PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-graduação em Psicologia

Natália Silva Azevedo

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
O processo de implantação em Belo Horizonte

Belo Horizonte
2012

Natália Silva Azevedo

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
O processo de implantação em Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientadora: Luciana Kind do Nascimento

Belo Horizonte
2012

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Azevedo, Natália Silva
A994n Núcleos de apoio à saúde da família: o processo de implantação em Belo Horizonte / Natália Silva Azevedo. Belo Horizonte, 2011.
108f. : il.

Orientadora: Luciana Kind do Nascimento
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Atenção primária à saúde – Belo Horizonte (MG). 2. Políticas públicas. I. Nascimento, Luciana Kind do. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 614(815.1)

Natália Silva Azevedo

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
O processo de implantação em Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

_____

Luciana Kind do Nascimento (Orientadora) – PUC Minas

_____

Gustavo Corrêa Mata – FIOCRUZ

_____

João Leite Ferreira Neto – PUC Minas

Belo Horizonte, 29 de fevereiro de 2012

Aos meus amores

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos e amados pais, pelo incentivo e apoio sem fim. Sem vocês essa conquista não seria possível!

Ao meu irmão, Marcel, e meu primo, Beto, pela troca de ricas experiências e pelas injeções de ânimo. Sempre me divirto e aprendo muito com vocês!

Ao Pedro, meu amor, pela paciência e pela compreensão da minha ausência.

A todos os familiares e amigos que, de alguma forma, participaram e contribuíram para esse momento da minha vida.

A minha queridíssima orientadora e amiga, Luciana Kind, pelas orientações, pelo incentivo, pela confiança e pelo riquíssimo aprendizado. Mais uma vez, foi um imenso prazer trabalhar com você. Obrigada por acreditar em mim, por estar ao meu lado ao longo dessa caminhada e por possibilitar que eu cresça junto com você. Nossa parceria está cada vez melhor!

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (FOUCAULT, 1984).

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo realizar uma problematização sobre o processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Belo Horizonte. Como o NASF ainda é uma política recente no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira e belo-horizontina, esse estudo trouxe elementos mais característicos dessa fase do ciclo político. Na atual conjuntura, essa pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer mais sobre o NASF e por propor reflexões sobre de uma política pública recente, com pouca produção teórico-científica. Como ponto de partida, por meio de pesquisa bibliográfica, realizou-se uma contextualização histórica da emergência do NASF no Brasil e também das peculiaridades de sua implementação em Belo Horizonte, considerando-se a autonomia do nível municipal de gestão das políticas de assistência à saúde. O estudo tem cunho qualitativo, envolvendo como estratégias metodológicas a análise de documentos governamentais, entrevistas semidirigidas com gestores, um grupo focal com profissionais e uma sessão de observação participante de uma reunião de uma equipe de NASF. O trabalho analítico dos dados empíricos pautou-se em discussões sobre análise de políticas públicas aliadas ao entendimento do discurso como prática, enfatizando-se as relações que permeiam a produção discursiva no cotidiano de trabalho nos NASF. Dentre os resultados, ressalta-se que o NASF se integrou à Política de Reabilitação no SUS-BH que enfatiza as ações de promoção à saúde, a reabilitação e a inclusão social. Num momento inicial de implantação foram caracterizados como Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Reabilitação (NASF-R), com o objetivo principal de fornecer suporte às Equipes de Saúde da Família no que diz respeito às ações de reabilitação. A dimensão de “reabilitação”, singular na experiência municipal e estratégica nos jogos políticos deste nível de gestão, foi suprimida como palavra, mas continua a organizar boa parte da agenda assistencial dos núcleos. Além disso, observa-se que o processo de implantação do NASF em Belo Horizonte continua e à medida que o tempo vai passando novas formas de trabalho e ações vão sendo desenvolvidas. É possível perceber que não há uma proposta consolidada. Ao contrário disso, há um processo dinâmico e em constante desenvolvimento cujos movimentos, rearranjos organizacionais e institucionais associados a renegociações políticas modificam constantemente os conteúdos e processos que constituem a política do NASF em Belo Horizonte.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Implantação de políticas públicas.

ABSTRACT

This study aimed to perform a problematization of the establish process of Support Center for Family Health (NASF) in Belo Horizonte. Considering that NASF is still recent Primary Health Care (PHC) policy in Brazil, especially in Belo Horizonte, this study dealt with elements of this specific phase of the political process. At the present context, this research is useful because of the need to learn more about NASF and provide a reflective analysis ofa recent public policy, with sparse theoretical and scientific production. As a starting point, through literature search, a historical contextualization of NASF creation in Brazil, as well as the peculiarities of its implementation in Belo Horizonte, took place, considering the autonomy of municipal policies on health care management. The study uses qualitative skills, involving methodological strategies such as the analysis of government documents, semi-structured interviews with managers, performance of a focus group with related professionals and a participant observation of a NASF staff meeting. The analytical work of empirical data was based on discussions about public policies review combined with the understanding of speech considered as effective practice, emphasizing relations that connected to the discourse production in NASF daily work. Among the results, it is important to point NASF have composed the Rehabilitation Policy in SUS-BH, which gives value to the actions of health promotion, rehabilitation and social inclusion. In the initial stage of implantation, NASF was took as Support Center for Family Health – focused on rehabilitation (NASF-R), with the main objective of providing support to the Family Health Teams in relation to the rehabilitation actions . The idea of "rehabilitation", unique in municipal experience and strategic in political games of this level of management was abolished as a word that used to compose its name, but continues to organize much of the schedule of these health care centers. Moreover, it is observed that NASF deployment process in Belo Horizonte goes ahead, with the addition of new forms of work and actions. It is possible to perceive that there are no consolidated objectives. In fact, , on the other hand, there is a dynamic and constantly improving process evolving organizational and institutional rearrangements associated with political renegotiations able to promote quotidian changes to NASF content policiesand processesin Belo Horizonte.

Keywords: Primary Health Care. Centers Support for Family Health. Implementation of public policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Unidades Administrativas Regionais 39

Quadro 1 - Princípios e Diretrizes do NASF 45

Gráfico 1 – Distribuição percentual de profissionais no NASF 54

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BH – Belo Horizonte

CEP-SMSA/BH – Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

CFFa – Conselho Nacional de Fonoaudiologia

CGR – Centro Geral de Reabilitação

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CREAB – Centros de Referência em Reabilitação

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESM – Equipe de Saúde Mental

FNS – Fundação Nacional de Saúde

NAISF – Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família

NAR – Núcleo de Apoio à Reabilitação

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NASF-R – Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Reabilitação

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PST – Projeto de Saúde no Território

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PUC Minas – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

SF – Saúde da Família

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SMSA/BH – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS – Sistema Único de Saúde

SUS/BH – Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 25

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E AS PROPOSTAS BRASILEIRA E BELO-HORIZONTINA 28
2.1 Atenção Primária à Saúde: delineamentos iniciais 28
2.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil 32
2.3 A Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte 38

3 OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA 41
3.1 O Eixo Reabilitação no NASF em Belo Horizonte 48

4 POLÍTICAS E DISCURSOS: APONTAMENTOS TEÓRICOS PARA A ANÁLISE DE DADOS 56
4.1 Análise de Políticas Públicas 56
4.2 Discursos 58
4.3 Elementos da Análise do Discurso em Eni Orlandi 61

5 CAMINHOS PARA A PRODUÇÃO DE DADOS 67
5.1 O Histórico da política na voz dos sujeitos 68
5.2 Sentidos da Reabilitação 72
5.3 O que é um caso pra NASF 78
5.4 A relação das equipes de NASF com as demais equipes da APS 80
5.5 Em que se avançou desde o início do processo de implantação 83
5.6 Os desafios que vêm sendo enfrentados 86
5.7 Estratégias de monitoramento 89

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 91

REFERÊNCIAS 94

APÊNDICES 100

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa constitui-se numa problematização sobre o processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Belo Horizonte.

O desejo de realizá-la veio de um percurso de pesquisa desenvolvido pela autora durante a graduação em psicologia. As primeiras questões acerca do tema discutido foram suscitadas durante o desenvolvimento da monografia de conclusão de curso. Ao investigar a atuação dos psicólogos no NASF de Belo Horizonte, dúvidas, inquietações e curiosidades sobre os discursos e concepções de reabilitação nos Núcleos do município foram surgindo.

Da monografia de conclusão de curso derivou um interesse que pautou o início desta pesquisa. Inicialmente, desenhou-se uma investigação sobre os discursos de reabilitação que orientam as práticas desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. Entretanto, à medida que o estudo foi sendo desenvolvido, a própria pesquisa foi se modificando gradativamente e me reconduzindo para outro enfoque.

Nesse movimento, compreendeu-se que a reabilitação, importante eixo do NASF na experiência municipal, faz parte do amplo processo de implantação da política em Belo Horizonte. Sendo assim, a compreensão dos discursos de reabilitação continuou tendo um espaço de relevância no estudo, entretanto seu foco principal se ateve ao objetivo de compreender o processo de implantação do NASF em Belo Horizonte, analisando os conteúdos e processos que configuram essa política pública.

A análise de conteúdos e processos de uma determinada política é característica de propostas de avaliação de políticas públicas. Embora essa pesquisa não seja especificamente uma proposta de avaliação, o estudo dos conteúdos e processos que configuram o NASF em Belo Horizonte é fundamental para o alcance de uma compreensão mais global da política no município.

Para o alcance da compreensão sobre o NASF aqui pretendida elegeu-se como objetivos específicos: a realização de um mapeamento histórico da composição do NASF em Belo Horizonte; a busca pela compreensão de como gestores e profissionais componentes das equipes de NASF concebem a reabilitação e a tentativa de identificação dos dissensos e consensos nos discursos de reabilitação nas diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de NASF.

Neste estudo, as discussões sobre discurso basearam-se no entendimento do discurso como prática, enfatizando-se os diferentes elementos que permeiam a produção discursiva no cotidiano de trabalho no NASF.

Na atual conjuntura de implantação e composição do NASF em Belo Horizonte, essa pesquisa se justifica pela necessidade de produção de conhecimentos sobre esse dispositivo em particular e, de modo mais amplo, por propor reflexões sobre uma política pública recente, com reflexões teórico-científicas ainda incipientes. Sendo assim, essa investigação pretende contribuir para a discussão dessa política pública de saúde, na medida em que é nova e que se encontra em momento de implantação, construção e desenvolvimento, podendo ser útil para se pensar o processo de sua efetivação em Belo Horizonte

Esta pesquisa se caracteriza como uma investigação qualitativa, lidando com a interface entre as ciências humanas e o campo da saúde. As orientações para a elaboração dos instrumentos de coleta e análise de dados foram tomadas de textos de referência para a pesquisa em ciências humanas (BECKER, 1999; HAGUETTE, 2001; KIND, 2004; MACHADO, 2002; MINAYO, 2004; MACHADO, 2008). As estratégias metodológicas para coleta e análise dos dados utilizadas no decorrer do estudo são: pesquisa bibliográfica, entrevistas semidirigidas, grupo focal, observação participante e análise de discurso.

Em um primeiro momento foi feito um amplo levantamento dos temas abordados na pesquisa, uma busca dos documentos oficiais federais e municipais sobre o tema, bem como acompanhamento dos estudos já existentes na área. Em seguida, foram realizadas duas entrevistas com duas gestoras do NASF em Belo Horizonte, um grupo focal e uma sessão de observação participante. Os dados coletados foram trabalhados com base em elementos de metodologias de análise de discurso, de modo articulado aos estudos bibliográficos e documentais.

O texto foi organizado em quatro capítulos, inaugurado com uma discussão sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e sua contextualização, recuperando elementos históricos que culminaram na proposta do NASF. O primeiro capítulo pautou-se, portanto, numa revisão bibliográfica que buscou mapear e compreender a história, os conceitos, princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde, bem como as propostas brasileira e belo-horizontina de APS, de forma a situar o NASF nos cenários de saúde nacional e municipal.

Na busca por elementos que ajudem a pensar o NASF na atualidade e possibilitem problematizar a singular configuração dos Núcleos em Belo Horizonte, o segundo capítulo apoiou-se no estudo de documentos nacionais e municipais. Dessa forma, tentou-se compreender o contexto de surgimento e implantação do NASF no território nacional e municipal, além dos processos históricos que levaram à eleição da reabilitação como eixo estruturante do NASF em Belo Horizonte. Discutiu-se ainda os princípios, diretrizes,

processos e ferramentas de trabalho estabelecidos para o NASF no Brasil e em Belo Horizonte.

Com o objetivo de subsidiar a compreensão do NASF em Belo Horizonte e contribuir para o tratamento e abordagem dos dados produzidos nessa pesquisa, o terceiro capítulo traz uma discussão sobre a análise de políticas públicas, seus elementos e conceitos. Além disso, trabalha-se também a noção de discurso e os elementos da Análise de Discurso propostos por Eni Orlandi. Portanto, o conteúdo trabalhado nesse capítulo se configura, ao lado da revisão de literatura sobre APS e NASF, como um aporte teórico para a análise de dados.

Por fim, o quarto capítulo traz uma descrição detalhada do percurso metodológico realizado na pesquisa e o aprofundamento da discussão e análise dos dados. Foram identificados os contornos de algumas categorias analíticas distintas que permitiram problematizar o processo de implantação do NASF em Belo Horizonte.

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E AS PROPOSTAS BRASILEIRA E BELO-HORIZONTINA

Considerando que a atenção primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde que orienta o modelo assistencial vigente no sistema de saúde do Brasil, seus conceitos e princípios serão discutidos a seguir. Além disso, o processo de construção da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira e os elementos que a compõem serão recuperados, e a APS belo-horizontina será contextualizada.

2.1 Atenção Primária à Saúde: delineamentos iniciais

A proposição inicial do termo Atenção Primária à Saúde (APS) data do início do século XX com a divulgação do Relatório Dawson, elaborado pelo Ministro da Saúde do Reino Unido em 1920. Esse Relatório aproximou-se dos conceitos atuais de APS quando distinguiu três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escolas. Além de definir os centros de saúde como a instituição responsável pelo oferecimento de atenção médica no nível primário, o Relatório Dawson foi a base para o conceito de regionalização ao propor uma organização do sistema de saúde planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços da população. Posteriormente, o arranjo proposto pelo Relatório forneceu a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países (STARFIELD, 2002; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007; CONNIL, 2008).

Durante a década de 1960, foi realizado, em várias partes do mundo, um copioso debate preconizando a determinação econômica e social da saúde. Nessa conjuntura, abriu-se espaço para a busca de uma abordagem positiva de saúde, pretendendo superar a orientação predominantemente centrada no controle da doença. Entre as inúmeras ações com esse propósito, merecem destaque a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e o movimento canadense desenvolvido a partir do documento assinado por Marc Lalonde, ministro da saúde canadense nos anos setenta, intitulado *A new perspective on the health of Canadians* e notoriamente conhecido como *Relatório Lalonde*. Esses dois acontecimentos estabeleceram as bases para movimentos relevantes na construção de um novo paradigma de saúde que posteriormente seria formalizado na Conferência de Alma Ata (BRASIL, 2002).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde foi promovida pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), sendo realizada em 1978 em Alma-Ata – cidade do Cazaquistão, na época, situada em uma das repúblicas da União Soviética –, tornando-se um marco histórico mundial da Atenção Primária à Saúde (APS). Na ocasião, aprovou-se a Declaração de Alma-Ata, documento ratificado em 1979 pela Assembléia Geral da OMS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A Declaração de Alma-Ata define a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. No documento a APS é concebida como

> [...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978, s/p).

Com base nessa definição, compreende-se que na proposta feita pela OMS em Alma-Ata, a APS é entendida como principal componente do sistema nacional de saúde além de fazer parte do processo nacional de desenvolvimento econômico e social. De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a Declaração de Alma-Ata foi muito clara ao indicar que, em um movimento recíproco, a conquista de um alto grau de saúde exige a intervenção de setores sociais e econômicos. Afirma com igual clareza que a promoção e a proteção da saúde da população são indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social de uma nação.

Desde a Conferência de Alma-Ata, diversos autores vêm propondo definições sobre a Atenção Primária à Saúde. Atualmente, principalmente no Brasil, a definição proposta por Starfield (2002) tem sido muito utilizada (HARZHEIM *et al*, 2006). Barabara Starfield, médica e pesquisadora estadunidense, publicou em 1998, em Nova York, o livro *Primary Care: Balacing Health Needs, Services, and Technology.* Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2007), essa produção representa um marco para a APS, pois, além de mostrar evidências de seu impacto positivo em vários países do mundo, sugere novas metodologias para avaliação dos resultados produzidos pelos sistemas e profissionais da Atenção Primária à Saúde. No Brasil, essa obra foi traduzida e publicada pela UNESCO/Ministério da Saúde, em

2002, sendo intitulada *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia.*

Com base na produção de Starfield (2002) atenção primária à saúde é, de forma sucinta e objetiva, a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o *locus* responsável pela atenção às populações ao longo do tempo. De maneira mais abrangente e explicativa a autora esclarece:

> A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena e integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da Atenção Primária. A Atenção Primária também compartilha características com outros níveis do sistema de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A Atenção Primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a Atenção Primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A Atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p.28).

Uma melhor compreensão do conceito de APS pode se dar por meio do conhecimento dos seus princípios ordenadores, a partir dos quais é possível alcançar uma Atenção Primária à Saúde de qualidade. De acordo com Starfield (2002) são atributos característicos da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A atenção ao primeiro contato estabelece que a APS deva ser a porta de entrada do sistema de saúde, sendo o ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados. Para tanto, envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis e a utilização dos mesmos quando surge uma necessidade de atenção (STARFIELD, 2002). Para Giovanella e Mendonça (2008), o alcance de tal acessibilidade só é possível via eliminação de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada momento em que eles precisam de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de saúde. As autoras acrescentam que o encaminhamento por profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada é imprescindível para a constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde.

A longitudinalidade refere-se à assunção de uma responsabilidade regular e contínua pelo paciente com manutenção do vínculo e das relações entre profissional/equipe/unidade de saúde e pacientes ao longo da vida, independente da presença ou ausência de doença. A manutenção do vínculo entre profissionais e pacientes permite uma relação humanizada e atenção mais integral, o que proporciona maior satisfação dos últimos (STARFIELD *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O princípio da integralidade implica, segundo Starfield (2002), o conhecimento adequado da variedade completa de necessidades (orgânicas, psíquicas e sociais) relacionadas à saúde do paciente e a disponibilidade de recursos para saná-las. Para a autora o cumprimento desse princípio exige o oferecimento de serviços curativos e preventivos, além da garantia de acesso aos mesmos para todas as faixas etárias por meio de encaminhamento quando necessário.

A coordenação, outro atributo essencial à APS, diz respeito à disponibilidade de informações sobre problemas e serviços prévios, com o objetivo de construir uma sólida base de informações imprescindível para o atendimento, a partir do momento em que a mesma está relacionada às necessidades de saúde do paciente. Giovanella e Mendonça (2008), afirmam que tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais e o registro adequado de informações são componentes essenciais para o exercício da coordenação pela equipe de APS.

Starfield (2002) sinaliza que os quatro atributos organizadores da APS estão diretamente relacionados e são interdependentes. Portanto, todos eles devem ser considerados em conjunto. Além disso, os serviços de Atenção Primária à Saúde devem orientar-se para a comunidade, devem ter centralidade na família e competência cultural para conhecer as diferentes necessidades dos diferentes grupos populacionais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade. A APS é considerada, portanto, “a base para um modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p.575). Em reflexões posteriores, Giovanella e outros autores (2009) problematizam que a APS como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde requer uma atuação intersetorial, uma vez que saúde deve ser compreendida como inseparável do desenvolvimento social e econômico.

Não há uniformidade no emprego do termo Atenção Primária à Saúde (*primary health care*), identificando-se três linhas principais de interpretação. A primeira refere-se a um programa seletivo com cesta restrita de serviços de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. A segunda entende a Atenção Primária à Saúde como um dos

níveis de atenção correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população. Por fim, a última linha de interpretação diz respeito a uma concepção abrangente de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde que implica a construção de sistemas articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; GIOVANELLA *et al*, 2009) .

Diante dessas possibilidades de interpretação, utiliza-se no Brasil o termo atenção básica para designar a atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS). A hipótese de Giovanella e Mendoça (2008) para tal opção terminológica diz respeito a certa intenção política de diferenciar a concepção abrangente de APS aqui existente dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Veremos a seguir como se configura a Atenção Primária à Saúde no território brasileiro.

2.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, os antecedentes da Atenção Primária à Saúde (APS) ganharam destaque a partir das décadas de 1960 e 1970 em meio ao surgimento de diversas iniciativas com o objetivo de ampliação e democratização das tradicionais práticas de saúde. São exemplos dessas iniciativas, para mencionar algumas, o projeto de saúde comunitária Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em Porto Alegre; experiências de medicina comunitária como a de Montes Claros que serviram de base para programas de extensão de cobertura; O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que, ao ser estendido para todo o país, promoveu uma grande extensão da rede ambulatorial. Nesse contexto, a reforma setorial do sistema nacional de saúde teve o seu início (CONILL, 2008).

Para Conill (2008), a trajetória da APS brasileira como estratégia para orientar a organização do sistema nacional de saúde é marcada por sucessivas reconstruções até se consolidar como política de reforma. Tal política difunde-se com o projeto de Reforma Sanitária Brasileira nas décadas de 1960 e 1970 associada a princípios de participação e democratização das práticas de saúde.

