

O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades

The FHSN as Management Device: Limits and Possibilities

JULIANA SAMPAIO¹

CLAUDIA SANTOS MARTINIANO SOUSA²

EMANUELLA DE CASTRO MARCOLINO³

FERNANDA CARLA MAGALHÃES⁴

FERNANDA FERREIRA SOUZA⁵

ALINE MARIA DE OLIVEIRA ROCHA⁶

ANTÔNIO ALVES DE SOUZA NETO⁶

GILBERTO DINIZ DE OLIVEIRA SOBRINHO⁶

RESUMO

Objetivo: O presente artigo tem como objetivo identificar em que medida o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) faz operar determinados processos organizativos da rede local de saúde, funcionando, desta forma, como dispositivo de gestão. *Material e Métodos:* Este estudo consiste num recorte de uma ampla pesquisa de abordagem qualitativa sobre o NASF, desenvolvendo análise documental, 240 horas de observação participante e 39 entrevistas semi-estruturadas com gestores e profissionais do NASF de Campina Grande-PB. *Resultados:* A investigação evidenciou dois pontos de análise. O primeiro revela que os documentos ministeriais sobre a temática deixam margem para uma diversidade de interpretação sobre a organização dos NASF e seu papel na conformação de redes de saúde locais; e o segundo, aponta para uma disputa no contexto local sobre como operacionalizar o NASF, permitindo a co-existência de diferentes modelos. *Conclusão:* É possível esperar a conformação de diferentes NASF, segundo o direcionamento dado pelas gestões locais de saúde, o que tem impactos diretos na defesa por diferentes modelos de saúde em disputa no SUS.

DESCRIPTORIOS

Saúde Pública. Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

SUMMARY

Objective: This article aims to identify to what extent the Family Health Support Nucleus (FHSN) does operate certain organizational processes of local health-care system, functioning thus as a management device. *Material and Methods:* This study is part of a broader qualitative study on the FHSN. It is a documentary analysis and consisted of 240 hours of participant observation and 39 semi-structured interviews with managers and professionals of the FHSN of Campina Grande, PB. *Results:* This study showed two issues for analysis. The first point reveals that the ministerial documents on this topic leave room for a diversity of interpretation on the FHSN organization and its role in shaping local health networks. The second issue, points out to a dispute in the local context on how to operationalize the FHSN, allowing co-existence of different models. *Conclusion:* It is possible to expect different conformations of the FHSN, according to the direction given by the local health administrations, which has direct impacts on the defense by different health-care models in dispute in the Brazilian Unified Health System.

DESCRIPTORES

Public Health. Health Management in Primary Health Care

1 Professora Doutora do Departamento de Promoção à Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

2 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil e Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande/PB, Brasil.

3 Especializanda em Saúde da Família pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP), Campina Grande/PB, Brasil e Apoiadora no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) na Paraíba, Brasil.

4 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.

5 Enfermeira, bolsista do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) do Ministério da Saúde, Brasil.

6 Graduando(a) do Curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande/PB, Brasil.

Os diversos modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil encontram-se num campo de tensões disputando espaço no setor saúde; compo, assim, um mosaico de modos de produção em saúde (CAMPOS, 1997). Compreende-se como modelo de atenção: “uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação. É uma maneira de organizar os *meios de trabalho* (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde.” (PAIM, 2003).

Sem pretensão de restringir essa disputa numa dicotomia, dentre o campo de tensões dos modelos de atenção à saúde, se destacam o médico-assistencial privatista e o da vigilância à saúde. O primeiro caracteriza-se pela assistência médica individual que prioriza a cura e a doença (PAIM, 2003), enquanto o segundo trabalha com a epidemiologia, o planejamento e as ciências sociais em saúde (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998).

Tal disputa se acentua na década de 1980, com propostas alternativas de organização dos serviços de saúde, a exemplo da atenção primária, da organização dos serviços por distritos sanitários e da Estratégia Saúde da Família, as quais são instituídas na busca do cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em meados da década de 1990, CAMPOS (1997) propõe novo discurso para a saúde, com o modelo de atenção em defesa pela vida. Este busca instituir dispositivos e arranjos institucionais tendo como premissa a garantia da gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acesso resolutivo aos serviços e o fortalecimento de vínculos com os usuários (PAIM, 2003, CARVALHO, CAMPOS, 2000).

Na vigência de distintos modelos de atenção - o assistencial privatista, o de vigilância à saúde e o de defesa pela vida -, as gestões municipais por meio de suas redes de saúde findam por atender ao discurso assistencial privatista, ao seguirem a lógica burocrática de organizações de serviços, que se evidenciou no Brasil a partir da década de 1930. Tal discurso está baseado no racionalismo e cumprimento de ações pré-estabelecidas por uma estrutura hierárquica de serviços (MARCHETTI, CARVALHO, MONT'ALVÃO, 2009).

Esse modo de produção do cuidado reflete a hegemonia do neoliberalismo nos modos de produzir saúde, sustentado, principalmente, pelas características básicas da formação socioeconômica brasileira (CAMPOS, 1997).

