensas demandas dos secretários municipais de saúde ao Ministério de Saúde, por aporte financeiro para se implementar as mudanças propostas na Atenção Básica, emergiu a necessidade de reestruturação do PACS por intermédio da criação do PSF (VIANA; DAL POZ, 2005).

O PSF foi fruto de intensas discussões ocorridas em dezembro de 1993, em Brasília, com o ministro da saúde (Dr. Henrique Santilha), secretários municipais de saúde, técnicos internacionais da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), representantes comunitários brasileiros (por meio do Programa Comunidade Solidária) e também de técnicos dos países com implantação de práticas bem sucedidas em Saúde da Família, como Canadá e Cuba (SOUZA, 2000; VIANA; DAL POZ, 2005).

Esse programa surgiu como uma proposta substitutiva, com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras, com a capacidade de reverter o modelo assistencial vigente, exigindo uma transformação do objeto de atenção, sob o foco da família em um contexto específico, bem como de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1997).

Assim, o PSF, sucessor do PACS, apresenta algumas especificidades em relação a esse programa, citando-se

[...] pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção. (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 230-231).

O PSF constitui-se, pois, numa das principais propostas de concretização dos fundamentos da APS e de efetivação do SUS (BRASIL, 1998; SOUZA, 2000; BRASIL, 2001; VIANA; DAL POZ, 2005) e por isso, foi reconhecido como Estratégia Saúde da Família – ESF, destacando seu potencial em alterar o paradigma de saúde vigente para um modelo compatível com a compreensão ampliada do processo saúde e doença (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS elegeram a ESF como:

[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2011, p. 51).

A ESF, além de promover a geração de novas práticas setoriais, reafirma a promoção da saúde como inerente às práticas clínicas, as ações de prevenção de agravos e doenças, tratamento e reabilitação, em que são contemplados todos os ciclos de vida, de forma integral e contínua. A partir de uma abordagem multiprofissional e humanizada, com foco sob a família contextualizada em um território definido (BRASIL, 2001, 2017). Devendo, portanto, “ser entendida como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidade e de mudanças de atitudes” (BRASIL, 1997, p. 09).

A ESF exige transformações significativas não só na forma de se produzir saúde, mas requer também modificações no contexto de trabalho, uma vez que essa estratégia:

Configura-se, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individual, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde. (BRASIL, 2000, p. 09).

A operacionalização dessa estratégia demanda adequações das práticas em saúde às especificidades locorregionais em acordo com os seguintes princípios: caráter substitutivo (com reformulação das práticas/processo de trabalho), integralidade e hierarquização, territorialização e adstrição da clientela, e abordagem multiprofissional (BRASIL, 2001).

A Abordagem multiprofissional da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. E a esta equipe pode-se acrescentar a equipe de saúde bucal, que pode ser Modalidade I, composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal ou técnico de Saúde Bucal; ou Modalidade II, composta por um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de saúde bucal ou dois técnicos de saúde bucal (BRASIL, 2017).

Apesar das deficiências quantitativas e qualitativas, a ESF é um modelo de assistência que tem se mostrado “efetivo, eficiente, equitativo e superior às formas tradicionais de prestação de cuidados primários”, e ao contrário, “não foi um fracasso, mas um sucesso, dentro dos limites que lhe foram dados para se desenvolver” (MENDES, 2015, p. 39), e que inclusive tem apresentado impactos positivos inquestionáveis com reconhecimento nacional e internacional (MENDES, 2015).

É inegável o impacto positivo que a ESF tem causado na reorientação do modelo da atenção à saúde no país. No entanto, há de se incorporar arranjos tecnoassistenciais para que se efetive o acompanhamento horizontal das famílias, pois ainda se observa baixa capacidade de resolução de problemas, diante das situações adversas e agravos à saúde que exigem maior complexidade do atendimento (JÚNIOR; ALVES, 2007).

Mas para que a ESF, assim como o SUS, se consolide de fato, é necessária uma construção compartilhada dos três níveis de gestão e dos representantes dos usuários, e está ciente que sua concretização requer uma reorientação do modelo de assistência à saúde dentro do SUS. Mas há de se considerar que em um país com tamanha diversidade e extensão territorial, como o Brasil, os desafios se maximizem e os avanços ocorram gradualmente (SOUZA, 2000).

Assim, após 11 anos de implantação da ESF no Brasil, a OPAS publicou um relatório em 2005 que, além de corroborar os impactos e importância da APS defendidos por Mendes (2015) e Starfield (2002), evidenciou a necessidade de renovação da APS nos países da América, incluindo o Brasil. Além disso, indicou a necessidade da superação dos obstáculos apresentados à implementação eficaz da APS, por meio do fortalecimento das suas ferramentas e da divulgação dos aspectos que contribuíram na sua consolidação, confirmando-a como uma estratégia de redução das iniquidades e de otimização dos recursos financeiros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Entre as barreiras descritas neste documento, cita-se na dimensão “visão/abordagem à saúde”: a concepção fragmentada do processo de produção da saúde; a desconsideração dos determinantes da saúde, o enfoque excessivo na atenção curativa e

especializada e a inexistência da abordagem preventiva (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Na dimensão “recursos humanos” destacam-se as competências pouco desenvolvidas e a cultura de abordagens curativas e biomédicas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Mendes (2008) também avaliou a APS no Brasil, porém no estado de Minas Gerais, e levantou a existência de sete problemas, os quais foram:

1) Concepção equivocada de que um sistema de saúde deveria se organizar de maneira hierarquizada, baseada no modelo piramidal, e de que a APS tem o significado de: menos complexa, simples, feita com poucos recursos e direcionada a população mais pobre; 2) sistema de saúde organizado numa lógica fragmentada de modo que a APS não possa exercer seu papel; 3) modelo de atenção à saúde com foco do atendimento às condições agudas; 4) inexistência de diretrizes voltadas às condições crônicas; 5) UBS com infraestrutura física precária; 6) fragilidade do sistema de educação permanente; 7) relações de trabalho inadequadas.

Outro estudo, conduzido por Gêrvás e Fernández (2012), realizado no Brasil no ano de 2011, em 70 centros de saúde, de 32 cidades e 19 estados, demonstrou potencialidades, dificuldades e limitações da ESF, propôs mudanças e concluiu que a ESF é capaz de provocar melhorias significativas na saúde da população brasileira, mas que para isso era preciso corrigir as seguintes deficiências:

a) a falta de desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico da ESF, ancorada em um modelo para país pobre, por mais que hoje o Brasil seja uma potência econômica mundial, b) a persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, fomentam um modelo rígido e fragmentado de atendimento e, ainda, muitas vezes, têm fundamento científico frágil, c) a ênfase em uma “visão preventiva” que acarreta o escasso desenvolvimento da atividade clínica curativa (descumprindo com o princípio de integralidade), d) o encaminhamento excessivo aos especialistas e a urgências (com as conseguintes listas de espera) por uma organização em que quase todos os profissionais fazem menos do que poderiam, e) a “ocupação” dos centros de saúde - UBSF's e, em geral, dos serviços, pelos pacientes e sadios “estáveis e obedientes” (capazes de cumprir as consultas e normas rígidas), f) a utilização rotineira exagerada dos recursos disponíveis (por exemplo, a triagem pelos auxiliares dos pacientes todas as vezes que consultam, ou a persistência do uso das salas de nebulização, ou a utilização exagerada de antibióticos nas cistites) e g) uma política de pessoal, salários e incentivo muito variável, e que não fomenta a permanência dos profissionais nas comunidades às quais servem. (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2012, p. 04).

Pode-se notar que nas três pesquisas, a APS é considerada como um caminho correto a ser seguido em prol de melhorias no sistema de saúde, além disso, as falhas

mencionadas, mesmo que mensuradas sob ângulos diferenciados, são semelhantes e requerem correções não só no âmbito macro, mas na micropolítica do trabalho em saúde.

Daí surge a necessidade da combinação do binômio apoio matricial e equipe de referência como organização de trabalho, proposta e experimentada por Campos desde 1989, a qual se baseia nos conceitos de longitudinalidade, cuidado continuado e vínculo terapêutico, equidade, corresponsabilização entre as equipes e usuários, e clínica ampliada (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

É, pois, neste contexto que o Ministério da Saúde instituiu o NASF, com as ferramentas de apoio à ESF, como umas das medidas para se reverter os obstáculos à implementação eficaz da APS, com foco nos principais desafios para ampliar o acesso, melhorar a qualidade e resolutividade das suas ações (BRASIL, 2014).

2.2.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Apoio matricial

O NASF surge com a proposta de efetivar a integralidade, por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais e o apoio matricial como lógica de organização do trabalho em saúde. Apresenta-se com uma abordagem baseada no conceito ampliado de saúde, exigindo modificações nas intervenções profissionais condizentes com as necessidades complexas do usuário/família e no modo de gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Diante dos constantes desafios a serem enfrentados pela APS na integração à rede assistencial, ligados tanto ao aumento de sua resolutividade quanto à sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado, o NASF foi justamente criado como organismo vinculado à equipe de SF e, por isso, compartilha dos mesmos desafios. Dessa forma, o apoio e o compartilhamento de responsabilidades tornam-se aspectos centrais da missão do NASF (BRASIL, 2010a).

O NASF, segundo o Ministério da Saúde, constitui-se em

[...] uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). (BRASIL, 2017, p. 71).

Quanto a sua criação, o município, por meio de uma negociação entre gestores da saúde, membros dos conselhos municipais de saúde e das equipes de atenção básica, deve

realizar a definição da modalidade, dos objetivos (com metas, ações e indicadores), dos profissionais a comporem a equipe do NASF e das equipes a serem vinculadas. Levando em conta as especificidades locais, perfil assistencial, características socioambientais, demográficas, sociais e epidemiológicas, para que sejam traçados em equipe, planos que atendam às necessidades de saúde das equipes/usuários adscritos (BRASIL, 2014).

As modalidades do NASF disponíveis para implantação são NASF 1, NASF 2 e NASF 3, tipologias que se diferenciam conforme o número de ESF sob sua responsabilidade (NASF 1: 5 a 9 ESF, NASF 2: 3 a 4 ESF, NASF 3: 1 ESF) e a somatória do número de horas semanais exigida de trabalho de todos os profissionais da equipe (NASF 1: 200 horas, NASF 2: 120 horas, NASF 3: 80 horas). Devendo respeitar a carga horária semanal de trabalho individual mínima (20 horas) e máxima de cada profissional (NASF 1: 200 horas, NASF 2 e 3: 40 horas) (BRASIL, 2014).

Os profissionais a comporem a equipe devem ser escolhidos a partir das seguintes ocupações, disponibilizadas na Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017:

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente (BRASIL, 2017, p. 71).

Como característica do NASF é importante ressaltar que, apesar de ser componente da APS, ele não se constitui como serviço de porta de entrada aos usuários. Sendo assim, não apresenta a exigência de se alicerçar em unidades físicas independentes ou especiais, devendo os profissionais atuarem nas UBS e no território adstrito, o que evidencia a essencialidade de seu trabalho integrado, bem como da sua função de apoio (BRASIL, 2017, 2014).

Enquanto integrante da APS, o NASF deve ser norteado pelas diretrizes: ação interdisciplinar e intersetorial; trabalho em equipe; longitudinalidade; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010a).

Assim, em prol da efetivação desses princípios, na organização do processo de trabalho do NASF devem ser priorizadas as seguintes atividades:

(a) Ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos

os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas/atendimentos conjuntos, apoio por telefone, e-mail etc.

(b) Intervenções específicas do profissional do Naf com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo Naf se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo Naf diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade.

(c) Ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. E outros setores como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, reuniões, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (BRASIL, 2010a, p. 20-21).

Para se efetivar a organização e o desenvolvimento dessas atividades, os profissionais devem se ater às ferramentas tecnológicas, as quais se dividem em apoio à gestão: como a pactuação do apoio e o apoio matricial; apoio à atenção: o apoio matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular - PTS e o Projeto de Saúde no Território - PST (BRASIL, 2010a; 2010b; 2014).

Essas ferramentas tem como definições e características as seguintes descrições:

- Pactuação do apoio: consiste numa discussão permanente de pactuações sobre as especificidades do NASF, ocorrida entre os profissionais da ESF e do NASF e conselheiros municipais de saúde. São negociações para se decidir as características do NASF (como metas, indicadores, fluxos, rotinas e critérios para o acionamento do apoio matricial), antes de sua criação e posteriormente para acompanhar sua implementação;

- Clínica Ampliada: objetiva trabalhar na perspectiva para além da dimensão biológica do sujeito, o que implica a incorporação da compreensão ampliada do processo saúde-doença, requerendo um modo de se fazer a clínica de forma diferente, uma ampliação do objeto de trabalho, e um reconhecimento da complexidade do usuário/família, da importância de se incentivar a autonomia e autocuidado dos sujeitos, bem como da impossibilidade de se pensar em ações de saúde restritas a um núcleo profissional. E assim, evidencia a necessária inclusão de novos instrumentos em prol do fortalecimento da relação usuário/família/profissionais, entre os profissionais da mesma equipe e entre equipes e do compartilhamento de diagnósticos e problemas;

- Projeto Terapêutico Singular: aplica-se, em especial, em casos clínicos complexos e é considerado como um recurso clínico e gerencial importantíssimo. Implica no processo de priorização dos problemas a serem enfrentados, estabelecimento de metas e acompanhamento

das condutas terapêuticas pactuadas pela equipe juntamente ao usuário/família, no qual é precedido de discussão do caso em equipe, podendo utilizar do apoio matricial, se necessário;

- Projeto de Saúde no Território: esse instrumento envolve o reconhecimento de risco e a priorização das populações/áreas a serem trabalhadas, através de ações integrais coletivas entre as equipes de ESF e NASF, articulação com os serviços de saúde e demais setores e integração de instrumento de gestão e planejamento de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2010a).

Quanto ao apoio matricial, há um destaque desta ferramenta (MOURA; LUZIO, 2014), visto que é o referencial teórico-metodológico do trabalho do NASF, cuja aplicação à APS representa:

[...] uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB. (BRASIL, 2014, p. 17).

O termo “apoio” refere-se a um meio, suporte para implementar o matriciamento, já o “matricial” representa uma relação horizontal entre apoiador e profissional da equipe de referência, possibilitando a troca de saberes sem hierarquização do conhecimento (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Já, equipe de referência ou profissionais de referência são “aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário”, que não deixam de ser a referência para o usuário, mesmo sendo acompanhado por outras equipes ou profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Esse arranjo, equipes de referência e apoio matricial, foi construído por Gastão Wagner de S. Campos como uma proposta de mudança no modelo de gestão e trabalho em saúde e, assim, as primeiras aplicações dessa ferramenta ocorreram em Campinas-SP, a partir de 1989. Posteriormente, foram inseridas na área de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do SUS desse município. Em seguida, foi incorporada pelo município de Belo Horizonte- MG e Rosário, na Argentina. Somente a partir de 2003, o Ministério da Saúde incluiu a proposta de apoio matricial aos programas de Humanização, saúde mental e atenção básica com o NASF (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011).

Assim, a ideia do apoio matricial foi criada a partir dos problemas identificados no SUS por Campos, como fragmentação excessiva na assistência, redução do objeto de trabalho

a procedimentos, valorização diferenciada de serviços de saúde e saberes profissionais, acesso a serviço de especialidades com regulação frágil, que não considerava as especificidades do território e ainda lidava com a dificuldade da APS em selecionar os usuários com prioridade de atendimento (CAMPOS, 1999; CUNHA; CAMPOS, 2011).

Diante disso, o apoio matricial e a equipe de referência não se constituem apenas como metodologias de trabalho, mas como arranjos organizacionais capazes de se mostrarem potentes na diminuição da fragmentação excessiva imposta ao processo de trabalho, decorrente da especialização cada vez maior das áreas do conhecimento (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para isso, esse binômio objetiva “construir, no âmbito gerencial, uma cultura organizacional democrática, e no plano epistemológico, um manejo do conhecimento que valorize a singularidade dos casos e possibilite um equilíbrio dinâmico entre os saberes dos vários profissionais de uma equipe ou de uma rede assistencial” (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 961).

O apoio matricial exercido pelo NASF pode se dá sob o aspecto assistencial (na forma de atendimento compartilhado dos usuários) e técnico-pedagógico (como apoio educativo e à gestão das equipes vinculadas ao NASF), ambos podendo ocorrer conjuntamente. Esses moldes demonstram que o público-alvo do NASF é tanto a equipe de referência (como as equipes de ESF) como a população a ela adstrita. Assim, o mesmo pode ser operacionalizado por meio das ações de atendimento compartilhado, estudos de casos, projetos terapêuticos singulares, atendimento em conjunto, ações no território, além de ações educativas (BRASIL, 2010a; 2014).

Cunha e Campos definem que a implantação do apoio matricial e da equipe de referência implica uma diversidade de atividades que vão desde:

[...] um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos. (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 964).

Essas atividades, de apoio matricial do NASF às equipes de referência, como a ESF, dependerão da análise e priorização de problemas e da elaboração de propostas de intervenção entre os profissionais de ambas as equipes, o que varia conforme a especificidade da ESF, pois há uma relação direta com a demanda do profissional que identifica sua fragilidade em atuar em determinada área específica, e com o perfil da população adstrita (BRASIL, 2014).

Assim, cabe ao profissional apoiador, diante da dificuldade identificada pelo próprio profissional da ESF, compartilhar seu conhecimento específico com a equipe de SF, para que possam lidar com esse saber e fazer dele conhecimento de todos. E isso se dá através da discussão de casos ou temas entre as equipes (BRASIL, 2014).

A implementação de equipes de referência e apoio matricial exige não só uma superação do modo de organização dos serviços, da transformação do foco em procedimentos e atividades para o acompanhamento de família, mas requer também o rompimento do modo “tayloristas nas organizações da saúde”, arraigado ao saber disciplinar fragmentado, para de fato, ocorrer o trabalho em equipe, em que todos assumem o mesmo protagonismo no processo de produção da saúde. Cabendo, pois, à coordenação da APS conduzir uma produção interativa positiva entre os profissionais das equipes (BRASIL, 2010a).

A efetivação desse arranjo requer o funcionamento de um modelo de gestão mais democrático, em que haja possibilidade de se discutir livremente as condutas terapêuticas mais adequadas dos casos, dentro de um ambiente de respeito e liberdade entre os profissionais de diferentes áreas e especialidades para atingir a transdisciplinaridade, com foco nas necessidades dos usuários, ultrapassando a lógica da produção de procedimentos terapêuticos (BRASIL, 2004).

Esse fundamento aproxima, pois, o binômio às estratégias da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo destacado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 14) como “ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde”, devendo para isso, se efetivem espaços propícios à “expressão dos saberes, desejos e práticas dos profissionais, bem como um melhor acompanhamento do processo saúde/doença/intervenção de cada sujeito-usuário.

Diante da importância desse arranjo no sistema de saúde, há que se implementar estratégias para superação dos obstáculos que impedem sua implementação (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011), os quais são:

- **Obstáculo organizacional/estrutural:** exige a modificação da organização dos serviços e ações em saúde com excessiva fragmentação das responsabilidades, no qual se vê um elevado grau de departamentalização, num modelo de organização verticalizado, hierarquizado e disciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011);

- **Obstáculo político e comunicacional:** há necessidade de romper com herança do funcionamento das organizações com concentração de poder nos diretores, médicos e especialista, que se distancia do modelo de gestão compartilhada, não compreendendo a

importância da participação de usuários e trabalhadores no processo de gestão (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011).

- **Obstáculo epistemológico:** requer a superação do modelo burocrático-taylorista, fortemente arraigado na divisão de tarefas, na focalização excessiva de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na concepção do saber profissional nuclear como propriedade privada, impondo fronteiras às discussões e encarando como invasivos os questionamentos da sua conduta. Tudo isso resulta num desinteresse por problemas e condutas consideradas do núcleo de outro profissional, distanciando-se da interdisciplinaridade (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011). Além disso, é preciso superar a limitação do objeto de trabalho concebido pelo profissional, para que ele o conceba além da dimensão biológica e vislumbre suas intervenções num modo mais complexo e dinâmico (CAMPOS; DOMITTI, 2007);

- **Obstáculo subjetivo e cultural:** refere-se à dificuldade de se executar o trabalho interdisciplinar, que exige a habilidade do profissional em questionar uma conduta terapêutica ou ser questionado na sua proposta, propor ações, até mesmo fora do seu núcleo de conhecimento, bem como publicizar e compartilhar suas decisões entre a equipe. Situação essa, que pode configurar num outro obstáculo ético, configurando numa possível quebra de sigilo que um usuário delega a um único profissional (CAMPOS; DOMITTI, 2007);

- **Obstáculo decorrente do excesso de demanda e da carência de recurso:** no SUS, além do volume de serviços especializados serem insuficientes para atender à demanda, há a necessidade de racionalizar o acesso. O apoio matricial visa oferecer um profissional para que o mesmo compartilhe seu conhecimento, de modo a ser incorporado por profissionais da equipe de referência, que amplie a resolutividade sobre o caso (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Aliado a isso, há pressão para que o apoiador exerça o papel de clínico diante da demanda por atendimentos/consultas, o que se acentua em municípios/territórios em que há somente o profissional do NASF como referência única na área/especialidade demandada (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Parte desses obstáculos foram vistos em alguns dos estudos obtidos com a revisão realizada nesta pesquisa, assim como foi possível ter contato também com relatos de experiências variadas do NASF, entre as quais revelou-se tendência de certas categorias profissionais ao atendimento individual (LANCMAN *et al.*, 2013), diferenças de atuação de equipes de NASF entre municípios (NASCIMENTO, 2014) e situações em que tanto o processo de implantação do NASF, o perfil profissional, como a estrutura organizacional contribuíram para o insucesso da lógica apoio matricial-equipe de referência (MAFRA, 2012).

Outras pesquisas deram destaque ao sucesso do apoio matricial do NASF, clareando as especificidades que favoreceram a prática dessa metodologia, apesar da necessidade de seu fortalecimento (MENEZES, 2011; SILVA, 2014; BARROS *et al.*, 2015).

Importante destacar que a organização do apoio matricial e equipe de referência não pretende extinguir o sistema de referência e contrarreferência, uma vez que há o entendimento de que para algumas áreas de atenção, sobretudo aquelas dependentes de aparelhos especiais, o encaminhamento tradicional ainda é pertinente, desde que seja realizado sem se perder o sentido da vinculação e da continuidade. A ideia do apoiador aplica-se a pontos de especialidades em geral, e visa empoderar os profissionais das equipes de referência, bem como otimizar esses encaminhamentos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Finalizando, observa-se que para implementar as propostas do NASF, bem como, para materializar a combinação do apoio matricial e equipe referência à APS, são necessárias modificações que vão além da incorporação da concepção ampliada do processo de saúde e doença, demandando também, que os profissionais integrem habilidades ao seu cotidiano de trabalho e que os gestores reconheçam a necessidade de aquisição de novas possibilidades de organização da gestão.

2.3 Teoria das Representações Sociais

O conceito de representação coletiva, proposto na sociologia por Émile Durkheim, foi retomado por Serge Moscovici no âmbito da psicologia social, com a Teoria das Representações Sociais. Inicialmente formulada por meio de sua obra “La psychanalyse: son image et son public”, publicada em 1961, na França, na qual o autor apresenta sua pesquisa sobre as representações sociais acerca da psicanálise na população parisiense, revelando como esse fenômeno foi apropriado, transformado e aplicado no cotidiano (SÁ, 2004).

A TRS constitui uma vertente sociológica de Psicologia Social que difere da forma tradicional de Psicologia Social predominante nos Estados Unidos, de cunho comportamental cognitivista. Com o evidente foco nos fenômenos subjetivos, apreendidos por métodos variados e inabituais para a psicologia das décadas de 60 e 70, rompeu com os paradigmas da abordagem comportamental da psicologia social norte-americana, que se ocupava, predominantemente, de processos individuais e minimizava as interferências dos contextos sociais, reduzindo-as às influências entre indivíduos. O foco passou a ser a relação entre a realidade histórico-sociocultural e os comportamentos, estados e processos mentais, e seu impacto na construção das realidades sociais (SÁ, 2004).

Com as descobertas de Moscovici configurou-se a necessidade de atualização do conceito de representação coletiva que vigorava até então, com ênfase nas sociedades tradicionais, para as condições das sociedades contemporâneas, atravessadas pela velocidade das informações, por vezes descartáveis (FARR, 2012).

As propostas da TRS se distanciaram, então, da perspectiva de Durkheim, que considerava as representações coletivas como um fenômeno estritamente social, de caráter rígido e imutável. Para Moscovici, por outro lado, as representações sociais constituem uma forma de conhecimento amplo e diverso em que se concentra grande parte da história intelectual da humanidade (SÁ, 2004; FARR, 2012), caracterizando por sua natureza dinâmica, flexível e permeável (MOSCOVICI, 2013).

Nesse sentido, a TRS considera que o conhecimento é sempre produzido por meio da interação e comunicação interpessoal e sua expressão está sempre ligada aos interesses humanos nele implicados. Assim, enquanto psicologia social do conhecimento se preocupa em compreender como os processos do conhecimento são produzidos, alterados e lançados na realidade social (MOSCOVICI, 2013).

Moscovici enfatiza que as representações sociais não são criadas por um indivíduo isoladamente (MOSCOVICI, 2013). Em oposição a uma epistemologia do sujeito “puro”, ou a uma epistemologia do objeto “puro”, a Teoria das Representações Sociais se preocupa com a relação entre esses dois (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2012).

2.3.1 Gênese e conceituação das Representações Sociais

Sobre os saberes de senso comum e científico, Moscovici afirma que “a ciência era antes baseada no senso comum e fazia o senso comum menos comum; mas agora senso comum é a ciência tornada comum” e ambos são relevantes para a realidade social (MOSCOVICI, 2013, p. 60). Nesse sentido, “as representações sociais são verdadeiras teorias do senso comum” (MORAES *et al.*, 2013, p. 06).

Tanto o universo científico (reificado) quanto o consensual constituem fontes importantes para o surgimento de novas formas de conhecimento e crenças no mundo moderno (DUVEEN, 2013) e “apesar de terem propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana” (ARRUDA, 2002, p. 130).

Moscovici (2013, p. 60) afirma que: “sem dúvida, cada fato, cada lugar esconde dentro de sua própria banalidade um mundo de conhecimento, determinada dose de cultura e um mistério que o faz ao mesmo tempo compulsivo e fascinante.”

Jodelet destaca que a relação entre ciência e senso comum tem ganhado espaço no mundo científico, com reconhecimento do universo de sentidos que a noção de saber integra, sendo anexados novos conceitos aos saberes teóricos, como “saberes objetivados” e “saberes adquiridos”, os quais condicionarão os “saberes ação”. Há um reconhecimento das dimensões teóricas implícitas nos saberes teóricos da ação e da sua inteligibilidade. Isto liga as representações sociais ao saber, já que elas envolvem “uma atividade cognitiva ou de semantização, quer dizer, de construção e de expressividade, bem como para o seu produto que pode ser um conhecimento ou uma significação” (JODELET, 2015, p. 70).

Porém, mesmo com essa legitimação, Moraes *et al.* destacam que:

[...] o grande desafio que se impõe na modernidade é conciliar fé e razão, intuição e experiência, heterogeneidade e homogeneidade, bem como compreender as representações sociais não como uma distorção de pensamento, mas sim como uma forma híbrida de pensar em grupo e de apreender o novo social. (MORAES *et al.*, 2013, p. 05).

Jodelet (2015, p. 70) ressalta, ainda, que a investigação das representações sociais possibilita um estudo da relação entre o conhecimento do senso comum e o científico, “na medida em que está interessada na dinâmica entre saber erudito e saber profano, no papel da experiência na elaboração dos saberes.” Para isso, é preciso evidenciar os saberes locais, as significações imbuídas de valores, crenças, costumes, a relação com o contexto concreto em que as relações e práticas ocorrem.

Para Moscovici (2013, p. 60), “ciência e representações sociais são tão diferentes e, ao mesmo tempo, tão complementares que nós temos que pensar e falar em ambos os registros.” Enquanto a ciência trata do universo reificado, as R.S ocupam-se do universo consensual, e, assim, Moscovici define o propósito de ambos da seguinte forma:

A finalidade do primeiro é estabelecer um mapa das forças, dos objetos e acontecimentos que são independentes de nossos desejos e fora de nossa consciência e aos quais devemos agir de modo imparcial e submisso. Pelo fato de ocultar valores e vantagens, eles procuram encorajar precisão intelectual e evidência empírica. As representações, por outro lado, restauram a consciência coletiva e lhe dão forma, explicando os objetos e acontecimentos, de tal modo que eles se tornam acessíveis a qualquer um e coincidem como nossos interesses imediatos. (MOSCOVICI, 2013, p. 52).

E como definição mais comumente utilizada no campo da saúde, as representações sociais são:

Uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada com objetivos práticos, e que contribuem para a construção de uma realidade comum a um conjunto

social. Igualmente designada como saber comum ou ainda saber, ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. (JODELET, 1989, p. 04-05).

Spink (1993, p. 304) sustenta que, na perspectiva da psicologia social, as representações, enquanto formas de conhecimento visam “superar esta dicotomia visualizando o indivíduo e suas produções mentais como produtos de sua socialização em um determinado segmento social.”

Para Jodelet (2009, p. 695) “as representações sociais são fenômenos complexos, que incitam um jogo de numerosas dimensões que devem ser integradas em uma mesma apreensão e sobre as quais é necessário intervir conjuntamente”. Sendo assim, Sá (2004) as define como uma expressão que engloba significações diversas, referindo a elas tanto como um conjunto de fenômenos, quanto ao conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los.

É importante destacar que as R.S resultam de “uma sequência completa de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e são o resultado de sucessivas gerações” (MOSCOVICI, 2013, p. 37). Por isso, originam-se das influências históricas e contemporâneas e das construções que orientam, situam as pessoas no mundo, definindo sua identidade social (SÁ, 2004; JODELET, 2015).

As R.S nascem e se reproduzem num contexto marcado de fatores históricos, culturais e políticos, elas são influenciadas por esse ambiente e, ao mesmo, dão contorno a ele, através de comportamentos, atitudes, opiniões, desejos e expectativas. Assim, as especificidades desse contexto provocam efeito sobre o modo como os sujeitos se situam relativamente aos discursos que circulam no espaço social, bem como na apropriação ou recusa desses (JODELET, 2015).

Quanto à relação sujeito versus objeto, sob a perspectiva da TRS, Sá esclarece:

[...] uma representação social é sempre de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto). Não podemos falar em representação de alguma coisa sem especificar o sujeito – a população ou conjunto social – que mantém tal representação. Da mesma maneira, não faz sentido falar nas representações de um dado sujeito social sem especificar os objetos representados. (SÁ, 1998, p. 24).

Sobre a criação das R.S, Spink descreve:

[...] a representação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Sujeito que não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam. (SPINK, 1993, p. 303).

Sá (1998, p. 21-22) afirma que os fenômenos de representação social estão “na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais”, porém, alerta para que não se defina tudo como objeto de representação social a ser investigado em determinado grupo, pois, para isso, é necessário verificar se o fenômeno em questão é realmente um objeto de representação social para aquele público específico. Dessa maneira, complementa:

O fato de que as representações sociais sejam estruturadas nos indica (...) que não há por que existir uma representação social para cada objeto em que possamos pensar. Pode ser que um determinado objeto dê lugar tão-somente a uma série de opiniões e de imagens relativamente desconexas. Isto nos indica também que nem todos os grupos ou categorias sociais tenham que participar de uma [dada] representação social (...). É possível, por exemplo, que um grupo tenha uma representação social de certo objeto e que outro se caracterize tão-somente pelo fato de dispor de um conjunto de opiniões, de informações ou de imagens acerca desse mesmo objeto, sem que isso suponha a existência de uma representação social. (IBAÑEZ, 1988, p. 34-35 *apud* SÁ, 1998, p. 46-47).

As construções de representações sociais dependem de cada grupo social, portanto, são elaboradas conforme a posição de cada grupo na sociedade, emergindo a partir de seus interesses específicos e da própria dinâmica da vida cotidiana (OLIVEIRA; MOREIRA, 2000; JODELET, 2015; BAUER, 2012).

Jodelet (2015) assinala que as R.S são propagadas nas comunicações sob várias formas (troca, divulgação, propaganda) e, por isso, conforme Jodelet (1989, p. 01), elas “circulam nos discursos, são carregadas pelas palavras, veiculadas nas mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas nas condutas e agenciamentos materiais ou espaciais”.

Na mesma direção, Duveen (2013, p. 08) afirma que as RS: “entram para o mundo comum e cotidiano em que nós habitamos e discutimos com nossos amigos e colegas e circulam na mídia que lemos e olhamos”.

Moscovici (2013) afirma que a tarefa principal da psicologia social é estudar as representações sociais, suas propriedades, origens e seu impacto. Por isso, conforme Duveen (2013, p. 09) “uma psicologia social do conhecimento está interessada nos processos através dos quais o conhecimento é gerado, transformado e projetado no mundo social”.