Conforme observam Giovanella e Mendonça (2008), a Reforma Sanitária ocorreu simultaneamente à reestruturação da política social brasileira e em meio ao processo de democratização do país. Nesse contexto, um movimento sanitário que envolveu estudantes, profissionais de saúde, professores de departamento de medicina preventiva e social, entre outros, lutava pela unificação do sistema de saúde e valorizava o primeiro nível de atenção.

O movimento sanitário, segundo Paim (2008), se constituiu como um momento da Reforma Sanitária Brasileira que valorizou um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais. Lutando contra a crise da saúde, contra a permanência da ditadura e as características perversas desse sistema, o movimento sanitário estimulou a articulação de movimentos sociais em saúde (movimento popular de saúde, movimento estudantil, articulação de professores e pesquisadores da medicina social, etc.) que atuaram na defesa do direito à saúde, enfatizaram os determinantes do processo saúde-doença e desenvolveram a idéia e a proposta da Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

Problematizando essa conjuntura, Paim (1992) afirma que a Reforma Sanitária

> [...] luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais. Supunha a reforma do Estado na perspectiva de sua publicização, a retomada do desenvolvimento econômico compatível com a distribuição mais justa da renda nacional e a priorização dos investimentos sociais pelas políticas públicas (PAIM, 1992, p.31).

Para Vasconcelos e Pasche (2007), ao propor novas formas de organização das práticas e serviços de saúde, além de novos modelos políticos nessa área, o movimento sanitário mobilizou a sociedade brasileira.

Um marco para a elaboração e prática da Reforma Sanitária foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, onde foram discutidos os temas "Saúde como Direito" e "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor". Para Ferreira Neto *et al*. (2009) essa Conferência foi resultado de um processo social com alto grau de participação e define a saúde como produção social,

> [...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

As questões relacionadas à saúde, de acordo com Cordeiro (2004), seriam, a partir de então, um problema do Estado. Além disso, houve separação entre a saúde e a previdência,

cabendo à previdência as ações de seguro social (pensões, aposentadoria, etc.). Foi aprovada, ainda nessa conferência, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o eixo “Saúde, direito de todos e dever do Estado”, que passaria a representar as mudanças Reformistas e separaria totalmente a saúde da previdência, incorporando-as ao orçamento global do Estado.

Nesse contexto, o SUS foi criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Vasconcelos e Pasche (2007) chamam a atenção para o fato de que esse sistema deve ser responsável pela coordenação e articulação das ações promocionais e de prevenção juntamente às de cura e reabilitação, objetivando assegurar o acesso equitativo ao conjunto de serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2007, p.338).

Os objetivos, atribuições e competências do SUS são sustentados por princípios e diretrizes que se articulam e se complementam na organização do sistema. São princípios do SUS, apontados por Vasconcelos e Pasche (2007), a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade garante a todos os cidadãos o direito à saúde, tornando universal o acesso às ações e serviços oferecidos pelo sistema. A integralidade, por sua vez, prevê a integração das práticas de saúde no âmbito da promoção, prevenção, cura e reabilitação considerando as várias dimensões do processo saúde-doença. Por fim, a equidade diz respeito à igualdade no acesso às ações e serviços de saúde e à prioridade concedida aos grupos sociais mais vulneráveis e com precárias condições de vida.

Para esses autores, apesar de não ser considerado um dos princípios norteadores, o Direito à Informação, que é assegurado por lei e outorga ao cidadão as informações sobre sua saúde individual e sobre a saúde coletiva, é considerado requisito básico para cidadania.

Além dos princípios, acrescento as diretrizes organizativas do Sistema, que de acordo com os mesmos autores, são o Controle Social e a Descentralização. A primeira refere-se à participação popular na gestão do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde; a segunda diz respeito à regionalização e hierarquização do atendimento e das unidades prestadoras de serviço concomitante à distribuição das responsabilidades entre os diferentes níveis de governo.

As mudanças trazidas pela Reforma Sanitária e a criação do SUS levaram à formação de um novo aparato institucional de gestão da política de saúde que consolidou a esfera pública no Brasil. Nessas contingências, a necessidade de reorganizar o sistema de saúde por meio de uma política que tivesse como foco a universalização do acesso da população à assistência à saúde, fortalecesse o processo de descentralização iniciado pela Reforma

Sanitária e que, além disso, consolidasse os princípios do SUS, foi, segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2007), a principal inspiração para a criação do Programa de Saúde da Família (PSF).

Anteriormente ao PSF, o Ministério da Saúde, com o intuito de alterar a organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária, criou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) e protagonizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o PACS teve caráter emergencial e objetivava dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica. Os ACS, pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população, eram supervisionados por enfermeiros, desenvolviam atividades de prevenção de doenças e de promoção de saúde. Atualmente, na perspectiva governamental (BRASIL, 2001), o PACS é compreendido como estratégia transitória para o PSF (BRASIL, 2001; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Implantado em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) é considerado um marco para a incorporação da APS no sistema de saúde brasileiro. Inicialmente, o Programa era, conforme Escorel e colaboradores (2007), voltado à extensão da cobertura assistencial em áreas de maior risco social. Entretanto, aos poucos, foi ganhando centralidade na agenda governamental e, a partir de 1999, passou a ser considerado como "uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização e serviços e ações de saúde" (ESCOREL *et al.*, 2007, p.165).

O modelo de atenção primária da Estratégia Saúde da Família (ESF) preconiza uma equipe de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Sendo assim, as práticas de assistência previstas pelo modelo de organização e estruturação em unidades de Saúde da Família devem variar de acordo com as necessidades identificadas na área de implantação e agir na prevenção e promoção de saúde dos indivíduos residentes no território (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Sobre esse assunto, Escorel *et al.* (2007) afirmam que a organização do trabalho em equipe juntamente à incorporação de práticas que objetivam influenciar os determinantes sociais do processo saúde-doença, são fundamentais para a conversão do modelo de atenção básica à saúde operacionalizar-se.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou a ser um componente estratégico para fortalecimento do SUS, a partir do momento que incorpora os princípios do mesmo. Além

disso, a ESF se aproxima dos pressupostos da Atenção Primária à Saúde propostos por Starfield (2002), devendo, portanto, se configurar como porta de entrada e primeiro nível de atenção do sistema de saúde local (ESCOREL *et al.*, 2007).

Ao pensar a ESF como uma estratégia para a mudança do modelo de assistência à saúde no país e estratégia óbvia de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde, Andrade, Barreto e Bezerra (2007) afirmam:

> A ESF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir acesso à atenção primária para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde de facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de coordenar a integralidade de assistência à saúde. Em resumo, a decisão de se implementar a ESF foi coerente com os princípios doutrinários do SUS de alcançar universalidade de acesso, integralidade de atenção à saúde e descentralização do planejamento e da gestão política e administrativa de aspectos relacionados à saúde dos munícipes (ANDRADE; BARRETO; e BEZERRA, 2007, p.807).

Como é possível constatar ao longo do texto, a construção e implementação da ESF, atual política brasileira para reforma da Atenção Primária à Saúde, é consequência de um processo intenso e contínuo. O entendimento desse processo e da ESF como componente central de um sistema público de saúde de amplitude nacional que tem seu foco na família e na comunidade é imprescindível para a compreensão de sua relevância.

Um marco para o avanço da Atenção Primária à Saúde brasileira foi a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Aprovada e publicada pelo Ministério da Saúde em 28 de março de 2006, a PNAB apresenta uma revisão da legislação sobre a operacionalização da atenção primária. A partir de então a consolidação da Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção primária e centro ordenador das redes de atenção à saúde foi reiterada (SAMPAIO, 2008).

Ao reconhecer a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Primária à Saúde, a PNAB ampliou o escopo e a concepção de atenção básica posicionando-a como ponto de contato preferencial e porta de entrada da rede de serviços de acesso universal que é o SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Desde então a atenção básica é caracterizada como:

> [...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada

> complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 10).

Essa proposição da Política Nacional de Atenção Básica sugere uma reestruturação dos sistemas locais de saúde, revisão das funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS), além da legitimação e expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção primária. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Um dos dispositivos mais recentes no processo de reconstrução da APS brasileira são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF foram criados pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, objetivando "apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolubilidade, além dos processos de territorialização e regionalização" (BRASIL, 2008a, p.1). Para isso, conta com equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento – assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, profissional da educação física, farmacêutico, médico acupunturista, médico ginecologista, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, nutricionista e terapeuta ocupacional – para atuar em parceria com os profissionais das ESF e compartilharão as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF nos quais o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008a).

Essas equipes têm como principal responsabilidade reforçar e atuar em oito diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. Dessa maneira preconiza-se que os NASF se constituam como apoio às equipes de Saúde da Família, trabalhando para a criação de espaços de discussões para gestão do cuidado e construção de um processo de aprendizado coletivo, tendo como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada, e o apoio à coordenação do cuidado que se pretende, pela Saúde da Família. (BRASIL, 2008a).

Com base na produção de dados do Ministério da Saúde (2010), a atuação dos NASF está dividida em nove áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente/do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

É importante ressaltar que a criação do NASF se constitui como um passo importante para a consolidação da ESF e consequente crescimento e aprimoramento da APS brasileira. Com a implantação dos Núcleos, as diretrizes do SUS devem ser concretizadas em ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção de saúde, capazes de produzir saúde para além do marco individualista, assistencialista e medicalizante (MÂNGIA; LANEMAN, 2008).

Os objetivos, as diretrizes, as responsabilidades e eixos de trabalho do NASF serão melhor detalhados no próximo capítulo.

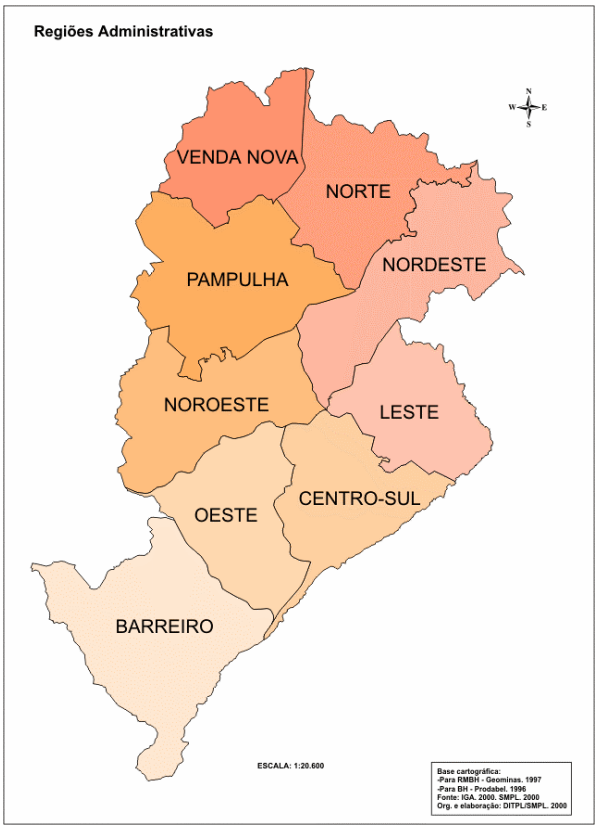
2.3 A Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte

O SUS-BH estrutura-se numa rede de atenção à saúde, composta por distintos dispositivos e equipamentos de diferentes funções e formas de atuação. A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser considerada o centro dessa rede, onde se coordenam os serviços de saúde. Assim, a APS tem como missão: “coordenar um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, dirigidas a populações de territórios definidos, envolvendo a promoção, prevenção, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação” (MINAS GERAIS, 2009, p.11).

O documento intitulado *Avanços e desafios na organização da atenção em saúde em Belo Horizonte*, texto governamental destinado aos trabalhadores de saúde da rede do SUS-BH e que, por isso, tem uma leitura otimista e prospectiva da ESF no município, é uma das principais referências pra discutir a Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Escrito por Turci (2008) o documento traz um esforço de valorização da experiência belo-horizontina.

Para gestão e planejamento da cidade, Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas regionais, que coincidem com nove distritos sanitários (Figura 1). Essa divisão se estende à rede de atenção à saúde ou à estruturação espacial da APS no município.

Figura 1 - Unidades Administrativas Regionais



Fonte: TURCI (2008)

É importante destacar que embora na rede básica de saúde do município haja uma configuração da Estratégia Saúde da Família (ESF) como a porta de entrada, o sistema de saúde municipal também possui uma série de outros recursos que contribuem para a sua qualificação e resolutividade (TURCI, 2008).

TURCI (2008) afirma que a ESF é uma grande potência para a efetiva implementação dos princípios do SUS em Belo Horizonte. Sendo assim a Estratégia deve, por meio da reorganização do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde e da inserção de novos saberes e práticas no dia a dia desses serviços, reorganizar a rede de assistência à saúde municipal (TURCI, 2008).

Como em Belo Horizonte a ESF é o primeiro ponto de contato da população, espera-se que as equipes de saúde da família viabilizem à população atenção integral e multidisciplinar de modo oportuno e qualificado, possibilitando o cuidado longitudinal e a criação de vínculos (TURCI, 2008). Vale ressaltar, entretanto, que no município as áreas cobertas pela ESF são as de médio e alto risco. Sendo assim, a população das áreas de baixo risco não tem a Saúde da Família como primeiro ponto de contato.

Dessa maneira, as equipes de Saúde da Família atuam nos espaços das UBS em conjunto com os demais profissionais que compõem a APS (clínicos, pediatras, assistentes sociais, equipes de saúde mental, dentre outras) realizando ações para acolhimento dos usuários e desenvolvendo ações de pré-natal, puericultura, prevenção de doenças, além do atendimento de demanda espontânea e programada aos adolescentes, adultos e idosos (MINAS GERAIS, 2009).

Ainda no sentido de reafirmar os princípios do SUS, mais uma vez enfocando a integralidade, a gestão da saúde em Belo Horizonte, em conformidade com o Ministério da Saúde, promoveu a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). No município o NASF se integrou à Política de Reabilitação no SUS-BH que enfatiza as ações de promoção à saúde, a reabilitação e a inclusão social. Nesse contexto, os NASF foram identificados, num momento inicial de implantação, como Núcleos de Apoio a Saúde da Família – Reabilitação (NASF-R), com o objetivo principal de fornecer suporte às equipes de Saúde da Família no que diz respeito às ações de reabilitação. Sendo assim, os profissionais do NASF no município focalizam suas ações a usuários que requeiram cuidados de reabilitação, definindo sua conduta de acordo com cada situação (BELO HORIZONTE, 2008).

A Política de Reabilitação no SUS-BH prevê ações na atenção primária e na atenção secundária. A atuação do NASF compõe a rede básica de saúde. Já a rede secundária é composta pelos seguintes serviços de reabilitação: três Centros de Referência em Reabilitação (CREAB) e um Centro Geral de Reabilitação (CGR). Vale lembrar que embora NASF e CREAB possuam ligações, ambos fazem parte de níveis distintos de atenção à saúde (BELO HORIZONTE, 2008).

Para finalizar esse momento de discussão é importante mencionar que a rede de atenção primária em Belo Horizonte é, no entendimento do documento municipal que trata da organização da atenção à saúde, permanentemente construída e constantemente baseada em avaliações e análises das novas demandas que são apresentadas para o SUS-BH (TURCI, 2008).

Veremos no capítulo que se segue uma contextualização desse importante dispositivo componente da rede de atenção primária do Brasil e de Belo Horizonte: o NASF. Além disso, buscar-se-á compreender processos históricos que constituíram e implementaram essa política nos cenários nacional e municipal, seus princípios, diretrizes e ferramentas de trabalho.

3 OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Nas últimas duas décadas, muitas discussões e documentos foram implementados e elaborados para o campo da Atenção Primária à Saúde no Brasil (FLORINDO, 2009). A evolução e aprimoramento destes juntamente à necessidade de qualificação da atenção primária no país culminaram na criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Neste capítulo será realizada uma contextualização da criação e implantação do NASF nos cenários nacional e municipal, bem como uma discussão dos princípios, diretrizes, processos e ferramentas de trabalho estabelecidos para o NASF no Brasil e em Belo Horizonte.

De acordo com Nunan (2009), as primeiras discussões sobre o NASF originaram-se em 2003 e 2004 durante a criação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF), com a proposta de se constituir equipes específicas por áreas de atuação para apoiar a Saúde da Família (SF). Pouco se sabe e quase nada se tem registrado sobre os NAISF. A Portaria n° 1065/GM de 4 de julho de 2005 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) que os regulamenta foi, segundo Nepomuceno (2009), publicada em um dia e revogada no outro.

O documento informa que os NAISF foram criados com a finalidade de “ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde” (BRASIL, 2005, p.1). Para isso, os mesmos deveriam, em suas quatro modalidades de atenção (alimentação/nutrição; atividade física; saúde mental e reabilitação), ser constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Juntamente com os profissionais da Saúde da Família, os componentes das equipes de NAISF atuariam em um território definido e compartilhariam, por meio da corresponsabilização, a construção de práticas em saúde frente aos problemas identificados (BRASIL, 2005).

As quatro modalidades de atenção gerariam quatro equipes diferentes de NAISF. A primeira delas, Alimentação/Nutrição e Atividade Física deveria ser composta por nutricionista, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais. A segunda, Atividade Física, por profissional de educação física e instrutor de práticas corporais. A terceira, Saúde Mental, por psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do psicólogo ou do psiquiatra. Por fim, a quarta e última equipe, a de Reabilitação, deveria ser composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do fisioterapeuta (BRASIL, 2005).

Nunan (2009) afirma que a proposta do NAISF se mostrou inviável, uma vez que a existência de quatro equipes distintas, desligadas e fechadas dificultava a viabilidade de implantação por gestores de muitos municípios.

Ao comparar a portaria do NAISF com a Portaria do NASF é possível observar que ambas têm algumas semelhanças bastante relevantes. Mais do que isso, eu diria que a ideia inicial de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde por meio da atuação de equipes multidisciplinares proposta na Portaria do NAISF, se mantém na Portaria do NASF. Entretanto, a Portaria nº 154/GM de 24 de janeiro de 2008 é mais bem referenciada e respaldada por políticas antecedentes, melhor trabalhada e discutida, muito mais aprofundada e mais bem explicada.

Como é possível identificar no texto da portaria que os cria, o NAISF parece uma espécie de embrião do NASF. Entretanto, mesmo que o NAISF se mostre relevante e imprescindível para a criação, implantação e até mesmo problematização do NASF, ele não é, em momento algum, mencionado nos documentos que regulamentam essa política pública de saúde. A Portaria que cria o NASF, n° 154/GM de 24 de janeiro de 2008, apoia-se em marcos legais de diversas políticas nacionais (Promoção da Saúde, Humanização em Saúde, Práticas Intregativas e Complementares, e assim por diante), mas o NAISF não está entre eles. Diante dessa situação, suspeita-se que o não aparecimento do NAISF como política antecedente ao NASF nos documentos do Ministério da Saúde pode ser indício de uma estratégia de oposição ou sobreposição do último em relação ao primeiro.

Com base na literatura estudada para essa pesquisa, as primeiras idéias e discussões a respeito do NASF surgiram diante da necessidade de qualificação da atenção primária e da melhoria da atenção à saúde aos usuários dos SUS e à população brasileira. A busca pela integralidade da atenção também é destacada pelos autores como a principal causa da criação dos Núcleos. Com a consolidação e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e consequente complexidade de suas ações, a qualificação de suas equipes tornou-se indispensável para o alcance dos resultados esperados (NUNAN, 2010).

Mesmo com o bom desempenho das equipes de Saúde da Família, a busca pela integralidade da atenção e pela interdisciplinaridade das ações, além da necessidade de gerir e atender diversas e complexas demandas de territórios marcados por particularidades, exige a presença e contribuição de outros profissionais de saúde integrando essas equipes. Acredita-se que com o apoio das equipes multiprofissionais seria possível solucionar os problemas de saúde, mas também os de ordem social, política, cultural e econômica, favorecendo a

integralidade da assistência e fortalecendo o SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; BARBOSA *et al.*, 2010).

Outra questão importante no contexto de criação do NASF refere-se à incorporação de profissões à atenção primária, antes inseridas apenas nos níveis secundário e terciário de atenção. A Resolução n° 287 de 08 de outubro de 1998 do Conselho Nacional de Saúde reconhece a "imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior na constituição de um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção" (BRASIL, 1998). Observa-se que desde o final da década de 1990 a ação interdisciplinar no âmbito da saúde e a integralidade da assistência e da atenção já eram consideradas relevantes para a qualificação da atenção primária. Entretanto, segundo Cavalheiro (2009), hoje em dia a inserção de categorias profissionais da saúde diferentes das que compõem as equipes de saúde da família ao contexto da atenção primária, ainda se constitui em um desafio para a garantia da integralidade da atenção.

O NASF se apresenta como uma possibilidade de solução para esse desafio, uma vez que possibilita a inserção de categorias profissionais ainda não contempladas no âmbito das demais equipes da ESF. Esse fato é mencionado em diferentes análises referentes ao NASF e a distintas categorias profissionais (fonoaudiologia, educação física, terapia ocupacional, fisioterapia e acupunturistas não médicos) como uma importante conquista para as profissões, alegando-se que os Núcleos podem se tornar a porta de entrada para esses profissionais na atenção primária. (FLORINDO, 2009; GRICOLO; SCHIMIDT; DELGADO, 2010; MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010; SANTOS, 2009). Diante disso, suspeita-se de uma possível participação e/ou pressão dos conselhos de classe no processo de discussão e criação do NASF. Uma evidência disso é uma reportagem do Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) que afirma que o referente Conselho em conjunto com seus Conselhos Regionais participaram ativamente de todas as etapas de discussão e apresentação de sugestões, que culminaram com a edição da portaria do NASF (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2008).

