

Novos olhares, novos desafios: vivências dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Fortaleza – CE.

New views, new challenges: the experience of the family health support nuclei from Fortaleza – CE.

Pedro Renan Santos de Oliveira¹, Fernanda Reis², Carlos André Moura Arruda³, Ana Cléa Veras Camurça Vieira⁴, Luís Fernando Tófoli⁵

Resumo

Os NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – foram criados recentemente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil e têm como objetivo apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, bem como ampliar sua abrangência, resolutividade e territorialização, além de visar à expansão da Atenção Primária a Saúde (APS) no país. O objetivo deste trabalho é refletir criticamente sobre a inserção dos NASF na ESF de Fortaleza a partir de duas categorias de discussão: (1) Implantação dos processos de trabalho do profissional no contexto da APS; (2) Prática profissional no âmbito da ESF. Esses eixos baseiam-se na reanálise dos resultados de duas pesquisas distintas

que estudaram a inclusão da terapia ocupacional e da psicologia nos NASF de Fortaleza. Ambas as pesquisas adotaram a abordagem qualitativa e utilizaram a técnica de Grupos Focais na construção das informações através de três sessões que ocorreram no ano de 2011. Os resultados apontam que a implantação dos processos de trabalho foi marcada pelo desafio de se aproximar das equipes de saúde da família e pela tentativa de desenvolver atividades conjuntas e coletivas. A ausência de estrutura e de materiais para a realização do trabalho dificultou ainda mais o processo inicial. A atuação dos NASF tem buscado novas estratégias para a resolução dos problemas de saúde da população, para além do uso de medicamentos. Entretanto, essa atuação é dificultada pela grande demanda reprimida de pessoas já adoecidas que necessitam de atenção individualizada. O papel desses profissionais ainda não está totalmente claro e as ferramentas de trabalho ainda estão sendo experimentadas. Apontamos, por fim, a importância de refletir criticamente acerca das diretrizes propostas para o NASF dialogando com a realidade local, assim como a necessidade de formação profissional e

1 Psicólogo. Especialista com Residência em Saúde da Família e Comunidade. Mestrando Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista CAPES.

2 Terapeuta Ocupacional. Especialista com Residência em Saúde da Família e Comunidade. Mestranda Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista CAPES.

3 Pedagogo. Mestre em Saúde Pública. Professor adjunto I da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará.

4 Terapeuta Ocupacional. Mestre em Educação em Saúde. Professora da Universidade de Fortaleza.

5 Psiquiatra. Professor adjunto do Curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Campus de Sobral da Universidade Federal do Ceará.

educação permanente para atuar nesse novo cenário.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Prática Profissional.

Abstract

The NASF – Family Health Support Nuclei – have recently been created within the National Health System (SUS) in Brazil, and are intended to support the insertion of the Family Health Strategy (FHS) in the network of services and extend its coverage, resolution and territorialization, and to expand the Primary Health Care (PHC) in this country. The aim of this paper is to reflect critically on the inclusion of the NASF in the FHS of Fortaleza, from two categories of discussion: (1) Implementation of professional work processes in the context of PHC; (2) Professional practice within the FHS. These axes are based on a reanalysis of the results from two separate research studies that investigated the inclusion of the occupational therapy and the psychology of the NASF of Fortaleza. Both studies were qualitative and used focus groups for the construction of the information from three sessions that took place in 2011. The results show that the implementation of the work processes was marked by the challenge of approaching family health teams and implementing joint and collective activities. The lack of structure and resources to perform the job has turned the initial process more difficult. The NASF demands a search for new strategies for solving the health problems of the population using resources other than medication. However, this performance is hampered by the large unmet demand of people who are already ill and need individualized care. The role of these professionals is not yet entirely clear, as well

as the work tools are still experimental. We point out the importance of a critical thought on the proposed guidelines for the NASF, in a dialogue with local situations, as well as the need for training and ongoing education in order to work in this new scenario.

Key-words: Primary Health Care. Family Health Program. Professional Practice.

Introdução

O Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF)¹, por compreender que esta apresentava contradições e limitações ao oferecer atenção integral à saúde nos seus territórios de abrangência.

O NASF, conforme definido pelo Ministério da Saúde, deve ser constituído por uma equipe multiprofissional que não tenha a função de “porta de entrada”, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem na lógica de responsabilização compartilhada com as Equipes de Saúde da Família (EqSF).