2.3.2. *Funções das Representações Sociais*

As representações sociais, segundo Abric (2000), possuem quatro funções básicas:

1 – função de saber: possibilita aos atores sociais compreenderem e explicarem a realidade conforme conhecimento e valores obtidos na prática social;

2 – função identitária: define a identidade de grupos sociais, protegendo-a conforme os valores e normas socialmente e historicamente adquiridos;

3 – função de orientação: orienta condutas e estratégias de acordo com cada situação, selecionando o aceito ou não em cada contexto social;

4 – função de justificação: admite aos atores sociais explicar e justificar suas condutas numa situação, manter as diferenciações sociais entre os grupos, afastando-os de modo excludente.

Spink (1993, p. 306) organiza essas funções sob três categorias: “orientação das condutas e das comunicações (função social); proteção e legitimação de identidades sociais (função afetiva) e familiarização com a novidade (função cognitiva)”.

Segundo Guareschi e Jovchelovitch:

[...] a Teoria das Representações Sociais estabelece uma síntese teórica entre fenômenos que, em nível da realidade, estão profundamente ligados. As dimensões cognitiva, afetiva e social estão presentes na própria noção de representações sociais. O fenômeno das representações sociais, e a teoria que se ergue para explicá-lo, diz respeito à construção de saberes sociais e, nessa medida, ele envolve a cognição. O caráter simbólico e imaginativo desses saberes traz à tona a dimensão dos afetos, porque quando sujeitos sociais empenham-se em entender e dar sentido ao mundo, eles também o fazem com emoção, com sentimento e com paixão. A construção da significação simbólica é simultaneamente, um ato afetivo. Tanto a cognição como os afetos que estão presentes nas representações sociais encontram a sua base na realidade social. (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2012, p. 19).

São duas as características fundamentais das representações sociais:

Em primeiro lugar, elas convencionalizam objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Elas lhe dão uma forma definitiva, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as colocam como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. [...]. Em segundo lugar, representações são prescritivas, isto é, elas se impõem sobre nós como uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado. (MOSCOVICI, 2013, p. 33-34).

Para apreender a dinâmica da representação social, é necessário compreender os mecanismos geradores desta, denominados objetivação e ancoragem, processos esses definidos como complexos e cuja intenção é transformar o diferente e estranho (sejam palavras, seres ou ideias) em algo familiar, usual ou atual. A “finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar, ou a própria familiaridade, ou a própria não familiaridade” (MOSCOVICI, 2013, p. 54).

Quanto à objetivação, Moscovici (2013, p. 61) a conceitua como o processo de “transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico”, ou seja, a materialização de um conceito em imagens. E a ancoragem como “um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada”.

Sá, em referência à Jodelet, descreve as etapas do processo de objetivação como:

(1) seleção e descontextualização de elementos da teoria, em função de critérios culturais, normativos; (2) formação de um “núcleo figurativo”, a partir dos elementos selecionados, como uma estrutura imaginante que reproduz a estrutura conceitual; (3) naturalização dos elementos do núcleo figurativo, pela qual, finalmente, “as figuras, elementos dos pensamentos, tornam-se elementos da realidade, referentes para o conceito”. (JODELET, 1990 *apud* SÁ, 2004, p. 41).

A ancoragem por sua vez, é o processo de classificar, encaixar algo em padrões de comportamentos e valores com sentido próprio, e elaborar nomes, adequando-os a significações usuais. Para se criar esses padrões, são usadas generalizações ou particularizações sobre os objetos e pessoas, mantendo uma postura de rejeição, quando a característica é negativa, ou aceitação, quando positiva (MOSCOVICI, 2013).

Esses processos, de classificar e nomear, não ocorre, apenas, para encaixar pessoas e objetos a rótulos, e sim, facilitar a interpretação das características, a compreensão dos motivos das ações e comportamentos das pessoas e, principalmente, formar opiniões (MOSCOVICI, 2013).

É, pois, evidente que dar nome não é uma operação puramente intelectual, com o objetivo de conseguir uma clareza ou coerência lógica. É uma operação relacionada com a atitude social. Tal observação é ditada pelo senso comum e nunca deve ser ignorada, pois ela é válida para todos os casos [...]. (MOSCOVICI, 2013, p. 68).

O processo de classificar internaliza o objeto (acontecimentos, pessoas, ideias) para compará-lo ao paradigma existente na memória, agrupando-o aos aspectos já existentes, assemelhando-o, ou diferenciando-o e assumindo uma postura negativa ou positiva diante do objeto (MOSCOVICI, 2013; LEME, 2004).

Moscovici (2013) afirma que, uma vez criadas as representações sociais, estas podem se encontrar, se atrair, se repelir a outras ou dar oportunidade ao nascimento de novos fenômenos, enquanto velhas representações morrem. Sendo intrinsecamente carregadas de sentidos, emoções e julgamentos, na análise do processo de ancoragem e objetivação, deve ser

considerada a memória afetivo-emocional como constituinte do pensamento, permitindo o entendimento de sua participação no processo de produção de ideias hegemônicas e vice-versa. Pois,

[...] os afetos, induzidos pela reativação da memória emocional, colocam o sistema representacional num estado receptivo que lhe permita assimilar ou criar novos elementos que contribuam para sua expressão e transformação. Elementos novos vão se inscrevendo na memória emocional, num contexto do diálogo interacional, em que podem ocorrer mudanças e conservação. (SAWAIA, 2004, p. 81).

Para compreender o processo de conformismo e resistência, Sawaia (2004) propõe a aproximação de representações sociais à ideologia para esclarecer como essas posturas são geradas no plano individual e destaca que esses atos são desencadeados pelo modo como um objeto é representado,

[...] o que vai depender das atividades do indivíduo e das ideias hegemônicas, que ele subjetiva durante o processo de socialização na forma de memória, consciência, sentimentos, pensamentos e necessidades, referidas tanto ao passado quanto ao futuro.” Dessa forma, as R.S, “além dos traços singulares que contém, expressam determinações complexas da ideologia hegemônica. (SAWAIA, 2004, p. 80).

Sendo assim, diante da heterogeneidade de grupos das diferentes condições sociais, têm-se representações sociais diversas, oriundas das experiências cotidianas (OLIVEIRA; MOREIRA, 2000; WAGNER, 2000) e essas representações buscam estabelecer hegemonia no meio social, fazendo surgir novas formas de comunicação, que semeiam inúmeras possibilidades de ideias e maior heterogeneidade para o processo de produção psicossocial do conhecimento (DUVEEN, 2013).

Verifica-se, pois, que as representações sociais estão em constante processo de construção, podendo ser modificadas, incorporadas a novas representações ao longo do tempo, consolidando-se como produtos de gerações sucessivas (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2012; MOSCOVICI, 2013).

Como proposto por Moscovici (2013), a interação dinâmica e recíproca entre objetivação e ancoragem permite compreender o processo de construção de uma representação; o sistema de significação dado ao objeto; a interpretação da realidade e a orientação de comportamentos, possibilitando, portanto, a compreensão do posicionamento dos sujeitos diante de determinado objeto.

2.3.3 Abordagens das Representações Sociais

Uma diversidade de estudos sobre a Teoria da Representação Social surgiu na Europa, resultando em experiências científicas variadas que culminaram nas diferentes metodologias de trabalho, assim, os pesquisadores reuniram-se, conforme as seguintes linhas de pesquisa, escolas e cientistas que melhor adaptavam aos problemas, dando surgimento a diferentes abordagens marcadas por uma associação estreita entre um modelo teórico e uma metodologia (JODELET, 2011).

Essas abordagens derivam da ideia inicial proposta por Moscovici, complementando o campo de estudos das representações sociais, configuram-se em três abordagens principais: a abordagem genética ou processual, a abordagem estrutural e a abordagem societal (SÁ, 1998).

A abordagem estrutural foi desenvolvida por Jean-Claude Abric, também conhecida como “escola de Aix em Provence”. Na perspectiva estrutural de Abric, chamada de Teoria do Núcleo Central, a ênfase recai sobre a estrutura cognitivas das representações sociais, evidenciando a articulação de sentidos em torno de ideias centrais. Portanto, o foco das pesquisas é a investigação da estrutura das representações sociais (SÁ, 1998).

A abordagem societal, elaborada por William Doise, também conhecida como escola de Genebra, articula as RS, a partir de uma perspectiva sociológica, enfocando a gênese sociocognitiva das representações sociais. Utiliza o modelo de quatro níveis - individual, intergrupar, social e ideológico - para analisar os processos psicossociais. Nos estudos de Doise, fez-se “uma interpretação diferenciada do conceito de ancoragem, qual seja: diretamente em relação à classe ou estrato social em que são construídas as representações” (SÁ, 1998, p. 75).

Por último, a abordagem liderada por Denise Jodelet, denominada abordagem genética ou processual, é considerada a mais fiel à teoria original das representações sociais. Tem como foco central a compreensão dos processos de formação de RS, a ancoragem e a objetivação (SÁ, 1998).

Denise Jodelet, a partir de sua pesquisa ‘Loucura e Representação Social’, em 1984, organiza e divulga a abordagem processual. O procedimento clássico para a investigação nessa abordagem integra uma coleção de materiais discursivos, obtidos por meio de entrevistas, questionários ou fontes documentais, que são submetidas a técnicas de análise de conteúdo para dar conta do conteúdo de representação social, aliados às observações de comportamentos e práticas sociais.

A pesquisa na abordagem processual recebe um tratamento qualitativo, focando a diversidade e os aspectos significativos da atividade representativa. Busca desvelar as ligações do objeto de estudo com aspectos do contexto sócio-histórico e cultural no qual está inserido. Além de evidenciar as RS, a investigação busca também focar o sujeito, sua identidade e suas práticas (JODELET, 1989).

O presente estudo adota a perspectiva teórico-metodológica da abordagem processual com objetivo de investigar sistemas de representações no campo da atenção primária à saúde, as suas condições de produção e de funcionamento, considerando o complexo processo das relações: programas e suas políticas governamentais e locais, relações de conflitos e interação de saberes que influenciam as práticas.

Sá (1998) destaca que essas abordagens não se excluem, mas sim, se complementam, pois tem a mesma matriz, a “grande teoria” de Moscovici. Apesar das variações metodológicas, verificam-se pontos de convergência, de reconhecimento mútuo sendo, inclusive, oportuna a articulação entre as abordagens em algumas pesquisas.

2.3.4 Representações Sociais no campo da saúde

Oliveira (2014) destaca que trabalhar com representações sociais no âmbito da saúde implica no reconhecimento da existência de uma forma peculiar de saber, o conhecimento do senso comum, e suas ligações com a constituição de um saber técnico-profissional específico, que influencia na prática profissional cotidiana, no próprio processo de trabalho e no desenvolvimento de novas tecnologias de cuidar em saúde, o qual é essencial na compreensão do processo de cuidar em saúde.

Sobre as pesquisas em R.S no campo da saúde, Denize assinala que:

[...] a teoria de representação social vem sendo utilizada para a análise do processo saúde-doença, desde o clássico trabalho de HERZLICH, em 1969. Mas apenas recentemente passou a ser apropriada pelos pesquisadores do campo da saúde para a análise de objetos específicos do cotidiano profissional, a partir do olhar compartilhado das disciplinas da saúde e da psicologia social. (DENIZE, 2000, p. 55).

A autora destaca ainda, que o investimento da área saúde na pesquisa em R.S foi posterior, porque esse campo se manteve distanciado da esfera do social e da esfera do simbólico, em decorrência de sua própria trajetória histórica (DENIZE, 2000).

A respeito das relações entre representações sociais e práticas em saúde nos grupos sociais, Oliveira, recorrendo à Moscovici, afirma que:

No que se refere às relações entre representações e práticas de saúde nos grupos sociais, merecem destaque as ações derivadas de representações que Moscovici (1989) denomina de “ações representacionais”, ou seja, um conjunto de condutas regulares, sem contradição com as normas, realizadas com o consentimento do grupo e que correspondem às crenças comuns, mas não verbalizadas, e que justificam os comportamentos de proteção. Essas práticas não são determinadas por causas objetivas, mas não são menos intencionais em função disso, mesmo que a intencionalidade não esteja explícita. (MOSCOVICI, 1989 *apud* OLIVEIRA, 2014, p. 809).

Gazzinelli *et al.* (2005) ressaltam a importância de considerar os saberes aliados às histórias de vida, crenças e aos valores dos sujeitos, no aprendizado visando a mudança de comportamento e de práticas. Esclarecem que a aquisição isolada de novos conhecimentos não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento, por isso há de considerar a integração do conhecimento consensual nos processos educativos.

As representações sociais sobre o processo saúde e doença são variadas e independem do saber científico. Os sujeitos envolvidos nos processos de produção da saúde, inclusive, os profissionais de saúde, estão sempre construindo pensamentos e significados de acordo com o contexto histórico e social vivido e, com isso, elaboram suas representações sociais que influenciam e são influenciadas pelas suas práticas (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Oliveira (2014) explicita a contribuição dos conhecimentos reificados e consensuais às práticas do profissional de saúde e como se dá a relação desses saberes:

Dessa teia de relações simbólicas e comunicativas no campo da saúde participam tanto o saber reificado, quanto o saber do senso comum. A proposição de existência de um diverso campo de constituição de representações, não mais oposto ao conhecimento científico, mas que o incorpora e transforma, a partir de um processo de ancoragem no senso comum, constituído na história de vida dos profissionais, parece aí encontrar espaço fecundo. Esse saber prático, construído pelos profissionais de saúde, é de tipo híbrido, apoiado ao mesmo tempo, nas representações comuns por eles constituídas ao longo da sua história de vida e, ao mesmo tempo, em um conhecimento reificado fragmentado, em conteúdos que podem ser utilizados na resolução de problemas cotidianos, de tipo menos rígido do que o conhecimento reificado e com maior capacidade de adaptação às exigências do cotidiano profissional. (OLIVEIRA, 2014, p. 815-816).

A relação entre RS e práticas sociais favorece a compreensão do motivo pelo qual profissionais de saúde, mesmo recebendo a mesma informação sobre um determinado tema, formam opiniões distintas, como também concretizam um fazer que esteja atrelado a valores, imagens, percepções ancorados em sua experiência (GAZZINELLI, 2005; OLIVEIRA, 2014; MOSCOVICI, 2013; JODELET, 2015).

Nessa direção, Jodelet (2009, p. 695) afirma que “os modos que os sujeitos possuem de ver, pensar, conhecer, sentir e interpretar seu modo de vida e seu estar no mundo têm um papel indiscutível na orientação e na reorientação das práticas.”

2.3.5 Desenvolvimento das pesquisas no Brasil

A chegada da TRS no Brasil é registrada no ano de 1982 (JODELET, 2011, SÁ; ARRUDA, 2000). Assim como em outros países da América latina, está associada aos pesquisadores latino-americanos atraídos pelos estudos em psicologia e ciências humanas, desenvolvidos e apresentados nos cursos de Moscovici e Jodelet, na Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais (*EHESS-École des Hautes études em Sciences Sociales*), em Paris, na década de 70. Estes viram na TRS uma possibilidade de resposta aos problemas da vida cotidiana e das práticas sociais de seus países de origem. A abordagem psicossocial da TRS permitia análises, debates e teorização sobre temas de grande interesse, como a resistência à repressão, os movimentos de massa e as minorias ativas (SÁ; ARRUDA, 2000).

No ano de 2000, Sá e Arruda, por meio da análise da produção brasileira em representações sociais, do período de 1982 a 1997, verificaram que cerca de 40% das produções deste período pertenciam a outras áreas de conhecimento que não a psicologia social, sendo que as áreas da educação e da saúde ocupavam, respectivamente, o primeiro e o segundo lugar. Quanto ao conteúdo dessa produção, observou-se que o trabalho e as práticas profissionais eram os temas mais estudados, indicando uma tendência nesses estudos em investigar o “saber prático” (as representações sociais) no campo das atividades profissionais (SÁ; ARRUDA, 2000).

Em outros momentos, Sá (1998, 2004) faz referência à crescente produção científica em R.S no país. Destaca a amplitude e a diversidade de questões abarcadas nas pesquisas, e sua contribuição teórica não só na psicologia social, como também para as áreas de educação, enfermagem e serviço social.

Na mesma direção, Jodelet (2011, p. 19) destaca o avanço das pesquisas em Representação Social no Brasil, nos anos de 2003, 2009 e 2010, indicando o empenho destas em investigar problemas sociais importantes nos campos da educação, saúde, ambiente, política e justiça social, movimentos sociais, memória e história. Considera uma evolução a articulação de pesquisadores de campos específicos, como saúde, educação e psicologia social. Além disso, salienta “a vitalidade do campo que aparece significativamente mais destacada no Brasil do que em outros países da América do Sul e do Norte e mesmo da Europa”.

Em 2016, por meio da busca realizada nas bases científicas Scielo e BVS, como já mencionado, verificou-se um predomínio de estudos em RS nas áreas de psicologia, sociologia, educação, e ciências da saúde. Na área da saúde observa-se uma relevância de pesquisas relacionadas à enfermagem, como já revelado na revisão feita por Silva e Ferreira (2012).

Na X Jornada Internacional de Representação Social – JIRS, realizada juntamente à VIII Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, em Belo Horizonte - MG, no ano de 2017, observou, entretanto, uma produção científica pouca expressiva em R.S no campo da saúde, pois, como eixo temático da saúde houve somente 3 (6%) mesas redondas, 12 (21,42%) sessões de comunicação oral e 31 (25,8%) pôster (JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS; CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza do estudo

O presente trabalho, segundo seus objetivos, define-se como exploratório, pois apresenta “como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2010, p. 27).

Considerando o objeto de pesquisa em questão, optou-se neste estudo pelo delineamento de estudo de caso que é muito aplicado em pesquisas exploratórias, possibilitando a revelação de fatores que influenciam os problemas ou são por eles influenciados (GIL, 2010).

Segundo Yin (2010) o estudo de caso é um método de investigação aplicável ao estudo de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos.

Além disso, o estudo de caso tem sido um dos desenhos metodológicos mais utilizados em pesquisas para análise de experiências em serviços de saúde e configura-se como um modelo de tradução da lógica científica na abordagem qualitativa (DESLANDES; GOMES, 2007).

Empregou-se a abordagem qualitativa pela possibilidade da mesma revelar modos de pensar, agir e se relacionar dos sujeitos pesquisados, permitindo, por meio da análise das falas, aliada à observação dos comportamentos, a compreensão de atitudes e condutas dos mesmos (MINAYO, 2012). Essa abordagem pode também promover o entendimento do significado individual ou coletivo que determinado fenômeno tem para a vida das pessoas, revelando seus “valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

A abordagem qualitativa permite, pois, investigar em profundidade as relações, processos e significado/significações de fenômenos em grupos limitados em extensão, além de possibilitar o confronto da fala com a prática social (MINAYO; SANCHES, 1993).

No contexto da pesquisa qualitativa é possível adequar-se ao que se está pesquisando, permitindo o uso de estratégias variadas para coleta de dados em prol de “compreensão do todo”, exigindo, para tanto, um envolvimento intenso do pesquisador no campo de estudo e uma análise sistemática dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Pode-se verificar um crescimento de estudos científicos qualitativos (TURATO, 2005), bem como seu impacto na produção científica e o crescente rigor metodológico necessário à aplicação desse tipo de pesquisa (MINAYO; SANCHES, 1993). Essa abordagem

tem trazido inúmeras contribuições no campo da saúde (TURATO, 2005; BOSI, 2012), em especial, na consolidação das políticas públicas (BOSI, 2012).

3.2 Cenário do estudo

O município de Itamarandiba, emancipado em 1.862, está localizado na microrregião de Capelinha, mesorregião do Jequitinhonha (Vale do Jequitinhonha) do Estado de Minas Gerais (PNUD; IPEA; FJP, 2013) e, em relação à divisão das macro e microrregiões da saúde, o município pertence à microrregião de Diamantina e macrorregião do Jequitinhonha, ambas com sede em Diamantina, conforme estabelecido no Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais – PDR/MG (MINAS GERAIS, 2010).

Itamarandiba apresenta extensão territorial de 2743,19 Km², densidade populacional de 11,73 habitantes/Km² e tem Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,646, valor que faz ocupar a faixa média de IDH (PNUD; IPEA; FJP, 2013) e o encaixa na 573ª (quingentésima septuagésima terceira) posição na classificação dos municípios do estado de Minas Gerais.

Conforme Plano Estadual de Saúde 2012-2015, o município de Itamarandiba é classificado no grupo 4 (quatro), em que estão inseridos os municípios de maior necessidade de aporte financeiro, sendo que apenas 226 (duzentos e vinte e seis) cidades de Minas Gerais (26,49%) encontram-se nesse grupo. Como fator de alocação, apresenta o valor de 1,64, somente 146 (cento e quarenta e seis) municípios do Estado (17,12%) apresentam valor acima deste (MINAS GERAIS, 2012).

Quanto à economia, segundo dados do IBGE (2016), as atividades de grande impacto no município são a extração vegetal e silvicultura, seguidas da agropecuária, da agricultura familiar, do comércio e da prestação de serviços.

De acordo com o censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município apresenta uma população de 32.175 habitantes; dessas pessoas, 16.144 (50,17%) são do sexo masculino; e 16.031, (49,82%) do sexo feminino; 21.988 (68,34%) pessoas residem na zona urbana, e 10.187 (31,66%) moram na zona rural (IBGE, 2016; PNUD; IPEA; FJP, 2013).

Quanto à morbidade hospitalar dos munícipes, conforme dados do DATASUS do ano de 2015, as cinco maiores causas de internações por capítulo da Classificação Internacional de Doença - décima revisão (CID-10) são de gravidez, parto e puerpério (521 internações), seguido de doenças do aparelho respiratório (479 internações), doenças infecciosas e

parasitárias (398 internações) e doenças do aparelho circulatório (323 internações) (BRASIL, 2016c).

Entre as 05 (cinco) causas mais frequentes de mortes no município, tem-se doenças do aparelho respiratório (15 óbitos), doenças do aparelho circulatório (12 óbitos), neoplasias (11 óbitos), algumas doenças infecciosas e parasitárias (10 óbitos) e sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais (BRASIL, 2016c).

Como serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde, o município conta, no que tange a APS, com: 08 (oito) unidades básicas de saúde que funcionam de ponto de apoio às equipes de ESF da zona rural; 11 (onze) unidades básicas de saúde que abrigam as equipes de ESF, 1 (um) NASF e 2 (duas) equipes de saúde bucal inseridas à ESF conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (BRASIL, 2016a). Há também, não inserido no CNES, 1 (uma) unidade de atendimento odontológico municipal.

Outros pontos de atenção do SUS estão distribuídos em 2 (dois) hospitais gerais (sendo um público e o outro filantrópico), 1 (uma) unidade de apoio diagnóstico e terapia (laboratório), 1 (uma) unidade de farmácia básica, 1 (uma) central de gestão em saúde (secretaria municipal de saúde), 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e 1 (uma) equipe de vigilância em saúde (BRASIL, 2016a).

3.3 Universo

O município possui cadastrado no CNES 08 (oito) postos de saúde localizados na zona rural, que atuam como pontos de apoio às ESF e 11 (onze) UBS que abrigam as 11 (onze) equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo 6 (seis) ESF convencionais e 5 (cinco) ESF – Mais Médico (BRASIL, 2016a), e dispõe de 100% de cobertura de atenção básica segundo indicadores municipais de 2015 do DATASUS (BRASIL, 2016b).

Quanto às equipes de ESB de Itamarandiba, apesar de existir no CNES (06) seis equipes de saúde bucal da modalidade I e (01) uma equipe de saúde bucal da modalidade II cadastradas (BRASIL, 2016b), na realidade funcionam somente (02) duas equipes de saúde bucal da modalidade I (com a composição de um cirurgião dentista -CD e um auxiliar de saúde bucal - ASB) situadas na zona rural, funcionando juntamente com a ESF nos moldes preconizados pela PNAB (BRASIL, 2017).

O universo desta pesquisa abrange a totalidade dos profissionais que compõem as 11 (onze) ESF e 1 (um) NASF de Itamarandiba que, segundo relatórios do CNES, contam com 38 (trinta e oito) técnicos e auxiliares em enfermagem, 80 (oitenta) agentes comunitários de

saúde, 11 (onze) enfermeiros, 11 (onze) médicos, 2 (dois) cirurgiões dentistas e 2 (dois) auxiliares de saúde bucal inseridos na ESF de referência (BRASIL, 2016a), 1 (uma) nutricionista, 1 (uma) profissional de educação física, 1 (uma) psicóloga, 1 (uma) assistente social e 1 (uma) fisioterapeuta, cada profissional atuando por 40 (quarenta) horas semanais (BRASIL, 2016b).

3.4 Amostra

Para compor a amostra, além de aceitar a participar da pesquisa de forma voluntária e esclarecida, de demonstrar acessibilidade e disponibilidade, os sujeitos deveriam atender aos critérios de inclusão: ser profissional cadastrado no CNES, atuante da APS do município de Itamarandiba – MG (no modelo ESF/ESB/NASF) e estar de acordo com os procedimentos desta pesquisa descritos no TCLE (APÊNDICE C).

Como critérios de exclusão, aplicou-se: ser profissional da APS do município de Itamarandiba – MG não cadastrado no CNES ou não atuante no modelo ESF/ESB/NASF; estar afastado ou não estar de acordo com os procedimentos desta pesquisa.

A amostra foi não probabilística do tipo intencional, pois segundo Martins e Bógus (2004) na pesquisa qualitativa a amostra é intencional, já que se busca selecionar os sujeitos com maior possibilidade de atender os objetivos do estudo.

Sendo a amostra qualitativa ideal aquela que possibilita refletir a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões, não houve nesta pesquisa a preocupação em se buscar representatividade numérica do grupo e subgrupos pesquisados, mas, sim em aprofundar a compreensão das RS dos profissionais da APS de Itamarandiba sobre assistência à saúde.

Tal conduta se ampara em Minayo (2014, p. 196), pois a autora esclarece que numa investigação qualitativa “o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão”.

Neste sentido, para a composição da amostra, foram incluídos dois profissionais de cada categoria profissional. Exceção à equipe de saúde bucal, em foi pesquisado somente 1 (um) profissional de cada categoria, e à equipe do NASF, e que foram incluídos os 5 (cinco) profissionais da equipe, por serem categorias diferenciadas. Assim, a mostra deveria contar com os seguintes participantes; 2 (dois) médicos, 2 (dois) enfermeiros, 1 (um) cirurgião dentista, 1 (um) auxiliar de saúde bucal, 2 (dois) agentes comunitários de saúde (ACS), 2 (dois) técnicos

em enfermagem, e os 5 (cinco) profissionais do NASF, perfazendo um total 15 (quinze) profissionais, de modo a abranger equipes da zona rural e urbana.

A intenção foi captar todos os profissionais do NASF e 02 profissionais de cada categoria profissional, porém, como no município há somente 02 ESB, optou-se por entrevistar 1 profissional (1cirurgião dentista e 1auxiliar de saúde bucal) de cada equipe. Além dessa seleção, foi dada prioridade aos profissionais com maior tempo de atuação, conforme a data de entrada dos profissionais no CNES, pela maior possibilidade dos mesmos compartilharem das RS que circulam o grupo.

A amostra final contou com 13 participantes, porque durante o período de coleta de dados, 02 (dois) profissionais estavam em falta no NASF, a fisioterapeuta que havia pedido demissão e a gestão não havia contratado outro profissional, e a assistente social, que por trabalhar na parte administrativa, dentro da secretaria de saúde, não atendeu aos critérios de inclusão da pesquisa.

3.5 Instrumento de coleta de dados

Com o intuito de obter uma interpretação consistente das representações sociais sobre assistência à saúde, esta pesquisa recorreu a um conjunto de instrumentos/técnicas de coleta de dados, “triangulação metodológica”, conforme recomendado por Arruda (2005).

Realizou-se pesquisa documental, visando à construção do histórico de implantação da ESF e do NASF, a descrição da organização dos serviços e modos de gestão em Itamarandiba. Dados que puderam ser enriquecidos pelas experiências da pesquisadora, profissional inserida no contexto da pesquisa. Situação essa que Minayo (2014, p. 274) considera ser proveitosa já que “no trabalho qualitativo, a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma virtude”.

Além das buscas de dados, realizou-se pesquisa bibliográfica para construção do embasamento teórico sobre assistência à saúde, APS (NASF e ESF), apoio matricial e teoria da representação social.

Para a obtenção de dados junto aos profissionais da APS utilizou-se da entrevista semiestruturada, que foi aplicada no período de 14 de dezembro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017. Além disso, os dados obtidos nas entrevistas foram enriquecidos com as observações de campo realizadas durante a aplicação do instrumento.

Nesse sentido, Arruda (2005) afirma que, para o alcance de uma interpretação mais condizente com a realidade a ser estudada, é necessário ter posse não somente de conhecimentos

formais, mas é preciso se inteirar do contexto de produção e incorporar riquezas de detalhes do cotidiano.

A aplicação da entrevista semiestruturada objetivou a apreensão das informações de maneira livre e espontânea. Neste sentido, o roteiro da entrevista (Apêndice A) foi seguido com flexibilidade visando promover a fluência do discurso, o que segundo Marconi e Lakatos (2010) permite ao pesquisador se certificar da compreensão das questões pelos colaboradores, repetir ou explicar a pergunta, obtendo assim, dados mais precisos.

Como etapa inicial da coleta de dados, foi aplicada uma entrevista com vistas a testar o roteiro de modo que fosse possível adequar o instrumento, se necessário, aos objetivos da pesquisa. Diante dos resultados, não houve necessidade de se realizar alterações no roteiro da entrevista, e por isso, o material desta entrevista foi inserido no *corpus* da análise.

A primeira parte do roteiro da entrevista foi composta de caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes do estudo e a segunda parte, composta de 02 (dois) estudos de caso e 06 (seis) questões abertas sobre o tema objeto da pesquisa. A composição da entrevista visou a produção de material discursivo que permitisse identificar as RS dos profissionais da APS sobre a assistência à saúde e a obtenção de informações sobre o contexto sócio-histórico de produção dessas representações, essenciais na abordagem processual.

Considerando a afirmativa de Sá (1998) de que nem tudo é objeto de RS, cabendo ao pesquisador analisar o contexto a ser pesquisado para verificar se o tema escolhido é de fato objeto de representação no grupo estudado. Definiu-se como foco da pesquisa as RS sobre Assistência à Saúde, tendo em vista que esse tema permeia o cotidiano dos profissionais da saúde.

Essa delimitação do tema decorreu também da hipótese de que o grupo de profissionais da APS de Itamarandiba não possuía RS sobre “apoio matricial” ou “matriciamento”, tema de interesse para este estudo, uma vez que não tiveram contato com esta metodologia de trabalho. Portanto, ao identificar as RS sobre assistência à saúde, seria possível verificar a presença ou não do apoio matricial ou matriciamento como componentes dessas representações.

Assim, o roteiro de entrevista foi construído de modo que fossem reveladas as representações sociais dos profissionais da APS acerca da assistência à saúde para se compreender o impacto das mesmas na operacionalização do apoio matricial.

Para isso, atentou-se aos postulados de Jodelet (1989), que indicam que as representações sociais emergem como uma modalidade de conhecimento prático orientado para a compreensão do mundo e para a comunicação; e como construções, com caráter expressivo,

sobre objetos impregnados de valores. Portanto, para se investigar as RS, são necessários os seguintes questionamentos: "Quem sabe e de onde sabe? — O que e como sabe? — Sobre o que sabe e com que efeito?" que possibilitam identificar: "a) condições de produção e de circulação; b) processos e estados; c) estatuto epistemológico das representações sociais." (JODELET, 1989, p. 10).

Seguindo as recomendações de Spink (2004), inseriram-se no início da entrevista dois estudos de caso, no sentido de que a investigação das RS deve iniciar pelos aspectos relativos às práticas sociais, próximos ao cotidiano dos sujeitos de pesquisa, para depois ir em direção às questões que exijam reflexões ou conceituações.

Os estudos de casos visaram a captação das práticas cotidianas dos sujeitos, por meio de uma exposição inicial livre de possíveis sugestões a respeito de ações ou atividades supostamente ideais, que muitas vezes atravessam as perguntas de uma entrevista.

A elaboração do roteiro de entrevista seguiu as seguintes etapas: revisão bibliográfica visando uma fundamentação na TRS; identificação dos elementos essenciais à apreensão do objeto a ser estudado; a identificação e a inclusão de aspectos capazes de apreender os aspectos práticos do cotidiano profissional, bem como os elementos integrantes do campo das RS (crenças, concepções, valores) e da identidade do grupo (SILVA; FERREIRA, 2012).

Arruda (2005) destaca que a entrevista tem sido o instrumento mais utilizado em pesquisas sobre representações sociais, considerando que a conversação é um espaço privilegiado para o surgimento das mesmas.

Nesse sentido, Minayo e Sanches afirmam que:

[...] a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 245).

A realização da entrevista foi precedida de um contato pessoal com o profissional, em que se explicou o objetivo da pesquisa, o objeto do estudo, a relevância e a importância de sua contribuição no estudo. Em seguida, o mesmo foi interrogado quanto seu interesse em participar de forma voluntária da pesquisa, procedendo-se o agendamento da data, horário e local para a entrevista de acordo com a disponibilidade do profissional.

Na escolha do local para a realização da entrevista, evidenciou-se a necessidade de ser um ambiente tranquilo, em que o entrevistado se sentisse à vontade para se expressar com

a garantia de privacidade e o mínimo de interferência externa, já que haveria a necessidade de gravação das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente para serem submetidas ao processo sistemático de análise.