Como é possível observar, o contexto de criação do NASF congrega diferentes momentos, questões e atores. A integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações (questões centrais para o NASF) vêm sendo discutidas, de diferentes maneiras, há mais de uma década. Além disso, a incorporação e inserção de profissionais no SUS e na Atenção Primária à Saúde vêm se legitimando de formas distintas. Acredita-se que esses elementos são extremamente relevantes para a compreensão dos conteúdos e processos que configuram essa

política pública no Brasil, podendo se estender à compreensão da política no município de Belo Horizonte.

Em decorrência do que foi discutido até o momento, a Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março do mesmo ano, destaca a importância da ampliação das ações no que diz respeito à saúde pública no país. Ao criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) objetivando "apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolubilidade, além dos processos de territorialização e regionalização" (BRASIL, 2008a, p.1), o Ministério da Saúde confirma a necessidade de uma nova lógica de atenção, potencializando as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2008a).

O NASF conta com equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que buscam qualificar e complementar o trabalho das equipes de saúde da família. Por isso, a portaria 154/08 preconiza que os profissionais envolvidos nos Núcleos devem compartilhar seus saberes e práticas, buscando vencer a lógica fragmentada do cuidado em saúde e colaborando para o alcance da integralidade plena (BRASIL, 2008a).

Outro documento sobre o NASF, elaborado pelo Ministério da Saúde, pertence aos Cadernos de Atenção Básica e tem o seguinte título: *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.* Produzido em 2010, o documento constitui uma série de normas e manuais técnicos sendo destinado prioritariamente às equipes de Saúde da Família e às equipes de NASF. De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a composição das equipes de NASF é definida pela gestão municipal e pelas equipes de SF, levando em consideração as peculiaridades, prioridades e necessidades de cada localidade. A disponibilidade de cada uma das diferentes ocupações profissionais também deve ser levada em consideração. O NASF não se constitui como porta de entrada do sistema de saúde. Ao contrário disso, deve atuar de forma integrada à rede a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de saúde da família.

Como já foi explicitado no primeiro capítulo desta dissertação, o NASF é regido por princípios e diretrizes que orientam as ações a serem desenvolvidas pelos mesmos. A primeira delas, a integralidade, deve ser considerada a principal diretriz a ser seguida e praticada pelos Núcleos. Ela pode ser compreendida em três sentidos: abordagem integral do indivíduo; organização das práticas de saúde a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; garantia do acesso às diversas redes de atenção que compõem o sistema de

saúde. O Ministério da saúde recomenda que a busca pela integralidade deve ser assídua, para isso é importante prestar muita atenção ao risco da fragmentação da atenção (BRASIL, 2010).

Além da integralidade, os outros princípios e diretrizes que segundo o Ministério da Saúde (2010) orientam as ações do NASF estão resumidos no quadro abaixo:

Quadro 1 - Princípios e Diretrizes do NASF

Território
Refere-se à necessidade e importância dos Núcleos conhecerem as várias dimensões da realidade do território em que atuarão.
Educação Permanente em Saúde
Refere-se à análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa, buscando a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho.
Interdisciplinaridade
Deve ser entendida como a existência de complementaridade entre as diversas ações, saberes e práticas em um mesmo trabalho.
Participação Social
Diz respeito à consolidação e fortalecimento dos diferentes espaços sociais, com foco na gestão participativa.
Intersetorialidade
É a articulação de sujeitos de setores sociais diversos a fim de abordar um tema ou situação em conjunto.
Humanização
Parte do pressuposto de que construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários é a principal estratégia para a transformação das práticas de atenção e gestão no SUS.
Promoção da Saúde
Implica o desenvolvimento de ações cotidianas que conservem e ampliem os potenciais dos indivíduos e da sociedade de praticar formas de vida mais saudáveis.

Fonte: adaptado de BRASIL (2010)

Além de fortalecer essas oito diretrizes da Atenção Primária à Saúde, o NASF deve atuar em nove áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente/do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2010).

O documento nacional que descreve os princípios e diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, prescrevendo como o trabalho deve ser organizado e realizado, aconselha que a organização dos processos de trabalho do NASF tenha como foco principal o território sob sua responsabilidade, e a elaboração e concretização de ações desenvolvidas de maneira articulada com as equipes de SF. Concomitamente, esses processos devem priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, envolvendo assim todos os profissionais da equipe. O atendimento individualizado pelo NASF, teoricamente só deve ocorrer em situações extremamente necessárias. Para viabilizar essa forma de trabalho é necessária a criação de uma rede de

cuidados corresponsabilizada com as equipes de Saúde da Família que busque superar a lógica fragmentada da saúde. Tudo isso é possível mediante a criação de espaços de estudos e discussões que visem o aprendizado coletivo, espaços de reuniões e orientações, bem como consultas e intervenções conjuntas, etc (BRASIL, 2010).

A operacionalização e o desenvolvimento do trabalho do NASF adotam, segundo o Ministério da Saúde (2010), algumas concepções e ferramentas. São elas: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e Pactuação do Apoio. Cada uma dessas ferramentas é delineada em textos governamentais, ou textos acadêmicos utilizados como referência pelos primeiros, como será visto a seguir:

O Apoio Matricial visa, segundo Campos e Domitti (2007), assegurar retaguarda especializada e suporte técnico e pedagógico às equipes e profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde. Os autores definem que "o Apoio Matricial procura construir e ativar espaço para a comunicação ativa e para compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores" (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.401).

O Apoio Matricial é constituído por um grupo de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência. No caso do NASF a equipe de referência é a equipe de Saúde da Família, que é a referência de saúde para uma determinada população na Atenção Primária. Nesse contexto as equipes do NASF terão responsabilidade sobre a população e sobre a equipe de SF (BRASIL, 2010).

A Clínica Ampliada, um dos conceitos norteadores das ações do NASF, é entendida pela Política Nacional de Humanização, como

> [...] uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2004, p.12).

As principais características da Clínica Ampliada são: compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho, transformação dos meios ou instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

O Projeto Terapêutico Singular refere-se ao movimento de coprodução e cogestão do cuidado que se viabiliza em um processo de discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar que objetiva criar um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo. O Ministério da Saúde apregoa que o

desenvolvimento do PTS deve ocorrer em quatro momentos não estanques: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2010).

O Projeto de Saúde no Território é uma estratégia para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços de saúde e os diversos atores sociais do território, juntamente a outros setores e políticas sociais buscando investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2010).

Por fim, a Pactuação do Apoio, ferramenta de apoio à gestão, se divide em duas atividades: avaliação conjunta da situação inicial do território entre gestores, equipes de SF e o Conselho de Saúde; pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF, a equipe SF e com a participação Social. É importante ressaltar que para o desenvolvimento dessas atividades é imprescindível que os profissionais assumam suas responsabilidades na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde (2010) informa que existem duas modalidades de NASF: NASF 1 e NASF 2. A primeira deve ser composta por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, educador físico, assistente social, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico acupunturista, médico homeopata, médico pediatra e médico psiquiatra. A segunda deve ser constituída por no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, educador físico, assistente social, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. O NASF 1 deve se vincular a um mínimo de 8 e um máximo de 20 equipes de Saúde da Família, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. O NASF 2 deve se vincular a no mínimo três equipes de SF.

Com base nos dados apresentados por Gricolo, Schimidt e Delgado (2010), existiam no Brasil, em março de 2010, 844 NASF 1, 91 NASF 2 e 76 NASF intermunicipais, totalizando 1011 NASF. Nessa época, os fisioterapeutas eram a primeira categoria profissional mais presente no NASF, com 1.384 profissionais, seguidos dos psicólogos, com 840. Infelizmente, esses são os dados mais recentes a que se tem acesso, por isso desconhece-se o número de equipes de NASF e seus respectivos profissionais existentes atualmente no Brasil. Veremos no item que se segue dados referentes ao Município de Belo Horizonte.

Na sessão seguinte, serão discutidas as especificidades do NASF em Belo Horizonte. Tudo leva a crer que essa singularidade está diretamente relacionada ao fato dos municípios poderem criar suas próprias constituições locais, o que gera uma variedade muito grande nos arranjos políticos.

O que se percebe é que as estratégias de descentralização, importantes no conjunto de diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS), têm como um dos principais desafios a serem enfrentados a reflexão e a □onseqüênci consideração da heterogeneidade do país, das diversidades regionais e das especificidades locais (VIANA; MACHADO, 2009).

Trevisan e Junqueira (2007) apontam que as decisões operacionais sobre a saúde foram descentralizadas, mas o repasse das verbas para efetivar tais decisões não foi, o que provoca um grande descompasso entre as esferas diferenciadas (federal, estadual e municipal) de gestão.

Sendo assim, acredita-se que esse distanciamento entre a regulação federal e a prática municipal gera nas políticas públicas de saúde uma uniformidade dos vocabulários, mas não impede a criação de uma diversidade de experiências. A experiência peculiar do NASF em Belo Horizonte é um exemplo disso.

3.1 O Eixo Reabilitação no NASF em Belo Horizonte

Como já foi mencionado no capítulo anterior, em Belo Horizonte o NASF possui uma configuração bastante peculiar. Integrados à Política de Reabilitação no SUS-BH os Núcleos devem fornecer suporte às equipes de Saúde da Família no que diz respeito às ações de reabilitação. No intuito de problematizar essa singular configuração e, talvez assim, contribuir para o alcance dos objetivos dessa pesquisa, serão discutidos a seguir o eixo reabilitação no NASF e o processo histórico de composição do NASF em Belo Horizonte.

No Brasil, as ações de reabilitação estão historicamente associadas aos níveis secundário e terciário de atenção, baseados em um modelo biomédico e reparativo, centrado na doença e em seus efeitos. Entretanto, com o novo entendimento do processo saúde-doença como um processo amplo que engloba determinantes sociais, corresponsabilização, construção compartilhada do cuidado, ações coletivas e compromisso com a inclusão social, as ações de reabilitação na Atenção Primária à Saúde deveriam ser integradas às ações de promoção à saúde, repercutindo diretamente na atenção integral do sujeito, de sua família e comunidade (BRASIL, 2010).

Em função desse novo lugar que as ações de reabilitação deveriam ocupar na APS, o NASF fez da reabilitação uma de suas nove áreas estratégicas. Nesse contexto, o conceito de reabilitação utilizado pelo Ministério da Saúde (2010) para subsidiar as ações dos Núcleos nessa área é o elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU) no Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência:

> Processo de duração limitada e com um objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa deficiente alcance um nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a própria vida. Pode incluir medidas destinadas a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por meio, por exemplo, de aparelhos) e outras medidas destinadas a facilitar a inserção ou a reinserção social (ONU, 1982, s/p).

Sendo assim, na perspectiva governamental o NASF deve, por meio da atuação multiprofissional, possibilitar a diminuição de incapacidades e deficiências visando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inclusão social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde. Para isso é necessário que os profissionais do NASF apóiem as equipes de SF no acompanhamento das ações voltadas para a deficiência em todas as fases do ciclo da vida, especialmente à população idosa. É importante também que as ações de reabilitação sejam realizadas o mais próximo possível da comunidade, valorizando o saber local, integrando-se a outros equipamentos do território, sendo, consequentemente de fácil acesso (BRASIL, 2010).

É evidente que o conceito de reabilitação trabalhado pelos documentos referentes ao NASF (a Portaria que o institui e o Caderno de Atenção Básica que explicita seus princípios e diretrizes) é preponderantemente ligado à questão da deficiência. É curioso perceber como uma política pública que destaca a importância da ampliação das ações no que diz respeito à saúde pública no país, trabalhe apenas com essa perspectiva. Igualmente intrigante notar que a portaria que regulamenta o NASF e o Caderno de Atenção Básica que estipula suas diretrizes e áreas estratégicas não trabalhem a reabilitação de modo multifacetado, uma vez que o tom da interdisciplinaridade se apresenta com grande ênfase. Apenas para levantar alguns dilemas que minariam percepções fechadas de reabilitação, será que um dependente químico que fica internado durante um determinado tempo em uma clínica, ou um cidadão que passa um tempo preso em uma penitenciária não precisam ser reabilitados? Será que isso não faz parte da realidade das comunidades que vivem nos territórios de responsabilidade das equipes de Saúde da Família e do NASF? Será que isso não é uma questão de saúde?

Outra questão curiosa da reabilitação no NASF refere-se às categorias profissionais atuantes nessa área. O Ministério da Saúde (2010) alega que as áreas estratégicas não se remetem à atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional, pois, embora uma determinada área seja específica de uma determinada profissão, acarreta ações que podem e devem ser desempenhadas por outros profissionais do NASF. Além disso, a Portaria 154/08 é declara que ações de reabilitação devem ser multiprofissionais. Entretanto, alguns fatos sugerem que a fisioterapia parece ser a categoria profissional mais adequada para a

reabilitação. Em primeiro lugar, cultural e historicamente falando, a fisioterapia é a profissão que primeiro se pensa quando se fala em reabilitação. Em segundo lugar, das oito autoras da área estratégica da reabilitação no Caderno de Atenção Básica sobre o NASF, quatro são fisioterapeutas. Por último, na Portaria que cria os Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), possíveis precursores do NASF, a presença do fisioterapeuta na equipe de reabilitação era obrigatória.

Considerando-se que o eixo reabilitação é central no NASF em Belo Horizonte, acredita-se que as suposições e elementos discutidos até agora podem ajudar a pensar a configuração do NASF no município. Sendo assim, será abordado a seguir o processo de composição no NASF em BH.

Coimbra e colaboradores (2010) resgatam que até o ano de 2004 a assistência na área de reabilitação no município de Belo Horizonte estava centrada na atenção secundária e a cobertura assistencial na atenção primária estava limitada às unidades básicas de saúde que possuíam algum profissional da reabilitação. Além disso, as equipes de Saúde da Família não estavam suficientemente preparadas para a construção e desenvolvimento de um Projeto Terapêutico para aqueles usuários que necessitavam de reabilitação. Diante dessa situação e da □onseqüênci necessidade de reorganização dos serviços públicos de reabilitação, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) deu início a uma gama de discussões que culminaram na estruturação de um projeto para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação no nível primário da atenção.

Nessa conjuntura, a Secretaria Municipal de Saúde, que segundo os autores, estava certa da relevância da Estratégia Saúde da Família para o alcance da integralidade da atenção, cria os Núcleos de Apoio à Reabilitação (NAR). O objetivo do NAR era implementar ações de reabilitação no nível primário de atenção à saúde, possibilitando o acesso da população a intervenções preventivas, promotoras e reabilitadoras. Dessa forma, buscou-se responder às necessidades dos indivíduos com perdas funcionais e com algum grau de dependência de suas famílias. Objetivando construir uma proposta diferenciada e ampliada de reabilitação as equipes de NAR eram compostas por assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e uma coordenação técnica (BELO HORIZONTE, 2010).

O projeto piloto do NAR foi iniciado, segundo Coimbra, Tostes e Vilaça (s/d), em março de 2005 para suporte matricial a setenta e seis equipes de Saúde da Família do Distrito

Sanitário Barreiro[1]. Com o sucesso da proposta iniciou-se, no ano seguinte, um segundo NAR no Distrito Norte. De acordo com esses autores, o NAR foi precursor do projeto de reabilitação na atenção primária que se consolidou como política de reabilitação a partir da Portaria 154/08 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e permite a expansão da proposta para todo município.

Com a publicação da Portaria 154/08, a SMSA identificou características na metodologia desenvolvida pelo NAR similares à proposta do NASF. Entre elas, o fato de não se constituir como porta de entrada do sistema e sim como equipes de apoio, o fato de as equipes serem compostas por diversas categorias profissionais, a relevância do apoio matricial junto às equipes de SF e em seu território, a responsabilização compartilhada pelos casos, e também a discussão e elaboração conjunta de planos terapêuticos com as equipes de Saúde da Família. Considerando essas semelhanças, a Secretaria Municipal de Saúde decidiu ampliar, por meio da proposta do NASF, a experiência do NAR para todo o município e integrar as ações de promoção à saúde e assistência farmacêutica (COIMBRA, *et al* 2010).

Em Belo Horizonte o objetivo geral do NASF é implementar ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação na atenção primária, a fim de ampliar a resolubilidade e abrangência das ações, mantendo e/ou melhorando as condições de saúde da população. Ao implementar essas ações, o NASF na modalidade reabilitação deve, juntamente às equipes de Saúde da Família, prestar assistência aos usuários das áreas de abrangência com demanda para reabilitação, prevenção e promoção à saúde (BELO HORIZONTE, 2010).

As ações do NASF no município têm como base de trabalho os princípios da Atenção Primária à Saúde e do SUS, o apoio matricial (já discutidos no primeiro capítulo dessa dissertação), as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e o Modelo da Funcionalidade (BELO HORIZONTE, 2010).

Nos termos do Ministério da Saúde (2008b) as diretrizes da Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência são: promoção da qualidade de vida; assistência integral à saúde; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços e capacitação de recursos humanos. Já o Modelo da Funcionalidade, adotado pela Secretaria Municipal de Saúde como uma das bases para a assistência em reabilitação no SUS-BH, propõe o deslocamento da visão negativa sobre as □onseqüências da doença para uma perspectiva positiva de saúde que reforce as habilidades e

[1] Como foi explicitado no capítulo anterior, a demarcação regional e administrativa da Atenção Primária no município de Belo Horizonte é subdividida em nove Distritos Sanitários.

potencialidades do indivíduo como forma de tentar suprir suas deficiências. O documento utilizado pela SMSA como referência para essas discussões é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicado em 2001 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BELO HORIZONTE, 2010). Apoiando-se nessas bases, o trabalho no NASF se divide em dois eixos: assistência ao usuário e Educação Permanente.

O documento municipal preconiza que na assistência ao usuário deve-se realizar atenção domiciliar, atenção individual e atividade coletiva. O termo atenção domiciliar engloba definições relacionadas a atividades realizadas no domicílio por profissionais de saúde. Dessa forma, a visita domiciliar é utilizada pelo NASF como instrumento para operacionalização da assistência a usuários restritos ao leito ou domicílio com demanda para reabilitação. São geralmente usuários com doenças crônicas ou acometidos por Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), que apresentam dependência funcional, pacientes em fase terminal, idosos fragilizados. Na atenção individual, a proposta é oferecer tratamento aos casos em que a resolubilidade possa ser alcançada com um número reduzido de atendimentos ou com orientações específicas. A idéia é que as ações de reabilitação realizadas no consultório utilizem tecnologias leves e leve-duras (acolhimento, formação de vínculo, construção de autonomia, etc.). Quando necessário, o usuário é encaminhado para tratamento na atenção secundária, equipamentos sociais/comunitários, grupos das equipes de SF e NASF. Vale ressaltar que a atenção individual não é o principal foco das ações dos Núcleos, ao contrário disso, só é realizada em casos extremamente necessários. A atividade coletiva é uma das vertentes fundamentais do NASF, pois se acredita que o desenvolvimento de grupos e oficinas é capaz de ampliar os serviços de saúde uma vez que estimula o desenvolvimento de habilidades, leva à transformação de pessoas em função de suas próprias necessidades, além de permitir um diálogo contínuo entre os profissionais da saúde e a comunidade. Sendo assim, sugere-se que nas atividades de grupo seja feita uma abordagem coletiva e interdisciplinar na perspectiva da interação com o usuário, considerando as crenças, valores e atitudes que influenciam nas condições de vida e saúde da população, pois como esses são determinados cultural e socialmente, não se modificam pela simples transmissão de informações (BELO HORIZONTE, 2010).

A Educação Permanente, segundo eixo de trabalho do NASF em Belo Horizonte, entende que o trabalho conjunto das equipes de NASF e Saúde da Família constitui, a partir de discussões clínicas e construção coletiva do planejamento terapêutico para os casos discutidos, uma prática educativa problematizadora que permite, por meio dos conhecimentos

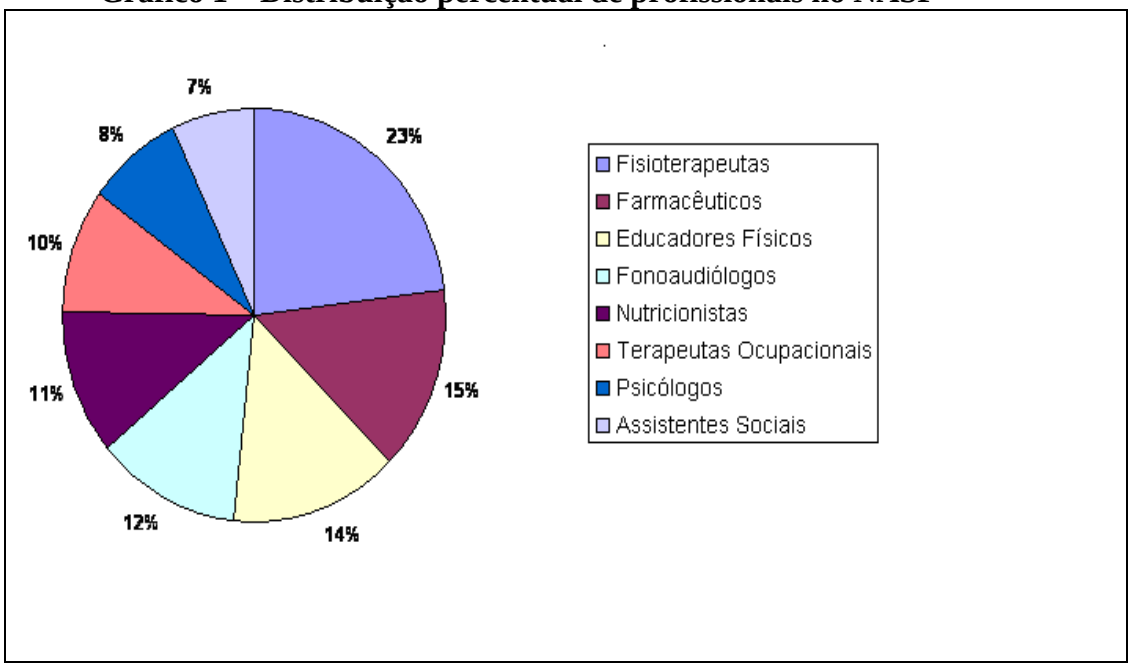
veiculados, ampliar a visão dos profissionais e ativar mudanças na realidade em análise (BELO HORIZONTE, 2010).