A perspectiva de atuação de equipes de apoio na saúde é recente. As primeiras experiências registradas na literatura foram realizadas no município de Campinas – SP, onde tais equipes, denominadas matriciais, oferecem um apoio matricial cujo objetivo é assegurar retaguarda especializada (suporte assistencial e técnico-pedagógico) a equipes encarregadas da atenção a problemas de saúde².

No município de Fortaleza, o NASF foi implantado em julho de 2009, com 24 equipes compostas por 151 profissionais³ de oito categorias diferentes: 44 fisioterapeutas, 18 terapeutas ocupacionais, 12 fono-

audiólogos, 6 nutricionistas, 17 educadores físicos, 15 farmacêuticos, 24 assistentes sociais e 15 psicólogos.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará⁴, atualmente o município conta com 188 profissionais nesta política – incluídos os profissionais médicos, ginecologistas e pediatras na lista de categorias descrita acima – que compõem 30 equipes de NASF que oferecem apoio específico às equipes de Saúde da Família.

O desafio colocado para a inserção desses novos profissionais na Saúde da Família não é pequeno, se levarmos em consideração a dimensão da potência estruturadora da Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, por se tratar de uma estratégia nova, existe uma lacuna na literatura acerca do tema, de forma que os profissionais frequentemente têm-se norteado somente pelos documentos publicados pelo Ministério da Saúde, os quais, por sua vez, são normativos e apresentam orientações genéricas das ações a serem desenvolvidas, sem discriminar com clareza os processos de trabalho a serem empregados⁵.

Diante disso, trazemos os seguintes questionamentos. Como está dando-se a inserção das categorias profissionais no cenário da atenção primária à saúde? Como se dá a atuação multiprofissional nos NASF de Fortaleza-CE? Quais as contribuições e os desafios profissionais nesse contexto?

Pesquisar a atuação profissional na ESF pode ser um instrumento de grande valia para promover reflexões sobre a prática dos atuais trabalhadores do campo, além de prover contribuições para o aperfeiçoamento da inserção multiprofissional, tão importante para a ESF.

A partir dos questionamentos acima apresentados e do reconhecimento da necessidade de novos aportes de pesquisa nesse campo, realizamos uma investigação sobre as vivências dos profissionais integrantes dos NASF no município de Fortaleza.

Percurso Metodológico

O presente trabalho trata da análise da inserção multiprofissional na ESF do município de Fortaleza através da atuação dos NASF e baseia-se nos resultados de duas pesquisas distintas, realizadas no mesmo período, de janeiro a março de 2011. Tais pesquisas buscaram estudar a introdução de algumas das categorias profissionais do NASF, especificamente a recente prática dos psicólogos na APS⁶ e a inserção dos terapeutas ocupacionais no NASF, ambas no município de Fortaleza – CE⁷.

Para compreender o fazer profissional dessas categorias em seu âmbito de atuação, as pesquisas centraram seu desenho metodológico na abordagem qualitativa. No que se refere à construção de dados, empregaram a técnica de Grupos Focais (GF), por entenderem que eles coadunam com as abordagens qualitativas no campo da pesquisa científica; além disso, nesta técnica o pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo e de observar as interações características do processo grupal⁸. Os relatos de pesquisa dos dois trabalhos serviram como base material para as categorizações abaixo descritas.

O cenário do estudo foi a ESF de Fortaleza – CE e abrangeu as seis Secretarias Executivas Regionais (SER), que correspondem às divisões político-administrativas e sanitárias do município.

As pesquisas citadas^{6,7} foram realizadas por dois residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC), como Trabalho de Conclusão de Curso, e iniciadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com os devidos preceitos éticos em pesquisa científica envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de saúde, de acordo com a resolução 196/96.

O PRMSFC tem por objetivo a capacitação de profissionais graduados na área da saúde (incluindo categorias como enfermagem, odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, psicologia, nutrição) através da metodologia de ensino em serviço, ou seja, com aprendizado realizado por meio da prática profissional no cotidiano das unidades de saúde que pertencem à Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Para pesquisar a inserção multiprofissional, optamos pela abordagem qualitativa que, buscando compreender o homem e suas relações sociais⁹, possibilita a apreensão/aproximação de fenômenos inscritos no mundo real que muitas vezes passam despercebidos em outros tipos de pesquisas científicas.