3.6 Procedimentos e análise de dados

A investigação da subjetividade do indivíduo, implica entendê-lo como agente social que influencia e é influenciado pela estrutura social, dotado de percepções peculiares da realidade que permitem uma interpretação própria do contexto real (SPINK, 1993).

Partindo da constatação de que a interpretação qualitativa do contexto real pode sofrer variações de acordo com o observador e a posição do mesmo frente ao fenômeno estudado (SPINK, 1993), e de que o estudo qualitativo permite que questões geradas sejam aprofundadas quantitativamente, ou o inverso (MINAYO; SANCHES, 1993; LANDIM *et al.*, 2006), recorreu-se, neste estudo, à análise lexical por meio do *software* IRAMUTEQ versão 0,7 alpha 2, além da análise temático-categorial.

A associação dos métodos de análise qualitativo e quantitativo, além de ser aplicável a fenômenos variados, entre eles, as representações sociais (MINAYO, 2014), experiências científicas têm demonstrado que estes dois tipos de análise podem interagir e se complementar na construção de uma leitura mais profunda e completa da realidade estudada (LANDIM *et al.*, 2006; MINAYO, 2014).

O corpus foi submetido a duas técnicas de análise; a análise lexical com objetivo de verificar as classes de palavras e sua organização. E a análise temático-categorial, com objetivo de identificar os eixos temáticos em torno do qual se articulam as representações sociais sobre assistência à saúde.

3.6.1 Análise lexical dos dados textuais

A análise lexical dos dados textuais é capaz de minimizar o subjetivismo nas análises dos textos, padronizando-os, sendo “considerada útil e relevante aos estudos qualitativos” (CAMARGO; JUSTO, 2014, p. 40). Assim, esta análise é composta por:

[...] uma família de técnicas que permitem utilizar métodos estatísticos aos textos. Esse tipo de análise permite explorações poderosas dos materiais textuais, especialmente porque viabilizam a construção de categorias naturais, a partir do uso

de algumas técnicas estatísticas no campo dos dados qualitativos. (LAHLOU, 1994 *apud* CAMARGO; JUSTO, 2014, p. 40).

A análise lexical caracteriza um determinado objeto, por intermédio da identificação de um conjunto de palavras, dando uma descrição do sentido que este objeto tem para um determinado grupo, por meio da sua combinação (LAHLOU, 2012 *apud* CAMARGO; JUSTO, 2014).

Com isso, a análise lexical, tem-se mostrado eficaz para analisar os dados obtidos em entrevistas, sendo relevante aos “estudos sobre pensamentos, crenças, opiniões – conteúdo simbólico produzido em relação a determinado fenômeno” (CAMARGO; JUSTO, 2013, p. 514). Portanto, são indicadas em estudos sobre representações sociais (LAHLOU, 2012 *apud* CAMARGO; JUSTO, 2014).

No Brasil, na década de 1990, acentuou-se o uso de programas para obtenção de análises textuais com o objetivo principal de auxiliar a realização de análises de conteúdo, tornando-as “mais estáveis, objetivas e fidedignas, com menor interferência da subjetividade ou viés do pesquisador” (CAMARGO; JUSTO, 2014, p. 42).

Diante disso, tem-se verificada a aplicação de software para análise dos dados das pesquisas em representação social nas publicações das bases científicas SCIELO e BVS. Na amostra obtida de artigos em RS de profissionais de saúde sobre a assistência à saúde/cuidados em saúde, conforme busca e filtros já mencionados notou-se que dos 7 (sete) artigos, 6 (seis) são de abordagem qualitativa e 1 (um) quali quantitativa, desses, 5 (cinco) recorreram a software para análise dos dados, inclusive em 1 (um) estudo com a abordagem processual, o que indica o seu uso tanto em estudos qualitativos quanto quantitativos.

Assim, no presente estudo, após a transcrição das entrevistas, submeteu-se todo o conteúdo dessas ao tratamento para se compor o *corpus* a ser processado pelo IRAMUTEQ, conforme recomendado por Camargo e Justo (2016).

Optou-se por esse software, utilizado no Brasil desde 2013, por ele ser apropriado à análise de dados qualitativos. Além da vantagem de ser de fácil acesso, gratuito e com fonte aberta, (CAMARGO; JUSTO, 2013), é aplicável em pesquisas com quantidade reduzida de dados, em torno de 10 entrevistas (LINS, 2017).

O IRAMUTEQ permite diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas mais simples, como a lexicografia básica, que envolve a lematização e o cálculo de frequência de palavras; a análise de similitude e nuvem de palavras, em que há organização e distribuição do vocabulário de forma ilustrativa, tornando os dados claros e compreensíveis; até as mais

multivariadas, como classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial de correspondências (CAMARGO; JUSTO, 2013; 2014).

Diante disso, optou neste estudo pelo método de análise ‘Classificação Hierárquica Descendente’, que também fornece a lexicografia básica.

A lexicografia básica permite uma caracterização mínima das palavras em que se “identifica a quantidade de palavras, frequência média e número de hapax (palavras com frequência um); pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes (lematização)” (CAMARGO; JUSTO, 2013, p. 515).

A CHD foi empregada por permitir uma análise lexicográfica do material textual, fornecendo classes lexicais que apresentam vocabulário semelhante entre si, e diferentes das demais classes. Além disso, permite que se recorra a segmentos de textos do *corpus* associados a cada classe, podendo-se visualizar o contexto dos termos estatisticamente significativos, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Diante das vantagens em recorrer às análises lexicais e aos recursos informáticos, Camargo e Justo (2014, p. 42) acrescentam que a utilização dos mesmos “não tem o intuito de dar à pesquisa qualitativa um enfoque puramente quantitativo, mas visa potencializar seu alcance”. Por isso, os autores complementam que:

Os softwares são instrumentos, ferramentas utilizadas para facilitar a exploração dos dados tornando-a mais transparente e fidedigna. Mas não são eles os responsáveis pela análise de dados. O objetivo é realizar análise de dados qualitativos e, portanto, não se pode esquecer que o foco das análises é sempre o sentido que as palavras adquirem no seu contexto. A apreensão desse sentido requer a interpretação fundamentada e contextualizada do pesquisador, a qual se inicia no momento da transcrição das informações durante a construção banco de dados e acompanhará todas as etapas subsequentes de qualquer análise lexical. (CAMARGO; JUSTO, 2014, p. 51).

3.6.2 Análise temático-categorial

Em um segundo momento da análise, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática categorial, para compreender a construção de significados que os sujeitos exteriorizaram em cada discurso.

Assim, a análise de conteúdo conceitua-se 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) dessas mensagens. (BARDIN, 2011, p. 48).

Percebe-se, que ao utilizar a análise de conteúdo não se deseja apenas uma descrição dos dados, mas sim uma interpretação que se utiliza “deduções de maneira lógica para absorver o significado que os dados tratados poderão externar, inferindo as causas ou antecedentes das mensagens, relacionando-as com seu produtor e ao contexto de produção, bem como aos efeitos e às consequências das mensagens” (BARDIN, 2011, p. 135).

O processo de análise de conteúdo é composto pelas etapas de pré-análise, exploração e codificação do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. E estas serão abordadas segundo a forma aplicada nesta pesquisa (BARDIN, 2011).

Inicialmente, na fase de pré-análise, efetuou-se a organização prévia do material colhido, por meio da leitura “flutuante” das entrevistas, tendo como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, no intuito de estabelecer um plano de análise (BARDIN, 2011).

Por meio de repetidas e sistemáticas leituras das entrevistas transcritas, foi possível uma maior aproximação do seu conteúdo, favorecendo a identificação de temas que permitiram a delimitação de 3 *subcorpus* relacionados aos conteúdos: 1. Caracterização do contexto de trabalho; 2. Conceitos construídos pelo grupo de profissionais em torno da Assistência à Saúde; 3. Práticas dos profissionais.

Nesse processo, foram considerados os critérios de validade na análise qualitativa, recomendados por Minayo (2014), a saber: exaustividade, no qual o material coletado procurou contemplar todos os aspectos inseridos no roteiro da entrevista; representatividade, com foco para se abarcar as características essenciais do universo pretendido; homogeneidade, através da coerência com os critérios precisos de escolha acerca dos temas e técnicas usadas; e por fim, pertinência, por meio da atenção aos documentos analisados no intuito de responder aos objetivos do trabalho.

Cada *subcorpus* foi exaustivamente estudado, possibilitando recortes sistemáticos. Com o material obtido no primeiro *subcorpus* “caracterização do contexto de trabalho” foi possível compor, associado com os demais dados obtidos por meio das outras técnicas utilizadas no estudo, o contexto de produção das práticas em saúde do município de Itamarandiba.

A análise do *subcorpus* ‘conceitos’ construídos pelo grupo de profissionais em torno da Assistência à Saúde” permitiu a construção de três categorias: “ator”; “recursos” e “qualificação da assistência”, que foram subdivididas em subcategorias de acordo com as unidades de sentido identificadas. Sintetizando esse processo, foram construídos os indicadores utilizados na discussão dos resultados.

O processo foi repetido com o *subcorpus* “práticas em saúde”, originando-se 2 categorias: “produto” e “processo”, que foram subdivididas em subcategorias de acordo com as unidades de registro identificadas, conforme detalhado nos resultados deste estudo.

Usou-se como critério para a delimitação das unidades de registro, frases cujo conteúdo continham informações a respeito do contexto, conceito e práticas de assistência à saúde. Já as unidades de sentido, essas foram construídas a partir do significado emergido das unidades de registro e serviram de base para a elaboração dos indicadores sobre assistência à saúde, segundo os profissionais entrevistados.

No subcorpus referente às práticas, as unidades de registros não foram acompanhadas de unidade de sentido, uma vez que o objetivo do trabalho não foi identificar representações sobre as práticas, e sim descrevê-las e contrastá-las com os sentidos atribuídos à assistência.

Ressalta-se que as categorias temáticas e subcategorias construídas neste estudo emanaram do contexto das respostas dos profissionais, caracterizando-se, portanto, como não apriorísticas.

Diante dos resultados dessa categorização, assim como proposto por Bardin (2010), foi possível realizar inferências, que permitiram a interpretação dos dados por meio de uma discussão, em consonância com os objetivos da pesquisa e com a fundamentação teórica adotada.

Como Minayo (2014) atesta, um trabalho científico deve ter seus resultados submetidos à validação interna e externa. Diante disso, atendendo ao rigor necessário à pesquisa, em especial pelo uso da abordagem qualitativa, usou-se como validação interna o atendimento aos seguintes critérios: de coerência, obedecendo às etapas formais de uma pesquisa; de consistência, através da revisão teórica levantada; de originalidade, ao trazer uma contribuição ao município estudado e constituir-se numa pesquisa em um campo pouco explorado; de objetivação, com a ciência de que o percurso metodológico gerou um resultado que refletiu uma compreensão o mais próxima possível da realidade, e não a sua reprodução, uma interpretação profunda, complexa e contextualizada, tendo em vista o campo de questionamentos em que as ideias são geradas e a de produto em constante discussão.

Assim, a associação das técnicas para análise dos dados nesta pesquisa, análise temático-categorial e uso do software IRAMUTEQ, visou dar ainda mais consistência aos achados acerca do objeto estudado.

Como validação externa, também fundamental para a determinação da credibilidade dos achados de um estudo (MINAYO, 2014), registra-se três momentos, o

primeiro foi a avaliação e a discussão exaustiva dos dados pelo orientador da pesquisa, com a participação de uma mestrandia do ENSA; o segundo ocorreu por meio do exame de qualificação com a apresentação dos resultados parciais e o terceiro, por meio da exposição à banca examinadora do pôster, na X Jornada Internacional de Representação Social, em Belo Horizonte (JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS; CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 2017).

3.7 Aspectos éticos

Para a concretização desta pesquisa, durante todo o percurso foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, determinadas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b), do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde. Desta forma, foi respeitada a dignidade humana com a devida proteção dos participantes da pesquisa, garantindo o tratamento ético para com os envolvidos e com o manuseio dos dados colhidos.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM que emitiu parecer favorável sob o número 1.739.227. Após a aprovação, foi apresentado ao Secretário Municipal de Saúde de Itamarandiba (responsável legal pelas equipes alvo do estudo), que por meio da assinatura da carta de anuência (Apêndice B) autorizou a realização do estudo no município.

Mediante a concordância dos profissionais em participar do estudo, respeitado os esclarecimentos prévios, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Apêndice C) antes da aplicação da entrevista.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados desta pesquisa divide-se em: **perfil dos participantes do estudo** com informações adquiridas a partir da primeira parte da entrevista; Em seguida, **resultados da análise lexical**, resultantes do processamento do conteúdo das entrevistas no software IRAMUTEQ, através das análise classificação hierárquica descendente.

Em seguida, expõem-se os **resultados da análise de conteúdo**, com o contexto de produção/pesquisa, obtidos por meio da aplicação das entrevistas, das observações realizadas durante a coleta de dados em torno da infraestrutura, das constatações de rotinas, dos fluxos e das verificações de registros documentais do município e de verificações extraídas da experiência da pesquisadora, já que se trata de um contexto em que a mesma esteve inserida por dez anos; e, posteriormente, as concepções relacionadas à assistência à saúde que emergiram da análise da segunda parte das entrevistas por meio da técnica de análise de conteúdo e os indicadores de práticas em saúde, obtidos também do conteúdo das entrevistas.

4.1 Perfil dos participantes do estudo

As características sociodemográficas dos participantes deste estudo, profissionais da equipe do NASF e das ESF, que apresentaram maior tempo de trabalho no município conforme categoria profissional são apresentadas no Quadro 1 - Perfil dos profissionais entrevistados.

Quadro 1: Perfil dos profissionais entrevistados, Itamarandiba-MG, 2016.

Entre vista dos	Profissão	Idade (anos)	Tempo de atuação (anos)	Sexo	Especialização Se sim, qual?	Universidade/Ano de formação
E1	Enfermeira	34	08	F	Sim, em urgência e emergência, saúde da família e gestão pública em saúde.	Universidade do Vale do Rio Doce (Governador Valadares), 2007.
E2	Agente Comunitário de Saúde	50	19	M	Não se aplica	Não se aplica
E3	Educadora Física	30	02	F	Sim, em Saúde da Família.	Universidade Estadual de Montes Claros, 2012.
E4	Técnica em Enfermagem	42	17	F	Não se aplica	Não se aplica

E5	Agente Comunitária de Saúde	51	18	F	Não se aplica	Não se aplica
E6	Médico	66	34	M	Sim, em Pneumologia	Universidade de Antioquia, em Medellín (Colômbia), 1982.
E7	Médico	67	35	M	Não	Escola Nacional de Córdoba (Argentina), 1981
E8	Nutricionista	32	0	F	Não	Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte), 2014
E9	Enfermeira	33	08	F	Não	Isabella Hendrix (Belo Horizonte), 2008
E10	Técnica em Enfermagem	47	25	F	Não se aplica	Não se aplica
E11	Psicóloga	30	08	F	Sim, em Elaboração e Planejamento em Projeto Social	Faculdade Pitágoras (Montes Claros), 2008
E12	Cirurgião Dentista	34	07	M	Não	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, 2008
E13	Auxiliar de Saúde Bucal	34	07	F	Não se aplica	Não se aplica

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O grupo etário dos participantes do estudo variou de 30 a 67 anos, sendo a média de 42 anos de idade. A maioria, onze (84,6%) desses profissionais, apresenta idade entre 30 a 51 anos e apenas dois profissionais possuem idade de 66 e 67 anos. Em relação ao sexo, nove (69,2%) profissionais são do sexo feminino e quatro (30,8%) do sexo masculino. Ressalta-se que o predomínio do sexo feminino na amostra é notado na população dos profissionais da APS.

Quanto ao tempo de atuação dos profissionais, eles tinham em média 14 anos de trabalho, oscilando entre 0 e 35 anos de experiência. Entre eles, dois (15,4%) profissionais com 0 a 2 anos trabalhados; cinco (38,5%) com 7 a 8 anos; três (23 %) apresentavam de 17 a 19 anos; um (7,7%) com 25 anos; além de dois (15,4%) que contavam com 34 a 35 anos de serviço. Do total dos entrevistados, sete (53,8%) profissionais já trabalharam em outro local (rede privada de assistência à saúde) e, no momento da entrevista, apenas um médico e o psicólogo permaneciam com outro emprego.

Em relação ao vínculo dos profissionais entrevistados, oito (61,5%) são servidores efetivos e cinco (38,5%) são contratados por processo seletivo com vínculo enquanto o programa durar. Dos profissionais da APS do município de Itamarandiba, somente nove médicos não possuem vínculo estável, quatro são profissionais autônomos intermediados por empresa privada contratados por licitação, e cinco médicos são de programa nacional de provimento desses profissionais.²

² Dado obtido das constatações de fluxos, rotinas e registros municipais.

Dos profissionais desse estudo, oito são profissionais de nível superior, o que apresenta menor tempo de graduação concluiu o curso em 2007, e o de maior tempo de formação finalizou o curso em 1981. Desses profissionais, seis (75%) foram formados em Instituições de Ensino Superior (IES) do estado de Minas Gerais, sendo três em IES privada, três em IES pública, e dois (25%) formaram em IES fora do Brasil. Sobre ter concluído um curso de pós-graduação *lato sensu* (especialização), quatro (50%) já concluíram uma especialização, sendo que desses, dois (50%) finalizam o curso em saúde da família, apenas 25% dos profissionais de nível superior entrevistados.

4.2 Resultados da análise lexical

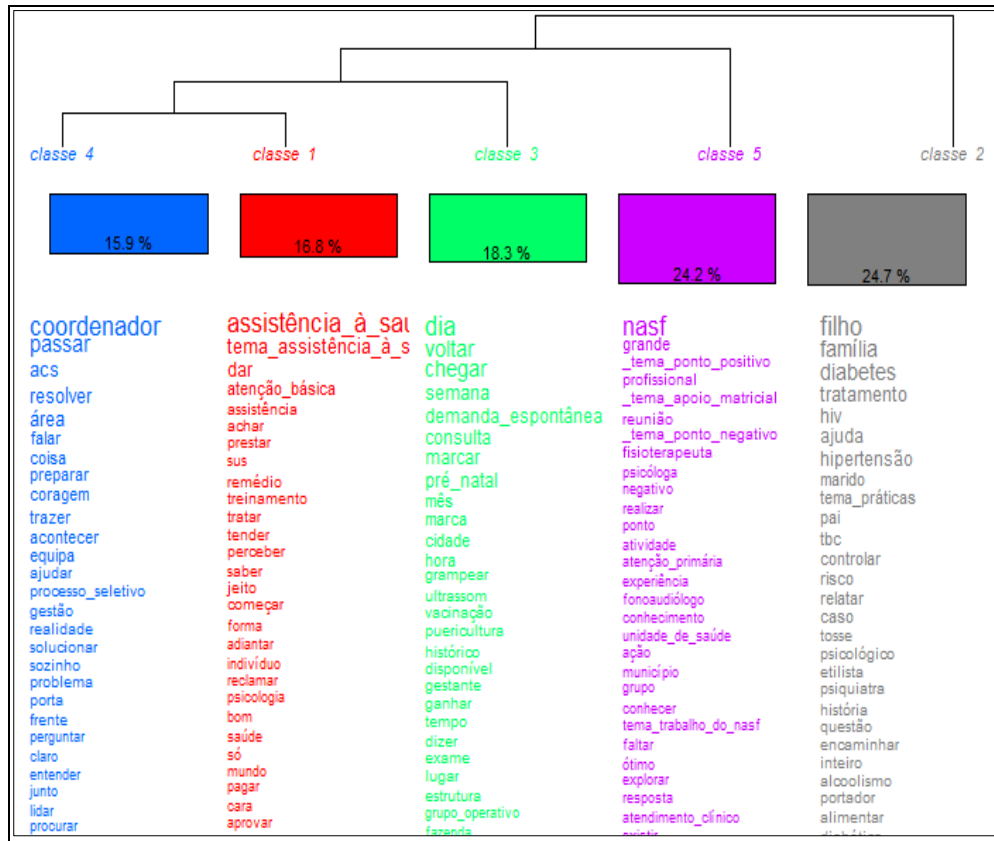
Os dados das entrevistas, após tratamento, foram processados pelo software IRAMUTEQ, conforme a análise Classificação Hierárquica Descendente.

A partir da análise CHD, nas estatísticas textuais básicas, o corpus textual foi constituído pelo texto resultante da transcrição das 13 entrevistas, separados em 843 Segmentos de Textos – ST (recorte de aproximadamente 3 linhas) emergiram 29.698 ocorrências (palavras ou formas), captou 3.187 palavras distintas e 831 hapax termos citados apenas uma vez.

Dos 843 segmentos de textos termos emergidos, houve um aproveitamento de 660 ST (78,29% de aproveitamento), o que, de acordo com Lins (2017), demonstra que o material é representativo para a análise e/ou as respostas variaram num padrão possível de se seguir este tipo de análise. Conforme Camargo e Justo (2016), o aproveitamento indicado está acima do mínimo recomendável, 75%.

Todo o conteúdo da entrevistas foi processado e foi categorizado pela CHD, conforme demonstra a figura 1 – Dendograma da CHD.

Figura 1: Dendograma da CHD.



Fonte: Software IRAMUTEQ, 2017.

O *corpus* (conjunto das entrevistas) foi dividido na primeira partição em *sub-corpus*, separando a classe 2 das demais, na segunda partição desmembrou a classe 5 do restante, na terceira partição fragmentou a classe 3 das demais e, por fim, a terceira partição deu origem às classes 1 e 4, as quais guardam semelhanças. E, assim, o conteúdo analisado, categorizado nessas classes apresenta o seguinte número e percentual de segmentos de texto: classe 1 com 111 (16,8%) ST; classe 2 com 163 (24,7%) ST; classe 3 com 121 (18,3%) ST; classe 4 com 105 (15,9%) ST e classe 5 com 160 (24,2%) ST.

Além da exposição das classes e as porcentagens de segmentos de textos compreendidos em cada classe, o dendograma permite um detalhamento maior dos dados das CHD.

Na figura 1 são expostas as classes com os vocábulos correlacionados por temas semelhantes, dentro do conteúdo de cada classe, formando um esquema hierárquico de termos, permitindo-os a visualização que emerge de cada classe por nível de importância.

Também na aba ‘perfis’ ao utilizar do recurso *Typical txt segment* visualizou-se as frases de maior *escore* de cada classe, isso aliado aos demais dados da CHD que permitiu inferir

o conteúdo do corpus, nomear as classes e compreender grupo de discurso/ideias que são apresentados na discussão deste trabalho.

4.3 Resultados da análise de conteúdo

4.3.1 Contexto da Pesquisa

No contexto desta pesquisa, são apresentadas as descrições das equipes da APS (ESF, ESB e NASF) de Itamarandiba.

Os profissionais entrevistados pertenciam a sete Unidades Básicas de Saúde com equipes de Estratégia Saúde da Família, o que representa um total de 63,6% das Unidades Básicas com Saúde da Família do município. Foram contemplados profissionais da única equipe do NASF do município; das cinco equipes de saúde da Família sediadas na zona urbana, ESF Dr. Wellerson Andrade de Carvalho – Central, ESF Dr. José Pavie, PSF Fazendinha, PSF São Geraldo, PSF Primeiro de Maio; de uma equipe de saúde da família da zona rural, ESF José de Sena Neto; e de uma equipe de saúde bucal da zona rural, ESF Dr. Mário Moreira (BRASIL, 2016b).

As sete UBS com ESF e ESB em que os treze profissionais entrevistados estão lotados, apresentam as características e as situações explicitadas no Quadro 2 – Características das ESF e ESB.

Quadro 2: Características das ESF e ESB.

Equipes de Estratégias de Saúde da Família e de Saúde Bucal							
Características	ESF Dr. José Pavie	ESF Fazendinha	ESF Dr. Wellerson de Andrade Carvalho	ESF São Geraldo	ESF 1º de Maio	ESF José de Sena Neto	ESF/ESB Dr. Mário Moreira
Tem equipe de saúde bucal	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Localização	Zona urbana	Zona urbana	Zona urbana	Zona urbana	Zona urbana	Zona rural	Zona rural
Ano de criação da equipe ¹	1997	2008	2006	1998	2005	2006	2014
Nº de usuários cadastrados ²	3.067	2.290	3.699	2.834	2.893	1.995	2.250
UBS de lotação	São Sebastião	Fazendinha	Central	São Geraldo	1º de Maio	José de Sena Neto	Enfermeira Iolanda Marques

Sede ¹ (se própria, ano de construção)	Própria (2012)	Própria (2000)	Própria (1976)	Alugada (casa adaptada)	Própria (2004)	Própria (2011)	Própria (2002)
Infraestrutura ¹	Ade- quada	Inade- quada	Inade- quada	Inade- quada	Ade- quada	Ade- quada	Inadequada
Última reforma/ampliação ¹	2008	2010	2010	Não se aplica	2015	2014	2015
Necessidade ¹	Reforma	Construção de UBS	Reforma e ampliação	Construção de UBS	---	Reforma	Ampliação
Desempenho no 2º ciclo (último) de avaliação do PMAQ -2014 ³	Acima da média	Acima da média	Acima da média	Acima da média	Muito acima da média	Acima da média	Equipe criada após fase de contratuali- zação

Fonte: 1- Observação nas UBS e relatos dos profissionais; 2- BRASIL, 2017; 3- MINAS GERAIS, 2017.

Quanto às equipes de ESB de Itamarandiba, das 2 (duas) equipes de ESB-modalidade I de Itamarandiba, atuantes conforme os parâmetros mínimos preconizados pela PNAB (BRASIL, 2017), somente (01) uma equipe foi contemplada neste estudo.

Os demais profissionais da equipe de saúde bucal do município, cadastrados no CNES como ESB, fazem atendimento clínico individual focado no tratamento das afecções bucais e estão divididos em duas Unidades de Saúde, uma equipe (com uma CD e um ASB) localiza-se na zona rural, em posto de saúde, e a outra equipe (cinco CD, cinco ASB e duas técnicas em saúde bucal - TSB) realiza os atendimentos em uma clínica odontológica em local próprio adaptado, situada no centro da cidade.

Em Itamarandiba, há 15 anos de implantação da primeira ESF e três anos de criação da última ESF. A primeira equipe de ESF montada no município foi a Dr. José Pavie, em 1997, três anos da criação do Programa de Saúde da Família no Brasil. Essa equipe foi criada com o nome do primeiro médico que chegou a Itamarandiba, em 1910, para priorizar o atendimento multidisciplinar numa área, bairro Fazendinha, com um número relevante de famílias de maior vulnerabilidade social.²

A equipe de ESF Dr. José Pavie foi instalada na UBS Fazendinha e, após a criação da equipe ESF Fazendinha, em 2008, a área foi redividida para que fosse prestado um atendimento melhor às famílias, pois o número de domicílios/famílias no bairro demandava uma nova equipe. Ambas as equipes ficaram na mesma UBS, posteriormente migraram para a UBS nova após a construção, em 2012, e atualmente estão em Unidades separadas.^{2,3}

³ Dado obtido através da entrevista.

A segunda ESF a ser criada no município de Itamarandiba foi a ESF São Geraldo, em 1998, ano seguinte à ESF Dr. José Pavie, também idealizada num território de maior demanda por serviços públicos de saúde. Após sete anos, semelhante ao bairro Fazendinha, a ESF Dr. Sebastião Gusmão foi criada em 2005 no bairro São Geraldo.²

No mesmo ano, em 1998, foi criado o Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS Dr. Mário Moreira que abrangia toda a área rural. Sua cobertura foi diminuindo até ser extinto com a criação das ESF.²

Das sete UBS, locais de trabalho dos profissionais entrevistados, cinco localizam-se na zona urbana, o que representa 83,3% das UBS de zona urbana do município e três UBS localizam-se na zona rural, representando 40% das UBS de zona rural do município.^{2,4}

Das quatro (36,4%) equipes de saúde da família não contempladas neste estudo, três são da área rural (ESF Santa Joana e ESF Homem do Campo criadas em 2014 e ESF Contrato criada em 2005) e uma na área urbana, ESF Dr. Sebastião Gusmão, criada em 2005 (BRASIL, 2016a).^{2,4}

O número de pessoas cadastradas nas ESFs de Itamarandiba varia de 1.995 a 3.699 usuários. De acordo com os parâmetros estabelecidos na PNAB (BRASIL, 2017), a ESF José de Sena Neto está com um número de pessoas abaixo do mínimo preconizado (2.000 usuários) e a ESF Dr. Wellerson Andrade de Carvalho está acima do teto permitido (3.500 usuários).^{2,4} Apesar de um número alto de pessoas sob a responsabilidade dessa equipe, esta abrange uma área com uma população com menor dependência do SUS⁴.

Já a ESF Dr. José Pavie e São Geraldo, apesar de constar um número de usuários abaixo do teto, a equipe encontra-se com uma sobrecarga maior, já que abrange pessoas com uma menor condição socioeconômica.^{2,4}

A perspectiva que eu tenho é que se tenha uma nova redivisão das áreas de cada PSF, porque está muito grande, eu acho que se a gente tivesse uma população menor da área, o nosso trabalho seria melhor, a gente teria mais ações para realmente desenvolver. (E9).

Em relação à infraestrutura das UBS, seguindo os critérios do manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde - Saúde da Família (BRASIL, 2008b), três (42,86%) UBS apresentam infraestrutura adequada, porém dessas, duas carecem de reforma na estrutura física^{2,4}. Das quatro UBS com infraestrutura classificada como inadequada, considerou-se a ausência de sala de reuniões, sala para ACS, de banheiro no consultório em que é realizado o

⁴ Dado obtido a partir de verificações da pesquisadora inserida em seu contexto de trabalho/pesquisa.

exame preventivo e a inexistência de sala de vacina para esse diagnóstico, pois trata-se de estrutura mínima, conforme o manual, dessas quatro UBS, duas necessita de construção de uma estrutura de referência, uma precisa de reforma e ampliação e outra necessita da ampliação.^{2,4,5}

[...] e minha perspectiva enquanto enfermeira da Unidade é que a gente tenha uma sede própria, porque isso faz toda a diferença, você tem todas as salas tudo organizadinho, é isso. (E9).

Na avaliação do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ 2014, que avalia a infraestrutura das UBS, presença de equipamentos e disponibilidade de materiais e insumos, bem como o processo de trabalho das equipes, oito equipes de saúde da Família de Itamarandiba foram contratualizadas, dessas, sete (87,5%) tiveram o desempenho acima da média (cinco equipes foram contempladas neste estudo) e uma (12,5%) obteve desempenho muito acima da média (equipe contemplada neste estudo). Quanto às equipes de Estratégia Saúde Bucal, das cinco cadastradas, todas atingiram o desempenho mediano ou um pouco abaixo da média, quatro equipes não funcionam no modelo da ESB e uma equipe de ESB que não foi abordada nesta pesquisa (MINAS GERAIS, 2017).

Nas Unidades Básicas de Saúde de Itamarandiba é o enfermeiro quem ocupa o cargo de gerência, sendo também o enfermeiro assistencialista da equipe de saúde da família. A coordenação de todas as equipes de ESF está na responsabilidade da coordenadora da Atenção Primária à Saúde. A equipe do NASF tem um profissional, escolhido pelo coordenador da APS, que lidera o programa, porém, todos também estão sob a mesma coordenação das ESFs. Já a equipe de Saúde Bucal apresenta um coordenador apenas para esta área que assume a mesma hierarquia e autonomia do coordenador da APS.^{2,4}

Entre a coordenação geral da APS, bem como dos coordenadores de cada ESF, do NASF e da ESB nota-se certa autonomia no modo gerencial e condução do processo de trabalho, apesar das ações essenciais, que estão atreladas às metas ligadas ao recurso financeiro serem cobradas da coordenação de cada ESF.⁴

Quanto à relação dessa gestão e os profissionais da APS, nota-se a não realização de uma coordenação participativa no envolvimento dos profissionais no planejamento das atividades.

Eu acredito que, na parte da gestão, vamos dividir entre gestão e execução, na parte de gestão não tem muitas vezes o diálogo com o profissional que tá executando o serviço, o serviço na unidade de saúde. Então, muitas ações que deveriam ser melhor pensadas, e, conseqüentemente, melhor idealizadas e realizadas, e não são. Não tem

⁵Dado extraído das observações no campo durante a coleta de dados.

uma reunião trimestral, semestral ou anual com os profissionais que trabalham, vamos assim dizer, assim na ponta do sistema, executando, então isso acaba refletindo que muitas situações vão se acumulando, e às vezes os resultados poderiam ser melhorados e muitas vezes não são [...] Na parte da gestão, de reunião de equipe, na parte de resultados, elaboração, coordenação e planejamento não tem interação entre enfermagem, medicina e odontologia [...] fica dividido execução e gestão, como se cada um fosse independente e sem nenhuma correlação, então, isso poderia ser melhorado no município. (E12).

Não há também integração entre as coordenações da APS (ESF, NASF, SB) com os enfermeiros coordenadores das UBS, a equipe de odontologia e os médicos. A coordenação geral da ESF e cada enfermeiro coordenador têm um maior foco em reuniões para repasse da execução de atividades e capacitações dos enfermeiros, e estes com os agentes comunitários de saúde.

[...] se você pegar e olhar quando que a enfermagem pegou, reuniu com a odontologia, reuniu com a medicina, é basicamente ausente. Se você pegar e observar ao longo do tempo as reuniões que são realizadas são quase sempre enfermeiro e agente comunitário de saúde, quase sempre, então, acaba que não há uma interação entre os profissionais da odontologia, enfermagem e medicina. (E12).