Trabalhando nessa perspectiva, o NASF conta com equipes multiprofissionais que buscam, através da abordagem interdisciplinar, a construção de uma prática dinâmica e processual que garanta a concretização da integralidade das ações em saúde. Compreende-se que essa abordagem caracteriza-se como uma possibilidade de trabalho conjunto que respeita as bases disciplinares específicas, mas propõe a construção de um trabalho coletivo e busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas ou das instituições. Por isso, a interdisciplinaridade se constitui como estratégia fundamental para a atuação do NASF em Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2010).

Aproveitando a discussão sobre transdisciplinaridade feita por Passos e Barros (2000), é plausível questionar se o que foi definido acima se trata realmente de uma abordagem interdisciplinar. Esses autores refletem que a interdisciplinaridade refere-se ao “movimento de criação de uma zona de interseção entre as disciplinas, para qual um objeto específico seria designado” (PASSOS; BARROS, 2000, p.74). Ao que parece, pelo menos teoricamente, no trabalho realizado pelas equipes de NASF o que se tem é um diálogo entre os profissionais e as disciplinas, o que resulta em diferentes saberes, opiniões e/ou perspectivas que se somam para melhor compreender e tratar o usuário. Isso se aproxima do que os mesmos autores denominam multidisciplinaridade: “movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares”. (PASSOS; BARROS, 2000, p.74). Talvez, o que a Secretaria Municipal de Saúde está chamando de trabalho interdisciplinar se refere a um trabalho que ainda está por se inventar. De qualquer forma, acredita-se que o fato de diferentes profissionais de distintas formações se aglutinarem em torno de um plano terapêutico que todos devem compreender melhor, é um grande ganho.

Em março de 2011 havia em Belo Horizonte, de acordo com a SMSA (2010), 48 equipes de NASF apoiando 544 equipes de Saúde da Família. Dentre as equipes de NASF estão distribuídos 77 fisioterapeutas, 49 farmacêuticos, 48 educadores físicos, 41 fonoaudiólogos, 38 nutricionistas, 33 terapeutas ocupacionais, 27 psicólogos e 23 assistentes sociais. A distribuição desses 336 profissionais está representada no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição percentual de profissionais no NASF



Fonte: Elaborado pela autora

A dimensão de reabilitação, singular na experiência municipal e estratégica nos jogos políticos deste nível de gestão, organiza boa parte da agenda assistencial dos Núcleos. Os profissionais focalizam suas ações em usuários que requeiram cuidados de reabilitação, definindo sua conduta de acordo com cada situação. Acompanhando o início do trabalho do NASF e o direcionamento interdisciplinar de apoio às ESF, percebe-se que o foco na reabilitação dos NASF em Belo Horizonte permitiu maior inserção de algumas categorias profissionais como fisioterapia, nutrição e educação física, por exemplo, mas se justapôs à de outras categorias, como psicólogos e assistentes sociais, já atuantes em outras equipes da atenção básica.

É importante sinalizar, entretanto, que a distribuição das categorias profissionais atuantes no NASF em Belo Horizonte tem alguma semelhança com a distribuição feita nos Núcleos do Brasil de uma forma geral. Como já foi dito anteriormente, de acordo com Gricolo, Schimidt e Delgado (2010), a categoria profissional mais presente nos NASF brasileiros é a fisioterapia com 1384 profissionais, seguida de 840 psicólogos. O que se observa é que, de alguma forma, os arranjos das equipes de NASF feitos pela SMSA/BH seguem a tendência nacional.

Como se pode perceber, a Portaria que cria o NASF permite interpretações variadas e singulares. A eleição da reabilitação como eixo central para a atuação dos Núcleos em Belo Horizonte possibilita a continuidade de um trabalho já existente no município, além de

fortalecer, ampliar e consolidar as ações do governo municipal. O que se percebe, entretanto, é que os discursos de reabilitação que orientam as práticas desenvolvidas pelo NASF, além dos conteúdos e processos que configuram essa política estão em constante processo de construção. O documento municipal que expõe as diretrizes do NASF apoia-se na portaria federal que o institui. Observa-se que os gestores estão atentos aos movimentos específicos dos trabalhadores dos Núcleos, atores políticos cruciais nas sucessivas reinterpretações do que se entende por reabilitação.

Na tentativa de compreender o processo de implantação do NASF em Belo Horizonte, o capítulo seguinte trará discussões sobre análise de políticas públicas e Análise de Discurso. Essa abordagem compõe o aporte teórico para o tratamento dos dados produzidos nessa pesquisa, permitindo uma melhor aproximação dos dados com a revisão de literatura sobre APS e NASF exposta até o momento.

4 POLÍTICAS E DISCURSOS: APONTAMENTOS TEÓRICOS PARA A ANÁLISE DE DADOS

Serão discutidos a seguir elementos da proposta de análise de políticas públicas trabalhadas por Frey (2000), Viana e Baptista (2008), além de elementos da Análise de Discurso proposta por Eni Orlandi. Ambas as discussões contribuirão para a abordagem dos dados produzidos nessa pesquisa.

4.1 Análise de Políticas Públicas

Um campo de estudos definido para nós como análise de políticas públicas vem se desenvolvendo nas últimas décadas dos século XX, com especial crescimento na década de 1980 (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Para Viana e Bapstista (2008), a análise de políticas públicas pretende discutir a ação pública, seus determinantes, seus propósitos, seus processos e seus efeitos. As autoras destacam que:

> [...] o que se pretende é menos uma visão normativa e descritiva das políticas e mais uma análise das relações de poder entre os grupos e como se expressam na orientação do Estado. A análise de uma política é a análise a respeito dos processos e atores (portadores e poderes) envolvidos na construção da política, identificando as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade (VIANA; BAPTISTA, 2008, p.69).

Sendo assim, a análise de políticas públicas deve trazer para a descoberta as variáveis que compõem a construção de uma política: princípios políticos e ideológicos que norteiam sua ação, a participação das instituições públicas, a forma de relação estabelecida com os cidadãos, as práticas de governos instituídas, entre outros (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Para Frey (2000), esse campo de estudos também busca analisar as inter-relações existentes entre as instituições, os processos e os conteúdos que compõem as políticas. Segundo o autor, é de fundamental importância para a análise de políticas públicas uma adaptação do conjunto de instrumentos da análise às condições peculiares de cada sociedade. Pauta-se pela premissa de que os estilos políticos de uma determinada sociedade são influenciados por uma variedade de fatores como as tradições regionais, as estruturas políticas locais, o grau de desenvolvimento econômico, as ideologias, a própria experiência da prática política, etc. Além disso, as especificidades socioeconômicas e políticas de determinada sociedade são produtos de vários processos políticos de negociações antecedentes específicos.

Tudo isso confere singularidade aos padrões políticos de uma determinada localidade e, consequentemente, interfere na elaboração e implementação dos programas e projetos políticos.

Frey (2000) também chama atenção para a necessidade de se considerar a ampla autonomia dos municípios sobre as políticas. Para o autor, o direito de poder outorgar sua própria constituição local, concedido aos municípios com a Constituição de 1988, acarreta uma variedade muito grande de arranjos institucionais nas Constituições Municipais e nas respectivas leis complementares.

Frey (2000) acrescenta que esse campo de estudos deve levar em consideração três dimensões da política. A primeira, a dimensão institucional, refere-se à estrutura institucional do sistema político-administrativo. A segunda, a dimensão processual, tem-se em vista o processo político, enquanto que a terceira, a dimensão material, remete aos conteúdos e a configuração dos programas políticos. O autor destaca, entretanto, que essas dimensões não são independentes. Ao contrário disso, elas são interligadas e se influenciam mutuamente.

Como as políticas estão sujeitas a modificações no decorrer dos processos de elaboração e implementação, a análise de políticas públicas desenvolveu um modelo de análise denominado o ciclo da política. Esse modelo propõe a subdivisão do processo político-administrativo em fases ou estágios e se refere ao conjunto desses como o ciclo de uma política (VIANA; BAPTISTA, 2008; FREY, 2000).

De acordo com Frey (2000), as divisões do ciclo político pouco variam entre as diferentes propostas bibliográficas que consulta sobre o campo da análise de políticas. As fases de formulação, implementação e avaliação dos impactos da política são comuns às abordagens existentes. Os modelos trabalhados por Frey (2000) e Viana e Baptista (2008) compreendem cinco grandes fases. A primeira, a fase de entrada de um conflito na agenda política, refere-se ao reconhecimento de um problema como de relevância pública. A fase seguinte, a formulação da política, consiste na busca de opções e alternativas para a resolução do problema. A terceira fase, a de elaboração de programas e de decisão, é a escolha de uma solução específica que abarca a definição de metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da investigação. A implementação, quarta fase, refere-se ao momento de pôr a solução escolhida em andamento. A quinta e última fase, a avaliação da política, refere-se ao processo de monitoramento dos resultados.

A fase de implementação é considerada um momento crucial no ciclo de uma política. De acordo com Viana e Baptista (2008), é nesse estágio que uma definição ocorrida nas fases

de formulação e tomada de decisão pode ser modificada ou rejeitada, demandando novas negociações, decisões e formulações, alterando assim o ciclo da política.

Com base na produção de Siman (2005), raramente uma política pública é implementada de acordo com o objeto de planejamento e de formulação inicial, isto é, geralmente, os governos enfrentam limitações para tornar efetivas as políticas que formulam. A autora acrescenta que o processo de execução de políticas produz, na maioria das vezes, resultados distintos dos que foram previstos e desejados pelos analistas e responsáveis pela fase de tomada de decisão. Sendo assim, é possível inferir que a política pública é condicionada tanto pelos tomadores de decisão, quanto por seus executores.

Siman (2005) enfatiza que durante a fase de implementação, as políticas são afetadas por restrições que surgem do ambiente dinâmico e conflituoso no qual interagem forças políticas e sociais com diferentes interesses e visões da ordem social. A autora também pontua que essa fase implica a incessante e permanente montagem de redes de negociação, o que leva a modificações dos conteúdos da política e ao retardamento de sua execução.

Outra questão importante na análise de políticas públicas é a consideração de que todo o processo político-administrativo sofre influências de fatores como: tradições nacionais e regionais, estruturas políticas, grau de desenvolvimento econômico, ideologias, experiência da prática política, etc. Além disso, a análise de políticas públicas deve enfocar esses fatores condicionantes, dando ênfase na dimensão processual da política (FREY, 2000).

4.2 Discursos

A noção de discurso é compreendida de diferentes formas por diferentes autores, fazendo com que esse conceito receba definições variadas e polissêmicas. Para Orlandi (2001a), discurso é entendido como palavra em movimento que produz efeitos de sentidos entre locutores. Spink (2004) se expressa dizendo que discurso remete ao uso institucionalizado da linguagem e de sistemas de sinais de tipo linguístico. Foucault (2005) afirma que os discursos são práticas que obedecem a certas regras. Machado (2008) define da seguinte forma:

> [...] a noção de discurso pressupõe que toda e qualquer língua escrita ou falada é obscura, polissêmica, opaca, atravessada por múltiplas significações e nada transparente. Além disso, a língua depende do contexto em que é utilizada, da história de quem fala (ou escreve) e de quem escuta (ou lê). Para ser compreendida, depende da consideração das condições em que surge (MACHADO, 2008, p. 346).

Embora as definições sejam diferentes, alguns aspectos são comumente abordados pelos autores quando estes se referem à noção de discurso. Em sintonia com Machado (2008), Orlandi (2001a) argumenta que sendo o discurso um objeto sócio-histórico, este não depende unicamente das intenções dos sujeitos, mas da relação que se constitui com a exterioridade e, principalmente, das condições em que são produzidos. A autora ainda explica que os discursos são um conjunto de práticas em constante processo e movimento que constituem a sociedade na história.

De acordo com Orlandi (2001a), as condições de produção dos discursos englobam o contexto sócio-histórico fazendo com que esses se produzam na tensão entre o mesmo e o diferente. Sendo assim, os discursos nunca estão prontos e acabados, mas sempre se fazendo, num movimento contínuo que envolve história e memória, retornando sob a forma do pre-construído, mas também a ruptura desses processos e a ressignificação dos mesmos. Aprofundando essa discussão, a autora afirma que todos os discursos estão ligados a outros constituindo uma relação em que um discurso aponta para outros que o sustentam, assim como para dizeres futuros.

Se pensarmos nos discursos de reabilitação presentes nas práticas desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Belo Horizonte, veremos que os conceitos de reabilitação discutidos em outras épocas e políticas e os diferentes processos de reabilitação trabalhados por diferentes profissionais em diferentes contextos estão, de certo modo, significando ali. Ou seja, esses múltiplos conceitos e processos contribuem para os significados atuais sobre reabilitação. Ao mesmo tempo, a reformulação desses conceitos e o delineamento de novas perspectivas para se pensar e praticar a reabilitação em novos contextos produzem a variedade desses discursos.

Se retomarmos o que foi discutido no capítulo anterior, observaremos que a concepção de reabilitação trabalhada na política do NASF em Belo Horizonte traz a recuperação e reiteração de alguns processos já cristalizados. São exemplos disso: a utilização do conceito de reabilitação proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência; a utilização do conceito de funcionalidade elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); e a experiência dos Núcleos de Apoio em Reabilitação (NAR) desenvolvida e vivenciada no município. Entretanto, é importante frisar que os discursos de reabilitação no NASF em Belo Horizonte também são constituídos na ruptura desses processos cristalizados, no deslocamento das regras, na ressignificação das experiências e na produção de novos movimentos que afetam os sentidos e os sujeitos. Sendo assim, é possível constatar que os

discursos de reabilitação presentes nas práticas desenvolvidas pelos NASF neste município se delineiam na relação com discursos passados e presentes.

Ao discutir as condições de produção e os mecanismos de funcionamento dos discursos, Orlandi (2001a) esclarece que o lugar a partir do qual fala o sujeito é constitutivo do que ele diz. Segundo a autora, a constituição das condições em que o discurso se produz "assenta-se no modo como as relações sociais se inscrevem na história e são regidas, em uma sociedade como a nossa, por relações de poder" (ORLANDI, 2001a, p.42).

Para Foucault (1996) toda sociedade possui instituições responsáveis pela distribuição e gerenciamento dos discursos. Citando o exemplo do sistema educativo, o autor afirma que "todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e poderes que eles trazem consigo" (FOUCAULT, 1996, p.44).

Dessa forma, é importante refletir que os documentos municipais que discutem as concepções e aplicabilidade da reabilitação, assim como os próprios discursos sobre reabilitação não surgiram do nada e nem caíram do céu. Ao contrário disso, são produtos da sociedade que os fabricaram segundo as relações de força que aí se manifestam.

Refletindo o que foi até aqui discutido, constata-se que relações de poder estão presentes nos discursos e principalmente na produção e enunciação desses, uma vez que são produzidos e enunciados a partir de uma posição dada e uma conjuntura determinada. Entretanto é importante enfatizar que não se trata aqui de uma abordagem que classifica o poder como algo bom ou ruim, mas sim como um elemento constituinte das relações humanas:

> As relações de poder têm uma extensão consideravelmente grande nas relações humanas. Ora, isso não significa que o poder político esteja em toda parte, mas que, nas relações humanas, há todo um conjunto de relações de poder que podem ser exercidas entre indivíduos, no seio de uma família, em uma relação pedagógica, no corpo político (FOUCAULT, 2004, p.266).

Como é possível perceber, as relações de poder estão em toda parte e não se constituem como estrutura negativa que tem por objetivo punir. Mas, ao contrário disso, são constituintes das relações humanas, atravessam a sociedade, as instituições, as individualidades, enfim, qualquer tipo de relação. Por isso acredita-se que as relações de poder permeiam e produzem também os discursos. De acordo com Foucault (1979), deve-se considerar o poder como uma rede produtiva que permeia todo corpo social produzindo coisas, induzindo ao prazer, formando saberes e produzindo discursos.

Ao tratar desse assunto, Foucault (1977) enfatiza que os discursos veiculam poder, uma vez que instituem e legitimam saberes, organizam conceitos, regulam práticas, possibilitando o exercício e servindo de suporte para diferentes teorias e sistemas sociais.

Ao problematizar os discursos de reabilitação veiculados no cotidiano de trabalho do NASF em Belo Horizonte (documentos, constituição e desenvolvimento da política no município, práticas profissionais, reuniões de equipe, relação entre os níveis de gestão, e assim por diante) é importante questionar o que os torna possíveis e entender que eles não são desinteressados e livres, mas pertencentes a uma lógica de poder. Como os interesses e os jogos de poder mudam, os discursos também são modificados em seu próprio exercício. Ao retomar o que foi trabalhado nos capítulos anteriores é possível recuperar um elemento que se aplica ao que agora está sendo destacado. Em um momento inicial de implantação os NASF foram identificados como Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Reabilitação (NASF-R). A dimensão de "reabilitação", singular na experiência municipal e estratégica nos jogos políticos deste nível de gestão foi suprimida como palavra, mas continua a organizar boa parte da agenda assistencial dos Núcleos, como se explorará adiante.

Orlandi (2001) argumenta que "[como] nossa sociedade é constituída por relações hierarquizadas, são relações de força, sustentadas no poder desses diferentes lugares, que se fazem valer na comunicação" (ORLANDI, 2001a, p.40). Ou seja, dependendo do lugar do qual se fala as palavras significam de modo diferente.

Em consonância com Orlandi (2001a), Gregolin (2004) diz que os discursos estão vinculados à determinadas instituições que preceituam ao sujeito ocupar certas posições características no momento de fala.

Certamente, o que gestores têm a dizer sobre reabilitação significa de modo diferente do que é dito pelos profissionais, uma vez que a posição que eles ocupam e a conjuntura da qual fazem parte na instituição e no contexto do NASF é muito diferente.

4.3 Elementos da Análise do Discurso em Eni Orlandi

Eni Orlandi, estudiosa da análise de discurso, deriva seus estudos da Escola Francesa da Análise de Discurso. Nessa perspectiva, a autora entende que a análise de discurso possibilita uma melhor compreensão e problematização dos processos de significação e dos sentidos que constituem um texto (ORLANDI, 1995).

Para a autora, a análise de discurso não procura um sentido verdadeiro atrás do texto. Em outra direção, busca compreender como os sentidos são, através do texto, produzidos e

investidos de significância para e por sujeitos. Dessa forma, o objetivo da análise de discurso é descrever o funcionamento do texto, explicitando os processos de significação que ali trabalham e produzem sentidos (ORLANDI, 2001b).

> A análise de discurso tem como objetivo romper os efeitos de evidência (expor o olhar leitor à opacidade do texto), ou seja, inaugurar outras maneiras de ler (colocando o dito em relação ao não dito, em relação ao dito em outro lugar, de outras maneiras, etc). (ORLANDI, 2001b, p.62).

Como contribuição para essas discussões Orlandi (1999) traz, em reflexões anteriores, que ao trabalhar a opacidade do texto, a análise de discurso deve estar atenta ao simbólico, ao ideológico, ao político, às relações de poder, à constituição de identidades, etc.

De acordo com Orlandi (1999) a análise de discurso deriva de três regiões do conhecimento científico – Marxismo, Linguística e Psicanálise – apresentadas pela autora da seguinte forma:

a) O materialismo histórico, como teoria das formações sociais e suas transformações;
b) A linguística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação;
c) A psicanálise, como teoria que traz o deslocamento da noção de homem para a de sujeito, permitindo o entendimento de que o sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia.

Nessas discussões, discurso é compreendido, como já foi dito anteriormente, como palavra em movimento que produz efeitos de sentidos entre locutores. Sendo assim, pensa-se no discurso como objeto sócio-histórico onde intervêm a ideologia e o inconsciente, pois não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia (ORLANDI, 2001a).

Orlandi (1999) enfatiza que o discurso deve ser pensado como parte de um mecanismo em funcionamento que corresponde a uma formação social. E que por isso um determinado discurso é composto por um falante determinado, para um interlocutor determinado e com finalidades específicas. Todos esses elementos se circunscrevem em uma determinada experiência social de uma determinada época e grupo social.

Eni Orlandi utiliza Michel Pêcheux como principal referência para se entender e discutir a análise de discurso da Escola Francesa. Em virtude disso, a análise de discurso

praticada pela autora se assemelha à análise de discurso proposta por Pêcheux em termos de conceituação e definição metodológica, delimitação do que se entende por discurso, além da recuperação de dois importantes elementos trabalhados pelo estudioso: a noção de estrutura/acontecimento e o conceito de interdiscurso.