Assim, o discurso de saúde privatista faz operar o modelo Taylorista de secção dos serviços de saúde, que delega normas e programas para operar o cotidiano dos encarregados de executar as ações. Gastão Wagner em sua obra “O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso” sugere um método de gestão que permita e estimule os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, por meio de ações de co-gestão. Neste processo de produção, os profissionais estariam envolvidos com o mesmo tipo de trabalho, a fim de um objetivo comum (CAMPOS, 1998).

Nesse método de co-gestão “todos participam do governo” não há decisão isolada ou substitutiva; ou seja, as ações são pactuadas de modo compartilhado nas unidades de produção de saúde, internamente, e/ou, externamente, com um matriciador, sendo este o agente externo capaz de instituir processos de reflexão crítica (CAMPOS, 1998).

Esse método de gestão de serviços foi proposto pelo governo brasileiro para a saúde por meio da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de efetivar o matriciamento no âmbito da Atenção Básica.

O NASF, instituído em 2008, tem a finalidade de aumentar o escopo das Equipes de Saúde da Família (SF) na rede de serviços à saúde com o propósito de fornecer apoio matricial de modo compartilhado nos territórios (BRASIL, 2008, BRASIL, 2009).

Enquanto apoiadores matriciais das equipes de referência, os NASF podem se tornar um dispositivo da gestão pública para potencializar a rede de serviços em saúde. Isto é, os Núcleos de Apoio constituem-se como meio pelo qual se concretiza o modelo de gestão a ser operacionalizado no âmbito municipal, que coloca em atividade o que se pretende como gestão. Tal concepção parte do conceito proposto por Foucault que define dispositivo como “[...] discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (FOUCAULT, 1995).

CAMPOS (1999) define equipes de referência, com apoio especializado matricial, como um arranjo organizacional do trabalho em saúde, potencializador da gestão das organizações em saúde. Desse modo, o caráter de dispositivo da gestão encontra-se intrínseco a funcionalidade do apoio matricial, pois o matriciamento representa uma nova forma de gestão em

saúde que busca romper com os modelos das organizações substancialmente tayloristas, com vista ao fortalecimento de métodos organizativos pautados na co-gestão (CAMPOS, 1998).

Com relação aos modelos organizativos, em muitos municípios, a rede de cuidado é organizada pelos distritos sanitários (DS) de saúde, com suas gerências locais. Cada território sanitário corresponde a uma área geográfica que reúne uma população com peculiaridades epidemiológicas e sociais e que demanda diferentes cuidados, assim como, diferentes recursos e equipamento de saúde (ALMEIDA, CASTRO, LISBOA, 1998).

Ainda na organização territorial do cuidado, atualmente, o Ministério da Saúde propõe a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010) que segundo, MENDES (2011) devem ser compreendidas como um arranjo poliárquico. Elas são compostas por diferentes atores na busca de inter-relações, superando a concepção de hierarquização, para uma organização sob a forma circular, em rede. Nesse modo de organização, os serviços de atenção à saúde e seus sistemas de apoio encontram-se igualmente relevantes na efetivação do objetivo comum, alterando apenas a densidade tecnológica de cada um deles.

As redes de atenção à saúde responsabilizam-se economicamente e sanitariamente por uma população adscrita vinculada à Atenção Primária a Saúde (APS) que usufruirá desta RAS. Essa população deve ser registrada e conhecida de acordo com os fatores de risco e condições de saúde para que se estabeleçam as redes de atenção a partir da APS (MENDES, 2011).

Do exposto, compreende-se que as RAS devem estar organizadas em primeira instância a partir dos Distritos Sanitários e que a Estratégia Saúde da Família, como principal equipamento da APS, tenha papel fundamental na construção e manutenção dessas RAS, pois encontra-se no centro da comunicação entre os serviços, tornando-se o “nó intercambiador” que regula os fluxos do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011, p. 88).

Assim, a concepção de apoio matricial do NASF, como apoiador da ESF, se coaduna com a proposta das RAS, na medida em que visa o trabalho compartilhado e a co-gestão das ações, operando de forma cooperativa e interdependente sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, numa constante inter-relação entre os níveis de assistência (MENDES, 2011, CAMPOS, 1999).

Nesta direção, este artigo toma como objetivo, a

partir da experiência de implantação do NASF no município de Campina Grande, na Paraíba, identificar em que medida estes núcleos fazem operar determinados processos organizativos da rede de saúde, funcionando, desta forma, como dispositivos de gestão para a manutenção ou transformação dos modelos de cuidado em saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo consiste em um recorte de uma ampla pesquisa sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (SAMPAIO *et al.*, 2011, MARTINIANO *et al.*, 2011), a qual possui abordagem investigativa e qualitativa, por reconhecê-la como capaz de responder a questões particulares, alcançando um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2006).

Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizada uma triangulação metodológica, com análise documental, observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

Dos documentos analisados pela citada pesquisa foram considerados: a) a portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família; b) o Caderno de Atenção Básica nº 27 do Ministério da Saúde, que apresenta as diretrizes de funcionamento do NASF; e c) o projeto de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família apresentado pelo município de Campina Grande em resposta a portaria nº 154/08.