Trata-se, neste trabalho, de uma análise qualitativa de material discursivo obtido durante 3 sessões de Grupo Focal: 2 sessões com 7 psicólogos e uma sessão com 13 terapeutas ocupacionais inseridos em 16 das 22 equipes de NASF de todas as SER do município de Fortaleza, no período da coleta.

Após a construção do material em conjunto com os sujeitos nos grupos focais, o material qualitativo obtido foi analisado com o objetivo de dar respostas às

perguntas, hipóteses e aos pressupostos elaborados ao longo do processo das pesquisas. Utilizamos, para isso, métodos e técnicas que permitissem ultrapassar o olhar imediato e espontâneo em busca da compreensão de significações e de estruturas latentes, desvendando a lógica interna subjacente às falas, aos comportamentos e às relações¹⁰.

Na perspectiva analítica adotamos os referenciais teóricos interdisciplinares do campo da Saúde Coletiva^{11,12,13}, com ênfase nos aportes conceituais desenvolvidos por autores que discutem o Trabalho em Saúde^{14,15,16,17}.

Os roteiros dos Grupos Focais das pesquisas, embora não fossem idênticos, eram semelhantes. No roteiro da pesquisa com os psicólogos havia as seguintes perguntas problematizadoras: “Quais são as atividades que realizamos?”, “O que penso sobre as atividades que descrevo?”; o roteiro de pesquisa com terapeutas ocupacionais incluía as seguintes perguntas: “Como se percebem no papel de apoiadores da Saúde da Família?”, “Quais são as atividades realizadas e as demandas recebidas?”.

Ao realizar a análise, identificamos pontos de convergência nos materiais obtidos que revelavam aspectos comuns de um mesmo cenário de inserção, especificamente no que se referiam à chegada dos profissionais, à construção do processo de trabalho e à prática profissional. Os pontos de divergências presentes nos materiais analisados serão fonte para uma próxima publicação.

Dessa forma, passamos a trabalhar com as seguintes categorias analíticas: **(a) Implantação dos processos de trabalho do profissional no contexto da APS** e **(b)**

Prática profissional no âmbito da ESF.

Essas categorias surgiram, remetendos ao objetivo do estudo que se propõe a analisar a inserção multiprofissional na ESF, no momento em que entendemos que a compreensão da inserção se dá não só pelo desvelar das atividades concretas, mas pela compreensão do processo de trabalho do profissional em seu meio, seus desafios, obstáculos e seu contexto.

Resultados e discussão

Dos vinte profissionais envolvidos na pesquisa, entre terapeutas ocupacionais e psicólogos, 18 eram do sexo feminino; 8 formados há 2-5 anos e 12 há mais de 10 anos. Dos psicólogos, apenas três possuíam formação complementar (pós-graduação), todas na denominada Clínica Psicológica; todos os terapeutas ocupacionais possuíam pós-graduação (dois a estavam concluindo), a maioria delas em áreas afins à saúde coletiva.

No que concerne ao vínculo trabalhista com a prefeitura, esses profissionais eram contratados por uma Organização Social (O.S) que administrava os recursos humanos do município, com formalização regida pela Consolidação das Leis Trabalhistas. A seleção dos profissionais era realizada por meio de análise de currículo.

Implementação dos processos de trabalho

No que diz respeito a esta categoria, apresentaremos as reflexões dos profissionais sobre o processo de inserção na ESF de Fortaleza e, por conseguinte, os desdobramentos da construção 'inaugural' dos processos de trabalho nesse novo cenário, bem como os desafios iniciais da implementação da estratégia de apoio.

Os profissionais descrevem que a inserção no NASF foi permeada por muitas dificuldades, pois não se sentiam seguros sobre qual era o seu papel naquele cenário. Além disso, quando chegaram aos Centros de Saúde da Família (CSF) e tentaram estabelecer os delineamentos dos seus processos de trabalho, os profissionais enfrentaram um importante desafio: a aproximação com as equipes de saúde da família – agentes comunitários de saúde (ACS), médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas.