Quando se diz que o objetivo da análise de discurso é descrever o funcionamento do texto, o funcionamento supõe a relação estrutura/acontecimento. De acordo com Pêcheux (1983) citado por Orlandi (2001b) o discurso é acontecimento porque se dá no mundo, sendo da ordem do que produz sentido. Ao mesmo tempo, é estrutura porque tem a ordem da língua, sendo passível de falhas. Para Orlandi (2001b) o acontecimento pensado em sua relação com a estrutura traz para a análise de discurso uma questão metodológica: a possibilidade de re-significação do social, do histórico e do político.

O interdiscurso ou memória discursiva, conceito fundamental para a análise do discurso, é um conjunto de formulações já feitas e esquecidas que sustentam e determinam o que dizemos e assim vão construindo uma história de sentidos. A observação do interdiscurso é imprescindível para se compreender o funcionamento do discurso, pois possibilita remeter determinado dizer “a uma filiação de dizeres, a uma memória, e a identificá-lo em sua historicidade, em sua significância, mostrando seus compromissos políticos e ideológicos” (ORLANDI, 2001a, p.32). Ou seja, o interdiscurso é a relação do discurso com uma multiplicidade de discursos.

A autora acrescenta que a noção de interdiscurso reforça para a análise de discurso a importância da consideração do inconsciente e da ideologia. Pois, segundo Pêcheux (1981) citado por Orlandi (2001b), o sentido não se aprende, constitui-se por filiação a redes de memória.

Embora a principal referência utilizada por Eni Orlandi seja Pêcheux, a autora também recupera, em sua prática da análise de discurso, dois importantes conceitos propostos por Michel Foucault em seus estudos discursivos: formação discursiva e função autor.

As formações discursivas são diferentes regiões em que se inscrevem os discursos. Essas regiões refletem as diferenças ideológicas, os diferentes lugares e posições que o sujeito ocupa, as relações de força e as relações de sentido. Sendo assim, as formações discursivas determinam o que pode e deve ser dito a partir de uma posição dada e uma conjuntura sócio-histórica dada. O discurso se constitui em seu sentido a partir da formação discursiva em que está inscrito. Por isso, as palavras mudam de sentido ao passarem de uma formação discursiva para outra (ORLANDI, 1995; 1999; 2001a; 2001b).

A função autor é uma função discursiva do sujeito, necessária para qualquer discurso, que existe sempre que um sujeito se coloque na origem do dizer, se reconhecendo como produtor de linguagem e produtor do texto. “Um texto pode até não ter um autor específico, mas, pela função autor, sempre se imputa uma autoria a ele”, esclarece a autora (ORLANDI, 2001a, p.75). A autoria é a função discursiva que está mais determinada pela exterioridade, estando, consequentemente, mais submetida às regras institucionais e procedimentos disciplinares.

Além dos elementos que buscou em Pêcheux e Foucault, Eni Orlandi também expõe conceitos cujas referências são menos evidentes para se trabalhar a análise de discurso por ela proposta. São eles: interpretação, paráfrase, polissemia, incompletude e silêncio.

Levando-se em consideração a afirmação da autora de que “não há sentido sem interpretação” (ORLANDI, 2001a, p.45), a interpretação, decodificação e apreensão de sentido por meio da análise de todas as frases que compõem o texto e do contexto imediato, é imprescindível para a análise de discurso. Vale ressaltar, que a interpretação não é aleatória, mas, determinada pelo interdiscurso.

Pensando no processo de interpretação, Orlandi (2001a) constrói uma diferenciação entre os dispositivos teórico e analítico que objetivam auxiliar o processo de decodificação e interpretação. O dispositivo teórico baseia-se em princípios gerais da análise de discurso utilizando seus métodos e conceitos. O dispositivo analítico é construído pelo analista em cada análise levando-se em consideração a questão colocada, a natureza do material analisado e a finalidade da análise. Sendo assim, cada dispositivo analítico será composto por conceitos e procedimentos que se relacionam com a resolução de uma determinada questão de pesquisa.

De acordo com Orlandi (1999), a produção do discurso se faz na articulação entre processos parafrásticos e polissêmicos. Os primeiros representam o retorno aos mesmos espaços de dizer, produzindo um mesmo sentido sob diferentes formulações. Os segundos possibilitam deslocamento e ruptura dos processos de significação, permitindo a emergência de sentidos múltiplos e variados. Em reflexões posteriores, a autora afirma que a paráfrase e a polissemia constituem o movimento contínuo da significação entre a repetição e a diferença, uma vez que a língua, os sujeitos e a história são passíveis de rupturas e transformações: “é nesse jogo entre paráfrase e polissemia, entre o mesmo e o diferente, entre o já dito e o a se dizer que os sujeitos e os sentidos se movimentam, fazem seus percursos, (se) significam” (ORLANDI, 2001a, p.36).

A noção de incompletude, elemento que também se destaca nas discussões da autora, parte do pressuposto de que assim como os sujeitos e os sentidos são incompletos e se

constroem continuamente, os discursos também o são. Soma-se a isso o fato de que os discursos não possuem um começo absoluto, assim como não possuem um ponto final, o que tem como consequência uma das mais marcantes características do discurso: a multiplicidade de sentidos possíveis (ORLANDI, 1999; 2001; 2001b).

Outro importante conceito proposto por Eni Orlandi é o silêncio. Para a autora (1995), o silêncio não é a falta de palavras. Mas, ao contrário disso, há silêncio nas palavras. Além das mesmas serem atravessadas por silêncio e o produzirem, o silêncio fala por elas. Orlandi (1995) acrescenta que há sentido no silêncio, uma vez que todo dizer é uma relação fundamental com o não dizer. Por isso, o silêncio é muito mais do que complemento da linguagem, ele tem significância própria e garante o movimento de sentidos. Em suas palavras, “sempre se diz a partir do silêncio” (ORLANDI, 1995, p.23). Sendo assim, a autora entende que o silêncio refere-se a uma das formas de trabalhar o não dito na análise de discurso.

Considerando que o silêncio tem suas formas, Orlandi (1995) propõe duas formas de silêncio: o silêncio fundador e a política do silêncio. O silêncio fundador, é o que existe nas palavras, significa o não dito e produz condições para significar. A política do silêncio, por sua vez, de divide em dois: o silêncio local ou censura, que se refere ao que é proibido dizer em determinada conjuntura, e o silêncio constitutivo, “o que nos indica que para dizer é preciso não dizer (uma palavra apaga necessariamente as outras palavras)” (ORLANDI, 1995, p.24).

A compreensão dos elementos e conceitos trabalhados anteriormente é extremamente importante para a prática da análise do discurso. Com base nos mesmos é possível construir um dispositivo de análise que permita contemplar o processo de produção de sentidos em suas condições, além de mostrar os diferentes processos de identificação para um mesmo discurso. A construção e prática desse dispositivo deve se pautar em uma questão central para a análise de discurso: uma mesma palavra tem diferentes significados dependendo da posição do sujeito e da inscrição em determinada formação discursiva (ORLANDI, 2001a).

Orlandi (2001a) propõe o seguimento de três etapas para a realização dos procedimentos da análise de discurso. A primeira é estabelecer o *corpus* de análise, decidindo o que irá constituí-lo. Para isso, deve-se levar em consideração critérios que decorram de princípios teóricos da análise de discurso e os objetivos da pesquisa. A segunda, a de-superficialização do *corpus*, consiste em identificar o como se diz, o quem se diz e em que circunstâncias se diz. A terceira é a detecção da relação dos discursos com as formações discursivas em que eles se inscrevem.

O importante é não esquecer que a análise de discurso pretende trazer para a descoberta a relação entre os discursos, a produção de sentidos, e como esses se inscrevem nos sujeitos, na sociedade e na história (ORLANDI, 2001b).

Teremos a seguir a discussão dos dados produzidos nessa pesquisa. Sendo assim, é importante acentuar que a Análise de Discurso será tomada aqui como uma abordagem aliada às leituras de Frey (2000), Siman (2005), Viana e Baptista (2008) e à revisão de literatura feita nos capítulos anteriores, elucidando os discursos que emergem das falas dos sujeitos que são reveladores dos conteúdos e processos na implementação dos NASF em Belo Horizonte.

5 CAMINHOS PARA A PRODUÇÃO DE DADOS

Buscando compreender o processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Belo Horizonte, foram produzidos dados empíricos por meio de pesquisa bibliográfica, entrevistas semidirigidas, grupo focal e observação participante.

No desenho original do projeto endereçado aos Comitês de Ética em Pesquisa da PUC Minas (CEP-PUC Minas) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/BH), pretendia-se realizar duas entrevistas semidirigidas com duas gestoras do NASF em Belo Horizonte; observar, durante 1 mês, reuniões que fazem parte do cotidiano de trabalho da equipe de NASF (reuniões da própria equipe, reuniões com a equipe de Saúde da Família, reuniões do Centro de Referência em Reabilitação (CREAB), etc.); e desenvolver 2 grupos focais com os profissionais da equipe, um antes das sessões de observação participante e outro após. O segundo grupo focal teria finalidade de devolução parcial dos dados. Embora o projeto tenha sido aprovado em ambos os comitês de ética, a tramitação no CEP-SMSA/BH foi atravessado por uma mudança administrativa o que tornou o processo moroso. Diante dos prazos para finalização da pesquisa, só foi possível realizar as 2 entrevistas, 1 grupo focal e 1 sessão de observação participante, limitando-se o processo de produção dos dados de modo significativo. Apesar disso, acredita-se que os dados empíricos trazem elementos importantes para uma discussão consistente sobre a implantação do NASF no município. As lacunas que porventura se apresentarem na leitura deste trabalho podem ser indicadoras de continuidade de estudos e aprofundamento de pontos que estão aqui sinalizados.

A entrada em campo se deu com a anuência do nível central de gestão dos Núcleos. Após esses trâmites foram entrevistadas duas gestoras[2] do NASF em Belo Horizonte.

A equipe que participou do grupo focal e da sessão de observação participante é composta por um fisioterapeuta, uma assistente social, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma farmacêutica e um educador físico. Como a nutricionista estava de licença maternidade e o educador físico estava de férias, ambos não foram envolvidos no estudo. O profissional que está há menos tempo na equipe, tem dois anos de NASF. O que está há mais tempo, o fisioterapeuta, está desde 2004 e participou da escrita do projeto do NAR.

O grupo focal foi desenvolvido em dia e horário combinado com os profissionais participantes, e teve aproximadamente duas horas de duração. Observou-se uma reunião de equipe que ocorre semanalmente com dia e horário pré-estabelecidos. A reunião observada

[2] Embora se saiba das limitações oferecidas ao processo de análise de discurso, evitar-se-á qualquer detalhe que possa facilitar a identificação das gestoras.

teve como pauta a discussão de pendências para a nutricionista. Como a nutricionista da equipe estava de licença maternidade, havia a necessidade de encaminhamento de alguns casos prioritários para um profissional da nutrição. Em conjunto com o nutricionista de outra equipe de NASF, os profissionais identificaram os casos mais urgentes e o nutricionista presente iria remanejar sua agenda para atendê-los.

As identidades dos sujeitos que participaram do estudo foram preservadas. As entrevistas e o grupo focal foram gravados e transcritos. A sessão de observação participante foi registrada de forma cursiva utilizando-se lápis e papel. Os registros estão e ficarão sob a guarda da pesquisadora durante cinco anos, sendo posteriormente destruídos. Foram, portanto, respeitados os aspectos éticos previstos na Resolução CNS 196/96, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Os registros foram submetidos à análise de discurso articulando-os à pesquisa bibliográfica e aos estudos de documentos oficiais que também compõem a investigação. De acordo com Machado (2008),

> Analisar um discurso é considerar, simultaneamente, o texto (escrito ou falado) como alguma coisa material e concreta que funciona e as condições em que esse texto foi produzido (o que distingue o texto do discurso é o fato de que o funcionamento do discurso não é apenas lingüístico, mas vincula-se também às suas condições de produção) (MACHADO, 2008, p.365).

Como etapa preparatória de organização dos registros, foi realizada a categorização dos dados. Minayo (2004) reflete que essa separação por categorias é importante, pois com ela, é possível que se faça um contraste das diferenças e semelhanças que os dados apresentam no momento da análise. Os pontos elencados para a investigação nessa pesquisa permitiram identificar os contornos de algumas categorias distintas, que nortearam o aprofundamento da análise, como O histórico da política na voz dos sujeitos, Sentidos da reabilitação, O que é um caso pra NASF, A relação das equipes de NASF com as demais equipes da APS, Em que se avançou desde o início do processo de implantação, Os desafios que vêm sendo enfrentados e Estratégias de Monitoramento.

Na categoria abaixo será abordado como os sujeitos envolvidos no estudo percebem e constroem a história do NASF em Belo Horizonte.

5.1 O Histórico da política na voz dos sujeitos

Tanto na voz da gestora 1, quanto na da gestora 2 e dos profissionais, a experiência dos Núcleos de Apoio em Reabilitação (NAR) em Belo Horizonte aparece como precursora

da Portaria Ministerial que institui o NASF. De acordo com a gestora 1, a experiência do NAR mostrou a importância de uma equipe multiprofissional apoiando o trabalho das equipes de Saúde da Família. Como Belo Horizonte tem uma discussão sempre muito próxima com o Ministério da Saúde, esse trabalho do município, de certa forma, inspirou a elaboração pelo Ministério de uma proposta de equipes de apoio à Saúde da Família numa perspectiva interdisciplinar que qualificasse as ações na Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, com a publicação da Portaria do NASF em 2008, o município de Belo Horizonte ampliou a proposta do NAR para todos os Distritos Sanitários.

> Então eu acho que a reabilitação, pelo menos atualmente, ou desde que se pensou no NASF, no NAR, o precursor de tudo, inclusive da Portaria [154/GM], porque pelo o que eu sei, o NAR inspirou a Portaria (Assistente Social).
>
> Então, em BH no ano de 2008, quando foi publicada a portaria do NASF pelo Ministério da Saúde, a gente aproveitou toda essa experiência inicial com essa estruturação do NAR e ampliamos para todos os Distritos de Belo Horizonte a proposta (Gestora 1).

Como foi discutido no capítulo anterior, a produção de um discurso também se faz na relação com a exterioridade, em um movimento que envolve história e memória, fazendo com que sempre exista uma ligação entre os discursos. As falas citadas acima remetem às memórias e circunstâncias que precederam a implantação do NASF e que interferiram diretamente nesse processo. Percebe-se que um conjunto de formulações sobre o NAR sustenta a construção de sentidos sobre o NASF. É a produção coletiva de memória sobre o NAR atravessando a produção de sentidos sobre a nova experiência do NASF.

Observa-se também uma das variáveis que compõem a construção de uma política: um princípio ideológico que norteia sua ação. A crença ideológica de que o NAR é precursor do NASF, faz com que a experiência do primeiro oriente a estruturação das ações do segundo, estimulando-se uma narrativa que, ao mesmo tempo, valoriza a experiência anterior e preconiza certa maturidade para o momento atual do NASF. Por um lado, a construção de linearidade entre NAR e NASF considera o primeiro como uma inovação que antecede o que viria a acontecer no cenário nacional. Por outro, essa narrativa sustenta a estratégia de expansão do formato dos NAR para todo o município, devidamente renomeados, simulando-se um momento de consolidação da política em fase ainda inicial.

A gestora 2 afirma que a história do NAR facilitou muito a implantação do NASF. Pois apesar de ter havido algumas modificações e a necessidade de inclusão de questões que não estavam previstas, a proposta do NAR se parecia muito com o que era preconizado na Portaria do NASF. Segundo ela, o que a Portaria previa com relação ao apoio matricial, ao

público prioritário e ao desenvolvimento das ações, já era realizado pelo NAR. Em consequência disso, quase não houve alterações no serviço.

> Então quando veio a Portaria do NASF a gente já tava muito enquadrado na Portaria, apesar de Belo Horizonte ter algumas especificidades, algumas diferenças do restante, até porque a gente já tinha uma história que era a história do NAR. Mas quando veio a Portaria a gente teve que se enquadrar em algumas questões que não estavam previstas. Mas não teve nenhuma alteração muito grande de serviço não. Os profissionais aqui do distrito, o pessoal aqui do centro de saúde, ninguém sentiu muita diferença (Gestora 2).

Como é possível observar, a própria construção discursiva da fala acima apresenta pequenos paradoxos e ambiguidades. Inicialmente a gestora diz que a experiência do município já estava muito enquadrada na Portaria [154/GM]. Em seguida esclarece que quando a Portaria foi publicada, houve a necessidade de enquadramento em algumas questões que não estavam previstas. Em um terceiro momento, afirma novamente que não houve grandes alterações. Como é possível identificar, a construção linguística não apresenta coerência.

Além disso, as afirmações da última frase (as de que não houve grandes alterações no serviço e que os profissionais não sentiram muita diferença com a implantação do NASF) são, no mínimo, curiosas. De acordo com Frey (2000), as políticas podem sofrer grandes modificações durante a fase de implementação. Sobre o mesmo assunto, Siman (2005) pondera que a fase de implementação de uma política pública caracteriza-se pela interação de diversos atores e diversos arranjos políticos, o que pode gerar uma série de alterações durante o processo. Sendo assim, é difícil não questionar a ausência de diferenças enunciada pela gestora. Acredita-se, entretanto, que o fato da referida produção discursiva ter sido enunciada por uma gestora justifica, de alguma forma, o seu sentido. Como fala situada, gestores devem e costumam tentar ter compromisso com a linearidade histórica e discursiva, sendo essas coerentes com a construção linguística. Como sinaliza Orlandi (2001a) o lugar a partir do qual fala o sujeito é constitutivo do que ele diz.

Ambas as gestoras reconhecem os profissionais do NAR como principais atores no processo de construção, estruturação e implantação do NASF em Belo Horizonte. Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), com os profissionais de reabilitação do nível secundário, com os gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com outros profissionais da atenção primária, muitas conversas, discussões e reuniões foram travadas. A construção do documento que institui os princípios, as diretrizes, os objetivos, as bases de trabalho entre outros elementos relevantes para a implementação do NASF no município, também foi

protagonizada pelos profissionais do NAR. Esse documento teve uma versão inicial e, na medida em que se foi adquirindo uma melhor compreensão e consolidação dos processos e das práticas, ele foi e vem sendo reformulado. Por isso é um documento com várias versões. Quando interrogadas sobre o processo de implantação do NASF e sobre os atores envolvidos nos mesmos, ambas as entrevistadas responderam:

> Olha, na implantação do NASF os grandes participantes na estruturação da proposta foram os profissionais do NAR (Gestora 1).
>
> Foi um processo de construção muito conjunto. A gente buscou a bibliografia de algumas diretrizes de algumas questões pra a gente seguir, mas os profissionais sempre tiveram uma participação grande na construção (Gestora 2).

Viana e Baptista (2008) destacam que os atores responsáveis pela prestação direta de serviços são, na ocasião da implementação, os principais agentes de transformação da política. Vale ressaltar que embora os profissionais sejam reconhecidos como principais atores no processo de construção do NAR e implantação do NASF no município, sua participação não é livre de interferências. Como ressalta Frey (2000), as identidades dos atores políticos, as regras, deveres, direitos e papéis institucionalizados influenciam seus comportamentos e a busca por estratégias apropriadas nos processos políticos.

Siman (2005) afirma que é na etapa de implementação de políticas públicas que atores públicos e privados, individuais e coletivos interagem quer para transformar ideias em ações concretas, quer para alterar planejamentos oficiais.

A metodologia de trabalho que embasava as ações do NAR também se manteve no NASF. Mais especificamente falando, a metodologia de trabalho criada para o NAR foi reproduzida no NASF e sendo incrementada aos poucos. Existia um projeto inicial construído pelos profissionais que já atuavam na reabilitação e dentro desse projeto foram definidas atribuições para os profissionais que atuariam na atenção primária. A partir dessas atribuições a SMSA em conjunto com a equipe inicial do NAR foram organizando e desenvolvendo as ações. Quando o NASF foi instituído em 2008 essa metodologia foi aproveitada. Com a chegada dos novos profissionais para o NASF, a forma de trabalho foi sendo discutida, processada e modificada. Num modelo de tentativa e erro, essa metodologia foi evoluindo até chegar ao que se tem hoje.

> A gente reproduziu a metodologia que a gente criou pro NAR. E no NAR essa metodologia foi muito da experimentação mesmo. A partir do tamanho do desafio que a gente tinha pela frente, do número de centros de saúde que a gente teria que referenciar a gente foi pensando junto com aquela equipe inicial do NAR como é que a gente faria essa organização (Gestora 1).

> Com a contratação dos profissionais nós fomos discutindo, tudo sempre foi criado muito coletivamente. As pessoas experimentavam, diziam das dificuldades e a gente ia refazendo (Gestora 1).

Ao mesmo tempo em que a implementação de uma política sofre interferências de processos políticos de negociação antecedentes (reaproveitamento da metodologia do NAR), é nessa fase que construções processuais individuais e conjuntas produzem alterações significantes no que está se consolidando (criação, discussão e experimentação de novas metodologias).

5.2 Sentidos da Reabilitação

Todos os sujeitos envolvidos nessa pesquisa reconhecem que, em virtude do NAR, o NASF teve sua origem muito vinculada à questão da reabilitação. Um exemplo disso foi a mudança da sigla, em um momento inicial, para NASF-R (Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Reabilitação). Com base na fala das gestoras, esse acréscimo à sigla foi realizado com o intuito de demarcar um lugar. Como aqui em Belo Horizonte as políticas de Saúde Mental e Assistência Social já eram bem organizadas e sedimentadas, as ações de atenção à criança, atenção à mulher e as práticas integrativas complementares já tinham um percurso, criou-se a sigla NASF-R para não competir e não entrar em conflito com essas políticas já estruturadas. Entretanto, com a clareza da importância de se trabalhar com prevenção e promoção da saúde, o termo reabilitação foi perdendo a exclusividade e o “R” foi retirado da sigla. Outra questão mencionada pela gestora 2 como justificativa para a eliminação do “R” da sigla refere-se à atuação do profissional de farmácia. Para ela o farmacêutico desenvolve outras ações que não são específicas da reabilitação. Atualmente, ambas as gestoras julgam que as ações do NASF envolvem prevenção de agravos, promoção da saúde, reabilitação e assistência farmacêutica.