Apesar da existência de capacitações, é destacada como fragilidade, na APS do município, a ausência de um programa de educação continuada e/ou permanente, sendo revelada pelos profissionais como um obstáculo à melhoria da qualidade da assistência à saúde. Aliado a isso, não há padronização e monitoramento sistemático de um conjunto de atividades, rotinas e condutas a serem executadas pelos profissionais de saúde da APS.

[...] os profissionais deveriam ser mais capacitados, muitos entram, não sabem muita coisa por serem recém formados e às vezes a gente não faz um treinamento com eles, simplesmente joga lá e se vira, então tem muita conduta errada, cada profissional trabalha de um jeito, [...] cada um faz de um jeito, então fica muito irregular, então deveria ter esta capacitação com os profissionais da assistência. (E1).

Os ACS estão sendo muito mal preparados ultimamente, porque o que acontece, cê dá um processo seletivo pra uma pessoa, cê não pergunta se ele tem capacidade nenhuma, só porque ele passou no processo seletivo na frente, [...] eu acho que antes tinha de ter uma qualificação pra essas pessoas [...] muitas vezes a pessoa cai de paraquedas dentro duma, dumas áreas, né, que às vezes tem que lidar com esse todo tipo de pobrema que a pessoa não tá preparada, aí, aí num soluciona, né. (E5).

Quanto ao sistema de apoio, a APS conta com um sistema de assistência farmacêutica fragilizado, com pouca interação entre os demais pontos da rede de atenção à saúde, além de não contar com uma relação municipal de medicamentos essenciais. Em relação ao sistema de informação em saúde, esse tem funcionado de forma adequada.

Já o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico há ainda algumas falhas, diante da dificuldade em atender à demanda de exames laboratoriais e de alta complexidade, aliado ao obstáculo no suporte dos pontos secundários e terciários de atenção à saúde. Esses problemas são externados por meio dos relatos da maioria dos profissionais, o que tem dificultado a realização de uma assistência integral devido à demanda reprimida desses exames e encaminhamentos para consultas nas diversas especialidades médicas.

[...] agora em questão de exames eu acho muito lento, diagnóstico, por exemplo, se você tem uma pessoa já que tem um caso de câncer na família e se tem um segundo você consegue agilizar o caso, mas se você vai pro diagnóstico a ficha demora muito, às vezes a família tem que pagar pra poder ter o diagnóstico fechado mais rápido pra entrar com o tratamento, a partir do tratamento é um pouco mais rápido, o diagnóstico que é um pouco mais demorado. (E13).

[...] você chega pra marcar um exame, demora um ano pro cê conseguir, aí dá aquele desânimo. Aí agendar esses exames, isso aí precisa melhorar bastante, estrutura física dos locais de trabalho também [...]. Mas pra saúde básica deveria ter mais vagas pra estas especialidades. (E4).

A atenção básica eu acho ótima, mesmo com as dificuldades que existem, nós aqui, nós aqui fazemos 85%, os colegas do interior fazem, agora eu tenho outra preocupação, quando eu encaminho meu paciente para a especialização. (E7)

[...] você entra no SUS fácil e esse SUS fácil não é SUS fácil é SUS difícil [...]. Eu encaminho e o paciente chega lá, daí o paciente volta com 1 ano e está com o pedido lá ainda. (E7).

E tem situações que a gente gostaria que fosse resolvidas com mais facilidade, como por exemplo, você pede ou a médica pede uma biópsia e a gente não consegue que o paciente faça essa biópsia em tempo razoável, ou então, por exemplo, encaminha pra qualquer outra especialidade e a gente não tem um retorno rápido desse paciente, então, isso às vezes acaba atrapalhando um pouco, né, as ações que o PSF em si ou os membros da equipe poderiam desenvolver, infelizmente a gente não consegue desenvolver. (E9).

Quanto aos exames laboratoriais, há uma cota única estipulada por igual às equipes de Estratégia Saúde da Família, em que não se considerou as especificidades locais, relacionadas às condições socioeconômicas, demográficas, ambientais e epidemiológicas, dificultando um cuidado equitativo aos usuários.

[...] a gente às vezes não consegue trabalhar direito, exames mesmo, tem uma cota de exames por mês, então agora são 450 exames e muitas vezes não dá, muitos PSF igual o nosso aqui, e olha que o nosso tem muita demanda particular, então tem hora que chega no meio do mês e não dá, então chega gestante e a gente não consegue estratificar hipertenso e diabético como deveria, tem alguns que tem direito a fazer dois exames no ano e a gente não consegue por causa da cota de exames. (E1).

O serviço de regulação do acesso à atenção funcionou temporariamente no município e era realizado por um médico experiente que triava os encaminhamentos para especialidades médicas e exames de alto custo, avaliava os usuários e se reunia com os médicos da APS. Porém, além do serviço ser suspenso, não existem normativas consolidadas de fluxos desses encaminhamentos e exames de alto custo, e nem protocolos municipais de abordagem às condições crônicas mais comuns.

Esses fatores, aliados à ausência de um programa de capacitações, contribuem também para o excesso de solicitações de exames e encaminhamentos por parte da APS.

[...] o profissional às vezes encaminha para o lugar errado, o médico às vezes não tem aquela medida, né, que deveria resolver no PSF, e às vezes encaminha para uma especialidade. (E1).

Também como parte integrante do sistema logístico, há no município um registro adequado do cartão de identificação dos usuários, tem-se um sistema de prontuário eletrônico, implantado em todas as UBS com ESF/ESB/NASF, porém, esse ainda não funciona de forma integrada entre os pontos de atenção à saúde no município; e o sistema de transporte em saúde conta com o transporte sanitário de usuários para serviços eletivos em Belo Horizonte e Diamantina. Há ambulâncias do tipo B do município e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as equipes das ESF contam com os veículos para visitas domiciliares e atendimento rural, porém precisam de agendamentos junto ao setor de transporte.

E duas vezes ela marcou e não pode ir, e o transporte lá é muito ruim [...]. Agora, no meu trabalho mesmo, tem hora que falta material pra trabalhar. É igual você vai mandar o cara pro mato tem que dar ferramenta pra ele trabalhar, então isso precisa melhorar para dar mais assistência. (E2).

O serviço da atenção primária falta muita coisa ainda, mas é muito distante, o município de Itamarandiba é muito grande, às vezes você liga e cê não tem assistência porque falta carro pra levar o profissional [...]. (E13).

Sobre o modelo de atenção à saúde, as equipes das ESF têm organizado a assistência à saúde prioritariamente no atendimento aos usuários de demanda espontânea, o qual o fluxo é intenso e concentrado em casos agudos.

[...] nosso atendimento deveria ser invertido, ao invés de ser 90% de demanda espontânea, deveria ser mais agendamento [...] o médico vem e trata o que o paciente está sentido e a gente não consegue acompanhar o histórico dele, então eu acho que deveria ser isso, trabalhar com mais agenda e menos demanda espontânea. (E1).

[...] eu gostaria que o PSF realmente trabalhasse como PSF e não tivesse só uma visão assim: ah, é um caso agudo, vão marcar uma consulta [...]. (E9).

Quanto ao excesso de atendimento voltado à queixa do usuário, que reflete um modelo de assistência de APS orientado numa prática curativa, os profissionais entrevistados atribuem como causas: o perfil profissional inadequado, a inexistência de exigências e capacitações da coordenação para que profissionais da ESF adequem a um modelo de atenção voltado à promoção da saúde e prevenção de doenças.

O profissional não tem muito, né, aquela cautela e então teria que ter essa capacitação e essa, como é que posso falar, essa conscientização dos profissionais de que PSF não é só curativo, não é só chegar a demanda espontânea e deixar ir embora. A gente tem que evoluir prontuário e acompanhar quais foram os outros motivos da consulta, pra saber se uma coisa não tá levando à outra, se tá tendo uma complicação [...] muitos profissionais entram, saem e às vezes não sabem o que deveria fazer né. Ou não tem compromisso e às vezes ninguém cobra né, então deveria ser padronizado, todo mundo tentar trabalhar do mesmo jeito e trabalhar em cima de prevenção e promoção, né, prevenção de doenças e promoção de saúde, e não é só a gente ficar pagando fogo igual a gente fica fazendo, nossa assistência não tá preventiva. (E1).

Também são apontados como motivos, a não priorização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como de um obstáculo para o desenvolvimento do cuidado continuado/programado para evitar complicações de doenças, a responsabilidade em absorver a contrarreferência de usuários do hospital à ESF e a sobrecarga, devido a cobranças por outras ações.

Só que pelo fato do paciente ir no hospital e o hospital voltar para o PSF, a gente pra atender esses pacientes, a gente está atendendo mais demanda espontânea do que o preventivo, né, eu acho que deveria então melhorar, e a gente tentar equilibrar este atendimento de hospital. (E1).

[...] a gente precisa melhorar a assistência pra diminuir complicações de doenças e a gente às vezes não tem, peca muito, muito, a gente não consegue ter este acompanhamento bonitinho [...]. (E1).

Ultimamente tá tendo tanta cobrança, vem tanta coisa assim, que seja lá do governo, da esfera federal, estadual, para depois chegar na municipal, é tanta coisa que o básico ele vai ficando e tem situações de cobrança que ocê tem que entregar é pra agora, pra ontem, então, isso vai dificultando da gente trabalhar o mais importante, a prevenção, né. (E9).

Além da vontade profissional, outra causa mencionada é o desejo da gestão em querer priorizar a promoção da saúde na agenda das equipes de ESF.

[...] nós não estamos mais desenvolvendo o papel de prevenção. Então, nós tínhamos

é que procurar gestão e profissionais que estão na ponta, chegar num consenso do que é prioritário para se trabalhar a prevenção, né? E infelizmente a gente não tem esse nexos ainda, quem sabe a gente ainda consiga [...]. (E9).

Em relação à comunicação na Rede de Atenção à Saúde, nota-se uma fragilidade de interação entre os próprios profissionais da APS.

[...] essa rede da atenção tá muito um lá e outro cá, acho que num tá muito ligada, tá faltando essa ligação [...] a gente tem tentado trabalhar a saúde como um todo, mas a gente não consegue. (E5).

[...] eu acho que existe uma dificuldade de ligação com a rede muito grande, não funciona muito bem aqui assim, né, acho que podia melhorar [...]. (E11).

Entre os profissionais não ocorre interação e uma das causas que eu vejo é a formação dos profissionais nas universidades, ela é muito fragmentada, [...] aí os profissionais formam e acabam reproduzindo esse modelo fragmentado no exercício profissional [...] aqui no município, de modo geral, o serviço é bastante fragmentado, é a palavra fragmentado. O município como qualquer outro tem suas potencialidades, mas também tem as suas dificuldades, é, é nas dificuldades eu acredito que esteja na base é, é a falta de interação entre as especialidades de atenção à saúde, é enfermagem, medicina e odontologia, poderia colocar também a nutrição e a fisioterapia, o que acaba refletindo, tanto em termos de resultados pro município como pras próprias pessoas, um resultado não tão satisfatório como poderia ser se tivesse maior interação, e um detalhe que chama a atenção, estamos trabalhando no atendimento clínico [...] se você pegar e olhar quando que a enfermagem pegou, reuniu com a odontologia, reuniu com a medicina, é basicamente ausente [...] acaba que não há uma interação entre os profissionais da odontologia, enfermagem e medicina. (E12).

Aliado a isso, mesmo com todas as dificuldades existentes na rede de atenção à saúde do município, os profissionais enxergam uma melhoria da APS e acreditam que os usuários do SUS deveriam estar satisfeitos com o progresso.

[...] eu acho que muitas vezes as pessoas, é, reclamam demais, tendo bastante, tendo muito [...] a única coisa que conseguem fazer é pegar os pontos negativos do sistema e cair em cima disso, falando mal, só que eles não enxergam a quantidade de coisas boas que eles têm, e que esse plano é, permite e aprova a pessoa fazer, eles só sabem falar das filas pra poder cirurgia, é, pra fazer o exame demora muito pra poder aprovar, eles só sabem reclamar, eu acredito que essa assistência à saúde, ela tem muito que melhorar com certeza, mas ela não é tão falha assim [...]. (E3).

[...] as pessoas procura primeiro é a atenção básica, até que tem uns procura o hospital, mas acabou muito isso docê ir direto pro hospital, as pessoas vai muito na atenção básica, vem muito nos PSF, procura muito o médico de PSF, procura muito o agente de saúde, o agente de saúde já foi muito mais desvalorizado, hoje as pessoas começou muito a entender o que é o trabalho do agente de saúde, tem muita resistência ainda, e tem muita gente que ainda confunde o trabalho do agente de saúde, que tem muita gente que desvaloriza o trabalho da atenção básica. (E5).

[...] você tem que entender que o básico tem, entendeu? Eu falo assim, hoje em dia tá aí tudo, as pessoas não sabem, reclama, reclama, mas tá aí, a gente marca, as pessoas brigam demais com as coisas sem precisão, eu acho. Chega, tem o encaminhamento,

tem algumas coisas que é difícil, ninguém consegue ressonância rápido não, né. (E10).

A atenção primária tem algumas falhas, né, mas acredito nela, porque antes tinha a mentalidade assim de procurar o hospital, você teve qualquer coisa, procurava o hospital, hoje já tirou muito isso do hospital né, com o agente de saúde já tirou muito isso, às vezes a pessoa não precisa do hospital, ela precisa de uma coisa básica, aí através do agente de saúde ela consegue [...] eles achavam que só podiam ir no posto o dia que tivesse médico e às vezes ia no posto e tinham um monte de informação, hoje já tem muita gente que procura o posto de saúde pra conseguir informação. (E13).

Na relação profissional-usuário, nota-se na APS, o vínculo e a confiança advindos do convívio no trabalho.

Aqui é um laço que você cria com as pessoas, você fica amigo das pessoas, cria laços, e às vezes você pensa assim, uma pessoa que é distante e vira uma família, sabe, eu gostei demais da atenção primária. (E10).

[...] a gente tem casos de famílias mesmo na microárea da gente que capaz que eles não conta nem pra outros da família e pra gente eles conta [...]. (E5).

[...] ela era totalmente resistente à área da saúde, então, eu chegava na casa dela e conversava com o marido dela, aí de tanto ela me ouvir conversar com o marido ela foi ganhando confiança e aí um dia eu conheci [...], ela resolveu se abrir pra mim, foi muito bom porque ela aceitou acompanhamento psicológico, ela melhorou o humor, ela já saía, ela convivia mais com as pessoas. Hoje, graças a Deus, ela já saiu totalmente do tratamento. [...] (E13).

Os profissionais da APS acreditam que a resolutividade da assistência está também atrelada ao perfil do profissional, e conta com o empenho desses para a resolução dos casos.

Mas a gente não trabalha em equipe, porque algumas pessoas não gostam de usar o sapatinho. [...] tem gente que podia doar um pouquinho a mais [...] a gente tem que fazer um pouco a mais. Tem colega que não faz muito não [...]. (E2).

Alguns PSF têm que melhorar bastante, aqui no atendimento aqui no posto tem muita gente que tem muita boa vontade, de correr atrás de ajudar, de dar um jeitinho, mas nem sempre todo mundo é assim, não é todo mundo que pensa a mesma coisa, mas falta é mais boa vontade, eu acho. (E4).

[...] se for um coordenador sensível, bom, que também entenda, que queira resolver, porque nem todos coordenador quer resolver isso aqui também não [...]. (E5).

Diante de todas as dificuldades apresentadas, os profissionais acreditam na resolutividade da APS, ao levantarem os impactos da assistência prestada por eles e/ou as equipes de APS na saúde dos usuários.

Eu tenho percebido que a Atenção Primária tem melhorado muito, eu acho que a cada ano que passa, sempre vai existir melhoras, um exemplo: as nossas gestantes, antes tinha gestante que ficava aí sem ter um ultrassom, hoje não, hoje nas gestantes quem faz o controle sou eu, todas as gestantes com no mínimo três ultrassons [...] tentando

resumir, a atenção primária pra mim ela tem tido uma melhora significativa, mas tem muita coisa ainda pra melhorar e em todos os aspectos, hoje temos o controle de algumas vagas para especialistas e exames. O processo de trabalho, a cada gestão que vai chegando vai agregando alguma coisa de melhoria. (E9).

Durante esse tempo todo eu acho que a atenção primária está bem assistida, agente de saúde faz um serviço excepcional, por mais que tem né, todo mundo reclama, né, mas tem as visitas, é um serviço sem parar, entendeu? No geral eu falo que o PSF tem resultado, sabe, é só ver o tanto de hipertensão que diminuiu aí, o tanto de diabetes, a desnutrição sumiu, cadê, ninguém ver falar de Kwashiokor, marasmo que Era antigo, cabelo quebrado, cadê? E outra coisa, gestante ganha ácido fólico, sulfato ferroso na consulta, entendeu? Faz o teste aqui na hora, manda pro correio, tudo direitinho. É tudo certinho, e essas meninas fazem o serviço, né, tem muita coisa que elas fazem, o acompanhamento né, SISVAN, mexer com criança. Cê vê a resposta né, dos diabéticos, antes tinha demais internação, isso aí é tudo resultado da atenção primária, que diminui pro hospital as internações. [...] hoje a assistência à saúde aqui é adequada, mais porque antes não tinha este tanto de PSF, hoje tem cada médico em cada bairro, né, tem técnico de enfermagem que vai nas casas quando precisa, se precisa, tem as faltas que tem hora que a gente não tem tempo pra nada, tem hora que aperta como agora tem campanha de vacina, a técnica vai de casa a casa, vai fazer os curativos, todo PSF tem a sua. (E10).

Ah, eu acho que o município dispõe de um suporte muito bom em PSF, eu acho que tem uma quantidade de PSF adequada, tem profissionais capacitados, é em todos assim é bom. (E11).

Quanto à Atenção Primária, eu vejo que ela funciona. Pelo tempo que eu estou trabalhando, se você pega, observa que foi o programa saúde da família pras comunidades sem muitos recursos, levaram profissionais pra atender essas comunidades que não eram, não tinham possibilidades às vezes nenhuma de realizar atendimento [...] eu vejo que têm muitos pacientes que eu atendo que começaram ir lá com três anos, aí chegam com 12 anos com uma escovação melhor, sem cárie e eu vejo que o meu trabalho modificou a realidade daquela pessoa [...]. (E12).

Quanto ao NASF, destacam-se alguns aspectos que abordam esse programa mais especificamente.

A equipe do NASF foi credenciada em Itamarandiba, em 24 de setembro de 2013, pela Portaria nº. 2098 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). Em novembro de 2013, foi realizado o registro somente das duas profissionais (psicóloga e assistente social) recém-concursadas no município, porém foi efetivado o cadastro do programa no sistema somente em maio de 2014 (BRASIL, 2016b), após o município realizar o processo seletivo de três profissionais para completar a composição do NASF (nutricionista, fisioterapeuta e educador físico) e convocar os mesmos.

A inserção desses profissionais ocorreu sem um processo de planejamento, já que era necessário o cadastro breve diante do prazo limite para se implantar a equipe, assim, os profissionais foram contratados sem pactuar com as equipes de ESF uma possibilidade de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde com ESF/ESB e iniciaram algumas atividades

administrativas dentro da secretaria de saúde até o aluguel de uma casa para atendimento, o que demorou cerca de 15 dias.

Eu acho que sinceramente o NASF foi implantado pra cá no susto, tipo é, viram esta possibilidade, foram lá e solicitaram isso, né, essa implantação, conseguiu [...]. (E3).

[...] quando montou a primeira sede, que nós fomos, mas até então, funcionava o NASF só clínica, não tinha os grupos, por mais ou menos um ano até a gente mudar pra essa aqui, foi em maio de 2014 que foi a sede né, aí. (E11).

A equipe do NASF está alocada em uma unidade física independente, em casa alugada, localizada no centro da cidade. A estrutura abriga a equipe adequadamente, mas é uma casa antiga que precisa de reformas, além disso, há o atendimento de um fisioterapeuta e uma fonoaudióloga que não pertencem à equipe do NASF. A equipe estava no segundo endereço desde a criação e, ao final da coleta de dados, estudava-se a mudança da equipe para outro local.^{2,4,5}

Dos profissionais que compõem a equipe do NASF, a assistente social cadastrada não trabalhava na equipe e a fisioterapeuta havia saído da equipe e não chamaram outro profissional.^{4,5}

Em Itamarandiba, o NASF foi criado na perspectiva de remunerar os profissionais que já trabalhavam no município, e assim continuar o atendimento individual já existente, fugindo à lógica idealizada pelo programa. Portanto, obviamente existe também uma “cobrança” por produção de atendimentos individuais, ainda mais porque no NASF há algumas especialidades que só são fornecidas nesse ponto de atenção à saúde. Porém, observa-se que os profissionais de saúde dispõem de certa autonomia para conduzir seu processo de trabalho.^{2,3}

Como no município há somente uma equipe de NASF, a mesma é responsável pela cobertura de todas as onze equipes de saúde da Família do município, número esse acima do parâmetro estipulado para equipe NASF tipo 1, conforme portaria nº 3124 de 28, de dezembro de 2012, porém, nota-se que cinco equipes de ESF, por cobrirem a zona rural, ficam desassistidas dos serviços do NASF, ficando a equipe responsável, então, pelo atendimento somente das seis equipes de Saúde da Família da zona urbana, sendo assim, a equipe tem cobertura adequada,^{2,3} mesmo que os profissionais relatem sobrecarga de serviços⁴. Além disso, o município tem teto para mais uma equipe de NASF da mesma tipologia² e a gestão demonstra interesse em pactuar.⁵

Na equipe do NASF, ao contrário das equipes de ESF, é marcante a ausência de materiais e insumos para a execução das atividades.

Acaba que a gente fica um pouco limitado em questão de meios pra trabalhar. Então, o que eu queria mais é condições pra trabalhar, o que eu acredito que com mais materiais, mais meios pra poder desenvolver um trabalho de uma qualidade melhor, você chama mais a população, você chama mais idosos, você chama mais pessoas para participar com você de atividades. A questão do meu trabalho é mais essa falta de incentivo mesmo para materiais para trabalhar, que eu acredito que falha muito, é o que dá mais é, tipo, você fica não é com preguiça, é que não tem um incentivo, uma empolgação maior pra trabalhar. (E3).

[...] a gente tem algumas barreiras, alguns empecilhos e algumas dificuldades, principalmente na área gestora, né, de material, de estrutura, então isso é uma dificuldade que a gente tem aqui ainda. (E11).

Assim, a não realização de mais estratégias de abordagem em grupos é justificada pela falta de recursos humanos (equipe incompleta e profissionais insuficientes para a demanda), e pela inexistência de materiais e locais específicos para a ação educativa.

[...] pro NASF funcionar como NASF, por exemplo, no caso da psicóloga que tem uma fila de espera enorme, ela teria que fazer vários e vários grupos, aí pra ela fazer esses grupos ela teria que ter material suficiente pra atender grupos de terapia, ela teria que ter sala específica dentro do PSF para fazer isso, aí a nutrição também deveria ter, então são muitas, muitas coisas que envolvem, é capacitação, é material, é estrutura física, entendeu? Então é muita coisa, é recursos humanos pra poder fazer isso, porque pra ela fazer isso teria que ter uma outra psicóloga fazendo, uma outra nutricionista fazendo junto com a daqui. Porque pra simplesmente você cortar os atendimento individuais, que são as clínicas que elas atendem, pra poder começar simplesmente a fazer grupo sem uma sala específica pra poder trabalhar, sem um local adequado, sem material, não teria como, entende? Então é complicado, eu acho muito difícil. (E3).

[...] quando a gente mudou pra essa casa aqui, que aí tinha a estrutura lá no fundo pra grupo, que a gente conseguiu, aí a gente montou bastante grupo, montou o grupo de hipertenso, grupos de diabéticos, aí foi tendo essas faltas da equipe, essa dificuldade de material é demais. (E11).

Os profissionais do NASF veem a execução de atividades dentro das UBS, junto às equipes de ESF, como uma dificuldade, apesar deles terem ciência de que permanecer em estrutura física independente é inadequado à ideologia do programa, eles acreditam que a situação atual é uma condição melhor de trabalho.

Imagina, os pacientes de fisioterapia, nutrição e de psicólogo junto com os que já têm muito no PSF para atendimento de enfermagem e de médico. Então, não é só a questão de não funcionar junto, é toda uma forma de trabalho que já começou assim, aí ficou, foi ficando desse jeito. (E3).

O NASF não funciona bonitinho assim dentro da Unidade e tal, mas consegue ajudar o trabalho do PSF, mas uma forma mais, como é que eu falo, com mais autonomia sem ser dentro mesmo sabe, mais eu acho que funciona, pro município eu acho que funciona [...] algumas coisas aqui no NASF não funcionam como deveriam funcionar, mais até facilita, porque se eu fosse, igual eu era antes, cada dia num PSF eu perdia muito tempo, porque eu repetia a mesma coisa várias vezes e nisso eu deixava alguns atendimentos individuais [...]. Eu acho que não funciona, eu acho que perde tempo, primeiro que eu acho que os PSF daqui não têm estrutura para a gente atender, né, de

salas disponível e tal, e o material que a gente usa, então jogos, essas coisas pra poder ficar carregando, eu acho que não convém, eu acho que do modo que funciona aqui hoje, tendo a sede separada. (E11).

[...] se a gente pegar o projeto do NASF é tudo muito bonito, acho que todo projeto né, é tudo muito bonito, tudo muito lindo, só que existem algumas situações que eu acho que não se enquadraria pro município [...]. (E13).

Chama atenção para a atuação muito pequena da equipe do NASF nos documentos de planejamento e prestação de contas do município. Quanto ao Plano Municipal de Saúde de Itamarandiba 2014-2017 (BRASIL, 2016c), nota-se que o NASF é citado apenas uma vez, em uma atividade de apoio à ESF relacionada ao Programa de Atenção à Saúde do Homem, a qual não está inserida na agenda dos profissionais do NASF.²

Nas Programações Anuais de Saúde, dos anos de 2016 e 2017, o planejamento da participação da equipe do NASF, que está inserida na diretriz “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde”, com o objetivo de “qualificar Programas” apresenta a programação das ações de “fortalecimento da implantação do NASF e de manutenção da equipe”, a serem cumpridas através das metas: “reunião bimestrais entre as equipes ESF e NASF”, “acompanhamento quadrimestral dos quatro indicadores de monitoramento (óbitos infantis, da gravidez na adolescência, internação por AVC e por complicações de diabetes)”, “manutenção da equipe completa de profissionais” e “aquisição de equipamentos e materiais para a equipe do NASF” (BRASIL, 2016c).

Diante desse documento, constatou-se que os membros da equipe do programa desconheciam essas ações programadas para os mesmos, não estiveram envolvidos no processo de planejamento, e ainda não tinham tido acesso ao projeto de criação do NASF, ou seja, desconheciam os indicadores de monitoramento. Das atividades estipuladas, estavam inseridas na rotina da equipe, as ações de promoção de atividades físicas com idosos, alguns poucos grupos de combate ao tabagismo e atividade de ginástica laboral com as auxiliares de serviços gerais do hospital municipal.

Dos profissionais, quando solicitados a relatar algo sobre o trabalho do NASF, sete (53,8%) responderam não ter conhecimento sobre o serviço da equipe do NASF e, por isso, não poderiam falar algo; cinco (38,5%) profissionais informaram não ter contato/relação com o NASF, mas mencionaram os seguintes atributos sobre o programa: é centralizado (um profissional), fila de espera grande para atendimento (três profissionais), não atendem à zona rural (dois profissionais), não funciona como deveria (dois profissionais), deveria aumentar o número de consultas e de profissionais (três profissionais), fazem visitas domiciliares (um profissional), realizam grupos (três profissionais) e atendimento clínico individual (três

profissionais) e apenas um (7,7%) profissional citou a realização de grupos sem mencionar a relação entre ESF e NASF.

[...] cê acredita que honestamente, pra te falar de cátedra, eu não sei nada, nada pra você ver. (E7).

Infelizmente nós não temos esse contato direto assim com o NASF de poder agendar, porque eu penso que o ideal seria eu ter acesso a essa agenda né? Ah, é tantos pacientes ou então o NASF vir até a Unidade de saúde seria ideal e a gente não tem isso. Ele é centralizado, embora a gente saiba que os profissionais vão nas Unidades de saúde, né, iam, melhor dizendo, eles não vão mais. Ano passado fizeram uma reunião e disseram que não podemos mais encaminhar para psicóloga porque tinha mais de cento e tantas pessoas na lista de espera, porque ela estava sobrecarregada, não dava alta para os pacientes e outras pessoas vão ficando. (E9).

Além da prevalência do desconhecimento sobre o funcionamento do NASF pelos profissionais entrevistados, inclusive entre os membros do próprio programa, é revelada a falta de incentivo da gestão na realização de capacitações, na cobrança de um trabalho integrado e/ou de um apoio para norteá-los nas atividades.

[...] eu lembro que uma vez tinha uma capacitação pros profissionais do NASF, a gente tentou fazer e não nos autorizaram ausentar pra poder fazer, não precisava pagar, então acaba que o trabalho vai ficando prejudicado por causa disso, e a gente aprende é na marra, é lendo. (E3).

[...] quando vim pra Itamarandiba pra trabalhar no NASF eu não tinha ideia do que, como, de que forma eu ia trabalhar, aí você vai que meio jogado, ai faz isso aqui, faz aquilo ali, aí você tentando a caminhar com as próprias pernas, aprendendo na marra, aí acaba que ficou o grupo do NASF e dos PSF em Unidades diferentes, então caba que não tem este entrosamento que deveria ter, entendeu? Não tem, só que também tem outro problema, ah, é só porque não funciona no mesmo lugar? (E3).

Só sei o básico do NASF mesmo. Inclusive quando eu cheguei aqui, também não tive nenhuma explicação sobre o serviço, cheguei e já comecei a trabalhar. (E8).

[...] a coordenadora da atenção básica tem que tá mais atenta a isso, fazer essas redes funcionar, porque eu acho que essas rede tinha de funcionar via PSF, PSF - NASF, eu acho que isso aí a coordenação da atenção básica tem que tá atenta a isso, como é que tá a relação entre PSFs e as outras redes? Tá funcionando? (E5).

Porque a questão do PSF, se o PSF igual deixou de fazer as sete consultas do pré-natal, a coordenadora todo mês cobrava da gente, mais e o NASF? E esse controle? E por que que não chama? (E9).

[...] o NASF é novo, a gente tá adequando agora, descobrindo como é que vai funcionar ou não [...]. (E13).

A gente pede para fazer grupo operativo, e também já ouvi: ah eu só vou uma vez porque meu assunto é só um. Então, não tem aquela interação pra assumir um grupo operativo pra ajudar o PSF. Então, nessa parte assim, eu acho que falta muito, deveria ter esse esclarecimento que eles são para dar apoio geral, né, não é só naquilo que a gente quer. Tem enfermeiro também que não gosta de dá palestra, mas tem que dar, né, então, a gente tem que fazer tudo que precisa mesmo, mesmo a gente não gostando

né. Então, acho que falta ter esta coordenação, essa organização pra gente conseguir trabalhar em conjunto. (E1).

Quando interrogados sobre os pontos positivos do NASF, seis (46,2%) profissionais relataram não saber informar e os sete (53,8%) profissionais definiram como fator positivo do programa no município, a: oferta de profissionais (quatro profissionais), realização de grupos (três profissionais), atendimento clínico ao usuário (três profissionais), visitas domiciliares (dois profissionais) e atividade física (dois profissionais).

O trabalho deles é importantíssimo, porque lá tem vários profissionais, tem várias categorias lá dentro, e além do trabalho que eles fazem lá, eles fazem visita domiciliar, todos eles fazem, [...], oê pode mandar via PSF, né, paciente pra eles, cê pode mandar [...]. Dá o encaminhamento e lá eles marca lá, com o encaminhamento do PSF. (E5).

Quando a gente solicita os profissionais do NASF eles vêm, não vêm em tempo hábil, mas vem. (E09).

Em relação aos pontos negativos do NASF, cinco (38,5%) profissionais disseram não saber informar e os oito (61,5%) profissionais descreveram como fragilidade as seguintes situações: necessidade de contratar mais profissionais (quatro profissionais), ausência de divulgação das atividades que executam (três profissionais), materiais insuficientes para a execução do trabalho (três profissionais), ausência de um coordenador (dois profissionais), profissionais de perfil inadequado (dois profissionais), programa pouco resolutivo (um profissional), equipe pouco explorada (um profissional), falta de vínculo com as equipes de ESF (um profissional) e infraestrutura ruim (um profissional).

O NASF, eu acho que está resolvendo pouco pra gente, porque psicólogos mesmo a gente não consegue encaminhar mais [...] deveriam aumentar este número de consultas, melhorar o número de profissionais lá sim. (E1).

Ser mais explorado, o NASF tá precisando ser mais divulgado quando eles é solicitado ele vem, cê pode ter certeza, eu acho que tá faltando os PSF explorar, como é que fala, a sugar mais dos profissionais do NASF, chamar mais o NASF pra participar das coisas no PSF [...] eles tão sendo mal explorado, eles tão sendo mal usado, quem tá na coordenação do NASF, não tá sabendo integrar o NASF dentro dos PSF, dentro dos lugar, que eles podia tá mais atuando, [...] ele tá muito pouco conhecido, muito pouco divulgado [...] num tá sabendo explorar eles da maneira que podia, no bom sentido, explorar, né, o conhecimento que eles têm pra ajudar. (E5).