Para se aproximar das equipes, os profissionais relataram a adoção de várias estratégias, entre elas: realização de reuniões para explicações a respeito da estratégia de ação dos NASF; tentativas de traçar um cronograma em comum; busca da inserção em atividades já promovidas pelas equipes de saúde da família.

Entretanto, os profissionais do NASF referem que as EqSF apresentavam resistências ao trabalho conjunto, colocando muitas vezes a barreira do tempo e da demanda como fatores que os impediam de realizar tais atividades. Referem ainda que algumas EqSF se sentiam ameaçadas pelas mudanças de um espaço já consolidado, nesse caso, práticas engessadas em torno de programas focalizados de atenção à saúde, e encaravam a proposta de apoio como mais trabalho.

No começo, no curso, a gente fazia porque tinha que fazer, mas as outras equipes eram muito difíceis. Tinha uma barreira gigante: “Não. Não tenho tempo; Não, não dá. (P2)

Quando a gente vai... quando existe uma demanda que não é de programa, como a saúde mental,

existe muita dificuldade da equipe querer atender, aderir a esse tipo de clientela, né? [...]. Quando a equipe já desenvolve o programa, a gente é muito bem aceito, mas quando a gente vê outros tipos de demandas que existem e que não são atendidas, que não são acompanhadas e a gente fica: “olha... isso aqui existe! Como é que a gente pode fazer?” [...] Existe a rejeição. Não, a gente não quer isso, e... enfim, aí não acontece a parceria, né? (T07)

Os processos de trabalho dos profissionais do NASF, segundo os relatos, não foram construídos a partir de um processo de reconhecimento do território adscrito, conhecido como territorialização, pois esses profissionais estavam inseridos em muitas Unidades de Saúde e, no momento da sua inserção, tal prática não foi priorizada. Em alguns casos ocorreu um conhecimento superficial do território: os profissionais foram transportados de carro pelo motorista da unidade e foi-lhes indicada de uma forma genérica a localização de alguns equipamentos de saúde. Em outros casos, o conhecimento se deu no decorrer do processo de trabalho, principalmente na realização de visitas domiciliares.

O NASF está com 10 equipes e eu acho isso um dificultador porque a gente não tem condições de criar vínculos, né? Dentro da própria unidade, dentro do próprio território quando a gente se desloca para várias unidades. Então eu acho que isso é um ponto negativo dentro da questão do NASF, né? (T01)

Os profissionais referem também que as demandas não se focavam nas necessidades de saúde da comunidade, mas sim nas necessidades evidenciadas

pelos profissionais da EqSF, “ordenadores” das tarefas do cotidiano do trabalho. Tais demandas chegavam aos profissionais como temas a serem abordados em grupos na comunidade, especialmente pelos ACS.

A ausência de estrutura e materiais foi evidenciada pelos profissionais como outro fator que dificultou a implementação dos processos de trabalho. De acordo com os profissionais, para inserir essas “novas atividades” foi necessário tentar conquistar espaço dentro do CSF:

Todas as unidades não têm esse espaço. Eles não estavam preparados pra receber o NASF. Quando a gente entrou, a gente foi buscando esses espaços (P6)

Outros profissionais compartilhavam as estratégias utilizadas para suprir as carências de materiais e estrutura. Alguns realizavam atividades em equipamentos comunitários ou mesmo em ambientes abertos no entorno das unidades de saúde; outros faziam adaptações de materiais e improvisavam com os recursos disponíveis para garantir que as atividades acontecessem.

Essa situação, como elucidado pelos profissionais, vinha acompanhada da necessidade de lutarem por seus direitos e melhores condições de trabalho, o que revela um movimento de protagonismo por parte dos profissionais e de reflexão sobre o contexto em que estão inseridos.

Entretanto, tal movimento não se consolidou de forma conjunta. O fato de possuírem vínculos jurídico-trabalhistas frágeis pode ter dificultado a organização dos trabalhadores para a reivindicação de melhorias relacionadas a esses aspectos.

Prática profissional

Nesta categoria serão abordadas as principais atividades realizadas pelos profissionais, bem como suas reflexões sobre ações, ferramentas, instrumentos e sobre as transformações percebidas no decorrer desse processo de inserção.