> A palavra reabilitação, ela já trouxe, por muito tempo ela esclareceu muita coisa pra a gente e pra equipes de Saúde da Família e por algumas vezes ela foi uma dificuldade. Quando a gente começou com esse recorte, e mantém de certa forma, Belo Horizonte já tinha uma política de saúde mental estruturada e consolidada na atenção primária. Então foi um primeiro recorte. Aquilo que era específico da Saúde Mental não seria do NAR, tem uma equipe específica. Até hoje é assim. Então o primeiro recorte era um pouco esse. Ou era uma questão de saúde mental ou da reabilitação” (Gestora 2).

> Mas, desde sempre, a gente entendeu que o NASF não era só reabilitação, apesar da origem em Belo Horizonte estar muito vinculada à reabilitação. Porque se nós somos apoio das equipes de Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família têm atribuição em relação à assistência, promoção, prevenção e reabilitação, não tem como a gente não desenvolver essas outras ações" (Gestora 1).

Ambas as falas possuem elementos reveladores do reconhecimento dos múltiplos sentidos atribuídos à reabilitação. Em determinados momentos e circunstâncias a relação entre língua e ideologia produziu sentidos de esclarecimento para a palavra reabilitação, em outros, produziu sentidos que remeteram a dificuldades. Inicialmente, numa determinada conjuntura política, a necessidade de demarcação de um espaço conferiu à reabilitação o sentido de prioridade. Posteriormente, em outro ensejo político, o sentido de relevância se manteve, mas a necessidade de se trabalhar com prevenção, promoção e assistência fez com que a reabilitação deixasse de ser prioritária. Ou seja, a inscrição em diferentes formações discursivas fez com que novos sentidos fossem atribuídos ao discurso da reabilitação.

Ao que tudo indica, a opção pela reabilitação está, de alguma forma, aliada a estratégias políticas de diferenciação da política de Saúde Mental no município. Entretanto, essa segmentação destoa do texto governamental, pois, de acordo com a Portaria 154/GM, as ações de Saúde Mental devem ser atribuições de todos os NASF.

Ao mesmo tempo, é importante lembrar que Frey (2000) chama atenção para a necessidade de se considerar a ampla autonomia dos municípios sobre as políticas. Siman (2005) ressalta que durante a fase de implementação o desenho original e os objetivos de uma determinada política são redefinidos pela influência das características locais e do percurso político desenvolvido até então naquela sociedade. Sendo assim, compreende-se que as modificações dos conteúdos políticos e as alterações dos sentidos da reabilitação são características específicas do processo de implantação do NASF em Belo Horizonte. Isso está diretamente relacionado à experiência da reabilitação na política de saúde do município e à autonomia do governo local.

A composição das equipes do NASF também esteve e está de certa forma, ligada à questão da reabilitação. Além de ser pensada de acordo com o perfil epidemiológico da população atendida pelas equipes da Saúde da Família, a composição das equipes envolve outras questões relevantes. A gestora 1 informa que o fato de Belo Horizonte ter uma grande população de idosos, as equipes da atenção primaria identificam a necessidade de profissionais da reabilitação tais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. Os casos da rede que necessitam de intervenção do profissional da psicologia e se enquadram no perfil priorizado pela SMSA (psicóticos e neuróticos graves) são atendidos pela Equipe de

Saúde Mental (ESM). Outros casos, como por exemplo, os de reabilitação, não tinham lugar na rede. Por isso, os psicólogos que foram indicados para compor as equipes de NASF devem atuar em parceria com os outros profissionais da reabilitação, fazer visitas domiciliares e realizar ações que os outros psicólogos da rede não podem desenvolver. Outra questão relevante refere-se ao fato de que foi priorizado pela gestão que cada equipe de NASF tenha pelo menos um fisioterapeuta. A gestora 1 relata que isso se deve ao fato da proposta inicial do NASF municipal ter vindo da reabilitação e a fisioterapia ser considerada uma importante categoria nesse recorte. Atualmente, a fisioterapia é a categoria que mais tem profissionais nas equipes de NASF em Belo Horizonte.

O conceito de reabilitação é quase consensual entre as gestoras e os profissionais. Embora diferentes aspectos sejam acentuados por uns e outros chamem atenção para algumas especificidades desse conceito no cotidiano do NASF, existe um mínimo que é compartilhado por todos.

A gestora 1 esclarece que inicialmente o NASF tinha o foco na reabilitação física. Ou seja, estava preocupado em desenvolver ações que tinham por objetivo possibilitar aos usuários o restabelecimento da capacidade funcional em alguma área que se encontrava debilitada. Reabilitação psicossocial não entrava nesse momento, a não ser que estivesse diretamente ligada à reabilitação física. Entretanto a gestora deixa claro que entende a reabilitação em um sentido muito mais amplo. Para ela a reabilitação não está ligada apenas a uma perda funcional, mas sim à restituição da normalidade do viver bem no mundo.

> O NASF, inicialmente, estava vinculado à reabilitação física (Gestora 1).
>
> Pra mim, reabilitação é muito mais amplo do que esse sentido só de uma perda funcional. Reabilitação é trazer de volta alguém de uma situação em que ela se encontra prejudicada para uma situação onde ela tenha possibilidade de viver melhor no mundo (Gestora 1).

A gestora 2 entende que a compreensão do conceito de reabilitação passa pelo que se compreende como saúde. Para ela, não é possível pensar em reabilitação de um membro ou função específica. Mais do que isso. É necessário pensar na inserção daquele sujeito na comunidade, na vida familiar, nas tarefas e atividades cotidianas, nos papéis que ele ocupa na sociedade, enfim, reabilitar é retornar àquilo que se considerava significativo.

> Eu não posso despedaçar uma pessoa e considerar que ela é uma perna quebrada, um lado plégico, ela é uma atraso de linguagem e de fala, eu não posso separar. Então se eu penso na saúde que eu não vou separar, eu não posso pensar na reabilitação só daquele membro ou daquela função. Eu tenho que pensar em algo maior (Gestora 2).

> Por isso eu acho que a gente tem esse cuidado com a palavra reabilitação e eu acho que é bacana quando a gente vira o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e perdeu o nome de NAR, porque às vezes a palavra reabilitação pra algumas pessoas parecia muito como “Ah eu vou reabilitar aquele lado plégico daquela pessoa que teve um A.V.E. e não é só isso (Gestora 2).

A gestora 2 também acha que o conceito de reabilitação está muito ligado à questão da funcionalidade que, de acordo com ela, refere-se ao fato de um sujeito poder exercer suas atividades e funções de acordo com aquilo que ele tem.

> Então muitas vezes eu não vou ter uma perna ótima, mas que ela seja funcional para as atividades que eu preciso. Se precisa, então que a gente encaminhe pra pessoa conseguir um meio auxiliar de locomoção, a gente vai encaminhar porque é importante pra ela chegar até a esquina e comprar o pão e o leite na padaria. Ela tá funcional é aquilo que ela precisa, é a função do dia a dia que ela deseja, que ela quer, que ela necessita (Gestora 2).

A gestora 2 pensa que inicialmente a funcionalidade era mais clara para a terapia ocupacional, depois para a fisioterapia e depois para a fonoaudiologia, mas acredita que atualmente todas as categorias profissionais tenham essa noção. Na visão da gestora o NASF tem, nos dias de hoje, uma compreensão ampliada de reabilitação. Ela crer que na construção conjunta e cotidiana entre gestores, profissionais, equipes de Saúde da Família e até mesmo usuários, essa visão de reabilitação foi sendo modificada, ampliada e aprimorada.

A farmacêutica da equipe acredita que apesar do NAR e do NASF terem nascido muito focados na reabilitação física, hoje se tem uma realidade diferente. Segundo a profissional, cada componente da equipe de NASF contribui para o processo de reabilitação a partir de seu conhecimento técnico, não se atendo apenas à reabilitação física, mas também a outras interfaces. Além disso, a farmacêutica acredita que o trabalho de reabilitação do NASF tem um grande diferencial em relação às outras equipes de reabilitação do nível secundário: a participação do usuário. Para a profissional, no nível primário da atenção o usuário tem maior possibilidade de se envolver em seu projeto terapêutico e plano de cuidado.

> Porque, na verdade, falando um pouco da minha experiência, o NAR e o NASF nasceram com essa questão muito focada na reabilitação física, porque a gente tem na Secretaria também o Programa de Saúde Mental, então acho que veio com essa perspectiva. Só que aqui a gente faz uma miscelânea, igual, por exemplo, a participação dos farmacêuticos, se for pensar do ponto de vista da reabilitação corporal é um pouco diferenciado. Acho que a gente consegue a dimensão da saúde a partir de outro aspecto. Que também ta ligado à patologias, que também está ligada ao processo saúde-doença, mas é a partir de um outro aspecto que não é só a reabilitação física propriamente dita (Farmacêutica).

> No NASF o usuário contribui o tempo todo pro processo, ele se coloca mais, ele se envolve mais nas iniciativas, principalmente nas atividades coletivas, eu acho que o usuário ele consegue fazer parte do plano de cuidado dele. E isso eu acho que traz um resultado muito bom (Farmacêutica).

Para a assistente social, assim como para a gestora 2, o entendimento da reabilitação envolve a compreensão ampliada de saúde e também está ligada à noção de funcionalidade. Para a profissional é impossível pensar em reabilitação sem envolver e considerar as várias dimensões do sujeito.

> Acho que não tem como pensar em reabilitação sem entender e olhar o sujeito todo, nas várias dimensões. As relações familiares, o ambiente físico, o espaço físico também é importante (Assistente Social).

A fonoaudióloga diz que reabilitar é habilitar o indivíduo para algo que ele perdeu, auxiliando-o nesse processo. Com base na fala dela, o NASF permite o entendimento e realização da reabilitação de uma forma ampliada e contextualizada uma vez que se tem proximidade com a realidade do sujeito.

> Se a gente for pensar, por exemplo, no CREAB, na rede complementar. O nosso caráter é bem diferenciado porque ele pode está fazendo a reabilitação lá, precisa de um andador, mas como a pessoa lá do CREAB não sabe qual a realidade dele, talvez o andador nem passe na porta da casa dele, talvez ele more em um morro que aquilo ali nem vai ter utilidade. E a gente já consegue fazer essa questão da reabilitação, olhando, como a gente conhece a realidade do indivíduo, a gente consegue ter essa visão ampla e fazer isso de uma forma mais contextualizada (Fonoaudióloga).

O fisioterapeuta, além de concordar com tudo que foi dito pelos outros profissionais, sinaliza a relevância do território. Segundo o profissional, na atenção primária existe a possibilidade de estar no território da pessoa, o que possibilita conhecer o local em que a pessoa está inserida, conhecer a realidade dela, as casas, as limitações do território e da família, o que geralmente não é possível em outros serviços de reabilitação.

A maneira como a reabilitação é trabalhada pelos profissionais junto aos usuários também é uma questão importante de se pensar. A fonoaudióloga diz que sempre procura conscientizar o sujeito da importância do trabalho de reabilitação que está sendo feito, com o intuito que ele contribua, colabore e se correponsabilize pelo processo de cuidado e por sua saúde.

> Enfim, a gente procura sempre conscientizar o indivíduo da importância do trabalho de reabilitação que está sendo feito, ou até mesmo de promoção de saúde. Então. assim, é tentar fazer com que eles se empoderem da saúde deles (Fonoaudióloga).

O fisioterapeuta acrescenta que o termo reabilitação é raramente utilizado. Realiza-se esse trabalho com o usuário utilizando uma linguagem que seja mais próxima de sua vivência.

> Eu acho que o termo reabilitação ele é pouco utilizado, a gente não usa essa palavra com frequência, a gente não fica conversando com o usuário falando em reabilitação. E eu acho que na verdade a gente acaba falando sobre o processo, mas em uma linguagem que seja mais real pra ele (Fisioterapeuta).

Juntamente à farmacêutica, o fisioterapeuta ressalta a relevância de se perceber o desejo do usuário. De acordo com eles, muitas vezes são propostas condutas que não respondem à demanda do sujeito. Por isso é importante articular o que a equipe entende que precisa ser reabilitado com o que o paciente quer que seja melhorado, ou seja, casar o projeto da equipe com o desejo do usuário. A formação do vínculo entre profissional e usuário também é muito significativo. Pois se o usuário não confiar no profissional e não o perceber como alguém que quer ajudá-lo o trabalho de reabilitação se torna muito mais difícil e em algumas vezes até impossível.

> Eu posso enxergar uma necessidade que não é a dele. Então é esse indivíduo que vai trazer pra gente, apesar da gente ter todo esse olhar técnico, mas é ele que traz o desejo e a demanda dele. E eu acho que a gente tem que estar sempre atento pra isso" (Fisioterapeuta).

Durante toda essa discussão sobre o que se entende por reabilitação, como isso foi se modificando ao longo do tempo e como deve ser trabalhado junto aos usuários, algumas noções da Análise de Discurso proposta por Eni Orlandi foram sendo identificadas como operadoras sobre os sentidos dos discursos de reabilitação.

A noção de interdiscurso é claramente observada quando o conjunto de formulações sobre funcionalidade, conceito amplo de saúde e território sustentam e constroem a história de sentidos para o termo reabilitação no contexto do NASF. É a relação que se estabelece entre os discursos de reabilitação e discursos anteriores. Nesse mesmo movimento, observa-se a noção de paráfrase, pois ocorre o retorno a espaços de dizeres antecedentes (funcionalidade, saúde e território) produzindo sentidos parecidos, mas sob novas formulações.

O conceito de reabilitação trabalhado nos documentos federais e municipal sobre o NASF (discutidos no segundo capítulo dessa dissertação) se apóia em concepções trabalhadas em documentos anteriores (Política de Ação Mundial para a Pessoa com Deficiência; Política Nacional de Saúde para a Pessoa Portadora de Deficiência; Classificação Internacional da Funcionalidade). Pelo que se observa na fala dos sujeitos participantes da pesquisa, a

compreensão do termo reabilitação também se relaciona a esses documentos. Isso exemplifica com clareza a intertextualidade. É a relação de um texto atual sobre reabilitação com outros textos anteriores atuando na produção de sentidos sobre esse termo.

As mudanças de sentido e de posição que a reabilitação vai sofrendo durante o processo de implantação do NASF em Belo Horizonte (NAR, NASF-R, NASF) exemplificam as noções de polissemia e incompletude. A ruptura de processos de significação, permitindo a emergência de sentidos múltiplos e variados faz com que os discursos de reabilitação que, de acordo com o entendimento de uma das falas da gestora 1, foram sendo modificados, ampliados e aprimorados, sejam sempre incompletos e se construam continuamente.

Outra questão importante refere-se ao fato de que tanto nas falas das gestoras quanto nas falas dos profissionais a construção do que se entende por reabilitação está atrelada à noção de reabilitação física. É interessante observar que independente dos argumentos serem a favor ou contra a reabilitação física, os sentidos da reabilitação se apóiam e são construídos em contraponto à dimensão organicista e em contraste à reabilitação física. Mais uma vez, o sentido da reabilitação é construído na relação com a história e com a exterioridade.

5.3 O que é um caso pra NASF

Saber quais casos devem ou não devem ser atendidos pelo NASF é uma questão que ainda não está pronta e ainda se encontra em processo de construção. Além disso, diferentes critérios são utilizados para as distintas abordagens de trabalho (visita domiciliar, atendimento individual e atividades coletivas).

De acordo com a gerente 2, no início do trabalho do NAR e posteriormente no NASF, a gestão teve que construir algumas normas para orientar as equipes com relação ao público prioritário e os tipos de casos que deveriam ser acompanhados pelo NASF.

> Essa construção aí foi cumprida. E eu acho que essa construção ela continua, essa é uma coisa que a gente ainda não conseguiu fechar. Porque tudo tem muito porém (Gestora 2).

Após três anos do início do processo de implantação do NASF em Belo Horizonte, questões importantes ainda estão por se definir e se encontram em constante processo de construção. Definir qual é o público alvo do NASF e quais são os casos de sua responsabilidade vem se modificando ao longo do tempo e se revelando um exercício inacabado. À medida que isso vai acontecendo, novas possibilidades vão se apresentando, outras vão sendo recusadas e, nesse movimento, a política vai se reconfigurando. Com base na

produção de Siman (2005), as políticas são continuamente transformadas pela ação de implementação e, em consequência disso, o conteúdo da política vai sendo reformulado, emendado e transformado no âmbito da execução.

No caso das visitas domiciliares, a participação do NAR e do NASF era e é mais óbvia. Pois como são casos em que o usuário está restrito ao leito ou ao domicílio e consequentemente não pode se deslocar, os profissionais do NASF devem ir até a casa deles.

Com relação aos atendimentos individuais, a questão é um pouco mais confusa. Inicialmente, o primeiro critério pensado era o número de vezes que o usuário necessitaria de atendimento. Se fosse um número alto, um caso que, por exemplo, precisasse de três atendimentos na semana, não seria um caso que se enquadraria no perfil de atendimento do NAR ou do NASF. Certamente ele seria encaminhado para serviços da rede especializada. Então, pensava-se um pouco pela possibilidade de prognóstico junto com o número de intervenções necessárias e o que o caso precisaria em termos de tecnologia. Mas, isso aconteceu foi em um primeiro momento de discussão. Hoje se reconhece que essa estratégia era muito frágil. Atualmente tenta-se construir atribuições para cada categoria profissional levando-se em consideração não só a possibilidade de prognóstico e o número de atendimentos, mas também a questão da funcionalidade e o que é específico de cada categoria. Dessa forma, busca-se chegar em um quadro que mostre a possibilidade de ser acompanhado pela equipe do NASF ou a necessidade de ser encaminhado para outro serviço. Para se fazer entender melhor, a gestora 2 utiliza, durante a entrevista, os dois exemplos seguintes:

> Então, se é uma pessoa que ela tem um quadro de depressão por causa da perda de um ente querido, ela não ta dentro desse público prioritário. Mas, se é uma pessoa que esse quadro de depressão ela veio porque ela teve um episódio de AVE (Acidente Vascular Encefálico), perdeu a funcionalidade, saiu do trabalho, tá restrito ao domicílio, aí ela já fica configurada dentro desse público alvo do NASF (Gestora 2).

Novamente identifica-se uma fala que é reveladora da oposição e diferenciação existente entre Saúde Mental e reabilitação. A despeito de se verbalizar o contrário, percebe-se que ao exemplificar qual dos casos acima deve ser de responsabilidade do NASF, o argumento utilizado pela gestora está fortemente vinculado à dimensão orgânica da reabilitação. Ainda que a depressão mereça ser tratada, ela só é da alçada do NASF se estiver diretamente relacionada a um comprometimento físico. Ao que tudo indica, essa segmentação é útil e estratégica para o jogo político e para a visão organicista da reabilitação.

> Então, no caso do terapeuta ocupacional, por exemplo, é um caso de uma criança que apareceu agora com um atraso significativo do desenvolvimento, provavelmente não é um caso que vai ficar com o NASF, mas precisa de uma avaliação com encaminhamento adequado ao serviço que vai acompanhar aquela criança. Então a gente desloca o terapeuta ocupacional pra ele realizar a avaliação e encaminhamento (Gestora 2).

É importante destacar que um "atraso significativo do desenvolvimento", caso que provavelmente não está relacionado a algum comprometimento orgânico e consequentemente não necessita de reabilitação física, não se configura como público alvo do NASF.

No caso das atividades coletivas, mais especificamente os grupos de promoção da saúde e de prevenção, os usuários podem participar independente do seu diagnóstico. Mesmo que ele não tenha uma questão de reabilitação, isso não impede de participar dos grupos.

A gestora 2 enfatiza que a reabilitação é o eixo que irá nortear o público prioritário e os casos que devem ser acompanhados nas seguintes abordagens de trabalho do NASF: atendimento individual, visita domiciliar e grupos de tratamento.

Na reunião que foi observada, o fisioterapeuta da equipe discute com os colegas que o NASF só deve intervir em casos que estão sendo acompanhados pela equipe de SF.

> O usuário tem que ser acompanhado pelo menos pelo enfermeiro (Fisioterapeuta)

E em casos de visita domiciliar o NASF só deve intervir se houver menos de um mês que o usuário foi visitado pela equipe de SF. Pois ele acredita que um mês é tempo suficiente para que a situação de saúde do usuário se modifique significativamente.

5.4 A relação das equipes de NASF com as demais equipes da APS

O fisioterapeuta pontua que o contato com a equipe de Saúde Mental é quase nulo. Ele não sabe explicar porque. Mas diz que por considerarem essa relação importante, buscaram esse contato durante um momento, mas, ainda não conseguiram fazer essa aproximação.

Embora as equipes da rede complementar não façam parte da atenção primária, mas do nível secundário, os profissionais também se referem ao contato com elas. O fisioterapeuta diz que eventualmente eles têm alguma aproximação. Isso acontece em alguns fóruns de integração de toda rede de reabilitação. O profissional julga esses momentos como muito relevantes, mas sinaliza que eles deveriam ser mais frequentes.

A gestora 1 e os profissionais destacam que a relação com as equipes de Saúde da Família foi um processo.