Quanto ao apoio matricial, ao serem questionados sobre o conhecimento, onze (84,6%) entrevistados informaram não saber sobre o que seria o apoio matricial, um (7,7%) respondeu que já ouviu falar, mas não se lembrava, e um (7,7%) informou saber, mas não deu a definição compatível com o conceito padrão ou que se assemelhasse à prática do instrumento.

A comunicação entre os profissionais das equipes de ESF/ESB e do NASF é mínima e realizada mediante encaminhamentos. Não há realização de atividades em conjunto, como reuniões periódicas para planejamento, discussão de casos ou consultas compartilhadas e o apoio da equipe do NASF à ESF resume-se à realização de grupos educativos, de atividade física e atendimento individual.

[...] a gente só manda os encaminhamentos, eu nem tenho contato. (E4).

Fala NASF, NASF, NASF, mas nunca fizeram uma reunião conosco, falar assim: oh, o NASF é isso, oh, tá isso, isso. (E7).

O NASF tem pouca relação com o PSF, a gente não faz muita coisa assim em conjunto. (E11).

A única que a gente tem mais contato assim é a educadora física que vem e faz os grupos de hipertensos, idosos e quem quer participar do grupo dela de atividade física, mas é a única. O restante a gente não consegue ter acesso, não tem reunião mensal, não tem discussão de caso, não tem nada disso, então é eles pra lá e a gente pra cá. (E1).

[...] todas as vezes que convidaram para dar uma palestra, fazer uma capacitação, a gente foi e fez. Então esse apoio a gente dar, a questão é mais conversa mesmo que a gente não tem, entendeu? Eu acho que a relação ela é mais comprometida por causa disso. (E3).

Tenho contato com os PSF à medida que me chama para fazer grupos, que são esporádicos. A enfermeira me chama e é ela que define os temas. É a enfermeira que convoca a gente para fazer. (E8).

O obstáculo para a concretização desse trabalho integrado é visto entre os profissionais da APS, que apresentam como causas o desconhecimento deles mesmos quanto ao assunto ou até mesmo a resistência deles a um ação em conjunto.

Não temos muita relação. Tem hora que eu acho que o pessoal do NASF nem sabe que eles têm que trabalhar mais em conjunto com o PSF, eles acham que tem que trabalhar mais a parte, né, separado. Mas não é isso né, e nós não temos muita relação. (E1).

Mas no NASF é assim, você pede uma reunião com algum profissional, faz uma reunião pra mim com meus hipertensos, com meus diabéticos, ou com meus aposentados? E já ouvi: ah não tenho tempo, não consigo, não sou boa pra palestra e fica assim. Então, é uma ou outra que manifesta interesse de fazer palestra. (E1).

Tem aquela coisa de empurra-empurra, no meu grupo eu sempre peço duas ACS, e uma técnica para me acompanhar. E as enfermeiras fazem um cronograma, só que eu vejo que muitas delas, pensam ser difícil cumprir isso, muitas das vezes eu vou sozinha, [...], eu peço muito pra convidar os usuários pra participar, [...]será que tá tendo empenho deles no convite? Pra poder chamar, pra convidar pra vim. Muitas vezes o que acontece é picuinhas, tipo: ah o pessoal do NASF deveria trabalhar dentro do PSF, mas como não funciona assim, elas ficam pra lá, elas fazem o atendimento deles e a gente que se vire. (E3).

Eu trabalho com um público alvo específico, por exemplo vou lá falar de um tema específico, como grupo de hipertenso, de diabético. Mas eu não trabalho com um caso de uma família tão complicada. Tipo isso, entende? (E3)

[...] eu acho que as pessoas ainda não conhece o que é realmente o trabalho do NASF, então, acaba que o NASF, às vezes, se torna uma policlínica, então eles enxergam aqui como uma policlínica, eu não tenho que ter vínculo com mais ninguém, eu vou lá e faço a consulta e acabou, entendeu? E quando a gente cobra um encaminhamento, até do médico, alguns profissionais também têm isso, então quando a gente cobra o encaminhamento do médico, um retorno, alguma coisa às vezes eles acabam ficando até com raiva, mais é porque não, não fizeram essa ligação de NASF e PSF, né, mais funciona, dentro até do que a gente consegue, alguns né, também não são todos [...] mais alguns profissionais ainda têm essa resistência com a gente, então acha que a gente também é só clínica, né, então vou lá, encaminhei e não quero nem mais saber de fulano de tal mais. (E11).

[...] convidando a gente dá esse apoio, agora tem enfermeiras que não convidam, aí alegam até que o PSF não tem estrutura. (E11).

O acúmulo de encaminhamentos para a demanda individual aos profissionais do NASF evidencia uma dificuldade da gestão municipal, de gestão da APS e dos profissionais do município em reconhecer o verdadeiro papel do NASF na Rede de Atenção à Saúde. Atenção especial é dada a esta situação que revela uma dificuldade em realizar a gestão dos encaminhamentos e ainda exercitar o apoio matricial dentro da dimensão técnico-pedagógica, no que se refere ao compartilhamento de conhecimentos entre equipes de ESF/ESB e NASF, para que possa planejar medidas de maior empoderamento da equipe, consequentemente aumento da resolutividade, e redução dos encaminhamentos, em geral.

A lista de espera lá do NASF é enorme e a gente não consegue ter o acompanhamento dos pacientes, porque nunca tem vaga, então está sempre faltando pacientes, tá precisando de fisioterapeuta, a fisioterapeuta lá às vezes tem as sessões pra fazer domiciliar. (E1).

[...] a gente tem uma demanda muito grande aqui, tanto pra fisioterapia quanto pra psicologia. (E11).

Apesar desse acúmulo de encaminhamentos no NASF, é possível verificar que anteriormente os encaminhamentos eram trabalhados de forma coletiva, realizados grupos com usuários que aguardavam na fila de espera a fim de que se resolvessem os problemas e otimizassem o tempo profissional, mas tal conduta partiu da iniciativa de alguns profissionais que ocupavam o NASF, mas não permaneceram no programa. Assim, percebe-se que essas ações ficam na dependência do perfil do profissional atuante na equipe do NASF, evidenciando certa autonomia do profissional sobre seu processo de trabalho na equipe.

O trabalho do NASF deveria ser muito mais, não é proibido ter atendimento clínico, atendimento individualizado, porém, acaba que tem e em grande maioria, eu praticamente sou a única que faço grupos, não só a única, a nutricionista anterior fazia de obesos. A fisioterapia também fazia, igual aparecia muito, muitas pessoas de problema na coluna, lombalgia, por exemplo, ela pegava todas as pessoas que estavam com o mesmo problema de lombalgia e fazia um grupo de cinco, seis pessoas. Então ela atendia todas essas pessoas passando o mesmo tipo de exercício porque era o mesmo problema, e aí isso diminuía a fila de espera e ela poderia atender mais pessoas que tivesse aguardando na fila, a mesma coisa a nutricionista, ela fazia um grupo de obeso, ela dar um suporte ao grupo para que chegam um peso ideal, para que melhore o estilo de vida. (E3).

[...] às vezes é meio frustrante pela falta dos profissionais adequados, né, é a dificuldade que a gente tem até da formação dos grupos [...] A gente juntava antes os profissionais, na primeira formação do NASF a gente fez muito, foi muito bom, aí depois foram trocando e alguns profissionais não se adequam, não tem perfil e não se adequam mesmo ao trabalho em grupo. Aí fica até difícil, agora isso virou um ponto negativo, porque realmente essa formação atual tá bem difícil mesmo em relação a isso, os novos num adequaram muito não. (E11).

4.3.2 Aspectos conceituais

Mediante a leitura das entrevistas identificou-se as concepções relacionadas à assistência à saúde, que foram agrupadas em três categorias: atores, recursos e qualificação da assistência. Em cada categoria identificou-se subcategorias, que foram descritas por meio das unidades de registro, unidades de significação (tema) e indicadores, apresentados nos quadros:

1 - síntese de categorização dos aspectos conceituais relacionados à assistência à saúde - categoria atores;

2 - Síntese da categorização dos aspectos conceituais relacionados à assistência à saúde - categoria recursos humanos e;

3 - síntese da categorização dos aspectos conceituais relacionados à assistência à saúde - qualificação da assistência.

As análises indicaram que o grupo de profissionais da APS, ao explicar assistência à saúde, constrói concepções que são articuladas a partir das categorias:

1) Categoria - atores e três subcategorias: médico, equipe e coordenador.

Estas foram descritas no quadro 3, a partir da unidade de registro e de significação/sentido e do indicador

Quadro 3: Síntese da categorização dos aspectos conceituais relacionados à assistência à saúde - categoria 'atores'.

Categoria – Atores			
Subcategoria	Unidade de registro	Unidade de significação/sentido	Indicador
Médico	Eu acho que assistência tem que ser assim, não pode ser pela metade, agora se o médico vai lá e dá só a receita? Ele tem que pedi exames também. (E2).	Ações integrais	A assistência à saúde não pode ter ações médicas restritas, deve ter ações que vão além da prescrições.
	[...] é o paciente chegar e num, num tem vaga, vão dar um jeitinho, vão dar um jeito de consegui pro médico olhar, nem que seja pra olhar um exame, pra olhar um exame é rapidinho, não custa nada olhar o exame rapidinho. Pra mim isso é uma boa assistência. (E4).	Ações de avaliação e interpretação de exames	A assistência à saúde é boa quando se tem acesso à análise médica dos resultados de exames
	[...] na assistência à saúde por que os outros profissionais de saúde são importantes? Um psicólogo não trata só de saúde? Ele num dá remédio, mas ele pode tratar uma pessoa muito melhor, um nutricionista por exemplo, não dá remédio, mas ele pode orientar e tratar a saúde muito melhor né, que aí evita que a doença venha, porque os profissionais que num trata, que num medica, mas ele pode fazer uma coisa quase, ou tão mais interessante, ou mais que um médico que medica, porque a hora que a pessoa já chega pra ser medicada, aí a saúde já num tá tão boa. (E5).	Ação multiprofissional	A assistência à saúde vai além da ação médica/medicação, assim como profissionais da saúde apresentam o mesmo protagonismo que o médico na produção do cuidado
	Assistência à saúde seria atender o indivíduo na integralidade dele, [...] não era só caso médico, envolvia médico, envolvia, é, é, a parte de psicologia, envolvia a parte de nutrição também. (E12).		
APS	Nosso objetivo principal seria promover saúde e prevenir doenças [...]. (E9).	Ações de promoção da saúde e prevenção agravos	Assistência da APS deve focar preferencialmente a promoção de saúde e a prevenção doenças.
	Pra gente conseguir trabalhar e acompanhar o histórico do paciente, né, e não tanto curativo, isso é conseguir trabalhar a assistência adequada de PSF. (E6).		
	[...] eu gostaria que o PSF realmente trabalhasse como PSF e não tivesse só uma visão assim: “ah, é um caso agudo, vão marcar uma consulta”, não, que a gente trabalhasse a prevenção mesmo, a promoção mesmo, que a gente tivesse um programa de rádio, que pudesse abordar mais, os meios de comunicação. (E9).		
	[...] eu espero que a nova gestão, ela tenha essa visão que a Unidade de saúde é pra se trabalhar realmente prevenção, promoção e também a reabilitação, e que selecione critérios mesmo para as ações, quais que a gente vai implantar, quais que		

a gente deve acrescentar no município, quais que a gente tem que permanecer com elas. (E9).

Eu acho que o principal da assistência é dar o suporte a quem precisa e é dar o suporte pra aqueles que não sabem. É saber por exemplo, atender a quem tá lá precisando, quem já tá procurando, quem tá doente, mas eu acho que o trabalho preventivo do PSF é o mais interessante, grupos são importantes, eles diminuiriam um pouco da carga da saúde, da atenção primária né e passaria mais para uma questão preventiva [...]. (E11).

Eu acho que a assistência à saúde é uma assistência primária né. Que vem antes de poder tentar, poder vir antes, antes de acontecer algum mal à família, tentar verificar assim que essa família possa ter isso e tentar é, barrar esse, o, o problema né, tentar barrar o problema antes que ele aconteça, sempre nisso né, dando essa assistência à família, na primeira instância. (E8).

O ideal, por exemplo, não seria a gente ter esse tanto de caso que a gente teve, seria a gente trabalhar a prevenção pra que isso não aconteça [...]. Eu penso que o ideal seria pra gente ter um resultado seria trabalhar prevenção, promoção e depois reabilitação. (E9).

[...] esses casos de diabetes descontrolada, hipertensão, então, isso aí, a gente teria que está acompanhando de perto, gestante [...]. (E9).

[...] pra gente conseguir trabalhar a assistência adequada de PSF é conseguir acompanhar o histórico do paciente, né. (E1).

Assistência à saúde, eu acho que ela começa desde o acolhimento, né, feito pra qualquer paciente que chegar aqui na porta da Unidade e não só aqueles que procuram a Unidade, mas também aqueles que nós vamos até eles, então a assistência à saúde começa desde uma orientação até um procedimento, mas é, é, qualquer procedimento realizado pro paciente, seja ele um preventivo, que seja uma consulta, seja um encaminhamento, então, o processo pra mim da saúde se baseia nisso. (E9).

[...] uma assistência tem que pelo menos minimizar situações que são prioritárias em uma Unidade de saúde, fornecer o mínimo, que a população tenha acesso à Unidade, que a Unidade consiga promover, é, é, a função, ainda mais nós sendo PSF, estratégia né agora [...]. (E9).

[...] eu acho que a atenção básica ainda é o alicerce da assistência à saúde do município [...], queira ou num queira, pode ter quem discorda, que eu ainda

Ações contínuas

Assistência à saúde é fazer acompanhamento contínuo das condições que requeiram maior cuidado.

Ações integrais

Assistência à saúde engloba um conjunto de ações e procedimentos.

Ações prioritárias acessíveis

Assistência à saúde da ESF deve ofertar ações mínimas prioritárias com garantia da acessibilidade.

Ações de atenção básica

Assistência à saúde se alicerça na atenção básica.

acho que tá na atenção básica [...]. (E5).

Eu acho que o que precisa mais é os PSF explorar mais o trabalho das meninas do NASF. As equipes de PSF num tá sabendo explorar eles da maneira que podia, no bom sentido, explorar né o conhecimento que eles tem pra ajudar. [...] se souber usar o potencial que eles têm, em benefício da população, em benefício dos PSF's por exemplo eles trabalha em parceria com os PSF's, ele tem coisa muito boa pra passar, e outra, eles atende muito muito. (E5).

Ações integradas de saúde

Assistência à saúde se faz com ações integradas por meio do NASF.

[...] eu ainda acho que a atenção básica ainda é, ainda é o que resolve os problema da saúde da população, queira ou num queira é [...] Se ocê souber trabalhar na atenção básica, se tiver uma boa equipe na atenção básica, se tiver um bom coordenador na atenção básica, tiver uma equipe boa ocê consegue resolver [...] (E5).

Ações resolutivas

Assistência à saúde na APS é capaz de resolver os problemas de saúde.

Eu acho que é ocê acompanhar, igual um paciente que procura aqui, a gente abrange, não fica só preso numa coisa, a gente tenta, a gente não vai resolver, a gente tentar solucionar, cê olha, se não resolveu, a gente tenta marcar uma consulta, entendeu? Então, a gente tenta resolver na medida do possível. (E10).

Coordenador

Eu considero que é dá um bom apoio e tá em cima cobrando, olhando, e a enfermeira cobrando do técnico, do agente pra tá indo, pra tá fazendo as visitas. (E4).

Ação de coordenação e orientação

A assistência à saúde depende da atuação do coordenador

Eu acho que a coordenadora de uma Unidade, ela é tanto, ou mais, [...] eu acho que é muito mais importante dentro duma equipe de PSF o coordenador que o médico ou de qualquer outro profissional, muito mais importante. Eu acho muito mais importante o coordenador na equipe da atenção básica de que qualquer uma outra [...]. As portas já começam a ser abertas através do coordenador pra essa família [...] eu acho assim, que o coordenador de uma atenção, de um PSF por exemplo, é a porta de entrada da saúde, da, da atenção básica da saúde, [...]. (E5).

[...] precisa de procurar um CRAS, um CREAS, né, outras redes, [...] mas quem tem que ajudar a gente nisso aqui é o coordenador principal da Unidade, num é o médico, num é o técnico, é o coordenador, né, [...]. (E5).

[...] eles não tem uma coordenação, precisava né. (E9).

Na categoria **atores**, observa-se que na subcategoria **médico**, os conceitos de assistência à saúde foram organizados a partir de uma assistência que não pode ser falha, partindo das ações deste ator/profissional. Surgem nas definições a unidade de sentido de uma **assistência médica** que não deve se pautar em ações restritivas devendo, portanto, ser integral; além disso, a assistência médica deve ser acessível, ao demonstrar que a ação médica é conceituada como boa diante da disponibilidade de vagas sob livre demanda para avaliação e interpretação médica de exames, associando-as como procedimento rápido e, por fim, a assistência à saúde é multiprofissional, ao revelar o protagonismo das demais profissões de saúde na produção da assistência, quando defende que a assistência médica é tão importante quanto às demais profissões em que não são “prescritas medicações”.

Na segunda subcategoria **APS** foram abrigados os recortes que faziam referência às ações das equipes da APS. Estas estão relacionadas com os conceitos de assistência à saúde que foram agrupados por unidades de significação/ sentidos. Verificou-se a ocorrência de conteúdos relacionados aos princípios do SUS, diretrizes e fundamentos da APS e referências às ações que são características do processo de trabalho das equipes de ESF, previstas pela PNAB (BRASIL, 2017).

Na unidade de significação promoção da saúde foram considerados os conteúdos que fazem referência a uma assistência à saúde da ESF/APS em que as práticas de promoção da saúde são admitidas como essenciais, devendo ser priorizadas na organização do cuidado em saúde. As atividades de promoção da saúde são formuladas como um ideal de trabalho, tipo de assistência própria da APS, e que devem ser executadas precocemente pelos profissionais.

Na unidade de sentido ações contínuas, observa-se a elaboração de uma assistência à saúde ideal quando se concretiza a continuidade do cuidado, através do acompanhamento do histórico do paciente e do seguimento às condições de saúde.

Na unidade de sentido ações integrais, a assistência à saúde é construída na perspectiva da necessidade do usuário, abrangendo, por isso, ações de acolhimento, atendimento à demanda espontânea, busca ativa, atividades que envolvem a promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e encaminhamento.

Na unidade de sentido ações prioritárias acessíveis, considera-se que a assistência à saúde da APS deve ofertar ações prioritárias para atender as necessidades de saúde da população e ter como função a garantia do acesso à unidade/serviços da APS.

Na unidade de sentido ações básicas, verifica-se a compreensão das ações básicas, como a estrutura da organização municipal da assistência à saúde.

E como última unidade de sentido da categoria ator APS, ações resolutivas, observa-se que a assistência à saúde da APS é entendida como eficaz e eficiente na resolução dos problemas dos usuários.

A terceira subcategoria apreendida entre a categoria atores é a figura do **coordenador**, ao definir a assistência à saúde, emerge como necessária a função do ator coordenador na execução das ações em saúde no sentido de orientação, cobrança e fiscalização e como um personagem de maior importância na produção do cuidado em saúde.

2) Categoria ‘recursos’ e duas subcategorias: recursos humanos e infraestrutura, recursos materiais e equipamentos.

Estão descritas no Quadro 4, a partir das unidades de registro, das unidades de significação/ sentido e dos indicadores.

Quadro 4: Síntese da categorização dos aspectos conceituais relacionados à assistência à saúde - categoria recursos.

Categoria – Recursos			
Subcategorias	Unidade de registro	Unidade de significação/ sentido	Indicador
Recursos Humanos	<p>[...] assistência deveria ter os profissionais mais bem preparados [...] quem aqui já tem um tempinho de serviço a gente consegue ainda trabalhar bem, agora são os recém chegados que a gente deveria passar estes critérios para eles. (E1).</p> <p>[...] por isso que o ACS não é qualquer pessoa, eu sempre falo isso, eu acho que o ACS, que a característica do ACS não devia ser escolhida por um processo seletivo, podia ser [...] mas o ACS tinha que ser preparado, outros tipos de preparação. (E5).</p> <p>[...] é capacitar mais os profissionais porque à medida que se tem capacitação, o nosso trabalho a tendência é só melhorar [...]. (E11).</p> <p>[...] eu acho que antes tinha de ter uma qualificação pra essas pessoas. (E7).</p> <p>[...] a gente sempre tem que se atualizar e renovando nosso processo de trabalho, porque as coisas vão ficando muito monótonas e a gente acaba deixando muita coisa sem ver, cê só enxerga o que está na sua frente, do lado, cê vai perdendo essa visão de amplitude [...]. (E9).</p> <p>Então é muita coisa, é recursos humanos pra poder fazer isso, porque pra ela fazer isso teria que ter outra psicóloga fazendo, outra nutricionista fazendo junto com a daqui. (E3).</p>	<p>Qualificação de profissionais</p> <p>Quantitativo de profissionais</p>	<p>Assistência à saúde requer profissionais capacitados.</p> <p>A assistência à saúde da APS requer profissionais em quantidade</p>

	Precisa de mais profissionais né, que a fila de fisioterapia mesmo tá enorme. Eu acho que eles tinha que contratar mais. (E8).		suficiente.
	[...] eu penso que deveria ter mais contratações de profissionais pro NASF pra que eles realmente pudessem atender as necessidades das Unidades de saúde. Pelo menos mais um de cada categoria [...]. (E9).		
	Pra mim eu entendo que a assistência precisa de mais equipes de saúde da família. (E8).		
	Acho que falta mais é isso, mais equipes e mais atenção mesmo. (E8).		
	Nós temos o básico que funciona, mas nós precisamos de mais especialidades, a gente não tem um ortopedista, não tem um pediatra, não tem um cardiologista no SUS. O básico né a gente tem. Só que tem que buscar mais especialidades para a assistência. (E2).	Profissionais especialistas	A assistência à saúde adequada/ideal vai além de ações básicas, requer intervenções de especialistas.
	O ideal seria ter todos os tipos de especialidades médicas, pra dar assistência pra uma população. (E7).		
	[...] positivo porque querendo ou não são mais especialidades, [...] são profissionais a mais que você tem no município pra tá atendendo. (E3).		
	O ideal seria pedir uma avaliação multidisciplinar, né, porque cada profissional vai ter uma visão frente o caso, então, se todos os profissionais do NASF pudessem auxiliar [...]. (E9).	Equipe multidisciplinar	A assistência à saúde ideal depende da contribuição de cada categoria profissional
Recursos materiais	[...] isso faz toda a diferença, cê ter todas as salas, tudo organizadinho [...]. (E9).	Unidade de trabalho	A assistência à saúde da APS requer local e materiais específicos para atendimentos individuais e coletivos.
	[...] mesmo que funcionasse eu acredito que PSF nenhum aqui suportaria, não teria sala disponível pra todo mundo, pra fazer atendimentos, ficaria mais tumultuado, entendeu? [...] aí pra ela fazer esses grupos ela teria que ter material suficiente pra atender grupos de terapia, ela teria que ter sala específica dentro do PSF para fazer isso, aí a nutrição também deveria ter, então são muitas, muitas coisas que envolvem, é capacitação, é material, é estrutura física, entendeu? [...] fazer grupo sem uma sala específica pra poder trabalhar, sem um local adequado, sem material, não teria como, entende? Então é complicado, eu acho muito difícil. (E3).		
	O ideal seria ter uma estrutura física em cada PSF que comportasse esse atendimento nosso lá. Acredito sim que seria ideal, você teria uma equipe muito maior, mais, é, preparada pra aqueles atendimentos, e não seria como seria aqui, que é como se fosse uma clínica de especialidades médicas. (E11).		

A categoria **recursos** surgiu a partir das concepções de assistência à saúde construídas pelos profissionais que a organizaram em torno dos recursos humanos e materiais necessários para a sua efetivação.

A primeira subcategoria, **recursos humanos**, verifica-se que a assistência à saúde é compreendida a partir das características dos trabalhadores envolvidos na produção do cuidado em saúde dando origem às unidades de sentidos que detalha as necessidades especificadas pelos profissionais para atuarem na APS.

A primeira unidade de significação dessa subcategoria, qualificação de profissionais, foi abrigada conteúdos em que os profissionais fizeram referência à assistência na APS como dependente de profissionais capacitados para se desenvolverem o cuidado primário em saúde com qualidade, na qual é demonstrada a compreensão de que a assistência nesse nível não deve ser feita de qualquer jeito ou por um profissional sem capacitação para tal.

A segunda unidade de significação, quantitativo de profissionais, foi formada com base na construção pelos profissionais de que a assistência à saúde da APS é dependente de um número adequado de profissionais para ser executada, explicitando, dessa forma, nos conteúdos agregados, a ações que deixam de ser realizadas ou poderiam ser mais bem executadas diante da presença de mais profissionais na APS, em especial no NASF, para além do número padronizado nas normativas do SUS.

Quanto à terceira unidade de significação, profissionais especialistas, verifica-se que ao construírem o conceito de assistência à saúde, os profissionais recorrem à necessidade de especialistas no município para se completar a assistência em saúde que não se restringe apenas ao nível primário/básico. Há ideia de que um maior número de profissionais especialistas significa uma melhor assistência e, por isso, deveria ser algo a se alcançar no município.

Na última unidade de significação da subcategoria recursos humanos, equipe multidisciplinar, esta foi formada através da elaboração pelos profissionais de que a assistência à saúde se torna mais efetiva se realizada por uma equipe multidisciplinar, o que coincide com a formação das unidades de significação profissionais especialistas e quantitativo de profissionais, pois há uma noção da relevância de mais especialistas e mais trabalhadores na produção da saúde de qualidade.

Na outra subcategoria, **recursos materiais**, há menção, durante a elaboração da assistência à saúde, da imprescindibilidade de locais e ferramentas específicas no exercício de

algumas práticas da APS, nota-se, pois, a centralidade que a unidade de trabalho recebe na produção na saúde.

3) Categoria Qualificação da Assistência, – e duas subcategorias: humanização profissional-usuário e visão biopsicossocial do processo saúde doença.

Estão descritas no quadro 5 a partir das unidades de registro, das unidades de significação/ sentido e indicadores.

Quadro 5: Síntese da categorização dos aspectos conceituais relacionados à assistência à saúde – categoria ‘qualificação da assistência’.

Categoria – Qualificação da assistência			
Subcategoria	Unidade de registro	Unidade de significação/ sentido	Indicador
Humanização profissional	<p>Tem que ter dom pra trabalhar, pra saber prestar uma assistência boa. [...] tinha que ter uma equipe bem de coração pra poder tá correndo atrás e tá ajudando [...] é ter boa vontade de querer ajudar o outro, ajudar quem tá precisando [...]. (E4).</p> <p>Não é só chegar lá e dar bom dia, pra mim não é só isso não, eu chego lá e digo como é que tá aqui. Chego e vou virar todo mundo de cabeça pra baixo, aí eu vou dar assistência [...] Eu acho que falta é o profissional sujar o sapatinho, eu não tô lá debaixo de sol e chuva? (E2).</p> <p>Eu acho se a atenção básica tiver bem integrada, tiver bem estruturada, tiver com profissionais que realmente queira trabalhar, queira dá, que trabalha não só pelo salário que ganha, mais que dá um pouco de si de verdade né, envolver mesmo nos problemas da família realmente. (E5).</p> <p>Eu acho que na assistência à saúde não pode é faltar humanidade com as pessoas. (E10).</p> <p>Mas nem todos os ACS tem esse conceito, de que o ACS passa a ser muito mais do que conforme a família, o ACS passa a ser muito mais da família, costuma eles contar pro cê uma coisa que eles não conta pra mais ninguém, costuma contar pro cê, então nem todos acontece isso não, mas acostuma [...] eu acho que o ACS tem que conquistar é essa família, depois</p>	Comprometimento profissional e envolvimento emocional	A assistência à saúde da APS requer empenho e responsabilidade profissional para construir relações humanizadas entre profissional/equipe e usuário/família.
		Vínculo profissional-usuário/família	

que ele conquistou essa família fica muito mais fácil, que aí ela vai contar esses casos todos. (E5).

Pra mim eu entendo que a assistência [...] é mais atenção à população, acho que falta muito, a população às vezes quer ser ouvida, né, e chega no hospital o médico nem olha pra cara. (E8).

Escuta acolhedora

Assistência à saúde pra gente na zona rural eu vou definir assim, às vezes é uma conversa [...] assistência em saúde é isso, é ouvir, é perceber, é enxergar o problema do outro, e muito na atenção básica a gente faz isso, às vezes a pessoa vai procurar a gente, ela não fala, a gente tem que saber identificar o problema dela e a assistência à saúde é isso, é perceber o outro, perceber o problema mesmo sem a pessoa falar, às vezes através de sinais, [...], eu acho que a assistência à saúde seria isso, a gente perceber o outro sem ele precisar tá falando. (E13).

[...] na assistência temos que olhar por igualdade, da mesma forma que eu atender um A eu devo atender o B, assim do mesmo jeito que você atende o atleticano tem que atender o cruzeirense. (E2).

Igualdade na assistência

Visão biopsicossocial do processo saúde doença

Quem tá doente tem que ter o remédio, agora quem tá com fome tem que ter o prato também [...] a assistência à saúde é tudo, o cara tem que ter uma moradia, tem que ter um bom banheiro na casa dele, um bom prato pelo menos razoável pra ele tá alimentando, se tá com fome tem que comer, se tá doente tem que tomar remédio. E assistência não é só dar o remédio não, viu. (E2).

Conceito ampliado de saúde e doença

A assistência à saúde implica em atender às demandas biopsicossociais de forma integrada.

Eu acho que a assistência à saúde é uma assistência como um todo, do ser humano com um todo, a saúde é só consequência, se ocê cuida dos mais pobre por exemplo, quem não tem comida não vai ter saúde não [...], quem come mal, quem mesmo tem as coisas, mas não sabe preparar um alimento, igual aqui, se ocê não sabe, ocê pode ter tudo na sua casa, se ocê não sabe preparar um alimento cê fica com fome, ocê vai adoecer, então eu acho que a assistência à saúde, é a assistência do ser humano como um todo né, a saúde é só consequência. (E5).

[...] não é só tomar remédio, tem que servir como um, algo espiritual que ajude a levantar as famílias. (E6).

A assistência à saúde, eu acho que ela entra como um todo. A assistência à saúde não adianta querer tratar a doença [...] não é só. Assistência à saúde não é só tratar a doença, é tratar a pessoa. (E9).

[...] assistência à saúde vem a partir daí, de mostrar que tudo que não tá bom, já é uma falta de saúde, não precisa ficar doente de ir parar no hospital, a gente pode trabalhar de uma forma preventiva, acredito que isso. (E11).

Então, seria, é, é, atender a pessoa de forma que ela é, e saúde seria o bem estar físico psíquico e mental, envolver todo o indivíduo com um todo, no todo, não só numa parte, por exemplo o dentista não pode pensar só na boca, tem que pensar na saúde da pessoa inteira, por exemplo se a pessoa tem diabetes envolve a parte clínica da odontologia, conduta vai ser uma, se ele não tiver diabetes a conduta vai ser outra, é pensar no indivíduo num todo. (E12).

[...] é tentar trabalhar em conjunto, Trabalho
NASF, CAPS, e PSF se for o caso, com integrado,
a família toda. (E3). intersetorial

A assistência à saúde, a saúde tá ligada ao social, ela tá ligada à educação, e ela tá ligada, a saúde tá ligada a esses outros órgãos todos tem que passar por ele pra chegar na saúde. (E5).

Teria que ter ajuda, ter parceria de muita gente. [...] Tem que ter muita união [...] em relação à assistência eu digo que é tudo. (E2).

Na categoria **qualificação da assistência** nota-se que as concepções dos profissionais acerca da assistência à saúde se organizam em torno das características da produção do cuidado consideradas ideais.

Assim, na primeira subcategoria, **humanização profissional**, foram agregados conteúdos em que os profissionais entrevistados construíram a assistência à saúde sob o aspecto

da relação profissional-usuário, nos quais foram elaboradas características essenciais dos profissionais para se produzir o cuidado em saúde, dando origem as unidade de sentido.

Na primeira unidade de sentido dessa subcategoria, comprometimento profissional e envolvimento emocional, nota-se que na construção da assistência à saúde pelos profissionais, há alusão às qualidades do perfil profissional, ressaltando-se características profissionais relacionais indispensáveis à assistência, como aptidão para o trabalho em saúde, empatia para com o problema do usuário, compromisso, empenho em ajudar o usuário e que preze por boas relações na produção da assistência. Assim, os conteúdos dessa unidade de significação refletem a compreensão pelos profissionais do impacto das tecnologias leves no resultado das práticas em saúde dos profissionais da APS.

Na unidade de sentido vínculo profissional-usuário/família, há a construção da necessidade de se conquistar a confiança da família, através da referência do vínculo, em que o mesmo é um atributo nem sempre alcançado ou de reconhecimento do seu impacto pelo profissional.

Na unidade de sentido escuta acolhedora, observa-se a elaboração pelos profissionais de uma assistência à saúde em que esse instrumento seja compreendido como integrante à prática profissional, não devendo faltar no ato do cuidado, pois contribui para um reconhecimento da necessidade do usuário, ou seja, reflete no diagnóstico mais próximo da realidade do sujeito.