As principais ações descritas pelos profissionais foram:

- Apoio Matricial, por meio do qual os profissionais de apoio oferecem tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico¹⁸ às equipes de Saúde da Família. As atividades incluíam atendimentos conjuntos com os profissionais das equipes mínimas, visita domiciliar multiprofissional e discussão de casos;

- Realização de Grupos, por meio dos quais podiam ser exploradas diversas temáticas em distintos modelos, como grupos de educação em saúde, sala de espera, convivência e grupos terapêuticos;

- Realização de atendimentos individuais de diversos tipos (acolhimento, avaliação, orientação, entre outros);

- Apoio Institucional, que pautado pelo Método da Roda ou Paidéia^{19,20} possibilita a ampliação da capacidade de análise das equipes, na medida em que busca incluir os sujeitos no trabalho, facilitando a reflexão acerca das dificuldades do cotidiano. Nesse método o fazer e o agir entram na roda, mobilizando a circulação de afetos, desejos e interesses, bem como a constituição de vínculos. Trata-se, em síntese, de um conjunto de ações em prol da organização dos processos de trabalho – reuniões em equipes, rodas de gestão, planejamento estratégico, etc.

Segundo os profissionais, as EqSF buscam o NASF e se interessam em direcionar a temática das atividades grupais para os programas prioritários propostos pela Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002, como atenção à tuberculose, à hanseníase, à hipertensão, ao diabetes mellitus, entre outros²¹. Por outro lado, os profissionais referem que tentam ampliar as ações das EqSF propondo intervenções que vão além dos grupos prioritários.

Tais tensionamentos são frutos da tentativa de se instituir um novo modelo de intervenção na Saúde da Família que rompa com o modelo biomédico, essencialmente centrado nas patologias, e proponha um movimento de ampliação da clínica através de novas tecnologias e novos saberes, como evidenciado nas falas abaixo:

A reestruturação assim da saúde, né? No nosso país a gente teve um modelo curativista a vida inteira. [...] Então quando você chega com uma proposta diferenciada, as pessoas estranham.... E também tem aquela cultura: é o remédio, é o remédio... (P13)

Nesses relatos, os profissionais elucidam a predominância na ESF de ações baseadas nas tecnologias duras, mediadas por instrumentos consolidados em protocolos e pouco relacionais no cuidado à saúde, em detrimento das tecnologias leves. Estas últimas, segundo Merhy¹⁵, referem-se às práticas assistenciais caracterizadas pelo *trabalho vivo em ato*, que se insere na relação intersubjetiva paciente-terapeuta quando se estabelece o encontro dessas pessoas. Trata-se da dimensão de tecnologia promotora do cuidado em saúde e porta de entrada do apoio possível às EqSF, entretanto reside

justamente nela a dificuldade de execução das práticas dos profissionais do NASF.

Entre as ações realizadas no cotidiano dos serviços, os profissionais refletiram criticamente acerca de duas questões específicas: as ações em “Grupo” e as atividades em “Sala de espera”.

Os relatos destacam a capacidade de ampliação da atenção na ESF que o atendimento grupal pode proporcionar. Segundo os profissionais, o atendimento na perspectiva do grupo também ajuda a diminuir a demanda e a organizar o fluxo para pensá-lo em torno da resolutividade.

No que se refere às ações de Sala de Espera, muitos profissionais evidenciaram esse espaço como potencial para a realização de atividades de Educação em Saúde. O fato de as pessoas já estarem na Unidade de Saúde à espera de um atendimento foi indicado como um facilitador para a realização das atividades. Além disso, tal atividade foi apontada como um desafio uma vez que exigia metodologias lúdicas e participativas para garantir o envolvimento dos presentes.

Com relação ao foco das ações cotidianas do NASF, os profissionais evidenciaram que quanto mais proximidade havia entre o NASF e a coordenação das unidades, sem a necessidade de uma ponte através das equipes de saúde local, mais atividades educativas eram realizadas. Quanto mais as equipes de NASF estavam integradas às EqSF em suas demandas assistenciais e programáticas, mais atividades clínicas eram realizadas. Em contrapartida, as equipes que se mostraram mais integradas aos territórios, assumindo a realidade local comunitária como guia das ações em saúde, realizavam mais atividades de

cunho de desenvolvimento comunitário e atuavam com foco na promoção de saúde.