> Foi um processo. Um processo longo. Mas que eu acho que foi muito tranquilo. Claro que com as dificuldades que são inerentes ao trabalho, mas eu acho que hoje a coisa funciona de uma forma tranquila (Fisioterapeuta).

A gestora 1 afirma que, inicialmente, essas equipes não entendiam essa nova equipe na qual os profissionais tinham grande rotatividade, que não estava o tempo inteiro na UBS e que não recebia todas as demandas.

> Inicialmente teve uma resistência muito maior. Inicialmente, a ideia era que esses profissionais eles não vinham pra somar, mas que eles vinham pra dar mais trabalho. Porque a medida que eles chegavam, eles levantavam mais demanda. E de certa forma, como eles não iam, de fato, atender tudo, não era porta aberta e não ia atender todas as coisas que chegavam, que o trabalho das equipes de Saúde da Família aumentaria (Gestora 1).

O fisioterapeuta e a fonoaudióloga complementam que, num momento inicial, a equipe de SF tinha dificuldade de aceitar o modelo de trabalho do NASF e não acreditava que o mesmo poderia funcionar e ter resultado.

> Eu lembro bem quando a gente chegou aqui no distrito. As pessoas tinham aquela visão clássica de todas as nossas categorias. Eles pensavam que o fisioterapeuta ia chegar aqui, ia entrar pra dentro do consultório e ia ficar atendendo as pessoas num modelo que era aquele conhecido. Que a fono ia fazer a mesma coisa. Que a agenda ia ficar lá e que eles iam marcar, enfim, que a gente ia fazer disso aqui um grande ambulatório. Então quando a gente chegou e falou que não era bem isso, e na verdade era quase nada disso, então isso foi um choque (Fisioterapeuta).

Entretanto, todos relatam que atualmente essa relação é muito tranquila.

> Com as equipes de Saúde da Família, eu acho que depois de tanto tempo, a gente conseguiu construir uma relação muito boa. Acho que com a grande maioria (Fisioterapeuta).

As quatro falas acima ilustram um paradoxo discursivo existente entre as gestoras e os profissionais. A manifestação de que a relação com as equipes de SF foi um processo, que essas equipes não compreendiam, pelo menos no início, a proposta do NASF e que demorou um tempo para que essa relação pudesse ser caracterizada como tranquila, contradiz a fala das gestoras que, ao discorrerem sobre o histórico da política no município, afirmam que os profissionais do distrito e dos centros de saúde não sentiram muita diferença com a implantação do NASF. Compreende-se que essa contradição é um indício de que a implantação do NASF tem tido impactos diferentes para gestoras e profissionais. Além disso,

vale sinalizar que o contexto de produção dos discursos sobre como as equipes de NASF e de SF foram construídas é um para as gestoras e outro para os profissionais. A posição que esses sujeitos ocupam perpassa diretamente as respectivas construções discursivas.

Outra questão relevante refere-se à "visão clássica" das categorias profissionais mencionada pelo fisioterapeuta. De acordo com a sua fala, é possível inferir que ainda existe nos serviços de saúde certa dificuldade, por parte dos trabalhadores, de compreender o modelo de atenção e cuidado proposto pela Atenção Primária à Saúde. Segundo a afirmativa do profissional, a expectativa por um atendimento clínico isolado, direcionado para a enfermidade, ainda faz parte do cenário. A compreensão da necessidade e importância de um cuidado longitudinal e integral ainda está sendo construída.

A farmacêutica destaca que hoje as equipes de saúde da família enxergam o NASF como parceiros e aliados que além de contribuir com novos conhecimentos, também ajudam a dividir questões, angústias, problemas de gestão, etc.

> Eu sinto que eles [profissionais da equipe de SF] estavam muito isolados e temerosos em relação a algumas situações. E a gente na atenção primária é como se fosse um apoio mesmo e contribui muito pro trabalho deles. Todas as avaliações que a gente pega do trabalho nosso com as equipes de Saúde da Família, eles avaliam muito bem e é muito tranquila (Farmacêutica).

A assistente social e o fisioterapeuta crêem que os bons resultados do trabalho do NASF ajudaram na melhoria dessa relação e fizeram com que a maioria das equipes de SF vejam o trabalho do NASF como muito significativo.

> A gente percebe no discurso de alguns profissionais essa importância hoje do NASF, desse trabalho, desse apoio que nós somos. Mesmo com essa dificuldade de alguns ainda não entenderem essa questão da rotatividade, dessa intinerância dos profissionais, porque a gente é equipe volante, a gente não fica fixo na unidade, e a gente dá suporte de 2 até 4 centros de saúde. Então assim, mesmo com essa dificuldade, com esse impedimento de alguns profissionais, pela maioria ainda é visto como um trabalho importante (Assistente Social).

O fisioterapeuta salienta que apesar da relação com as equipes de Saúde da Família ter sido construído de uma maneira interessante, a relação com os outros profissionais presentes nas unidades básicas de saúde precisa melhorar.

> A gente falou da questão da Saúde Mental que eu sinto falta, mas eu também sinto falta desses profissionais que estão na rede e que nós estamos desconectados. Que é essa equipe de apoio que está dentro do centro de saúde: pediatra, ginecologista, clínico geral, dentista, psiquiatra e psicólogo da Saúde Mental. Então eu sinto falta dessa articulação maior com esses profissionais que são apoio como nós, mas que a gente não tem nenhuma interlocução (Fisioterapeuta).

O aparecimento da palavra apoio nas três falas anteriores leva à problematização e questionamento sobre para qual instância o NASF tem se configurado como apoio. A Portaria 154/GM preconiza que os núcleos devem ser apoio para as equipes de Saúde da Família. Entretanto, os relatos dos sujeitos participantes da pesquisa nos permitem pensar que o NASF tem sido, no município de Belo Horizonte, apoio para os casos atendido pelas equipes de SF, uma vez que, como se pode perceber nas vozes dos sujeitos, as discussões estão primordialmente centradas no casos.

Essa provável configuração (apoio para os casos) certamente não é intencional, mas consequência de uma experiência que está sendo processualmente construída durante a implantação do NASF no município. Viana e Baptista (2008) discutem que no momento de implementação de uma política, novas negociações são processadas, novas decisões e formulações são apresentadas, podendo modificar ou reconfigurar as definições que foram feitas na fase de tomada de decisão, alterando o argumento principal da própria política. Talvez, a experiência de ser apoio para os casos faça com que o objetivo principal do NASF em Belo Horizonte se modifique.

A gestora 2 afirma que hoje as equipes de NASF têm um maior conhecimento da UBS, das equipes SF e das especificidades de cada equipe. Essas especificidades são constituídas por diferentes territórios, diferentes demandas e diferenças no que a equipe pode oferecer ao usuário. Todas essas diferenças fazem com que o apoio que a equipe de NASF oferece também seja diferente. Nesse contexto, a relação entre ambas as equipes se construiu de uma maneira muito interessante, instituindo importantes espaços para a discussão e apoio. A gestora 1 pontua que quando a equipe SF passa por um momento mudanças no quadro de profissionais algumas situações dessa construção são revividas. Nessas situações, tem-se que discutir novamente com as equipes o que é o NASF, qual é sua proposta, qual seu público prioritário, quais são as linhas de ação, etc. Mas, ainda assim, esse processo é muito mais tranqüilo do que era no início.

O fisioterapeuta finaliza dizendo que a relação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de NASF é uma relação de troca na qual todos ensinam e aprendem.

5.5 Em que se avançou desde o início do processo de implantação

Todos os sujeitos envolvidos nessa pesquisa afirmam que 6 anos após o início do trabalho do NAR e 3 anos após a implantação do NASF em Belo Horizonte muitos avanços foram conquistados.

Tanto as gestoras quanto os profissionais apontam como primeiro avanço o incremento das equipes. De acordo com a gestora 1, no início do trabalho do NAR tinha-se o envolvimento de 17 profissionais. Atualmente, tem-se mais de 350 profissionais compondo as equipes de NASF. A entrevistada pontua que a admissão de categorias não médicas com outros saberes técnicos contribui e qualifica a assistência à saúde prestada à população. O número de equipes, 48, se mantém desde o início. Entretanto o número de profissionais e a diversidade de categorias componentes dessas equipes aumentaram significativamente. Sobre o aumento do número de profissionais a gestora 1 pontua:

> Um número maior de profissionais permite que seja feito um maior trabalho de qualidade (Gestora 1).

A gestora 2 complementa que a diminuição do número de Unidades Básicas de Saúde e, consequentemente, o número de equipes de SF referenciadas fez muita diferença no cotidiano de trabalho do NASF e contribuiu ainda mais para qualificação da assistência. A participação do farmacêutico e do educador físico, profissionais que não estavam presentes nas equipes de NAR, também colaborou muito para a melhoria e crescimento do NASF.

Outra questão reconhecida pela gestora 1 como avanço é a relação das equipes de NASF com as equipes de Saúde da Família. Como já foi dito anteriormente, as que antes tinham dificuldade de aceitar o trabalho do NASF e, de certa forma, eram resistentes a ele, hoje os vêem como parceiros. Entretanto, a entrevistada salienta que isso não é uniforme na cidade toda e que os profissionais do NASF ainda encontram algumas dificuldades na relação com as equipes de Saúde da Família.

> E hoje eu considero que o NASF trabalha, de 2005 pra 2011, de uma forma muito mais integrada com as equipes de Saúde da Família (Gestora 1).

Embora não esteja claro é importante ressaltar que ao se referir ao período de 2005 a 2011 a gestora 1 está considerando que o NASF começou a ser implantado em 2005. Na verdade, 2005 foi o ano em que se iniciou a implantação do NAR em Belo Horizonte. A portaria que institui o NASF só foi publicada em 2008. A construção discursiva do trecho acima evidencia a automatização do discurso de que quando o NASF foi criado, aqui em Belo Horizonte já existiam equipes multidisciplinares que faziam o trabalho proposto pela nova política. Novamente, observa-se o contexto político atravessando a produção de uma

ideologia e de sentidos sobre o NASF. Além disso, fica clara a construção de uma narrativa histórica linear sobre a política, característica comum nas falas das gestoras.

A gestora 2 sinaliza que a aproximação com o Distrito Sanitário, com a Secretaria Municipal de Saúde e com as equipes de NASF de outras regionais também é uma conquista. Pois possibilita a discussão das práticas exitosas, das dificuldades encontradas, do que se tem de diferente entre as regionais, enfim é uma rica troca de experiências.

> Essa discussão com os outros NASF das outras regionais e a construção conjunta, o alinhamento das ações, dos instrumentos, isso é também um fator positivo. Quando a gente começou era equipe única, era só aqui no distrito, depois começou em outra regional, e aí foi muito bacana porque a gente pode começar a discutir algumas coisas, o que tinha de igual, o que tinha de diferente, as dificuldades (Gestora, 2).

Em sua fala, a gestora 2 transparece o desejo e/ou a necessidade por um alinhamento ideológico do discurso no que diz respeito às práticas desenvolvidas pelo NASF nos diferentes Distritos Sanitários de Belo Horizonte. Como já foi mencionado em outros momentos deste texto, nota-se que há, por parte das gestoras, um grande esforço de consenso político.

Como foi discutido no segundo capítulo dessa dissertação, o descompasso entre as esferas de gestão (federal, estadual e municipal) provoca uma grande variedade nos arranjos políticos, o que traz singularidades ao modo como as políticas são implantadas em localidades distintas. Entretanto, essas diferenças também são identificadas no nível municipal e suas diferentes realidades de gestão local. Observa-se que nos diferentes Distritos Sanitários de Belo Horizonte há diversas experiências referentes ao NASF.

Outros pontos elencados pela gestora 2 como exemplo de melhoria são o aumento do número de capacitações para os profissionais do NASF e a participação dos Núcleos em vários projetos da Atenção Primária à Saúde do Município. A entrevistada acredita que essas conquistas representam a importância e a resolutividade do trabalho do NASF fazendo com que este mereça mais credibilidade e investimento.

O fisioterapeuta destaca a conquista do espaço. O profissional relata que quando o trabalho do NAR foi iniciado eles não tinham espaço para guardar os pertences, não tinham onde ficar nas UBS e não tinha consultório. Hoje o NASF tem uma sede, em algumas UBS o NASF tem uma sala específica e mesmo nas que não têm percebe-se um esforço dos gestores e dos profissionais da UBS para providenciar esse espaço.

> Se a gente pensar que nós chegamos aqui no distrito com uma equipe de 8 pessoas, sem lugar. Eu me lembro das minhas colegas, das mulheres principalmente falando, elas não tinham lugar para guardar a bolsa, a gente chegava no centro de saúde e a gente não tinha onde ficar, a gente não tinha consultório, por muitas vezes a gente ficava na cozinha, a gente ficava do lado de fora do centro de saúde, enfim, sem lugar mesmo, sem espaço mesmo. Hoje nós estamos falando da sede do serviço, com uma equipe de mais de 50 pessoas, com categorias que não estavam entre essas, então isso por si só já é um ganho (Fisioterapeuta).

De acordo com Siman (2005), a falta ou existência de tecnologias inadequadas em termos de recursos humanos, financeiros e materiais costumam ser comuns na fase de implementação das políticas. Portanto, as dimensões institucionais, organizacionais e ambientais devem ser constantemente negociadas até que se estabeleçam condições mínimas para o funcionamento do que é proposto pela política.

A farmacêutica diz que na sua visão a maior conquista é o reconhecimento do usuário. Ela relata que ficou inteiramente feliz quando viu o NASF sendo elogiado na Conferência Distrital de Saúde da regional. O fisioterapeuta acrescenta que o reconhecimento tem vindo não só dos usuários, mas também do serviço e dos profissionais que fazem parte dele.

> Pra mim, pessoalmente, acho que a maior conquista do nosso trabalho foi ver o nome do NASF na nossa Conferência Distrital. Isso eu acho que é a maior conquista do trabalho, o reconhecimento do usuário, o reconhecimento do serviço a partir da contratação e do implemento de pessoal, e o reconhecimento do usuário para uma trabalho nosso que está sendo realizado. Porque isso foi colocado em 3 dos grupos da Conferência Distrital. E eu achei isso muito bacana. Porque deu pra a gente perceber que a população está vendo isso como bom e está querendo que melhore (Farmacêutica).

O fato de trabalhar em uma equipe multiprofissional, o que os profissionais chamam de interdisciplinaridade, é visto por eles como um grande avanço. Eles julgam que a multiplicidade e a soma de saberes contribuem para o usuário, para eles enquanto profissionais e enquanto sujeitos. Pois acreditam que a troca de experiências e saberes permite que se amplie a visão de inúmeras questões, a compreensão das várias interfaces e dimensões de uma mesma situação, além de enriquecer a intervenção.

5.6 Os desafios que vêm sendo enfrentados

Os profissionais afirmam que a existência de desafios é constante e, de certa forma, positiva. Pois são os desafios que os movem e os estimulam a buscar melhorias e aprimoramento.

O primeiro desafio sinalizado pelos profissionais é a falta de articulação com as outras equipes de apoio. O fisioterapeuta diz que apesar de existir na UBS Equipe de Saúde Mental, pediatra, ginecologista, dentista, etc., não há conexão com esses profissionais. Ele exemplifica:

> Então a gente muitas vezes recebe paciente que foi encaminhado pela pediatria e eu tenho necessidade de conversar com essa pessoa e eu não tenho essa possibilidade e a gente nunca consegue encontrar. E a gente nunca sentou, e a gente nunca está na mesma reunião, então eu sinto falta disso também (Fisioterapeuta).

A farmacêutica complementa que a interlocução com outros setores também é quase nula, o que se apresenta como entrave ao crescimento, alcance e resolutividade do trabalho.

> A intersetorialidade é uma coisa que a gente sonha muito. Além do serviço saúde, mas com a educação, com a assistência social (Farmacêutica).

Para a assistente social, a falta de psicólogo e terapeuta ocupacional, categorias ausentes na equipe envolvida na pesquisa, também é um desafio. Pois, há inúmeros casos que necessitam de uma intervenção dessas especialidades e que acabam ficando sem atendimento. A profissional acredita que a presença de um psicopedagogo também seria interessante, uma vez que a demanda de crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem e outros problemas relacionados à questão escolar é muito frequente.

> Eu acho que o principal desafio agora é incrementar, no nosso caso aqui, os profissionais que faltam (Assistente Social).

Outro desafio colocado pelos profissionais é a constante necessidade de sensibilização das equipes e da população sobre o alcance e a importância do trabalho do NASF. Como esse trabalho é novo e a política ainda encontra-se em processo de implantação, essa sensibilização é uma tarefa contínua.

Embora o trabalho em uma equipe multidisciplinar seja visto como avanço, ele também é apontado como desafio. Os profissionais alegam que muitas pessoas não estão preparadas ou não querem trabalhar nesse modelo. Além disso, a farmacêutica reconhece que estar aberto à novas opiniões, visões e discussões, ser disponível, ser parceiro e não enxergar o seu conhecimento como único não é uma tarefa fácil.

> Porque você tem que ser aberto, você tem que ser disponível, você tem que ser parceiro, você tem que enxergar o seu conhecimento como mais um e não como único. E isso é difícil, não é todo mundo que dá conta (Farmacêutica).

A necessidade de alinhamento das ações e padronização dos instrumentos também aparece como desafio a ser superado. O fisioterapeuta entende que em um serviço de rede as coisas devem acontecer, guardadas as especificidades de cada localidade, de uma forma mais semelhante possível em todas as regionais. O profissional argumenta que seria interessante se as práticas exitosas que acontecem em um Distrito, também acontecessem em outro. Por isso, ele acredita que deveria existir um lugar comum a partir do qual todos partam.

> Eu vejo hoje um trabalho diferente em diferentes lugares. Então tem coisas legais em um Distrito, coisas legais em outros, em todos tem coisas muito legais, mas, feitas de formas diferentes (Fisioterapeuta).

Para finalizar os profissionais falam de uma expectativa que eles mesmos denominam de sonho: o dia em que existirá uma equipe de NASF para uma UBS.

> E eu penso assim, não como desafio, mas talvez um sonho, uma meta, quem sabe um NASF por Unidade Básica de Saúde? (Assistente Social).

De uma forma geral, os desafios enumerados pelos profissionais estão relacionados a questões como as descritas a seguir: estrutura institucional e organizacional da política, relações com os atores envolvidos na implantação do NASF, relação com atores já atuantes no serviço público de saúde, problemas que já existiam antes do NASF (intersetorialidade e multidisciplinaridade, por exemplo), construção e consolidação de práticas e reconhecimento por parte da sociedade. Com base nos estudos realizados nessa pesquisa, essas questões são comumente encontradas em processos que estão em construção, se desenvolvendo continuamente e que ainda estão por se consolidar, como é o caso do processo de implantação do NASF em Belo Horizonte. Segundo Siman (2005), a implementação transforma-se em um processo complexo e complicado em que, junto às oportunidades para uma correta execução, apresentam-se fortes contradições técnicas, sociais e políticas que obrigam a constantes e repetidos ajustes.

Especialmente nas duas últimas falas expostas, percebe-se um desejo de que a política se estabeleça rapidamente. Antes mesmo de se desenvolver e realizar uma avaliação dos impactos da política, já se quer que a política seja ampliada.

5.7 Estratégias de monitoramento

Ambas as gestoras informam que não há um mecanismo específico nem um instrumento sistematizado que avalie o processo e os resultados do trabalho do NASF. As entrevistadas informam sobre a existência de reuniões periódicas entre o gestor distrital do NASF de cada distrito, alguns profissionais do NASF, alguns profissionais das equipes de Saúde da Família e os gerentes de cada Unidade Básica de Saúde. Elas acreditam que essas reuniões podem ser vistas como uma forma de avaliação a partir do momento que permitem que se tenha um retorno sobre como o trabalho do NASF tem sido recebido pelo serviço, pelos profissionais e pelos usuários. A gestora 1 sinaliza que esse é um momento para que se discutam os problemas identificados, os pontos facilitadores, o que deve ser melhorado e o que tem tido boa aceitação e pode ser ampliado dentro da realidade de cada distrito.

> Não existe, de início, um instrumento sistematizado que permita a gente fazer esse acompanhamento. Isso é feito no dia a dia do serviço e em momentos pontuais, em reuniões, por meio da conversa mesmo (Gestora 1).

A gestora2 julga que o consolidado de produtividade também pode ser entendido como ferramenta de avaliação. Este instrumento é um tipo de relatório que é preenchido por todos profissionais do NASF e que contém informações sobre o número de atendimentos individuais, o número de visitas domiciliares, o número de grupos, o número de usuários dentro de cada grupo entre outras coisas. Com esses dados é possível visualizar a frequência dos atendimentos e visitas domiciliares, a freqüência das reuniões com as equipes de Saúde da Família, além de saber quais profissionais participam dessas reuniões. Com base nessa ferramenta, a entrevistada acredita que é possível mostrar e dar um retorno as todos os níveis de gestão sobre o trabalho que está sendo realizado.

> A produtividade, ela consegue esclarecer e mostrar tanto para o gestor do nível central, quanto pro coordenador do NASF, quanto pra gerência do Distrito como que ta sendo o trabalho, porque ela é um espelho daquilo que a gente ta fazendo (Gestora 2).

As reuniões semanais que envolvem todos os profissionais do NASF do distrito, também é vista pela gestora 2 como uma forma de avaliação. Ela esclarece que nesses momentos os profissionais têm a possibilidade de discutir o processo de trabalho, expor as experiências que foram difíceis e as que foram exitosas, trocar experiências entre uma equipe e outra, ver o que tem acontecido de diferente em uma equipe, o que parou de acontecer em

outra, que grupos têm sido propostos, etc. Enfim, a gestora argumenta que essas reuniões possibilitam a revisão do trabalho e o acompanhamento do processo.