Na última unidade de sentido, igualdade na assistência, há referência a um atendimento igualitário, que na visão do profissional, é indispensável durante as práticas em saúde.

Na segunda e última subcategoria, **visão biopsicossocial do processo saúde doença**, tem-se a organização da compreensão de assistência à saúde sob dois sentidos. No primeiro sentido, dentro da unidade de significação conceito ampliado de saúde e doença, há pelos profissionais uma estruturação da assistência à saúde sob a perspectiva do conceito ampliado de saúde, na qual as ações em saúde devem contemplar o atendimento às necessidades de saúde para além dos aspectos biológicos, mas biopsicossociais. Assim, o profissional constrói a concepção de assistência à saúde através de práticas que visem atender às necessidades em geral do usuário.

Outra unidade de sentido surgida é trabalho integrado, intersetorial, em que os profissionais compõem a assistência à saúde a partir da integração com outros serviços de saúde (NASF, CAPS) e setores (social e educação).

4.3.3 Práticas em saúde

As práticas em saúde dos profissionais entrevistados foram inferidas das condutas externadas nos estudos de casos 1 e 2 e de trechos da entrevista que discorreram sobre como as ações de assistência à saúde são realizadas pelos entrevistados.

Os profissionais de saúde revelaram no contexto da entrevista práticas que puderam ser organizadas conforme as seguintes categorias:

1) Categoria ‘produto’, que se subdivide em três subcategorias: ações curativas diversas; encaminhamentos; e ações educativas.

E estão descritas no quadro 6 (Síntese da categorização das práticas em saúde - categoria produto), conforme unidade de registro e indicador.

Quadro 6: Síntese da categorização das práticas em saúde - categoria ‘produto’.

Subcategoria	Unidade de registro	Indicador
Ações curativas diversas	[...] marcaria consulta para eles pedir os exames de rotina, fazer estratificação de risco, [...], tentar saber junto à secretaria de saúde como está a situação da medicação [...] e acompanhamento domiciliar dele também né, tanto da equipe de enfermagem, médico, enfermeiro [...] fazer uma investigação de sintomático respiratório. (E1).	Assistência curativa e multiprofissional: os profissionais da APS contemplam ações de diagnóstico, tratamento, notificação, atendimento domiciliar e assistência farmacêutica
	Nós da atenção básica temos que dar atenção a esta pessoa, de imediato temos que incluir e vigiar sempre, colocar as ACS à disposição de ir, o médico de visitá-lo, de dar medicamento, fazer todos os exames [...]. (E7).	
	Marcar visita médica para o médico da equipe ver o que pode fazer, [...]. Mas o principal é psiquiatra e o médico para os cuidados clínicos da hipertensão e diabetes [...]. (E4).	Ações médico- curativas: os profissionais da APS focam na realização de ações com centralidade médica. São contempladas visita e consulta médica e exames.
	Esse caso foi mais fácil porque é uma coisa mais técnica, é só fazer exames e tratar. Isso aqui é só o médico da atenção básica ir lá e discernir [...]. (E7).	
	[...] em se tratando de saúde da família no qual eu estou inserido, esse caso passaria pela atuação basicamente do médico, [...] além da atuação do médico, [...] novamente é uma situação médica, se caso chegasse na nossa parte, por algum motivo procurasse a gente ou fosse informado, eu encaminharia o paciente pra atendimento do médico. (E12).	

Encaminhamentos	<p>[...] encaminhar para acompanhamento neurológico [...] encaminhar pro centro Hiperdia [...]. (E1).</p> <p>[...] também é outro caso que tem que ser encaminhado pro psiquiatra, pro especialista, e, tentar fazer um trabalho tanto com a família, fazer os acompanhamentos individuais [...]. (E11).</p> <p>[...] cada um tem que ser encaminhado para uma especialidade aí, dentro da área de cada médico. (E8).</p> <p>[...] pedir a avaliação do NASF com o psicólogo [...]. (E1).</p> <p>[...] teria que encaminhar para o CAPS, [...], encaminhar para esses grupos de NASF [...]. (E3).</p> <p>[...] acionar a assistência social pra ir atrás de um emprego. (E4).</p> <p>[...] precisa de procurar um CRAS, um CREAS, outras redes [...]. (E5).</p> <p>[...] procurar o CRAS e CREAS. Buscar ajuda do serviço social pra ver o quê que pode ser feito em relação ao financeiro da família com um todo, e até mesmo na questão alimentar dessa família, solicitava também uma visita domiciliar pelo profissional assistente social pra ver a real necessidade também dessa família, [...], pedir apoio ao NASF pra ver qual que é a avaliação deles frente o caso e o que eles poderiam tá nos auxiliando também. (E9).</p>	<p>Especialidades médicas: os profissionais da APS focam nos encaminhamentos às especialidades médicas no cotidiano da equipe</p> <p>Pontos de Atenção à Rede Municipal: os profissionais da APS baseiam as suas práticas em saúde em ações de encaminhamentos a outros serviços de saúde (CAPS, NASF) e a outros setores de assistência social CRAS e CREAS.</p> <p>Intersetorialidade/Integralidade</p>
Ações educativas	<p>[...] orientar ao máximo, chamaria para participar dos grupos de hipertenso e diabético [...]. (E1).</p> <p>[...] eu iria orientar ele né, para tentar mudar o estilo de vida, tentar mudar a história dele. Agora orientar eu oriento, agora mudar o estilo de vida deles é uma coisa complicada. (E2).</p> <p>[...] ensinar a preparar, que tem como a gente ensinar a fazer isso, [...], cê pode tá incentivando ele a participar de eventos na Unidade, [...], um grupo né [...]. (E5).</p> <p>[...] fazer uma inclusão deles em grupo né, incluir ele num grupo. (E11).</p>	<p>Educação em saúde individual e em grupo: Os profissionais realizam as atividades de educação em saúde no sentido de mudança para um comportamento adequado.</p>

A categoria **produto** foi formada a partir da construção do tipo de práticas em saúde, demonstrada pelo grupo de profissionais da APS, que puderam ser agrupadas em subcategorias, nas quais foram reveladas em **ações curativas diversas**, com a menção de atividades curativas a serem realizadas por todos os membros da equipe da APS, evidenciando o olhar para as ações que atendam às necessidades curativas do usuário, sob a visão multiprofissional, ao contemplar os profissionais da equipe.

Além disso, a organização das práticas em saúde demonstrou uma centralidade nas atividades do profissional médico, externando uma maior importância dada às ações deste profissional e a limitação em funções curativas (cuidados clínicos, solicitação de exames, prescrição de medicamentos).

A subcategoria que ganhou expressão foi o **encaminhamento** aos setores da saúde e da assistência à saúde, em especial para especialidade médica, em que a ação de acioná-la foi exibida antes mesmo de se pensar em exaurir as possibilidades da equipe para com o usuário, pois em muitos momentos o encaminhamento foi citado como ação inicial da equipe de profissionais.

Por último, agrupou-se na subcategoria **ações educativas**, conteúdos referentes às práticas de educação em saúde, orientações individuais e coletivas (em grupos) elaboradas verticalmente.

2) Categoria ‘processo’, e quatro subcategorias: ações equitativas, ações hierarquizadas, ações pontuais e ações humanizadas.

E estão descritas no quadro 7 (Síntese da categorização das práticas em saúde - categoria processo) conforme unidade de registro, unidade de significação/ sentido e indicador.

Quadro 7: Síntese da categorização das práticas em saúde - categoria ‘processo’.

Subcategoria	Unidade de registro	Indicador
Ações equitativas	[...] ia pedir pro ACS responsável para fazer visitas mais constantes nesta casa, pra poder trazer mais informações pra gente [...]. (E1). Pra fechar o diagnóstico de uma família dessas, o ACS tem que ir bem mais que uma vez lá, primeiro, então, cê tem que ir mais vezes [...]. (E5). Pedir o agente comunitário de saúde pra que possa tá acompanhando essa família mais de perto pra ver sempre as necessidades atuais [...]. (E9).	Equidade: As práticas em saúde são realizadas de modo a prestar um cuidado equitativo.
Ações hierarquizadas	Eu voltava atrás da enfermeira pra gente ir e tentar resolver o máximo que pudesse. (E4). A enfermeira me chama e é ela que define os temas. É a enfermeira que convoca a gente para fazer. (E8). [...] o ACS procura o coordenador, aí, juntamente com o coordenador sim, pode procurar os outros profissionais [...] é pro coordenador que a gente passa tudo isso, a primeira coisa que a gente passa é pro coordenador [...] eu vou chamar a coordenadora, eu vou falar pra coordenadora: oh, tem essa família, que está assim, assim e assado, é assim e assado, daqueles problemas, a primeira coisa é a coordenadora [...]. (E5).	Centralidade no coordenador: As práticas em saúde são realizadas a partir da ação de um coordenador.
Ações pontuais	[...] minha assistência é de orientar as pessoas, o médico é o que consulta e dar a receita, a enfermeira tem o trabalho dela, o auxiliar	Cuidado Fragmentado: As

	<p>tem o trabalho dele, cada um, como tem a brincadeira cada macaco no seu galho. Então, minha assistência é de orientar. [...] esse é um caso de médico. O que eu faço é orientar mesmo [...]. (E2).</p> <p>A questão do diabetes e da hipertensão é, normalmente, a gente só encaminha mesmo [...] a gente conta muito com a outra parte da equipe que é a enfermagem e o médico, que aí entra encaminhamento pra psicólogo né, porque seria o caso, pra nutricionista por causa da desnutrição, mais aí a gente já passa mesmo pra outra equipe, pra outra parte. (E13).</p> <p>[...] para um enfermeiro ou psicólogo é mais fácil. [...] eu trabalho mais com idosos, grupo de, que a gente faz, grupo operativo. Mas eu não trabalho com um caso de uma família tão complicada. Tipo isso, entende? O que um PSF trabalharia, entendeu? (E3).</p>	<p>práticas em saúde tem seu processo de trabalho baseado na divisão de tarefas com ações fragmentadas e especializadas</p>
<p>Ações Humanizadas</p>	<p>[...] à maneira que a família começa, né, conhecer ocê, sabe que pode confiar no cê, primeiro tem que conquistar a família desse jeito [...] depois que ocê já tiver pegado a confiança deles, aí sim eles vão contar [...]. (E5).</p> <p>[...] trabalhando assim no PSF, muitas vezes os pacientes simultaneamente vai me consultar e me fala algo da família, de algumas outras doenças, de alguns outros problemas que tem outros membros da família, e eu aceito, não importa que me demore mais na consulta, aceito as perguntas para tratar de ajudar a família [...] trato de pesquisar também outras doenças que tem outros membros da família, para tratar a todos aí simultaneamente [...] tratar a família de forma inteira e com calma, porque no caso não presto atenção no horário de saída, porque não me importo, vou lá nas casas para falar com família, me demoro e, e eles sempre contentam comigo, e eu sempre contento com eles. (E6).</p> <p>O trabalho aqui é diferente do hospital, você não faz aquela coisa mecânica, na atenção primária a gente conversa, sabe? A gente do PSF trabalha muito, tem gente que pensa que não. Cê tá morrendo de pressa, aí vem a pessoa e chega perto, hoje eu já aprendi que eu tenho que escutar aquela pessoa, eu tô aqui pra isso. (E10).</p>	<p>Humanização: As práticas em saúde baseiam-se numa relação profissional usuário-família marcada pela escuta qualificada, pelo vínculo e pela confiança do usuário.</p>

A categoria **processo** foi criada a partir da exteriorização do modo como as práticas em saúde do grupo de profissionais da APS são formuladas. Das subcategorias, duas relevaram modos de executar as ações em saúde compatíveis com as características do processo de trabalho da equipe da atenção básica, ações equitativas e humanização e duas se distanciaram da lógica da APS, com ações hierarquizadas e pontuais.

Nas **ações equitativas** foi exteriorizado que os profissionais organizam as práticas de modo a cumprir o princípio da equidade, dando mais assistência aos usuários com condição clínica mais instável, porém, a incorporação desse princípio às práticas de saúde só foi revelado somente nas ações do ACS.

As **ações hierarquizadas** originaram-se das ações que refletiram a centralidade da ação/função do coordenador, em que as ações dos demais membros da equipe são dependentes da função do coordenador para se concretizarem.

Na outra subcategoria **ações pontuais**, foram reunidos trechos em que foi manifestada a subdivisão excessiva do trabalho, sendo exibida a forma fragmentada em que as práticas são executadas, distanciando-se da interdisciplinaridade até mesmo entre os membros da equipe ESF/ESB. Foi manifestada também a atuação restrita ao núcleo de saber da formação técnica propriamente dita, limitando as ações do profissional da APS.

Por último, na subcategoria **ações humanizadas**, os conteúdos agregados demonstraram que o fazer profissional é marcado por relação profissional usuário/família baseada no vínculo, na escuta qualificada e na confiança, os quais são concebidos pelos profissionais como modos de fazer inerente à APS.

5 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados foi organizada nos seguintes tópicos: resultados da análise lexical e resultados da análise de conteúdo.

5.1 Análise lexical

A partir da análise do dendograma (figura 1) gerado na CHD do *software* IRAMUTEQ, as divisões partem de uma classe de menor associação (classe 5) até as de maiores associações (classe 1) ao estudo. A CHD parou na terceira partição porque alcançou-se estabilidade até as cinco classes, ou seja, as mesmas são compostas por Unidades de Contexto Elementar (UCE) com vocabulários que apresentam alguma relação.

Conforme Lins (2017) a interpretação do dendograma deve começar a partir da classe “mais solta”, assim, a classe 2 se apresenta mais afastada das demais classes, portanto, se inicia a discussão por ela.

5.1.1 Classe 2 (*Foco da atenção e práticas*)

A classe 2, de onde surgem as demais classes, foi denominada como *Foco da atenção e práticas*. Apesar de apresentar a maior porcentagem de segmento de textos (24,7%) em seu conteúdo, a mesma apresenta-se afastada das demais classes. Os registros com significância estatística ($p < 0,0001$) desta classe fazem referência, conforme valores decrescente do Qui-Quadrado, aos termos família, tratamento e encaminhamento, apontando para o foco das práticas em saúde. Os demais registros, como filho, diabetes, HIV, marido, pai estão voltados aos contextos dos dois casos clínicos, apresentados no corpo da entrevista, conforme apêndice A, aos quais foram propostos para que os profissionais de saúde levantassem as práticas, por isso o surgimento do tema ‘práticas’ nesta classe.

Por intermédio da avaliação dos segmentos de textos é possível verificar que os profissionais, ao descreverem as práticas diante dos casos apresentados, focam numa abordagem familiar, no entanto, concentram-se nas ações de tratamento e encaminhamento. Como pode-se verificar no segmento de maior importância da classe (maior *score*):

[...] a dona augusta tem diabetes, o marido dela é hipertenso, é resistente ao tratamento, a filha dela tem HIV, então, cada um tem que ser encaminhado para uma especialidade dentro da área de cada médico. (E8).

Nota-se neste e nos demais segmentos desta classe que o ato de encaminhar é uma ação pensada diante de casos complexos, antes mesmo de exaurir as possibilidades da equipe. Além disso, revela a importância dada ao encaminhamento à especialidade médica diante de um caso clínico complexo.

Nesta classe, observa-se também que, acionar o NASF não é mencionado como uma prática entre os profissionais, mesmo diante de casos complexos. Entre os termos de significância estatística não surge o NASF ou os profissionais relacionados a ele.

O termo tratamento, muito evocado nessa classe, deve-se à característica do caso apresentado à equipe, porém, os termos “prevenção” ou “promoção” estão ausentes nesta classe.

5.1.2 Classe 5 (NASF)

A classe 5, apesar de apresentar a segunda maior porcentagem de segmento de textos (24,3%) em seu conteúdo, configura-se como a segunda classe mais afastada. É denominada *NASF* por apresentá-lo como termo de maior importância ($p < 0,0001$ e maior valor de Qui-Quadrado) e por conter conteúdos dos temas relacionados ao NASF contidos nas entrevistas (exposição livre do trabalho do NASF, apoio matricial, e pontos positivos e negativos do NASF).

Como ponto positivo, os entrevistados associam o NASF ao termo profissional, por considerarem a maior vantagem desta estratégia, como pode ser percebido nos segmentos de maiores *scores* desta classe:

[...] então positivo querendo ou não, são mais especialidades, são mais profissionais que você tem no município para atender [...]. (E3).

[...] eu acho que é ter outros profissionais [...]. (E11).

O tema ‘apoio matricial’ está relacionado à reunião, segundo dendograma (figura 1). E ao avaliar os segmentos de textos, reunião assume um sentido de que não são realizadas reuniões para esclarecimentos e termo ‘apoio matricial’ revela-se no sentido de que não é conhecido pelos profissionais.

[...] eu não sei muito o que seria[...]. (E12).

[...] já ouvi falar, mas não lembro[...]. (E4).

No dendograma o ponto negativo, está associado, aos profissionais de fisioterapia e psicologia, que apresentam alta demanda por atendimento clínico. Além disso, verifica-se que a causa desse problema é atribuída a não compreensão do trabalho do NASF.

[...] a gente tem uma demanda muito grande aqui, tanto para fisioterapia quanto para psicologia e acho que as pessoas ainda não conhecem o trabalho do NASF [...]. (E10).

A falta de conhecimento do Programa NASF é evidenciada uma vez que os entrevistados respondem que, por não conhecerem o programa, não saberiam responder acerca dos pontos positivos ou negativos.

[...] eu não conheço o trabalho do NASF [...]. (E12).

[...] eu não sei direito o trabalho deles [...]. (E4).

O desconhecimento sobre o NASF é também evocado quando se aborda o tema trabalho do NASF, que no dendograma é marcado pelo termo ‘faltar’. Ao analisar o segmento textual de maior *score*, percebe-se que o ‘faltar’, apresenta um sentido de falta de conhecimento e de contato:

[...] sinceramente eu não conheço [...]. (E5).

[...] no município basicamente eu não tenho contato quase que nenhum com o NASF, então seria difícil eu avaliar ou citar como que está sendo realizado ou qualquer coisa [...]. (E12).

5.1.3 Classe 3 (*Modelo de atenção em saúde*)

A classe 3, denominada como *Modelo de atenção em saúde*, apresenta 18,3% dos segmentos de textos em seu conteúdo, sendo que a mesma também está afastada das demais classes. Os registros desta classe, com significância estatística ($p < 0,0001$), segundo valores decrescentes do Qui-Quadrado e com relevância qualitativa, apresentam os seguintes vocábulos: demanda espontânea, consultas, pré-natal, vacinação, puericultura e exame.

A ordem de importância dos termos nesta classe, segundo dendograma, revela maior destaque aos procedimentos atrelados à demanda espontânea (consultas, vacinação e exame), o que revela um modelo de atenção à saúde voltado aos casos agudos e à livre demanda.

Nota-se que o grupo operativo aparece como um dos últimos termos da classe, e o mesmo, apesar de surgir no conteúdo da mesma, não apresenta relevância estatística. O termo demonstra um afastamento das atividades educativas entre os profissionais entrevistados.

A expressão ‘demanda espontânea’, termo de maior importância nesta classe, conforme segmento de maior *score*, é mencionada entre os entrevistados como um entrave à estratégia Saúde da Família.

[...] essa demanda espontânea nossa é muito intensa e a gente fica para atender a demanda espontânea e não consegue trabalhar como o PSF deveria [...]. (E1).

5.1.4 Classe 1 (*Conceitos de assistência à saúde*)

A classe 1, apesar de apresentar 16,8% dos segmentos de textos em seu conteúdo, configura-se como a classe mais importante, pois apresenta o termo “assistência à saúde” mais fortemente associado a ela.

Por meio da análise desta classe, é possível verificar que a entrevista aplicada na presente pesquisa foi capaz de produzir um conjunto de conteúdos em torno de seu objeto (assistência à saúde), favorecendo a identificação das representações dos profissionais sobre a assistência à saúde.

De acordo com o dendograma, é nesta classe que se concentram os termos referentes à ‘assistência à saúde’, sendo possível levantar os termos com significância estatística (valor de $p < 0,0001$) construídos em torno desse tema, conforme ordem decrescente do valor de Qui-Quadrado, e importância qualitativa, os quais são: atenção básica, assistência, SUS, remédio, treinamento e tratar.

Assim, por meio dos segmentos de texto, é possível estabelecer uma relação entre esses termos em que a assistência tratada no corpus, refere-se à aplicada no SUS, especificamente na atenção básica, em que requer treinamento e vai além do tratar e dar remédio/medicar.

[...] seria atender o indivíduo na integralidade dele [...]. (E12).

[...] ela entra como um todo, não adianta querer tratar só a doença [...]. (E5).

[...] não é só tratar a doença, é tratar a pessoa, e o jeito que você vai tratar a pessoa, é que daí vem a saúde [...]. (E5).

5.1.5 Classe 4 (*Modo de fazer saúde*)

A classe 4, denominada *Modo de fazer saúde*, apresenta 15,9% dos segmentos de textos, e é considerada a segunda classe de maior importância, pelo fato de a mesma ser a classe de maior relação ou proximidade com a classe 1.

Nota-se, por meio do dendograma, que os termos surgidos com significância estatística (valor de $p < 0,0001$), conforme ordem decrescente do valor de Qui-Quadrado, e importância qualitativa são: coordenador, passar, ACS, resolver, área, trazer, solucionar, sozinha, problema, porta.

Foi nomeada como modo de fazer saúde por apresentar nos seguimentos de texto o modo como as ações são realizadas no contexto de Itamarandiba.

A figura do coordenador é central nesta classe, as demais palavras originam-se das funções do coordenador, na qual o mesmo é visto como porta de entrada da ESF, sendo a ele direcionados os problemas da área a fim de que sejam solucionados.

[...] eu não posso passar na frente da coordenadora, que eu não sou coordenadora de nada. Eu tenho que trazer o problema da área para a coordenadora [...]. (E5).

[...] eu chego numa casa que tem esses problemas todos e vou passar para o meu coordenador [...]. (E5).

[...] quem tem que ajudar a gente nisso aqui é o coordenador da unidade, não é o médico, não é o técnico em enfermagem, é o coordenador [...]. (E5).

Nota-se, pois, que o coordenador da unidade (enfermeiro) é a referência para a resolução de problemas, ao mesmo tempo em que as trocas de informações com os médicos da ESF sobre os casos complexos não são referidas, o que sugere a fragmentação do trabalho na ESF.

O termo 'equipe' é visto como uma forma de trabalho necessária, mas não concretizada.

[...] passei para a coordenadora, eu não trabalho sozinho não, a gente trabalha em equipe, a gente precisa [...]. (E2).

Quanto às associações entre as classes, percebe-se que as classes 2, 5 e 3 possuem menor relação entre si e/ou com as demais classes, significando, portanto, que o foco das

práticas apresentadas pelos entrevistados se distancia do NASF que, por sua vez, não apresenta ligação com o modelo de atenção em saúde.

A classe 1 e 4 estão muito próximas entre si, mas afastadas das demais. Na classe 1 há uma construção de como a assistência é vista e como deveria ser executada e na classe 4 é indicada, no contexto, como de fato a assistência está organizada.

O conceito de assistência à saúde apresenta relação com o modo de se fazer saúde, porém, no cenário estudado, há uma divergência entre a construção da assistência e o modo de se fazer assistência.

5.2 Análise de conteúdo

5.2.1 Aspectos Conceituais

Por meio da análise dos conceitos e concepções utilizadas pelos profissionais entrevistados, para definirem a assistência à saúde, verifica-se que estes se organizam em torno de três campos de sentidos, aqui agrupados nas categorias: atores, recursos e qualidade da assistência.

Nesse sentido, os profissionais integram na construção do conceito de assistência, os sujeitos que a produz, o que é necessário para sua produção e a maneira como esta deve ser produzida.

Quando o foco recai sobre quem faz a assistência (categoria atores) destacam-se três atores: o médico, a APS e o coordenador.

A ação do médico, embora seja referida como necessária para a produção da assistência, ela parece permanecer no plano de expectativas a se realizar.

As referências à ação médica são construídas sobre a falta, evidenciado aspectos que deveriam ocorrer, e/ou pela crítica, destacando aspectos que não deveriam ocorrer, ou que precisariam ser melhorados para atender às normativas da APS.

Eu acho que assistência tem que ser assim, não pode ser pela metade, agora se o médico vai lá e dá só a receita? Ele tem que pedi exames também. (E2).

[...] é o paciente chegar e num, num tem vaga, vão dar um jeitinho, vão dar um jeito de consegui pro médico olhar, nem que seja pra olhar um exame, pra olhar um exame é rapidinho, não custa nada olhar o exame rapidinho. Pra mim isso é uma boa assistência. (E4).

Quando outros atores são mencionados percebe-se que há uma disputa de espaços de atuação, que ao mesmo tempo que toma como referência a ação do médico, a relativiza indicando a importância das outras categorias profissionais envolvidas na assistência.

[...] na assistência à saúde por que os outros profissionais de saúde são importantes? Um psicólogo não trata só de saúde? Ele num dá remédio, mas ele pode tratar uma pessoa muito melhor, um nutricionista por exemplo, não dá remédio, mas ele pode orientar e tratar a saúde muito melhor né, que aí evita que a doença venha, porque os profissionais que num trata, que num medica, mas ele pode fazer uma coisa quase, ou tão mais interessante, ou mais que um médico que medica, porque a hora que a pessoa já chega pra ser medicada, aí a saúde já num tá tão boa. (E5).

Na relação médico/equipe multiprofissional de saúde é importante considerar as representações hegemônicas sobre a medicina. Estas atribuem ao fazer médico uma posição soberana, impossibilitando o seu questionamento por parte dos outros profissionais da saúde. Interessante notar, que no grupo estudado, os questionamentos à atuação do médico são feitos de forma indireta indicando a presença de representações que não autorizam o livre debate.

No contexto do município, observa-se que o médico é o profissional que apresenta pouca interação com os demais membros da equipe. Isto se deve, em parte, à alta rotatividade dessa categoria profissional, sendo que a maioria não apresenta estabilidade contratual. Acrescido a esse fator, há grande dificuldade de contratar médicos, em especial, para trabalhar na zona rural, o que leva a gestão a exercer menos cobrança para que este profissional se integre ao trabalho de equipe.

A análise da subcategoria ator-médico, revela uma contradição entre a percepção de ações relacionadas à integralidade, acessibilidade e assistência multiprofissional, essenciais ao trabalho da APS (BRASIL, 2017) e consequentemente à metodologia do apoio matricial (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007), e a lógica que ampara estas ações, ancorada no modelo biomédico.

A integralidade da ação médica é entendida parcialmente evidenciando o aspecto curativo, pautado no diagnóstico e medicação (exame e receita). Já, a acessibilidade é reduzida ao acesso à interpretação de exames no contexto do atendimento à demanda espontânea, o que subverte que a assistência “boa” se resume ao uso da tecnologia dura (exame) em detrimento da interação médico-usuário.

Por último, no contexto da assistência multiprofissional, quando a atuação do médico é colocada em perspectiva com a atuação dos outros profissionais de saúde, delimita-se um território que é exclusivo do médico, a medicalização quando o agravo ou doença já está

instalada. Essa demarcação da ação médica, gera também, a demarcação do campo de ação dos outros profissionais associado à prevenção de doenças e a promoção da saúde.

A análise dessa dimensão da representação social sobre a assistência à saúde indica que, esta, ao ser articulada em torno da ação médica, produz uma dicotomia que, de um lado, engloba perspectivas e práticas alinhadas aos princípios do SUS e diretrizes da APS que são pertinentes às ações da equipe multiprofissional, e de outro, perspectivas e práticas ancoradas no modelo biomédico, que são próprias do fazer médico. Essa dicotomia gera práticas que não integram o médico nas ações globais das equipes de APS.

Já, quando a assistência à saúde é compreendida a partir do ator - APS (categoria APS), as ações são entendidas como resultado da interação de um conjunto de profissionais. As unidades de sentido dessa subcategoria (Quadro 1) indicam a elaboração de uma perspectiva de assistência ancorada nas normativas do SUS e APS. Nesta, são evidenciadas ações prioritárias, integrais e resolutivas que colocam a APS como base do sistema.

Assistência à saúde, eu acho que ela começa desde o acolhimento, né, feito pra qualquer paciente que chegar aqui na porta da Unidade e não só aqueles que procuram a Unidade, mas também aqueles que nós vamos até eles, então a assistência à saúde começa desde uma orientação até um procedimento, mas é, é, qualquer procedimento realizado pro paciente, seja ele um preventivo, que seja uma consulta, seja um encaminhamento, então, o processo pra mim da saúde se baseia nisso. (E9).

[...] uma assistência tem que pelo menos minimizar situações que são prioritárias em uma Unidade de saúde, fornecer o mínimo, que a população tenha acesso à Unidade, que a Unidade consiga promover, é, é, a função, ainda mais nós sendo PSF, estratégia né agora [...]. (E9).

[...] eu acho que a atenção básica ainda é o alicerce da assistência à saúde do município [...], queira ou num queira, pode ter quem discorda, que eu ainda acho que tá na atenção básica [...]. (E5).

Eu acho que é ocê acompanhar, igual um paciente que procura aqui, a gente abrange, não fica só preso numa coisa, a gente tenta, a gente não vai resolver, a gente tentar solucionar, cê olha, se não resolveu, a gente tenta marcar uma consulta, entendeu? Então, a gente tenta resolver na medida do possível. (E10).

Interessante observar, que estas ações são descritas de forma objetiva sugerindo que estão presentes no cotidiano desses profissionais. Porém, ao tratar da promoção da saúde, as ações são descritas em um plano ideal, com uso de verbos como ‘espero’, ‘gostaria’, ‘seria’ indicando que possivelmente ainda não se concretizaram na APS de Itamarandiba. Situação essa que se distancia da orientação fundamental da ESF, que reafirma a promoção da saúde como inerente às práticas clínicas (BRASIL, 2001, 2017).

Nosso objetivo principal seria promover saúde e prevenir doenças [...]. (E9).

Pra gente conseguir trabalhar e acompanhar o histórico do paciente, né, e não tanto curativo, isso é conseguir trabalhar a assistência adequada de PSF. (E6).

[...] eu gostaria que o PSF realmente trabalhasse como PSF e não tivesse só uma visão assim: “ah, é um caso agudo, vão marcar uma consulta”, não, que a gente trabalhasse a prevenção mesmo, a promoção mesmo, que a gente tivesse um programa de rádio, que pudesse abordar mais, os meios de comunicação. (E9).

Nos registros sobre o contexto da APS em Itamarandiba, verificam-se relatos em que os profissionais justificam a não consolidação da promoção da saúde no município, devido a vários fatores, entre eles: a falta de cobrança ou incentivo da gestão, sobrecarga de trabalho e o perfil do profissional.

As mesmas justificativas são utilizadas em relação às ações contínuas, acrescidas pelo não seguimento dos usuários com condições crônicas e a falta de capacitação profissional.

Interessante observar, que do mesmo modo que ocorreu com a subcategoria ator-médico, existe a construção de uma representação que se dá pela falta: falta de cobrança e de incentivo, falta de adesão dos usuários e falta de capacitação profissional. Esse modo de explicar coloca a responsabilidade da ação no outro, no caso, a instituição/serviço. Embora, na concepção do trabalho inerente ao SUS, preconize o empoderamento, a autonomia e a proatividade dos profissionais das equipes de saúde, (BRASIL, 2004; 2010c) observa-se uma perspectiva ancorada em um modelo de trabalho hierarquizado e centralizado.

Este aspecto ganha saliência na subcategoria ator-coordenador, em que a figura do coordenador assume um papel central na APS, sobressaindo-se em relação à figura do médico.

Eu acho que a coordenadora de uma Unidade, ela é tanto, ou mais, [...] eu acho que é muito mais importante dentro duma equipe de PSF o coordenador que o médico ou de qualquer outro profissional, muito mais importante. Eu acho muito mais importante o coordenador na equipe da atenção básica de que qualquer uma outra [...]. As portas já começam a ser abertas através do coordenador pra essa família [...] eu acho assim, que o coordenador de uma atenção, de um PSF por exemplo, é a porta de entrada da saúde, da, da atenção básica da saúde, [...]. (E5).

A concepção de uma coordenação centralizadora contrariaria o modo de gestão participativa proposta pelo SUS (BRASIL, 2004; 2010c). Está enraizada nos modelos clássicos de gestão, dificultando a implementação de relações horizontais entre os atores da produção em saúde, de modo a promover um ambiente organizacional democrático, com equilíbrio entre os saberes, e a favorecer a discussão de condutas e trocas (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011),

Cabe a reflexão sobre o predomínio do paradigma biomédico, tanto na forma de conceber a produção do cuidado, quando na forma de organizar o serviço. Nesse sentido, Mehry e Franco (2012) afirmam que na produção do cuidado, rompe-se com a norma do trabalho prescrito sempre que predominar as concepções e desejos pessoais do profissional. Pois, conforme Figueiredo e Furlan (2008), no campo da saúde, a produção do trabalho é estruturada a partir de interesses, sentimentos e paradigmas, o que vai ao encontro dos pressupostos da TRS de Moscovici (2013).

Ao entender a assistência a partir do que é necessário para que ela se concretize (categoria recursos), destaca-se que a assistência à saúde da APS depende de recursos humanos em quantidade e com capacitação adequadas. O que denota que a concepção de APS entre os profissionais entrevistados considera a sua complexidade.