Tais movimentos revelam que o trabalho do NASF é caracterizado por uma dinâmica viva, na qual seus focos prioritários de atenção transformam-se de acordo com o contexto em que se inserem. As práticas profissionais que se vinculam às necessidades de saúde do território aproximam-se mais da proposta de promoção de saúde e tendem a afastar-se da clínica tradicional.

No que tange à organização do trabalho e do cuidado em saúde, os profissionais indicaram como ferramentas o Apoio Institucional e o Apoio Matricial. O primeiro tem sido entendido, na prática, como conjunto de atividades de organização dos processos institucionais que servem para firmar as parcerias inter-institucionais, muitas vezes intersetoriais. Já o segundo configura-se como uma das tecnologias que têm produzido o encontro multiprofissional, que eleva a prática a uma ação interdisciplinar em direção à almejada clínica ampliada:

[...] o apoio matricial “nos obriga” a estarmos juntos. [...] a gente não vai estar o tempo todo junto com eles. Aí precisa ter espaços para que isso possa acontecer, espaços institucionalizados. (P3)

Essas ferramentas de organização do trabalho e do cuidado, como o Apoio Institucional e Apoio Matricial, revelam a dimensão das práticas que são compartilhadas, construídas em conjunto, e que admitem o limite da ação centrada em saberes disciplinares. O fazer interdisciplinar propicia ao profissional, em seu processo de trabalho, uma visão que transcende a especificidade do seu saber;

ampliando e contextualizando sua atuação, permite-lhe compreender as implicações sociais de sua prática para que esta se torne realmente um produto coletivo e eficaz²².

Entretanto, os profissionais revelam a dificuldade de estruturar o Apoio Matricial como uma prática cotidiana nos serviços. Segundo eles, essa ferramenta só se mostra possível com equipes disponíveis ao trabalho do NASF e que, infelizmente, ainda são minoria. Assim, o Apoio Matricial tem sido visto como um desafio a ser consolidado na prática profissional do NASF.

Outro aspecto do cotidiano das práticas que chama atenção e evidencia algumas divergências nos processos de trabalho dos profissionais estudados é a “polêmica” relacionada ao atendimento individual:

Imagina um psicólogo pra noventa mil pessoas, será que a gente vai dar conta de uma população dessa só com atendimento individual? E o que a gente discutia desde o começo na Psicologia era de que não podíamos sair nessa de atendimentos individuais, e a gente precisava de “outras coisas”. Mas não estava totalmente claro o que era essas outras coisas. (P4)

Quando um dos principais eixos de ação no imaginário dos profissionais foi negado (o atendimento clínico individual), os profissionais ficaram desorientados. Passaram, então, a identificar a própria atuação com um “não fazer”, com o que não faziam; afinal, evidenciar o “fazer” seria evidenciar a crise da prática, ou seja, a ausência de clareza sobre essa prática. Como revelar um fazer que é inédito e tão pouco seguro?

Com o tempo os profissionais foram encontrando estratégias intermediárias de cuidado, posteriores ao Apoio Matricial (discussão ou atendimento conjunto), mas que precediam outra etapa, a de cuidado ambulatorial (ou de encaminhamento para outro serviço), como evidenciado na fala abaixo:

Dentro do posto a gente tem o acompanhamento, mas a gente atende por um determinado tempo, depois a gente referencia. (P10)

Segundo os profissionais, na prática os atendimentos acontecem, mas de forma focal, e geralmente têm caráter avaliativo. Muitos aspectos são apontados como fatores que impossibilitam a realização de atendimentos individuais, entre eles: dificuldade de obter materiais; ausência de setting adequado para atendimentos específicos; dificuldades relacionadas ao tempo. Os profissionais afirmam que há elevada demanda em todos os CSF e que sua recusa em realizar certos atendimentos também está relacionada a aspectos éticos e ao reconhecimento das limitações em determinadas circunstâncias.

O dilema relacionado à realização de atendimentos individuais e sua repercussão no processo de trabalho agrava-se com a ausência de retaguarda da rede de serviços ambulatoriais, que deixa os profissionais desamparados quando necessitam encaminhar casos mais complexos, que muitas vezes ficam desassistidos.

Considerações Finais

Esta análise focalizou os modos de atuação e as práticas apontadas por profissionais participantes dos NASF em Fortaleza. Além disso, evidenciou os desafios, as possibilidades e os dilemas

enfrentados nos processos de trabalho desses profissionais.