> Então um instrumento para avaliar não tem. Tem esse acompanhamento da produtividade e essa discussão e acompanhamento mesmo das coisas que acontecem de uma forma mais aberta (Gestora 2).

É evidente que ainda não foi realizado nenhum tipo de avaliação das estruturas, dos processos e dos impactos da implantação do NASF no município. Entretanto, há um esforço das gestoras em considerar atividades corriqueiras do processo de trabalho (reuniões de equipes, reuniões entre os níveis de gestão, produtividade) como estratégias de monitoramento. Ainda que essas atividades não se configurem como instrumentos de avaliação, é importante reconhecer que elas permitem que se tenha algum tipo de retorno, mesmo que informal e mais imediato, sobre as práticas e ações implantadas e experiências desenvolvidas. Nesse movimento podem ser feitas novas negociações e novos arranjos que contribuirão para modificações nos conteúdos e processos que compõem a política do NASF em Belo Horizonte.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa se dedicou ao estudo de uma política ainda recente no cenário da Atenção Primária à Saúde brasileira e belo-horizontina. Por isso, trouxe elementos mais característicos da fase de implementação.

A implantação oficial do NASF em Belo Horizonte se iniciou em 2008. Mas, como foi discutido durante a dissertação, propostas políticas anteriores, em particular o NAR, são destacados na voz dos sujeitos participantes da pesquisa como antecedentes do NASF. Um esforço de composição histórica linear ressalta que o NAR possuía elementos que, de alguma forma, se assemelhavam a elementos instituídos pela política do NASF e já vinham sendo trabalhadas no município.

A importância que os sujeitos envolvidos na pesquisa conferem ao NAR é notável. As falas expressam que além de o reconhecerem como inspiração para a criação do NASF, acredita-se que a experiência do NAR contribuiu de forma significativa para o processo de implantação e construção das ações praticadas pelos Núcleos. Uma grande evidência disso é o fato dessa experiência ser constantemente resgatada e relembrada pelos vários níveis de gestão e pelos profissionais quando se colocava em pauta questões atuais.

A dimensão da “reabilitação”, singular na experiência municipal e estratégica nos jogos políticos da gestão do NASF foi suprimida como palavra, mas continua a organizar boa parte da agenda assistencial dos Núcleos. Observa-se que os gestores estão atentos aos movimentos específicos dos trabalhadores dos núcleos, atores políticos cruciais nas sucessivas reinterpretações do que se entende por reabilitação.

O estabelecimento de critérios que definem quais casos devem ser acompanhados pelo NASF, a constante construção das atribuições dos profissionais, as estratégias utilizadas para monitoramento do trabalho, a modificação constante do documento que define as competências e ações do NASF no município são questões que compõem o processo dessa política pública de saúde que ainda está por se consolidar.

Outro ponto relevante refere-se ao fato de como o NASF aparece de diferentes maneiras no documento federal que o institui (Portaria 154/GM), no documento municipal que propõe seus princípios e diretrizes em Belo Horizonte, nos discursos das gestoras e nos discursos dos profissionais. As peculiaridades locais, as diferentes situações políticas e de trabalho, o lugar que esses sujeitos ocupam, a relação que os mesmos têm com o dia a dia de trabalho, os sentidos que se atribuem às suas experiências, os interesses, as memórias políticas, tudo isso interfere e contribui para que as diferentes esferas governamentais, os

distintos níveis de gestão e os diferentes profissionais construam e atribuam diferentes sentidos para o NASF. Além disso, a interação entre essas instâncias influencia significativamente o rendimento da política, ou seja, a sua qualidade e a efetividade de sua implantação.

O processo de implantação do NASF em Belo Horizonte continua e à medida que o tempo vai passando novas formas de trabalho e ações vão sendo desenvolvidas. O que se percebe é que não há uma proposta consolidada. Ao contrário disso, há um processo dinâmico e em constante desenvolvimento no qual muito já se avançou, mas que, ao mesmo tempo, ainda há muito que melhorar. Nesse movimento, rearranjos organizacionais e institucionais associados a renegociações políticas acontecem frequentemente. Em função disso, os conteúdos e processos que constituem a política do NASF em Belo Horizonte são constantemente modificados.

Algumas questões (relação entre o NASF e a Saúde Mental, relação entre as equipes de NASF e equipes de Saúde da Família, ressignificação do apoio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, entre outros) foram anunciadas durante a pesquisa. Embora haja apontamentos de sua relevância durante a dissertação, essa pesquisa apresenta limitações para o aprofundamento dessas questões. Sendo assim, acredita-se que as mesmas podem ser mais bem discutidas em estudos futuros.

Os processos vivenciados e experimentados pela política do NASF e por seus respectivos atores (gestores, profissionais e usuários) ainda estão em seu início. O contexto de implantação e trabalho é muito recente, e as ações estão por se consolidar. Analisar, problematizar e avaliar suas estruturas, seus processos e seus reais impactos necessitará de um tempo maior. Dessa forma, a avaliação da política do NASF e a análise da participação dos usuários em sua implantação e construção poderão ser temas para pesquisas futuras.

A construção dessa dissertação foi bastante relevante para mim. Em meio a alguns momentos de angústia (longo tempo de tramitação pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, decisões sobre como lidar com os prazos estabelecidos), vários momentos de empolgação (leituras relacionadas ao tema pesquisado, realização de entrevistas, grupo focal e sessão de observação participante, estudo dos dados, conversas enriquecedoras com a orientadora, entre outros) e alguns momentos cansativos (transcrição de entrevistas e grupos focais e o próprio processo de escrita da dissertação), discussões foram travadas, certezas foram desconstruídas e novos conhecimentos foram adquiridos e construídos.

Estudar a fase de implantação do NASF em Belo Horizonte e os conteúdos e processos que compõem essa política no município, tema de grande relevância para o contexto local de saúde pública, foi muito prazeroso e enriquecedor, pois além de ser uma área pela qual eu tenho grande interesse, contribuiu significativamente para minha experiência como pesquisadora e trabalhadora do NASF.

Por fim, afirmo com convicção que as atividades desenvolvidas e as experiências vivenciadas durante o processo de pesquisa e a consequente construção da dissertação, contribuíram de forma significativa para o meu crescimento, amadurecimento e aprimoramento profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.669-688.

BARBOSA, Erika Guerrieri et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento,** Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, abr./jun. 2010.

BECKER, Howard. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes da política de reabilitação no SUS – BH.** Belo Horizonte, 2008**.** Disponível em: <http://www.grupos.com.br/group/equipenasfoeste/Messages.html?action=download&year=09&month=2&id=12350634012082 27&attach=> Acesso em 25/02/2009

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **NASF BH:** competências e ações. Belo Horizonte, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio %20Final.pdf>. Acesso em: 2 maio 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 287, de 08 de outubro de 1998. **Diário Oficial da União, 1998.** Disponível em <http://www.cref2rs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf >, acesso em 15 de julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf> , acesso em 28 de dezembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**: as cartas de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília, 2004. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf >. Acesso em 15 de julho de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM n° 1065, de 4 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família - NAISF. **Diário Oficial da União**, 2005. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1065.htm>. Acesso em 15 de julho de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em 11 de abril de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM n° 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Família - NASF. **Diário Oficial da União,** 2008a. Disponível em < http://www.saude.sc.gov.br/PSF/nucleo_apoio_saude_familia/portarias/Portaria%20154%2004%2003%2008%20re.pdf>. Acesso em 02 de setembro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf>. Acesso em 20 de julho de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica:** diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Brasília, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Fev/2007.

CAVALHEIRO, Maria Teresa Pereira. Editorial II. **Revista CEFAC,** v. 9, n. 19, p. 179-368, abr./jun. 2009.

COIMBRA, Janete dos Reis ; TOSTES, Maria Luisa; VILAÇA, Fernando**.. Núcleos de Apoio à Saúde da Família:** atenção qualificada em reabilitação e promoção**.** Belo Horizonte [19-].

COIMBRA, Janete dos Reis *et al.* A experiência dos Núcleos de Apoio em Reabilitação. In: MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda (org.). **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte:** a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Maza Edições, 2010, p. 431 a 440.

CONILL, Eleonor Minho. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 27, p. 7-16, jun. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. NASF: Fonoaudiologia conquista espaço na Saúde Pública. **Jornal do CFFa**. Ano 9, n. 36, 2008.

CORDEIRO, Hésio O Instituto de Medicina Social e a Reforma Sanitária: a contribuição para a história do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, nov. 2004.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica,** v. 21, n. 2, p.164-176, 2007.

FERREIRA NETO, J. L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p.456-466, out. 2009.

FLORINDO, Alex Antônio Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Promoção das Atividades Físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v 14, n 1, p. 72-73, 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de Saber. 13 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: O uso dos prazeres. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. Verdade e Poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso.** 12. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. Poder e Saber. In: FOUCAULT, Michel. **Estratégia, poder – saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p.223-240.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 264-287.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia. *et al*. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Cebes, 2008, p. 575-625.

GIOVANELLA, Lígia. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, fev. 2009.

GRICOLO, Tânia; SCHNIDT, Moema Belloni; DELGADO, Pedro Gabriel Avaliar CAPS: um retrato do funcionamento da rede dos serviços substitutivos no Brasil. **SaúdeLoucura.** v 3, n. 9, p.370-390, 2010.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

HARZHEIM, Erno. et al . Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1649-1659, ago. 2006.

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista.** Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

MACHADO, Marília Novaes da Mata. **Entrevista de pesquisa:** a interação pesquisador/entrevistado. Belo Horizonte: C/Arte, 2002.

MACHADO, Marília Novaes da Mata Análise do discurso nas ciências da administração. In: HELAL, Diogo; GARCIA, Fernando; HONÓRIO, Luiz. **Gestão de pessoas e competência*:*** teoria e pesquisa**.** Curitiba: Juruá, 2008, p. 341-368.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira. LANEMAM, Selma. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 19, n. 2, p.1, maio/ago. 2008

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte:** Oficina I - análise de atenção primária à saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MOLINI-AVEJONAS, Daniela Regina; MENDES, Vera Lúcia Ferreira; AMATO, Cibelle Albuquerque. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia,** v. 15, n. 10, p. 465-474, 2010.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, fev. 2010.

NEPOMUCENO, Léo Barbosa A prática da Psicologia no NASF. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: CFP, 2009, p.49-59.

NUNAN, Bernardo Augusto NASF: Concepções e Desafios. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: CFP, 2009, p.21-29.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência.** 1982. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/corde/progra_acao_mundial.asp>. Acesso em 16 de julho de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

ORLANDI, Eni. **As formas do silêncio:** no movimento dos sentidos. 3 ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1995.

ORLANDI, Eni. **Discurso e leitura.** 4. ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1999.

ORLANDI, Eni. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. 3.ed. Campinas: Pontes, 2001a.

ORLANDI, Eni. **Discurso e texto:** formulação e circulação dos sentidos. Campinas: Pontes, 2001b.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e a Municipalização. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 1, n 2, p. 29-47, 1992.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: Edufba, 2008, p. 91-122.

PASSOS, Eduardo BARROS, Regina Benevides. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v.16, n 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.

SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. Debate sobre o artigo de Conill. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.19-21, 2008.

SANTOS, Francisco Assis da Silva. et.al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não-médicos. **Revista Brasileira de Fisioterapia,** São Carlos, v. 13, n. 4, p. 330-334, jul/ago 2009.

SIMAN, Ângela Maria. **Políticas públicas**: a implementação como objeto de reflexão teórica e como desafio prático. 2005. 349f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologi**a.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TREVISAN, Leonardo Nelmi. JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v 12, n 4, p. 893-902, ago. 2007.

TURCI, Maria Aaparecida (Org.). **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Sigma, 2008.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.), **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2007. p.531-562.

VIANA, Ana Luiza; BAPTISTA, Tatiana Vargas Faria. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz / Cebes. 2008, p. 575-625.

VIANA, Ana Luiza. MACHADO, Cristiane Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.14, n 3, p. 807-817, maio/jun. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com gestor central

Primeiro momento: esclarecimentos sobre a pesquisa - objetivos, justificativa da escolha da instituição e do profissional entrevistado, autorização para gravar e assinatura do termo de consentimento.
Segundo momento: desenvolvimento do diálogo.

1- Como é a história da implantação do NASF em Belo Horizonte?
    a. Quais foram os precedentes? (trabalhos anteriormente desenvolvidos, outras experiências de gestão, diretrizes já conhecidas, etc.)
    b. Quem foram os atores diretamente envolvidos (individuais e coletivos)?
    c. Quais foram os marcos conceituais (de textos governamentais e/ou acadêmicos) utilizados para embasar a implantação?
    d. Que documentos foram produzidos para sustentar a implantação?
    e. Em que se baseou a construção da metodologia de trabalho?
    f. Como se pensou a composição das equipes?
    g. Como se deu a contratação dos profissionais no momento de implantação e como se faz isso atualmente?
2- Em que se avançou desde o início da implantação?
3- Quantas equipes de NASF há atualmente em Belo Horizonte? Seria possível ter acesso a dados detalhados e atualizados sobre o NASF com a composição de cada equipe em atuação por Distrito Sanitário, discriminando-se as categorias profissionais em cada uma delas?
4- Como se decide a composição das equipes? Há uma composição básica?
5- Há estratégias de monitoramento e avaliação do processo de implantação do NASF em Belo Horizonte?
6- O que você entende por reabilitação?

Fechamento: agradecimento ao entrevistado(a) por sua participação na entrevista e conseqüente colaboração para desenvolvimento da pesquisa.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com gestor distrital

Primeiro momento: esclarecimentos sobre a pesquisa - objetivos, justificativa da escolha da instituição e do profissional entrevistado, autorização para gravar e assinatura do termo de consentimento.
Segundo momento: desenvolvimento do diálogo.

1- Como é a história da implantação do NASF no Distrito?
    a. Quais foram os precedentes? (trabalhos anteriormente desenvolvidos, outras experiências de gestão, diretrizes já conhecidas, etc.)
    b. Quem foram os atores diretamente envolvidos (individuais e coletivos)?
    c. Como se produziu a relação com a gestão central na implantação das equipes no Distrito?
    d. Como se operacionalizou a metodologia de trabalho?
    e. Como se pensou a composição das equipes e a relação com as Unidades Básicas de Saúde?
    f. Como se deu a contratação dos profissionais no momento de implantação e como se faz isso atualmente?
2- O que se avançou desde o início da implantação?
3- Quantas equipes de NASF há atualmente no Distrito?
4- Qual a composição dessas equipes?
5- Quantas Equipes de Saúde da Família são acompanhadas por cada uma delas em quais Unidades Básicas de Saúde?
6- Como tem sido o trabalho realizado pelas equipes de NASF junto aos usuários?
7- Há estratégias de monitoramento e avaliação do processo de implantação do NASF no Distrito?
8- O que você entende por reabilitação?

Fechamento: agradecimento ao entrevistado(a) por sua participação na entrevista e conseqüente colaboração para desenvolvimento da pesquisa.

APÊNDICE C – Roteiro de Grupo Focal

Primeiro momento: esclarecimentos sobre a pesquisa - objetivos, justificativa da escolha da instituição e dos profissionais participantes, autorização para gravar e assinatura do termo de consentimento.
Segundo momento: desenvolvimento do diálogo.

1- Qual a formação profissional de cada um?
2- Há quanto tempo vocês atuam no NASF?
3- Como foi a forma de acesso?
4- O que vocês entendem por reabilitação?
5- Como se fala sobre reabilitação com usuários? Que tipo de comentários ou dúvidas os usuários produzem a partir do termo reabilitação?
6- Na equipe de vocês, como o trabalho é realizado? (Relação com demais equipes da APS)
7- Como é trabalhar em uma equipe interdisciplinar?
8- Vocês sentem falta do trabalho de profissional de outra(s) categoria(s)? Qual(is)? Por quê?
9- Quais as conquistas e desafios identificados por vocês na atuação do NASF?

Fechamento: agradecimento aos profissionais por sua participação no grupo focal e conseqüente colaboração para desenvolvimento da pesquisa.

APÊNDICE D – Roteiro de Observação

Dados gerais da observação
Data:
Local:
Horário de início da observação:
Horário de término da observação:

Serão acompanhadas reuniões que fazem parte do cotidiano de trabalho da equipe de NASF.

Serão observados os seguintes aspectos:

1- Como os casos são discutidos.
2- Os tipos de encaminhamento.
3- Os pactos conjuntos firmados entre os profissionais.
4- Se aparece e como aparece o conceito de reabilitação durante as reuniões.

Alguns temas a serem observados surgirão após as entrevistas e os grupos focais.

APÊNDICE E –- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: OS DISCURSOS DE REABILITAÇÃO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DE BELO HORIZONTE.

Prezado(a) Senhor(a):,

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

1) Introdução

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "Os discursos de reabilitação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Belo Horizonte", sob responsabilidade da pesquisadora Natália Silva Azevedo, que está sendo desenvolvida como dissertação de mestrado no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Sua colaboração é fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, entretanto, não é obrigatória. A participação neste estudo é voluntária e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. O objetivo deste estudo é conhecer os discursos de reabilitação que orientam as práticas desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Belo Horizonte, analisando os conteúdos e processos que configuram essa política pública.

2) Procedimentos do estudo

Você será solicitado(a) a participar de uma entrevista semi-estruturada/grupo focal/ observação participante, que será posteriormente analisada. Sua entrevista/grupo focal/ observação participante se somará às de outros colaboradores, de modo que as informações registradas contribuirão para a produção de um conhecimento sistematizado sobre os discursos de reabilitação que orientam as práticas desenvolvidas pelos NASF de Belo Horizonte.

3) Riscos e desconfortos

Não há riscos diretos previstos no desenvolvimento desta pesquisa que se ultiliza de instrumentos de coleta de dados consolidados nas ciências humanas. Não existem registros de riscos por sua utilização na bibliografia do campo. Entretanto, se em qualquer momento se sentir desconfortável, você poderá se retirar do estudo, bastando informar a pesquisadora desse interesse.

4) Benefícios

Como benefício aponto a possibilidade dessa pesquisa contribuir para agregar conhecimentos aos profissionais e pesquisadores do campo da saúde pública, poder apresentar

elementos importantes para o processo de implantação e crescimento do NASF, além de possibilitar saberes e reflexões que contribuam com a melhor efetivação dessa política de saúde.

5) Custos / reembolso.

Você não terá gastos com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo. Uma vez que, mediante a autorização da prefeitura os encontros acontecerão no local de trabalho do profissional.

6) Responsabilidade

Efeitos indesejáveis são possíveis de ocorrer em qualquer pesquisa, apesar de todos os cuidados possíveis, e podem acontecer sem que a culpa seja sua ou dos pesquisadores. Diante de qualquer desconforto, sua participação poderá ser interrompida, sem maiores prejuízos.

7) Caráter confidencial dos registros

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados com nomes fictícios e sem a menção a detalhes que poderiam identificá-lo (a). Portanto, você não será identificado (a) quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. De maneira a assegurar sua privacidade, as informações obtidas através de entrevistas que contêm dados que possam identificá-la, serão devidamente arquivadas pela pesquisadora por um período de 5 (cinco) anos em conformidade com a Resolução CNS196/6, sendo destruídos passado esse período.

8) Participação

Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito nesta instituição. Você também pode ser desligado do estudo a qualquer momento sem o seu consentimento nas seguintes situações: (a) você não use ou siga adequadamente as orientações/tratamento em estudo; (b) você sofra efeitos indesejáveis não esperados; (c) o estudo termine. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, favor notificar a pesquisadora. A pesquisadora envolvida no estudo poderá fornecer qualquer esclarecimento que julgar necessário, assim como tirar dúvidas, bastando contato no seguinte endereço e/ou telefone:

Natália Silva Azevedo
Endereço: Rua Hermílio Alves, 56/701
Telefone: (31) 87584140
nataliasazevedo@hotmail.com

Este estudo foi aprovado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte* (CEP-SMSA/BH) cuja coordenação poderá ser contatada em caso de questões éticas:

Coordenadora: Celeste de Souza Rodrigues.
Endereço: Av. Afonso Pena, 2.336/ 9º Andar – Funcionários, CEP: 30.130-007 – Belo Horizonte – Minas Gerais
Telefone – (31) 3277-5309
coep@pbh.gov.br.

Li, ou alguém leu para mim, as informações contidas neste documento antes de assiná-lo. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição desta pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

_____
Nome do participante

_____ _____
Assinatura do participante ou representante legal Data

_____ _____
Natália Silva Azevedo Data

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0060.0.410.410-10A

Pesquisadora responsável: Natália Silva Azevedo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 14 de julho, o projeto de pesquisa intitulado "Os Discursos de Reabilitação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Belo Horizonte", bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.

Rosiene Maria de Freitas

Coordenadora Adjunta do CEP/SMSA/BH

Rosiene Maria de Freitas - Mat. 34315-7
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
SMSA/BH

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUC MINAS

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Belo Horizonte, 25 de março de 2011.

De: Profa. Maria Beatriz Rios Ricci
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Para: Natália Silva Azevedo
Programa de Pós-graduação em Psicologia

Prezado (a) pesquisador (a),

O Projeto de Pesquisa CAAE – 0060.0.410.410-10 *"Os discursos de reabilitação nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) de Belo Horizonte"* foi **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas.

Atenciosamente,

Profa. Maria Beatriz Rios Ricci
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – PUC Minas