Em relação à capacitação profissional, é evidenciada a necessidade de programas de educação voltados à educação permanente do profissional, indo ao encontro do que preconiza Mendes (2015).

[...] assistência deveria ter os profissionais mais bem preparados [...]. (E1).

[...] por isso que o ACS não é qualquer pessoa, eu sempre falo isso, eu acho que o ACS, que a característica do ACS não devia ser escolhido por um processo seletivo, podia ser [...] mas o ACS tinha que ser preparado, outros tipos de preparação. (E5).

[...] eu acho que antes tinha de ter uma qualificação pra essas pessoas. (E7).

[...] é capacitar mais os profissionais porque à medida que se tem capacitação, o nosso trabalho a tendência é só melhorar [...]. (E11).

A prática profissional do SUS, rompe com paradigmas de assistência que estão fortemente presentes nos projetos de formação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, o cenário de atuação da APS, é um desafio que precisa ser enfrentado por muitos profissionais, pois constitui um modelo de atuação diferente daquele para o qual foi capacitado. Na ausência de programas de capacitação e atualização, as práticas se constroem de forma insipiente, apoiadas de um lado, no modelo biomédico e de outro, nas experimentações e negociações cotidianas com a equipe e os contextos de atendimento.

Ao analisar o cenário estudado, nota-se que algumas equipes do município de Itamarandiba estão mais sobrecarregadas, seja pela quantidade de usuários inscritos na ESF, ou seja, por apresentarem população com perfis distintos de risco e de vulnerabilidade. Além disso, o desfalque de profissionais do NASF, aliado à possibilidade de constituição de uma nova equipe cria a expectativa de mais profissionais atuando na APS.

Entretanto, é possível hipotetizar que a necessidade de mais profissionais também se deve a ancoragem em modelos administrativos clássicos, caracterizados por rotinas fortemente estruturadas em procedimentos, numa concepção tecnicista, conforme explicam Faria *et al.* (2010). Nesse contexto, a necessidade de mais profissionais se justifica pela necessidade de mais atendimentos clínicos e pelo acúmulo de encaminhamentos, resultantes de um modelo de atenção focado no atendimento individual de natureza curativa (CAMPOS; DOMITTI, 2007; FIGUEIREDO; FURLAN, 2008).

Da mesma forma como ocorreu na categoria anterior, a concepção de assistência se configura pela ausência, tanto de capacitação, como de profissionais, indicando ancoragens no modelo biomédico que inviabilizam a construção de novas práticas de atenção. Percebe-se que a carência de profissionais é usada para justificar a não realização de abordagens coletivas, como grupo terapêutico e ou educativo.

Então é muita coisa, é recursos humanos pra poder fazer isso, porque pra ela fazer isso teria que ter uma outra psicóloga fazendo, uma outra nutricionista fazendo junto com a daqui. (E3).

Precisa de mais profissionais né, que a fila de fisioterapia mesmo tá enorme. Eu acho que eles tinha que contratar mais. (E8).

A importância da equipe multidisciplinar aqui assume outra nuance, indicando quanto mais profissionais de diferentes especialidades, melhor o processo de produção da saúde. Assim, quanto ao número de profissionais especialistas no município, é considerado inadequado, tendo em vista a demanda acumulada no setor de tratamento fora de domicílio, acarretando o tempo elevado de espera dos usuários.

Porém, os resultados obtidos por meio da análise de conteúdo, assim como da análise com o uso do IRAMUTEQ, revelam uma conduta de encaminhamento excessivo, em especial à especialidade médica. Prática essa, observada por Gérvas e Fernández (2012) como um dos obstáculos na resolutividade da APS no Brasil, motivo que originou a criação do NASF (BRASIL, 2010a, 2014). Por intermédio do apoio matricial, o NASF visa empoderar os profissionais na resolução de problemas, promovendo a discussão dos atendimentos e a troca de saberes com vistas a otimização dos encaminhamentos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Quanto à concepção da assistência à saúde atrelada à existência de recursos materiais, esses são fortemente referenciados pelos profissionais do NASF como necessários à assistência, mas muitas vezes inexistentes ou precários no contexto do município estudado. Entretanto, é importante destacar uma contradição em relação aos procedimentos que envolvem

tipicamente tecnologias de relações, como grupos terapêuticos, pois alega-se que estes não são realizados devido a inexistência de materiais específicos que configuram tecnologia dura.

Verifica-se também, resistência em atuar conforme as normativas do NASF, ou seja, trabalhar nas UBS, junto aos profissionais da ESF, devido a estrutura não contar com consultórios para cada profissional do NASF. Isto revela uma concepção que se distancia da metodologia de apoio matricial, que fundamenta o trabalho do NASF.

[...] mesmo que funcionasse eu acredito que PSF nenhum aqui suportaria, **não teria sala disponível pra todo mundo, pra fazer atendimentos**, ficaria mais tumultuado, entendeu? [...] aí pra ela fazer esses grupos ela teria que ter **material suficiente** pra atender grupos de terapia, ela teria que ter sala específica dentro do PSF para fazer isso, aí a nutrição também deveria ter, então são muitas, muitas coisas que envolvem, é capacitação, é material, é estrutura física, entendeu? [...] fazer grupo sem uma **sala específica** pra poder trabalhar, sem um local adequado, sem material, não teria como, entende? Então é complicado, eu acho muito difícil. (E3).

O ideal seria ter uma estrutura física em cada PSF que comportasse esse atendimento nosso lá. Acredito sim que seria ideal, você teria uma **equipe muito maior, mas, é, preparada pra aqueles atendimentos**, e não seria como seria aqui, que é como se fosse uma clínica de especialidades médicas. (E11).

Observa-se nessas falas o predomínio de uma concepção de assistência ancorada no modelo biomédico e seu foco em procedimentos e atendimentos clínicos.

Na categoria qualificação da assistência, observa-se que ao entender a assistência a partir da maneira como esta deve ser produzida, os entrevistados destacam dois aspectos: a humanização e a visão biopsicossocial, ambos fortemente ancorados no modelo de promoção da saúde.

Nesse modelo, são elaboradas ações prescritas no processo de trabalho das equipes, como acolhimento pautado na escuta acolhedora, ações integrais e intersetoriais. Todas norteadas pelos princípios da APS, como previsto na Política Nacional da Atenção Básica, como o vínculo com o usuário, responsabilização demonstrada no comprometimento profissional e conseqüentemente, a humanização, vista também como o reconhecimento amplo das necessidades do usuário (visão biopsicossocial) (BRASIL, 2017).

A qualidade da assistência associada ao comprometimento e envolvimento profissional é concebida a partir de um perfil permeado de virtudes, em que se requer vocação do profissional da APS, como ‘ter coração, ter boa vontade de ajudar, trabalhar não só pelo salário, envolver-se mesmo nos problemas da família’, para se produzir uma assistência à saúde adequada.

Tem que ter dom pra trabalhar, pra saber prestar uma assistência boa. [...] tinha que ter uma equipe bem de coração pra poder tá correndo atrás e tá ajudando [...] é ter boa vontade de querer ajudar o outro, ajudar quem tá precisando [...]. (E4).

Não é só chegar lá e dar bom dia, pra mim não é só isso não, eu chego lá e digo como é que tá aqui. Chego e vou virar todo mundo de cabeça pra baixo, aí eu vou dar assistência [...] Eu acho que falta é o profissional sujar o sapatinho, eu não tô lá debaixo de sol e chuva? (E2).

Eu acho se a atenção básica tiver bem integrada, tiver bem estruturada, tiver com profissionais que realmente queira trabalhar, queira dá, que trabalha não só pelo salário que ganha, mais que dá um pouco de si de verdade né, envolver mesmo nos problemas da família realmente. (E5).

Eu acho que na assistência à saúde não pode é faltar humanidade com as pessoas. (E10).

Como exposto anteriormente (Contexto da Pesquisa), no grupo estudado circula a ideia de que nem todos os profissionais apresentam o perfil ideal para que se alcance uma assistência de qualidade, o que se revela de duas formas. Primeiro, por meio da expressão objetivada “Eu acho que falta é o profissional **sujar o sapatinho**, eu não tô lá **debaixo de sol e chuva?**” O que, além de denotar um desejável comprometimento incondicional com o atendimento à população, apresenta contraditoriamente, a imagem do profissional associada à assepsia e ao distanciamento da realidade dos usuários. Paralelamente, outro sentido se configura como perfil ideal do profissional, que é o altruísmo, a vocação, a dedicação ao trabalho, apesar da má remuneração. Nesse caso, parecem emergir sentidos ancorados nas práticas assistencialistas de natureza religiosa que marcaram os serviços de saúde ao longo da história.

Dentro do mesmo campo de significações relacionadas a humanização profissional (Quadro 3), observa-se que o vínculo profissional-usuário é compreendido como necessário ao trabalho do ACS e está presente na relação de confiança obtida entre ACS e a família. Esta deve ser permeada pela escuta acolhedora, construída a partir das condutas de empatia - expressas nos verbos ouvir, perceber, enxergar, identificar - necessárias ao diagnóstico das reais necessidades do usuário. Nesse contexto, deve-se promover a igualdade na assistência evitando privilegiar certos usuários em detrimento de outros.

Na subcategoria visão biopsicossocial do processo saúde doença, a noção de assistência à saúde é formulada por meio da articulação de duas perspectivas: o conceito ampliado de saúde e doença e o trabalho integrado e intersetorial.

A construção da assistência, amparada no conceito ampliado de saúde e doença, resulta na definição das ações que redimensionam o foco da atenção para além da dimensão biológica, o que, logicamente, demanda intervenções mais complexas e dinâmicas.

A assistência à saúde, à luz do sentido objetivado da expressão “como um todo”, ganha uma perspectiva holística. Nesta, o cuidado parte da necessidade do usuário para construir o cuidado integral.

Eu acho que a assistência à saúde é uma assistência como um todo, do ser humano com um todo, a saúde é só consequência, se ocê cuida dos mais pobre por exemplo, quem não tem comida não vai ter saúde não [...], quem come mal, quem mesmo tem as coisas, mas não sabe preparar um alimento, igual aqui, se ocê não sabe, ocê pode ter tudo na sua casa, se ocê não sabe preparar um alimento cê fica com fome, ocê vai adoecer, então eu acho que a assistência à saúde, é a assistência do ser humano como um todo né, a saúde é só consequência. (E5).

A assistência à saúde, eu acho que ela entra como um todo. A assistência à saúde não adianta querer tratar a doença [...] não é só. Assistência à saúde não é só tratar a doença, é tratar a pessoa. (E9).

Então, seria, é, é, atender a pessoa de forma que ela é, e saúde seria o bem estar físico psíquico e mental, envolver todo o indivíduo com um todo, no todo, não só numa parte, por exemplo o dentista não pode pensar só na boca, tem que pensar na saúde da pessoa inteira, por exemplo se a pessoa tem diabetes envolve a parte clínica da odontologia, conduta vai ser uma, se ele não tiver diabetes a conduta vai ser outra, é pensar no indivíduo num todo. (E12).

O trabalho integrado e intersetorial é viabilizado por meio do trabalho em equipe interdisciplinar. Nesse contexto, as expressões “trabalhar em conjunto” e “ter ajuda, parceria e muita união” ganham força como algo ideal e necessário para a assistência à saúde.

Nas entrevistas, a noção de integralidade se articula à definição de assistência à saúde por meio de três aspectos consonantes com as definições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a; 2014). Primeiro, a abordagem integral do indivíduo, segundo o trabalho integral como forma de organização das ações e serviços de saúde (ambos visto na qualificação da assistência) e terceiro a disponibilização de ações integrais em saúde, com destaque às ações de promoção da saúde (abordadas anteriormente na categoria ator, subcategoria APS).

As elaborações conceituais em torno da qualificação da assistência estão afinadas com a reorientação do modelo assistencial pautado no paradigma promocional das ações em saúde, conforme indicam Paim (2012) e Franco e Merhy (2003). Colocam em evidência a noção da assistência à saúde requerida na implantação de ações nos moldes da ESF, NASF e do apoio matricial (BRASIL, 2014, 2017).

Percebe-se que na formulação da qualidade da assistência à saúde, os entrevistados organizam suas RS a partir do emprego das tecnologias leves, ao evocarem ferramentas relacionais como inerentes à produção do cuidado, sinalizando, portanto, que as mesmas estão ancoradas nos preceitos da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017), da Promoção da Saúde (BRASIL, 2010d) e da Humanização (BRASIL, 2013c).

Por fim, as representações dos profissionais sobre a assistência à saúde, reveladas, tanto por meio da análise de conteúdo, quanto da análise realizada pelo IRAMUTEQ, permitem inferir que estas se articulam a partir de dois paradigmas: o modelo de promoção da saúde e o modelo biomédico, resultando em práticas ancoradas em ambos modelos. Esses resultados sugerem que, devido ao fato do modelo biomédico ainda não ter sido superado, as ações de assistência à saúde no contexto do SUS ocorrem em um cenário de disputa e contradições.

5.2.2 Práticas em saúde

Por meio da análise das práticas reveladas pelos profissionais entrevistados, ao elaborarem as ações de assistência à saúde, observa-se que estas se organizam em torno de dois campos de sentidos, os quais foram agrupados nas categorias: produto e processo.

Assim, ao definirem as práticas em saúde, os profissionais revelam o que é produzido por eles e o modo como produzem a assistência à saúde.

Quando se define o que é produzido (categoria produto), surgem três blocos de ações: ações curativas diversas, encaminhamentos e ações educativas.

Nas ações curativas diversas surgem atividades, reveladas pelos profissionais, que integram a abordagem curativa (consulta, solicitação de exames, acompanhamento domiciliar), que apesar de contemplarem as ações dos profissionais da equipe, numa lógica multiprofissional, há um olhar para a centralidade do papel do médico.

Essa elaboração da necessidade da assistência multiprofissional, também construída pelos profissionais como um recurso necessário à produção da assistência, pode estar associada ao princípio da integralidade à saúde, já que essa “converge com o reconhecimento de que o conhecimento do outro é útil e indispensável à compreensão das demandas apresentadas pelas populações, uma vez que o processo saúde-doença é apreendido em suas diversas dimensões” (SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2010, p. 36).

Entretanto, observa-se que a lógica construída de uma assistência multiprofissional assume o sentido de acréscimo no número de profissionais à assistência, o que não garante o cumprimento da integralidade, conforme exposto por Campos:

Em geral, quando mais de um especialista ou mais de um profissional opera sobre um caso, eles o fazem de maneira vertical, em ações separadas umas das outras. Somatória de procedimentos realizados “ao lado” um do outro, com a suposição que cada um cumprindo sua parte estaria garantida a qualidade ao todo. (CAMPOS, 1999, p. 399).

Na realidade, o suprimento de mais profissionais por si só não efetiva a mudança das práticas de saúde, pelo contrário, “pode-se criar uma dependência ainda maior do usuário, pelo conjunto maior de ofertas de saúde, que alimentam ainda mais a lógica do usuário-consumidor (de produtos, consultas, exames)” (BEZERRA, 2013, p. 31).

Quanto ao “valor” maior dado às ações médico-curativas, a concepção revelada é materializada ao destacá-las como principais nas práticas assistencial-curativas.

Marcar visita médica para o médico da equipe, ver o que pode fazer, [...]. Mas o **principal é psiquiatra e o médico** para os cuidados clínicos da hipertensão e diabetes [...]. (E4).

Esse caso foi mais fácil porque é uma coisa mais técnica, é só fazer exames e tratar. Isso aqui é só o médico da atenção básica ir lá e discernir [...]. (E7).

[...] em se tratando de saúde da família no qual eu estou inserido, esse caso passaria pela atuação basicamente do médico [...]. (E12).

Essa concepção com foco curativista também é verificada nos resultados da Classificação Hierárquica Dependente, haja vista que o termo ‘tratamento’ apresenta relevância estatística na classe ‘foco da atenção e práticas’.

Além da figura do médico, a especialidade médica também ganha um protagonismo maior, ao destacá-la como ‘principal’, e ao referi-la de modo indiscriminado (como também visto na elaboração do recurso à assistência).

[...] cada um tem que ser encaminhado para uma especialidade aí, dentro da área de cada médico. (E8).

Essa organização do trabalho, numa concepção hierarquizada, materializada principalmente por meio da figura do médico como detentor do controle, saber e poder de decisão da equipe, se apresenta como uma barreira na efetivação da ESF, enquanto proposta capaz de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1997), resultando também em dificuldades para o exercício do apoio matricial (SOUZA; AYRES; MARCONDES, 2012).

Em sintonia com essa prática, surge a conduta de encaminhar, que pode indicar um possível reconhecimento pelo profissional das necessidades diversas do usuário e, por isso, alcançar uma assistência integral/completa, por meio da abordagem multiprofissional, como de especialistas médicos e da equipe NASF e CREAS/CRAS.

[...] pedir a avaliação do NASF com o psicólogo [...]. (E1).

[...] acionar a assistência social pra ir atrás de um emprego. (E4).

[...] precisa de procurar um CRAS, um CREAS, outras redes [...]. (E5).

Entretanto, ao se avaliar o contexto e as referências construídas em torno dos recursos necessários à assistência à saúde, ‘o encaminhar’ é entendido como uma prática excessiva entre os profissionais da APS. Este termo apresentou, inclusive, relevância estatística na classe ‘foco da atenção e práticas’.

Assim, torna-se claro que essa tendência à especialização, de forma que o conhecimento e as ações de saúde sejam focados em partes e funções específicas do corpo humano, aprofundando a divisão do trabalho e a fragmentação dos saberes são produtos atuais originados no modelo biomédico de se produzir saúde (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008).

As barreiras descritas nesta categoria, como enfoque excessivo na atenção curativa e especializada, foram apontadas também como problemas da APS no Brasil nos estudos da OPAS (2005) e de Gérvas e Fernández (2012).

Com isso, percebe-se que as RS dos profissionais, apreendidas tanto na elaboração das práticas, quanto dos conceitos em torno da assistência, podem constituir um obstáculo à implementação do apoio matricial do NASF, já que o mesmo visa justamente reverter essa lógica de encaminhamentos indiscriminados, por intermédio do apoio técnico-assistencial e pedagógico, segundo as normativas do NASF (BRASIL, 2014, 2017) e da metodologia de apoio (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011).

Apesar da formulação de ações predominantemente curativas pelos profissionais, foi possível destacar, entre os produtos das práticas levantadas, a construção de atividades de orientações. Entretanto, ao descreverem as ações educativas, fazem numa perspectiva de ajustamento do comportamento do usuário.

[...] eu iria orientar ele né, para tentar mudar o estilo de vida, tentar mudar a história dele. Agora orientar eu oriento, agora mudar o estilo de vida deles é uma coisa complicada. (E2).

[...] ensinar a preparar, que tem como a gente ensinar a fazer isso, [...]. (E5).

Na discussão sobre o contexto da pesquisa, evidencia-se que as ações educativas, quando realizadas, ocorrem na forma de transmissão vertical de conhecimento, seja por meio de palestras ou temas específicos ao usuário, e, nesta perspectiva, o outro não é reconhecido como sujeito ativo no processo educativo e também portador de conhecimentos.

Trabalho com um público alvo específico, por exemplo, vou lá falar de um tema específico, como grupo de hipertenso, de diabético. (E3).

Assim, pode-se entender que a forma de realizar as ações educativas contraria as normativas da PNAB, pois:

Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade. (BRASIL, 2010a, p. 19).

Por fim, diante da análise das atividades relatadas pelos profissionais entrevistados, nota-se um peso maior dado à elaboração de atividades curativas, como já confirmado a partir dos resultados da CHD, fato que pode ter sido influenciado pela natureza dos estudos de casos apresentados, que eram complexos e demandavam ações de tratamento.

Conforme discutido anteriormente, os profissionais justificam esse perfil de produção da saúde devido à falta de vontade ou resistência profissional, à ausência de incentivos da gestão para ações de promoção da saúde e a cobrança do sistema por produtividade.

Quanto aos modos de realizar a assistência, presentes na categoria processo, incluem práticas que se efetivam de modo hierarquizado, pontual e fragmentado, porém com planejamento para a equidade e com respeito às relações humanizadas.

As ações hierarquizadas revelam um modo de produzir saúde no qual o papel do coordenador é supervalorizado, o que está em consonância com o que foi discutido anteriormente na subcategoria ator-coordenador, como também, na discussão sobre o contexto da pesquisa e nos resultados da análise da CHD (IRAMUTEQ), em que apresenta alta relevância estatística e associação com o termo ACS.

Observa-se o modo hierarquizado de produzir saúde, é permeado por RS ancoradas em modelos administrativos clássicos de fazer e organizar as ações e serviços de saúde. Conforme Campos e Domitti (2007), nesses modelos o trabalhador de saúde não é visto como sujeito dotado de autonomia, capaz de questionar ou propor melhorias ao processo de trabalho. Na subcategoria ações pontuais, evidencia-se o modo fragmentado de fazer saúde caracterizado pela subdivisão do trabalho, o que é evocado pela expressão subjetivada “cada macaco no seu galho”.

[...] minha assistência é de orientar as pessoas, o médico é o que consulta e dar a receita, a enfermeira tem o trabalho dela, o auxiliar tem o trabalho dele, cada um,

como tem a brincadeira cada macaco no seu galho. Então, minha assistência é de orientar [...] esse é um caso de médico. O que eu faço é orientar mesmo [...]. (E2).

A questão do diabetes e da hipertensão é, normalmente, a gente só encaminha mesmo [...] a gente conta muito com a outra parte da equipe que é a enfermagem e o médico, que aí entra encaminhamento pra psicólogo né, porque seria o caso, pra nutricionista por causa da desnutrição, mais aí a gente já passa mesmo pra outra equipe, pra outra parte. (E13).

[...] para um enfermeiro ou psicólogo é mais fácil. [...] eu trabalho mais com idosos, grupo de, que a gente faz, grupo operativo. Mas eu não trabalho com um caso de uma família tão complicada. Tipo isso, entende? O que um PSF trabalharia, entendeu? (E3).

Na APS, a simples realização de ações de diferentes categorias profissionais não garante a resolução ou a percepção integral das necessidades em saúde dos usuários, em especial, porque a hierarquia, bem sedimentada e extremamente rígida, é mantida nas relações entre os profissionais, perpetuando, assim, a fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde do usuário, característico do modelo biomédico (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Deste modo, para que se possa de fato alcançar a integralidade nas ações em saúde "cada vez mais, nos contextos da Atenção Primária à Saúde, necessita-se de equipes interdisciplinares capazes de interagir com as diversidades apresentadas pelos indivíduos atendidos" (SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2010, p. 36).

Nas entrevistas, a interdisciplinaridade é evidenciada pelos profissionais, que ao construir o conceito de assistência à saúde na lógica de qualificação trazem a perspectiva do trabalho integrado e intersetorial. Entretanto, as ações em saúde continuam sendo concretizadas de forma isolada, focadas no encaminhamento, sem a existência de qualquer interação ou troca entre os profissionais.

Nesse contexto, é importante destacar que:

No esforço de garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes. (BRASIL, 2010d, p. 15).

Como revelado no presente trabalho e em outras pesquisas, o conhecimento sobre a necessidade do trabalho interdisciplinar não é suficiente para a sua concretização. Além da estruturação dos serviços e ações de saúde, propícias às relações de trocas e interações, é necessário que o profissional “queira fazer” a integração de saberes, que ele realmente acredite no seu impacto para efetivá-lo (SILVA, 2014; MAFRA, 2012).

O distanciamento entre o conceito e sua materialização nas práticas cotidianas é objeto de estudo no campo da TRS. Jodelet (2015), ao comparar os dois tipos de conhecimentos, refere que o conhecimento científico proporciona uma representação da realidade, enquanto o saber do senso comum adiciona a essa representação as características da ação sobre a realidade, o que está estreitamente associada à identidade dos sujeitos.

Dessa forma, é possível observar que a dimensão humanização, está presente no grupo de profissionais que consegue efetivá-la nas relações equipe-usuário, sendo que, nesse contexto, concepção e forma de atender estão alinhadas nas ações realizadas.

No cenário das práticas, a humanização assume sentido no processo de materialização da escuta, da compreensão da situação do usuário/família, mediante o estabelecimento do vínculo profissional-usuário.

A escuta, entendida como ato central da humanização, evidencia uma representação que inclui o outro-usuário na produção do cuidado, ao mesmo tempo que relativiza o saber especializado dos profissionais da saúde. Aos profissionais, coloca-se o desafio de construir novas formas de atuar que, por sua vez, irão determinar novas configurações identitárias.

O desenvolvimento de relações de vínculo é essencial para a garantia da continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, sendo, portanto, definido como fundamental na atenção básica. Starfield (2002, p. 291) afirma que o vínculo “é fortalecido pela continuidade da atenção, favorecendo o mútuo conhecimento/confiança entre profissional e paciente”, promovendo relações mais próximas e duradouras que contribuem à ampliação da efetividade na APS. Tanto a escuta qualificada, característica do processo de trabalho da equipe da APS, quanto o vínculo, contribuem para a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, na resolutividade das ações em saúde da APS (BRASIL, 2017).

Para se concretizar a humanização, segundo a PNH, deve haver o reconhecimento dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde. Os valores que norteiam as práticas devem ser “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão” (BRASIL, 2004, p. 03).

É pertinente lembrar que o NASF foi pensado, justamente, com o intuito de contornar as situações apresentadas ao longo do trabalho, com o desafio de garantir a efetivação das ações interdisciplinares e intersetoriais, trabalho em equipe, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010a).

Tomando como referência o que foi discutido até o momento, observa-se que a organização do processo de trabalho das equipes de ESF, com vistas a garantir a melhoria da resolutividade, não é uma tarefa fácil. É um processo cheio de desafios, que exige, além de reestruturação da organização dos serviços e ações em saúde, uma ruptura com o paradigma biomédico ainda muito presente nas representações dos profissionais envolvidos na produção da saúde.

Finalizando a discussão dos resultados, surge a necessidade de retomar os objetivos do presente estudo e tentar contribuir para a reflexão sobre o implementação do apoio matricial em Itamarandiba.

A implantação do apoio matricial em Itamarandiba

O contexto de produção das representações evidenciadas no presente estudo, é marcado por processos histórico-culturais de organização estrutural das ações e serviços de saúde em um sistema municipal de saúde fragmentado. A forma como ocorreu a implantação do NASF em Itamarandiba, qualificada por meio da expressão objetivada “no susto”, pode ter relação direta com a presença de dois modelos de assistência à saúde em disputa, o que apresenta obstáculos para o plena a implementação do apoio matricial no município.

Com o intuito de contribuir para a superação desses obstáculos apresentamos a seguir um quadro indicando os aspectos desfavoráveis à implantação do apoio matricial em Itamarandiba, obtidos por meio da análise realizada, bem como suas consequências, conforme descrito na literatura.

Quadro 8: Síntese dos aspectos desfavoráveis ao apoio matricial e as consequências.

Principais aspectos desfavoráveis à metodologia apoio matricial	Consequência para o processo de trabalho
Desconhecimento da proposta do NASF e apoio matricial	Implantação desvirtuada do NASF (CAMPOS, 1990; CAMPOS; DOMITTI, 2007).
Foco da atenção às condições agudas	Prioridade da agenda à demanda espontânea (MENDES, 2008, 2013).
Modelo de atenção fragmentado	Trabalho desarticulado (MENDES, 2008, 2013).
Perfil profissional assistencial-curativo	Ênfase nas ações curativas e atuação médica (MENDES, 2008, 2013).
Gestão hierarquizada	Falta de proatividade profissional (CAMPOS; DOMITTI, 2007).
Inexistência de programa de qualificação profissional	Processo de trabalho diferenciados (CAMPOS, 1990; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os problemas relacionados à implantação do NASF em Itamarandiba, foram destacados em outros estudos, tais como:

- A implantação do NASF ocorreu sem a aplicação da ferramenta pactuação do apoio. Não houve um processo de discussão prévia da gestão em conjunto com profissionais das ESF e conselheiros sobre as características do NASF (MAFRA, 2012; BEZERRA, 2013; SILVA, 2014) e também não houve a pactuação de metas, agendas, discussão de fluxos e rotinas de trabalho entre as equipes NASF e ESF, antes e/ou depois da implantação do NASF, o que dificultou a compreensão do papel do NASF entre os profissionais da APS (MAFRA, 2012; LACMAN; BARROS, 2011);

- A implantação dos NASF ocorreu sem um processo de capacitação da equipe (LACMAN; BARROS, 2011; MAFRA, 2012; SILVA, 2014);

- Não ocorreu assimilação completa pelos profissionais das equipes da metodologia de trabalho do NASF, o apoio matricial (SILVA, 2014; GONÇALVES *et al.*, 2015);

- Existe incompatibilidade das estratégias de trabalho de ambas as equipes, acarretando diferenças no processo de trabalho e em demandas diferenciadas de atividades e discordância nas prioridades de ações. Enquanto o NASF é 'cobrado' por atendimento em conjunto, ações coletivas, discussões e reuniões, às equipes de ESF é requerida uma agenda com maior número de atendimentos clínicos, e essa discrepância dificulta o compartilhamento de atividades, pois reflete na organização das tarefas, como na forma e tempo para realizá-las (BARROS *et al.*, 2015; LANCMAN; BARROS, 2011; ARAÚJO E GALIMBERTTI, 2013; LANCMAN *et al.*, 2013; SILVA, 2014; GONÇALVES *et al.*, 2015);

- Houve resistência de alguns membros das equipes em relação às rotinas, práticas e metodologia de trabalho do NASF (MENEZES, 2011; LANCMAN *et al.*, 2013; SILVA, 2014);

- A constatação de que alguns profissionais não realizam atividades em grupo gerou uma indisposição e/ou clima de desconforto com os demais profissionais (MENEZES, 2011);

- A carência de recursos materiais foi exposta como fator limitante à realização do trabalho do NASF (MENEZES, 2011; LANCMAN *et al.*, 2013; SILVA, 2014; GONÇALVES *et al.*, 2015);

- Concepção do profissional de que o conhecimento sobre a forma adequada de se trabalhar deve vir somente da gestão, demonstrando uma postura de passividade, o que se acentuou com a falta de apoio, incentivo e investimento na qualificação dos profissionais de saúde (SILVA, 2014);

- Equipe de NASF incompleta e a rotatividade dos profissionais, que fragmenta o processo de trabalho em andamento e que, muitas vezes, desconstrói o que havia sido construído (SILVA, 2014).

A partir das normativas do NASF prescritas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, 2017), pode-se inferir que o NASF de Itamarandiba atua numa lógica assistencial-curativa, com objetivo de apoio de especialistas, guiado pela diretriz de territorialização, sem aplicar as ferramentas tecnológicas ao trabalho (pactuação do apoio, apoio matricial, clínica ampliada, PTS e PST), sem relação com a gestão ou com a ESF. As atividades realizadas se resumem ao atendimento individual em unidade física independente, visita domiciliar e grupos de educação em saúde.

Verifica-se, pois, que no município há uma lógica de organização fragmentada e a forma verticalizada como se deu a implantação do NASF acirrou ainda mais a resistência ao modelo de assistência baseado nos princípios do SUS e nas diretrizes da APS, o que se expressa na persistência do modelo biomédico nas representações sobre assistência do grupo estudado.

Potencialidade à implantação do apoio matricial

Embora o processo histórico de implementação do NASF em Itamarandiba não tenha favorecido a implantação do apoio matricial, observa-se potencialidades que foram descritas no Quadro 9:

Quadro 9: Síntese dos aspectos favoráveis ao apoio matricial e as consequências.

Principais aspectos favoráveis à metodologia apoio matricial	Consequência para o processo de trabalho
Profissionais com estabilidade contratual	Continuidade do trabalho com possibilidade para vínculo e longitudinalidade do cuidado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).
Concepção da necessidade de se exercer as ações em saúde guiadas pelas diretrizes do SUS (BRASIL, 1989, 1990) e APS (BRASIL, 2017).	Possibilitam a implantação de processo de trabalho guiados pela metodologia (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os aspectos que podem atuar como facilitadores à implantação da metodologia 'apoio matricial', em Itamarandiba, descritos no quadro 9, foram discutidos ao longo desta pesquisa. Nesta perspectiva, tanto o diagnóstico quanto as consequências foram obtidas a partir

da observação do cenário da pesquisa por meio das inferências possíveis a partir das análises realizadas e do referencial teórico estudado.

Ressalta-se que, a concepção da necessidade de se exercer as ações em saúde, guiadas pelas diretrizes do SUS (BRASIL, 1989, 1990) e APS (BRASIL, 2017), exposta no quadro 9, deriva da construção conceitual realizada pelos profissionais entrevistados, que incluí a assistência à saúde interdisciplinar e intersetorial; trabalho em equipe; longitudinalidade; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; integralidade e promoção da saúde e humanização.

É importante destacar que o campo da representação sobre a assistência à saúde no grupo estudado é promissor, sendo que os profissionais apresentam concepções que consideram a assistência sob o modelo de promoção da saúde, o que precisa ser potencializado e fortalecido no contexto da APS.

Apesar dos resultados encontrados em Itamarandiba, é importante ressaltar que enquanto profissional de saúde e pesquisadora, pude identificar experiências exitosas do NASF em diversos municípios.