Na tentativa de transformar o modelo biomédico, os profissionais do NASF têm atuado na busca de novas estratégias para a resolução dos problemas de saúde da população que não a alternativa medicamentosa. Entretanto, defrontam-se com a grande demanda reprimida de pessoas já adoecidas e que necessitam de atenção individualizada das diversas categorias profissionais de saúde presentes no NASF.

Em Fortaleza, os profissionais sentem a fragilidade da retaguarda assistencial das redes de atenção secundária, o que gera insegurança quanto à definição das práticas que podem ser inseridas na Atenção Primária à Saúde e do que cabe ao NASF nesse contexto.

Na atuação do NASF, novas ferramentas estão sendo utilizadas e as ações realizadas têm-se mostrado dinâmicas, pois vêm sendo transformadas ao longo do tempo. Contudo, por se tratar de uma prática ainda recente, muitas dúvidas e dilemas estão presentes na atuação profissional.

Nesse contexto, a prática do NASF parece ser mais exitosa quanto mais são criadas possibilidades de se engendrar nos processos cotidianos das equipes apoiadas, ao passo que quanto menos críticos mostram-se os profissionais aos processos de trabalhos desenvolvidos, mais se distanciam dos objetivos de uma APS ampla e das reais necessidades da população.

A adoção das diretrizes da política do NASF não pode prescindir da crítica por parte dos profissionais, necessária para uma atuação condizente com os princípios

por ela mesma propostos, a saber, a efetivação da integralidade do cuidado e a qualificação das ações de saúde na ESF, pois, sem essa crítica, corre-se o risco de o NASF instaurar processos de trabalho que não conduzam ao modelo de atuação almejado.

Ressaltamos, por fim, a necessidade de realização de mais estudos que contemplem a diversidade de categorias que compõem o campo do Trabalho em Saúde com o objetivo de compreender os processos de trabalho marcados pelo ineditismo da atuação. Não obstante, este trabalho já permite apontar a importância da formação profissional e da educação permanente para o aperfeiçoamento e a ampliação das respostas oferecidas pelos profissionais do NASF no contexto em que estão inseridos, sobretudo em um grande centro urbano como Fortaleza, com as complexidades inerentes ao contexto.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF; 2010.
2. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 23(2):399-407.
3. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. SMS promove curso para profissionais do NASF. Notícias agosto 2009. Fortaleza. 2009. Disponível em: www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Noticias_Detalhes.asp?noticia=1626. Acesso em: 24 mar. 2011.
4. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Número de NASF credenciados. Disponível em: www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/18-nasf?download=304%3Anumero-de-nasf-credenciados-nos-municipios.pdf. Acesso: 30 nov. 2012.

5. Lancman S, Barros JO. Estratégia de Saúde da Família - ESF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2011; 22(3):263-269.
6. Souza FR. A inserção dos terapeutas ocupacionais nos núcleos de apoio à saúde da família, em Fortaleza, Ceará. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza; 2011.
7. Oliveira PRS. Interfaces da psicologia e a estratégia saúde da família: a experiência do município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza; 2011.
8. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista* 2004; 10(15):124-136.
9. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológico, discussão e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
11. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM. editores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2008.
12. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(supl 1):7-27.
13. Favoreto CAO, Camargo Jr KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2002; 12(1):59-75.
14. Franco T, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. Disponível em: www.datasus.gov.br/cns/temas/tribunas/PsfTito.htm. Acesso: 20 mai. 2011.
15. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, In: Merhy EE, Onoko R, editores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997, p. 71-112.
16. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP; 1997.
17. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. Disponível: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf. Acesso em: 5 mar. 2010.
18. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(2):399-407.
19. Campos GWS. Um método para análise e gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
20. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de assistência à saúde. Norma operacional da assistência à saúde: NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF, 2002.
22. Böing E, Crepaldi MA. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2010; 30(3):634-649.

Fonte Financiadora:

Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGETS - Ministério da Saúde

Endereço para correspondência:

Pedro Renan Santos de Oliveira
Rua Cauby Damasceno, 431/203
Icaraí - CEP 61620-250
Caucaia - Ceará
E-mail: pedro.santos@esp.ce.gov.br