Por meio da experiência como entrevistadora do terceiro ciclo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, no período de agosto a setembro de 2017, foi possível verificar o funcionamento adequado, segundo as normativas do Ministério da Saúde, em todas as cinco equipes de NASF, entrevistadas de municípios próximos à Belo Horizonte (Araçáí, Caetanópolis, Cachoeira da Prata, Fortuna de Minas e Inhaúma), dando destaque ao município de Fortuna de Minas.

Além disso, por meio da revisão das publicações encontradas, foi possível constatar experiências exitosas do NASF (MOURA; LUZIO, 2014; MENEZES, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2015), nas quais os municípios também conseguiram, apesar dos diversos obstáculos encontrados, implantar o NASF adotando a metodologia 'apoio matricial'.

Esses estudos ressaltaram-se como de significativo impacto aos resultados do NASF, aos quais:

- A implantação ter sido precedida de muita discussão, através de um modelo de gestão flexível e participativo (MENEZES, 2011);

- A intervenção da gestão para o clareamento das funções e ações do NASF às equipes das ESF facilitou a integração entre as equipes, apontando, assim, para a necessidade da gestão legitimar o papel do NASF no contexto da APS, além disso, a importância de se estabelecer processos organizacionais que favoreçam a implantação do apoio matricial, desconstruindo a lógica de atendimento clínico ao NASF. A gestão precisa também auxiliar no

processo de elaboração de um planejamento que garanta um funcionamento integrado das equipes (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; BARROS *et al.*, 2015).

- A realização de reuniões sistemáticas entre as equipes (ESF e NASF) no fortalecimento da aplicação do apoio matricial e nos ajustes dos processos de trabalho de ambas as equipes (MENEZES, 2011; BARROS *et al.*, 2015);

- A iniciativa dos profissionais/equipes em implementar e manter a metodologia de trabalho apoio matricial e equipe de referência, que se manteve incorporada ao discurso e às práticas de diversos profissionais da atenção básica e especializada (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016).

Com isso, indica-se como recomendações à implantação eficaz do NASF no município de Itamarandiba, a implementação de educação permanente para que se possa problematizar os obstáculos reconhecidos pelos profissionais, discutir as RS que circulam no cenário da APS identificadas neste estudo, assim como, viabilizar o fortalecimento do NASF tomando como referência as experiências exitosas de outros municípios.

Por último, retoma-se as recomendações do Ministério da Saúde

As necessidades do serviço e das equipes que nele atuam exigem trabalhar com a aprendizagem significativa, envolvendo os fatores cognitivos, relacionais e de atitudes, visando qualificar e (re)organizar os processos de trabalho. O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação com o processo de (re)organização do sistema de saúde. O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente. (BRASIL, 2010a, p. 19).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que as RS não são necessariamente conscientes e que as mesmas estão arraigadas nos modos de pensar e agir, reproduzindo-se e modificando-se nas interações sociais (MOSCOVICI, 2013), identificá-las e discuti-las no presente trabalho, permitiu a reflexão sobre as práticas desenvolvidas na APS de Itamarandiba a partir da perspectiva das representações sociais sobre assistência à saúde dos profissionais da APS. Com essa discussão, foi possível compreender os possíveis impactos dessas representações na operacionalização da ferramenta apoio matricial no âmbito do NASF.

Além disso, foi possível também promover uma discussão sobre o processo de trabalho das ESF e do NASF e relacioná-lo à prática do apoio matricial, de modo a contribuir no fortalecimento do SUS no município de Itamarandiba.

A análise do campo das representações sociais dos profissionais da APS sobre a assistência à saúde permitiu identificar um processo de mudança de paradigma no qual se observa tanto práticas em saúde ancoradas no modelo biomédico, quanto práticas que demonstram uma tímida assimilação do modelo de promoção da saúde.

Assim, é necessário destacar que as práticas ancoradas no modelo biomédico, se distanciam da proposta da APS e conseqüentemente da lógica do apoio matricial, trazendo impactos negativos ao cenário da APS. Nesse contexto, verificam-se ações organizadas numa lógica de excessiva fragmentação do processo de trabalho e hierarquização dos saberes, com o poder centrado no médico e no coordenador, resultando no enfoque individual, biológico, tecnicista e centrado na especialidade médica, no acúmulo de encaminhamentos e na supervalorização da tecnologia dura.

Esses achados vão ao encontro das proposições de Figueiredo e Furlan (2008), de que ainda se persistem as influências do modelo biomédico sobre as ações em saúde que, segundo Campos e Domitti (2007), obstaculizam a implantação do apoio matricial. Porém, não se pode considerar essas práticas como um erro, pois as mesmas constituem-se resquícios históricos que necessitam ser trabalhados e superados (MENEZES, 2011).

Quando a perspectiva da promoção da saúde predomina no campo conceitual, os profissionais de saúde entendem a APS com os atributos inerentes ao seu papel na RAS. Porém, verifica-se que a concretização da promoção no contexto das práticas ainda é incipiente, pois esta não apresenta ações equitativas e educativas, realizadas de forma sistemática por todos os profissionais. Além disso, tanto as práticas educativas quanto as ações humanizadas não são executadas em sua essência (com respeito à autonomia do sujeito).

Mesmo assim, é possível verificar que os profissionais têm noção dos conceitos e identificam a necessidade de trabalhar de forma a incorporar as práticas pautadas no modelo de promoção da saúde. Considera-se que isto seja um potencial a ser trabalhado no sentido de favorecer a adesão à prática do apoio matricial e de desencadear reflexões em vistas ao empoderamento do NASF, sob a lógica dessa ferramenta de trabalho.

A instituição do apoio matricial nas práticas dos profissionais de saúde implica inevitavelmente numa mudança de paradigma, e assim na incorporação de mudanças que resultem em novo processo de trabalho, para isso, o profissional deve ser o foco, para que se tenha um resgate da importância desse no cenário de produção da saúde.

Percebe-se que só implantar o NASF não representa a instalação de um modelo assistencial de promoção da saúde, já que mudar a forma de produzir cuidado em saúde, representa na verdade alterar as representações sociais que subjazem aos modos de agir dos profissionais de saúde. Portanto, para isso, não é suficiente apenas seguir as normativas dos entes federados.

Acessar e compreender as representações sociais sobre assistência à saúde permitiu ainda identificar lacunas a serem enfrentadas nos processos de formação dos profissionais em saúde; além disso, a partir deste conhecimento é possível estimular novas abordagens das equipes que permitam o fortalecimento da interdisciplinaridade com o apoio matricial que impactará na integralidade do cuidado e conseqüentemente na resolutividade das equipes da APS.

Verificou-se com esta pesquisa a necessidade de uma revisão das práticas em saúde e dos processos de trabalho historicamente desenvolvidos na APS de Itamarandiba. A realização do matriciamento exige um aprofundamento teórico além de mudanças de atitudes, tanto da gestão, quanto das equipes da APS. É necessário construir o saber, sem definição de poder, para o compartilhamento de diferentes experiências, a fim de alcançar um resultado comum e satisfatório.

Realizar este trabalho apesar dos resultados, fez-me acreditar que uma equipe interdisciplinar pode contribuir com uma visão ampliada na assistência ao usuário, diante das experiências diversas. Contudo, é preciso alargar os espaços de discussão do processo de trabalho pelos atores envolvidos, a fim de superar o modelo hegemônico de fragmentação da assistência.

Conhecer o processo de trabalho do NASF junto às equipes da ESF certamente contribuirá para uma reflexão por parte dos atores envolvidos, no fortalecimento do trabalho

interdisciplinar e na construção da integralidade da assistência. Considera-se que o caminho de novas práticas deve perpassar pelo campo da formação e aprofundamento em capacitações.

Espera-se que os benefícios decorrentes desta pesquisa alcancem direta ou indiretamente a todos os profissionais da APS de Itamarandiba, uma vez que ao realizar uma reflexão sobre as práticas, poderá favorecer o reconhecimento dos aspectos potencializadores e dificultadores à implementação do NASF.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.
- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 461-468. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/23.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 1, p.109-123, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/sausoc/v22n1/11.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.
- ARRUDA, A. Despertando do pesadelo: a interpretação. IN: MOREIRA, A. S. P. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Universitária da UFPB, 2005. p. 299-358.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teoria de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n.117, 2002, São Paulo, p.127-147. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000300007>. Acesso em: 06 mar. 2017.
- AYRES, J. R. de C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface**. v.4, n.6, Botucatu, fev., 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/10.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.
- BARROS, J. de O. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2847.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.
- BAUER, M. A **Popularização da ciência como “imunização cultural”**: a função de resistência das representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 13 ed. Petrópolis –RJ: Vozes, 2012. p. 183-208.
- BEZERRA, P. A. **Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife**: desafios e possibilidades, Recife: s.n, 2013. 109 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013. Disponível: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14547>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: aportes aos sistemas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 572, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63023334001.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988. Art. 196 - 200. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2016.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF: Diário Oficial da União (DOU) de 19 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, seção 1, 2011, p. 48-55. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=128>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 04 mar. 2008a, seção 43, p. 47. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Diário Oficial da União, 22 set. 2017a, seção 1, p. 68-76. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=76&totalArquivos=120>. Acesso em: 05 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.098, de 24 de setembro de 2013**. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília (DF): Diário Oficial da União (DOU) de 25 de Setembro de 2013, 2013a, p. 114. Seção 1. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/59517015/dou-secao-1-25-09-2013-pg-114>>. Acesso em: 04 de mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União n. 251, seção 1, 2012a, p. 223. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Diário Oficial da União, seção 1, 2010c, p. 88. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília (DF): Diário Oficial da União, seção 1, 2006, p. 71. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/psf01.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Diário Oficial da União seção 1, col. 3, 2012b, p. 59. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 04 marc. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Profissionais das equipes do município de Itamarandiba / MG**, 2016b. Disponível em: <cnes2.datasus.gov.br/Mod_Equipes_Profissional.asp?VUnidade=3132502135213&Varea=0001&VTipo=06&VMunicipio=313250&VSeqEq=168>. Acesso em: 03 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Estabelecimentos de saúde do município de Itamarandiba / MG**. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=31&VMun=313250>. Acesso em: 03 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. **SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS**. Município de Itamarandiba / MG. Brasília, 2016c. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Vol. 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. [online].

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**. 2015. Online. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html>. Acesso em: 04 març. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde; **SGTES**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz; GHC, Grupo Hospitalar Conceição. **Caminhos do Cuidado: Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica**, caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015 do município de Itamarandiba/MG**, 2016d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?pacto/2015/cnv/coapmunmg.def>> Acesso em: 04 de mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **E-SUS Atenção Básica: Relatório Consolidado de Cadastro no Território do município de Itamarandiba**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Sistema eletrônico municipal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. NETO, M. M. da C. (Org.). Caderno 1: **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. **Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais**. In: X Seminário Analítico de Temas Interdisciplinares X SIAT e II Seminário de Pesquisa Inovadora na/para Formação de professores- SERPRO: deslocamentos epistemológicos, teóricos e metodológicos no campo da Educação sob a perspectiva interdisciplinar. NOVIKOFF, C.; SANTOS, S. R. M. dos; MITHIDIARI, O. B. (Orgs.) Duque de Caxias: UNIGRANRIO, 2014. Caderno digital. p. 23-54. Disponível em:

<<https://drive.google.com/file/d/0Bx09a4dcdTI6Y1czRIJIV19VcHM/view>>. Acesso em 13 set. 2017.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. **IRAMUTEQ**: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. *Temas em Psicologia*, 2013, v. 21, n. 2, p. 513-518. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em 13 jun. 2017.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. **Tutorial para o uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. [Internet]. 2016. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf>. Acesso em 13 jun. 2017.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial**: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva – Abrasco*, v.4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 11 jan. 2016.

CARVALHO, A. I. de; WESTPHAL, M. F.; LIMA, V. L. P. Histórico da promoção da saúde no Brasil. **Promotion & Education**, Paris, vol. 14, n. 1, supl.1, p. 7-12, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

CASTRO, C. P. de; OLIVEIRA, M. M. de; CAMPOS, G. W. de S. **Apoio Matricial no SUS Campinas**: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 5, p.1625-1636, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501625&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 marc. 2017.

COELHO, I. B. **Formas de pensar e organizar o sistema de saúde**: de novo a questão dos modelos. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P., (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 84-119. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 22/07/2016.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2016.

DESLANDES, S. F; GOMES, R. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde**: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M., MERCADO, F. J. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2007. Cap. 2. p. 99-120.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. (Coord.) Fundamentos e Práticas em Atenção Primária à Saúde In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 59 - 165.

DUVEEN, G. Introdução: o poder das ideias. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, p. 7-28.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. Ed., Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2010. 68 p.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 3. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. 68 p.

FARR, R. M. **Representações sociais**: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). Textos em Representações Sociais. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 27-52.

FIGUEREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O subjetivo e o socio-cultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P., (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 142-67. Disponível em: <http://andromeda.enp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 22/07/2016.

FONTANELLA, B. J. B.; SETOUE, C. S.; MELO, D. G. M. Afeto, proximidade, frequência e uma clínica hesitante: bases do “vínculo” entre pacientes com síndrome de Down e a Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1881-1892, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n7/03.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família**: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2003.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan-fev., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X2005000100022&pid=S0102-311X2005000100022&pdf_path=csp/v21n1/22.pdf&lang=pt>. Acesso em 05 maio. 2016.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia saúde da família**. 2012. Disponível em:<http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf>. Acesso em: 10. jan. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Alas, 2010. 148 p.

GONÇALVES, R. M. de A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.

40, n. 131, p. 59-74, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-59.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. Introdução. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 17-24.

IBAÑEZ, G. T. **Representaciones sociales: teoria y método**. In: IBAÑEZ, G. T. (coord.). Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona, Sendai, 1988. p. 14-90 *apud* SÁ, C. P. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, 110 p.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@ - Minas Gerais**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=313250&search=minas-gerais|itamarandiba>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

ITAMARANDIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de 2014-2017**. Itamarandiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>>. Acesso em: 04 de mar. 2017.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005. 391 p.

JODELET, D. **O encontro dos saberes**. In: JESUÍNO, J. C.; MENDES, F. R. P.; LOPES, M. J. (Orgs.). As representações sociais em mudança. Petrópolis: Vozes, p. 59-79, 2015.

JODELET, D. **O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais**. Texto originalmente publicado em: *Connexions*, n. 89, p. 25-46, 2008. Tradução de Lucelena Ferreira. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3399/339930897001/>>. Acesso em: 04/10/2016.

JODELET, D. **Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie**. In: *Psychologiesociale*. Paris: PUF, 1990 *apud* SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 1 ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 19-45.

JODELET, D. **Représentation ssociales: undomaine enexpansion**. In: JODELET, Denise (Ed.) *Les representations sociales*. Paris: PUF, 1989, p. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves Mazzotti. UFRJ- Faculdade de Educação, dez. 1993. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/36945-Representacoes-sociais-um-dominio-em-expansao-denise-jodelet.html>>. Acesso em: 04/10/2016.

JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, X. e CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, VII., 2017, Belo Horizonte. Campos, vertentes e fronteiras. **Programação**, Belo Horizonte - MG, JIRS, CBRS, 12 ag. 2017.

JORGE, M. S. B. *et al.* Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Revista Escola Enfermagem**. 2014, v. 48, n. 6, p. 1062-1068. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1062.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

JOVCHELOVITCH, S. **Vivendo a vida com os outros:** intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). Textos em Representações Sociais. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 53-72.

JOVCHELOVITCH, S. **Prefácio:** O encontro dos saberes. In: JESUÍNO, J. C.; MENDES, F. R. P.; LOPES, M. J. (Orgs.). As representações sociais em mudança. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 7-8.

JÚNIOR, A. G. da S.; ALVES, C. A. **Modelos Assistenciais em Saúde:** desafios e perspectivas In: CORBO, A. M. D; MOROSINI, M. V. G. C. (Orgs.). Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde: Modelos de atenção e a saúde da família. In: Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

JUSTO, A. M. **Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais.** In: X Seminário Analítico de Temas Interdisciplinares X SIAT e II Seminário de Pesquisa Inovadora na/para Formação de professores- SERPRO: deslocamentos epistemológicos, teóricos e metodológicos no campo da Educação sob a perspectiva interdisciplinar. NOVIKOFF, C.; SANTOS, S. R. M. dos. MITHIDIARI, O. B. (Orgs.) Duque de Caxias: UNIGRANRIO, 2014. Caderno digital. p. 23-54 Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bx09a4dcdTI6Y1czRIJIV19VcHM/view>>. Acesso em 13 set. 2017.

LAHLOU, S. **L'analyse lexicale.** Variance, v. 3, 1994, p. 13-24 *apud* CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. In: X Seminário Analítico de Temas Interdisciplinares X SIAT e II Seminário de Pesquisa Inovadora na/para Formação de professores- SERPRO: deslocamentos epistemológicos, teóricos e metodológicos no campo da Educação sob a perspectiva interdisciplinar. NOVIKOFF, C.; SANTOS, S. R. M. dos; MITHIDIARI, O. B. (Orgs.) Duque de Caxias: UNIGRANRIO, 2014. Caderno digital. p. 23-54. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bx09a4dcdTI6Y1czRIJIV19VcHM/view>>. Acesso em 13 set. 2017

LAHLOU, S. **Text Mining Methods:** An answer to Chartier and Meunier. Papers on Social Representations, v. 20, n. 38, 2012, p. 1-7. Disponível em: <[http://eprints.lse.ac.uk/46728/1/Text%20mining%20methods\(lsero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/46728/1/Text%20mining%20methods(lsero).pdf)>. Acesso em 13 set. 2017 *apud* CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. In: X Seminário Analítico de Temas Interdisciplinares X SIAT e II Seminário de Pesquisa Inovadora na/para Formação de professores- SERPRO: deslocamentos epistemológicos, teóricos e metodológicos no campo da Educação sob a perspectiva interdisciplinar. NOVIKOFF, C.; SANTOS, S. R. M. dos; MITHIDIARI, O. B. (Orgs.) Duque de Caxias: UNIGRANRIO, 2014. Caderno digital. p. 23-54. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bx09a4dcdTI6Y1czRIJIV19VcHM/view>>. Acesso em 13 set.

LANCMAN, S. *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. [s.l.], v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2016.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista Terapia Ocupacional**. Univ. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283297732_Estrategia_de_saude_da_familia_ESF_Nucleo_de_Apoio_a_Saude_da_Familia_NASF_e_terapia_ocupacional_problematizando_a_s_interfaces> Acesso em: 10 marc. 2017.

LANDIM, F. L. P. *et al.* Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 19, n. 1, 2006, p. 53-58, Fortaleza. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a20>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

LEME, M. A. V. da S. O impacto da Teoria das Representações Sociais. In: SPINK, M. J. (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 1 ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 46-57.

LIMA, S. F. *et al.* Representações sociais sobre o cuidado paliativo entre profissionais de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem UFPE online**. Recife, 11(Supl. 5), p. 1980-1988, maio, 2017. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/9374/pdf_3179. Acesso em: 15 set. 2017.

LINS, C. de F. M. **Curso de introdução ao Iramuteq**. LEPP. Saúde: Laboratório de Estudos e Práticas em Psicologia e Saúde, 2017. Disponível em: https://www.youtube.com/channel/UCG_P7lahrZ2xCspd-wfCWYQ/videos. Acesso em 15 de setembro de 2017.

MAFRA, L. de P. V. **A trajetória do NASF no município de Piraí: uma análise para além da gestão**. 2012, 53f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2012-09-17T152056Z-2490/Publico/DISSERTACAO-LIVIA%20MAFRA.pdf. Acesso em: 12 marc. 2017.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 320 p.

MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 44-57, set-dez. 2004.

MASSUDA, A. **Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P., (Orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 168-193. Disponível em:<

http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 22/07/2016.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção à Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Rio de Janeiro, Online. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista. Atenção Primária à Saúde**. v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307/203>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, E. V. **Modelos Assistenciais: Sistemas, Modelos e Rede de Atenção à Saúde**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4120.pdf> >. Acesso em: 10 jan. 2017.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, E. V. **Os fundamentos para construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS**. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I – Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2008, p. 13-56.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 176 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENEZES, C. A. **Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda: estudo de caso**. Recife, 2011. 68 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011menezes-ca.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 320 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. In: Potencialidades e Inovações nos Processos de Trabalho em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2012. P. 151-163p. Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Rio de Janeiro, Online. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. dos. **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**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 45-76. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. (Orgs./Coord./Red.). Parte II. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. p. 114-264.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde. Sala de Situação Municipal**. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/sala-de-situacao-municipal>>. Acesso em: 05 set. 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. SES-MG: Belo Horizonte, 2012. p. 143-167.

MINAYO, M. C. de S. **Análise Qualitativa: Teoria, Passos e Fidedignidade. Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2016.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul-set. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso em: 06 set. 2016.

MORAES, *et al.* A Teoria das Representações Sociais. **Revista Eletrônica UNIFIA**, São Paulo. 2013. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/direito_foco/artigos/ano2013/teoria_representacoes.pdf. Acesso em: 06 set. 2016.

MOSCOVICI, S. Préface. In: D. Jodelet, *Folies et représentations sociales*, 1989, p. 9-30. Paris: PUF *apud* OLIVEIRA, D. C. **A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença**: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. (Orgs) **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014. p. 774-829.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. 404 p.

MOURA, R. H. de; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl.1, p. 973-986, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220130333.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

NASCIMENTO, C. M. B. do. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014. 182 p. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2014nascimento-cmb.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2017.

NASCIMENTO, K. C. do; GOMES, A. M. T., ERDMANN, A. L. A estrutura Representacional do cuidado intensivo para profissionais de Unidade de Terapia Intensiva móvel. **Revista Escola Enfermagem USP**. 2013; v. 47, n. 1, p. 176-184. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a22v47n1.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

NOGUEIRA, V. P. F. *et al.* Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos. **UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun.; v. 23, n. 3, p. 331-337. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a07.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

OLIVEIRA, D. C.; MOREIRA, A. S. P. Apresentação. In: MOREIRA, A. S. P., OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB Editora. 2000. p. xi-xiii.

OLIVEIRA, D. C. **A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença**: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. (Orgs.) **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014. p. 774-829.

OLIVEIRA, G. N. **Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede**. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P., (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 262-272. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 22/07/2016.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o Nasf: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.]: v. 36, n. 4, p. 574-580, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/19.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 111 p. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf>. Acesso em 10 dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de

Saúde/OMS. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2017.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 2, p. 547-573, 2012. Disponível em: <portal.saude.pe.gov.br/...saude.../modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0....>. Acesso em: 07/07/2016.

PINHEIRO, R. **Cuidado em Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Rio de Janeiro, Online. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em: 10 jan. 2017.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; FJP, Fundação João Pinheiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/itamarandiba_mg#demografia>. Acesso em: 10 de mar. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 406-426.

REIS, S. L. A.; BELLINI, M., Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**. Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/10256/pdf>> Acesso em: 11 jan. 2016.

SÁ, C. P.; ARRUDA, A. O estudo das representações sociais no Brasil. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis: EDUFSC, Ed. Especial Temática, p.11-31, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/download/24121/21516>>. Acesso em: 04 set. 2017.

SÁ, C. P. Prefácio. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. v-ix.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. 1 ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 19-45.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, 110 p.

SAMPAIO, J. *et al.* O NASF como dispositivo da gestão: Limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/12572/7870>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SANTOS, M. L. de M.; KODJAOGLANIAN, V. L.; FERRARI, F. P. (Org.). **O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 178 p. (Cadernos de Saúde Coletiva 7). Edição Temática NASF.

SAÚDE, Biblioteca Virtual de. **Descritor de assunto:** Assistência à Saúde. [s.d]. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/decs-locator/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&q=Entre+uma+ou+mais+palavras&index=&tree_id=&term=assist%C3%A0+sa%C3%BAde&tree_id=N04.590.374&term=assist%C3%A0+saude. Acesso em: 10 jun. 2017.

SAWAIA, B. B. **Representação e ideologia: o encontro desfetichizador**. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. 1ª ed. São Paulo: Brasiliense. 2004. p. 73-84.

SILVA, A. T. C. da *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n11/07.pdf> Acesso em: 02 de fev. 2016.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo O Roteiro de Entrevista na Pesquisa em Representações Sociais: Como, Por Que, Para Que. **Escola Anna Nery**, jul-set, v. 16, n. 3, p. 607-611, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/26.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SILVA, R. V. G de O. da. **O processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a integralidade**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 294 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/129690>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SILVA, S. B. da; CARVALHO, A. M. C. de; NERY, I. S. Representações sociais elaboradas por enfermeiras acerca da assistência à mulher climatérica na atenção primária. **Revista RENE**. v. 17, n. 3, p. 363-371, maio-jun. 2016. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2339/pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

SOUZA, C. C. B. X. de; AYRES, S. de P.; MARCONDES, E. M. M. Metodologia de apoio matricial: interfaces entre a Terapia Ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 363-368, 2012. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.036>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SOUZA, H. M. de. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTREVISTA 1. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 7-16, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53nspe/v53nspea02.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2016.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul.-set. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/17.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das representações sociais. In: _____ (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 85-108.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TREVISAN, A. B. **Análise do cuidado em saúde na atenção básica em Pirai** – RJ. Rio de Janeiro; s. n.; 2012. 64 f. Disponível em: http://www.btdt.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2012-09-17T162547Z-2492/Publico/Dissertacao_Alba%20B%20Trevisan.pdf. Acesso em: 10 jun. 2017.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, supl. 15, p. 225-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>. Acesso em: 02 de fev. 2016.

WAGNER, W. Representações sociais: gênese, estrutura e relações. In: MOREIRA, Antônia S. P.; OLIVEIRA, D. C. de (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB Editora, 2000. Cap. 1, p. 3-25.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell, revisão técnica Cláudio Damacena. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Abordagem inicial:

Eu, Ana Paula Campos Barbosa da Silva, aluna do Mestrado Ensino em Saúde da UFVJM, estou realizando uma pesquisa intitulada: “APOIO MATRICIAL DO NASF: representação social de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre assistência à saúde” e como acordado, hoje faremos a entrevista que compõe esse estudo. Após a leitura, os esclarecimentos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, poderemos iniciar a mesma. (Após a assinatura da TCLE) - Peço a você que responda de forma sincera e objetiva às questões que serão formuladas. Fique à vontade para perguntar, caso surja alguma dúvida ao longo da entrevista.

1- Caracterização dos entrevistados

Nome completo:

Código de Identificação:

Local de trabalho:

Idade do (a) entrevistado (a):

Profissão:

Tempo de atuação:

Sexo:

Fez especialização: Se sim, qual?

Trabalha em outro local? Se sim, qual?

Ano de formação/instituição:

2- Questões norteadoras

2.1 Relate quais os procedimentos você indicaria diante do caso⁶ da família abaixo:

Trata-se de uma família constituída por D. Augusta, 55 anos, etilista, tem diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, tentou o suicídio há dois dias, em decorrência da perda do filho caçula de 19 anos (a quem ela tinha clara predileção), assassinado por traficantes, a quem devia dinheiro. Antônio, esposo de D. Augusta, tem 58 anos, também é etilista, tabagista, está hipertenso (resistente à adesão ao tratamento) e encontra-se desempregado há dois anos. A filha mais velha, Liane, de 33 anos, voltou a morar na casa dos pais desde a morte do marido (em consequência do uso de crack). Esta filha, juntamente com os dois filhos, de cinco e oito anos, descobriu-se portadora do vírus HIV e mostra-se extremamente revoltada com a descoberta. Teme que descubram em seu emprego que ela é portadora e que por isso possa perder o emprego, uma vez que é a única que trabalha na casa. O filho do meio de D. Augusta, de 27 anos, chamado Francisco, é portador de paralisia cerebral com grande espasticidade,

⁶ Caso fictício

encontrando-se desnutrido e com forte resfriado. Desde a tentativa de suicídio da mãe, o mesmo encontrasse sem cuidados adequados (SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2016).

2.2 Relate quais os procedimentos você indicaria diante do caso⁷ da família abaixo:

O senhor C.R, 68 anos, é antigo morador e conhecido da ESF. Além do diabetes, sempre mau controlada, e a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, também não controlada, há alguns meses iniciou com uma tosse que chamou a atenção na Visita Domiciliar -VD realizada pelo técnico de enfermagem. Sua neta, de 28 anos, que mora com ele e seus três filhos (2, 3 e 7 anos) disse, na visita, que seu avô está piorando dia a dia com a tosse, falta de apetite, só não perde o gosto pela cachaça e pelo cigarro. Ela pede para que ele faça o favor de marcar uma ficha para o avô, que ela então faltará ao trabalho para acompanhá-lo. Durante a VD, em um momento em que a neta não estava presente, seu Clóvis contou ao técnico que quase não sai de casa devido às dores que sente na perna. Também contou que não tem falta de apetite, mas que não come porque a comida que a neta faz não tem gosto, porque foi orientada no posto a diminuir o sal da comida. Relata ao técnico que, para diminuir a fome e a ansiedade que sente, guarda no seu quarto uma caixa de guloseimas e come escondido. Seu Clóvis trabalhou durante 21 anos na construção civil. Hoje é aposentado por invalidez, resultado de um acidente de trabalho no qual perdeu parcialmente o movimento da perna (BRASIL, 2013b).

2.3 Fale-me de sua experiência profissional na APS.

2.4 Fale o que você entende sobre a assistência à saúde.

2.5 Conte um pouco sobre o trabalho do NASF.

2.6 Conhece o apoio matricial? Se sim, fale um pouco sobre ele.

2.7 Na sua opinião, quais são os fatores positivos e negativos do NASF?

2.8 Você gostaria de falar algo a mais sobre o tema que discutimos?

Agradeço a sua contribuição.

⁷ Caso fictício

APÊNDICE B**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro ter lido o projeto, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado “APOIO MATRICIAL DO NASF: representação social de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre assistência à saúde”, que tem como pesquisadora responsável a Mestranda Ana Paula Campos Barbosa da Silva, sob a orientação do Professor Dr. Paulo Afrânio Sant’Anna. É de meu compromisso o resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem estar.

Warley Guedes Souza
Secretário Municipal Saúde

Itamarandiba - MG
2016

APÊNDICE C



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e
Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo **convidada (o)** a participar da pesquisa intitulada: “APOIO MATRICIAL DO NASF: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE ASSISTÊNCIA À SAÚDE”, na qual você, em virtude de ser profissional que atua na Atenção Primária à Saúde do município de Itamarandiba, será sujeito da pesquisa, em caso de concordância em participar. A pesquisa será coordenada pela pesquisadora Ana Paula Campos Barbosa da Silva, sob a orientação do professor do mestrado Ensino em Saúde: Paulo Afrânio Sant’Anna (orientador).

A sua participação é **voluntária** sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar o seu consentimento, sem que isso implique em prejuízo para sua relação com o pesquisadora, com a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM e ou com o município de Itamarandiba.

Os **critérios de inclusão** para participar da pesquisa são ser profissional atuante na Atenção Primária à Saúde do município de Itamarandiba - MG e estar de acordo com os procedimentos de pesquisa descritos no TCLE

O **objetivo** principal desta pesquisa é identificar as representações sociais dos profissionais da APS sobre assistência à saúde e suas relações com o NASF no município de Itamarandiba – MG. Caso você aceite o convite, será solicitado (a) a informar dados caracterização socioprofissional e a responder uma entrevista (que será gravada) a ser realizada em data, local e horário de sua conveniência, em ambiente reservado, de modo a garantir sua privacidade. O tempo previsto para a sua participação é de cinquenta minutos.

Espera-se que os **benefícios** decorrentes desta pesquisa alcance direta ou indiretamente a todos os profissionais da APS de Itamarandiba, uma vez que ao realizar uma reflexão sobre a prática, poderá favorecer o reconhecimento dos aspectos potencializadores e a minimização dos aspectos dificultadores de algumas práticas do NASF e da ESF.

Os procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa oferecem **riscos** mínimos aos participantes. Sendo a entrevista uma situação de expressão de aspectos subjetivos, o entrevistado poderá diante de alguma pergunta se sentir constrangido. Neste caso, fica

garantido o direito do mesmo em não responder a pergunta que julgar imprópria ou interromper a entrevista a qualquer momento. A pesquisadora se dispõe também a dirimir qualquer dúvida ou mal entendido que a entrevista possa suscitar. Além disso, o participante da pesquisa terá o direito a ouvir a gravação após a entrevista e a alterar sua resposta, caso assim o desejar. Em relação à identidade dos participantes, fica garantido o total sigilo em todas as etapas da pesquisa, incluindo a divulgação dos resultados.

As **informações obtidas** nesta pesquisa são de propriedade dos pesquisadores envolvidos. As gravações e as transcrições das entrevistas ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável em local seguro e por tempo indeterminado.

Os **resultados** desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/ informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação, bem como a de todas as partes envolvidas será **voluntária**, não envolvendo nenhum tipo de remuneração. Todas as despesas referentes à pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora principal. Caso, em qualquer momento você venha a sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa terá direito a pleitear indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone, e-mail e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto (pesquisadora principal) Ana Paula Campos Barbosa da Silva
E-mail: anapaulacbs@yahoo.com.br

Assinatura da coordenadora do projeto: _____

Declaro que li e entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar desta pesquisa. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação. Este formulário está sendo assinado por mim, indicando meu consentimento para participar da pesquisa, até que eu decida o contrário.

Nome do participante da pesquisa: _____

Assinatura do participante da pesquisa: _____