As análises de tais documentos elucidaram valores e discursos de um determinado grupo social, em um período histórico, demonstrando intrínsecas formas de relações sociais (RICHARDSON, 1989).

A observação participante foi realizada no município de Campina Grande, de forma não sistemática e registrada em diários de campo. Foram efetivadas 240 horas de observação, realizadas por uma equipe de seis pesquisadores por um período de três meses, com observações semanais das atividades cotidianas de seis equipes de NASF.

Esse método de investigação permite ao pesquisador a oportunidade de estabelecer contato com o objeto de investigação de modo a acompanhar as experiências cotidianas dos sujeitos e assim apreender os sentidos produzidos no ambiente pesquisado (LIMA, ALMEIDA, LIMA, 1999).

As entrevistas semi-estruturadas foram

realizadas com 39 profissionais de seis equipes NASF, gerentes de distritos e coordenação do NASF de Campina Grande, sobre a Implantação do NASF no município; a compreensão dos profissionais sobre matriciamento; e dinâmica de trabalho do NASF.

Tais entrevistas permitiram a produção de discursos livres, na medida em que o entrevistador pode adequar a conversa da entrevista ao conteúdo da mesma, buscando uma aproximação com a experiência vivida pelos entrevistados (LIMA, ALMEIDA, LIMA, 1999).

Na busca pelos sentidos contidos nas falas, tomou-se o método de análise de conteúdo de BARDIN (1977), que organiza as falas dos entrevistados por categorias temáticas, a partir dos núcleos de sentidos que compõem a comunicação, os quais de acordo com a presença ou frequência de aparição podem representar algum sentido para o objetivo analítico.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba com protocolo de nº 0177.0.133.000-10 e seguiu a Resolução nº 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O debate sobre a potencialidade dos NASF operarem determinados modelos de saúde, e conseqüentemente, diferentes formas de organizar a rede de serviços, implica na discussão de alguns elementos que tencionam a flexibilização de sua proposição.

Com isso, busca-se evidenciar algumas estratégias políticas que são desenvolvidas ao longo da implementação dos NASF e que os tornam dispositivos tanto do discurso que opera o modelo em defesa da vida, que fortalece a co-gestão dos processos de trabalho; quanto do discurso privatista, que opera a fragmentação do trabalho, centrado no cuidado em saúde especializado e tecnicizado.

Dentre essas estratégias, no contexto de Campina Grande, duas dinâmicas podem ser evidenciadas, permitindo certa flexibilidade na operacionalização dos NASF e contribuindo com a manutenção de determinado modelo de saúde e organização da rede de cuidado.

Tais dinâmicas ora discutidas podem estar embasadas em duas premissas. A primeira é que no momento da implantação havia uma imprecisão nos documentos ministeriais sobre qual modelo de NASF seguir, visto que o modelo de apoio matricial baseado

na co-gestão só veio a ser mencionado posteriormente no Caderno de Atenção Básica nº 27. A segunda premissa aparece como uma consequência da primeira, que se refletiu no nível local como “permissão” para cada NASF produzir seu trabalho de acordo com sua própria compreensão sobre matriciamento, revelando a fragilidade no direcionamento organizativo e político local.

Um documento e diversas interpretações

Os documentos ministeriais que permitem o embasamento teórico para o NASF, ao definirem o modelo de atenção e os conceitos que sustentam seu arcabouço teórico, apresentam lacunas que viabilizam diferentes formas de operacionalização dos NASF.

A partir do Caderno de Atenção Básica, o NASF define-se como “uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família” (BRASIL, 2009). Pauta-se, assim, no desenvolvimento de ações interdisciplinares e intersetoriais com vistas na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, com ações voltadas para a educação permanente; promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O NASF desempenha o apoio à gestão e à atenção, sendo uma estratégia de organização das práticas de cuidado e de gestão, através de diferentes ferramentas tecnológicas, desde a pactuação de ações e metas, até a implantação da clínica ampliada, projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território, fomentando o compartilhamento das ações das equipes e a co-gestão do cuidado (BRASIL, 2009). Seu objetivo é desenvolver o trabalho compartilhado com as equipes de referências, visando a construção e ativação de espaços para comunicação, compartilhamento de conhecimentos e co-responsabilização dos casos com a ESF, sendo esta última, a equipe de referência do usuário (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Destaca-se, contudo, que ainda é um desafio a criação de espaços coletivos, nos quais as equipes de saúde compartilhem a elaboração de planos gerenciais e projetos terapêuticos, principalmente devido à tendência hegemônica de fragmentação do trabalho; obstáculo estrutural à clínica ampliada e ao trabalho interdisciplinar (CAMPOS, 1998).

O ápice da co-gestão baseada na clínica ampliada e no trabalho compartilhado acontece quando se toma

o sujeito como o centro da co-produção do cuidado, na qual todos são protagonistas e co-responsáveis (CUNHA, CAMPOS, 2010). Para que a co-gestão do cuidado se efetive, é necessário que NASF e Equipe de Saúde da Família se integrem no trabalho compartilhado, buscando superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado de forma co-responsabilizada (BRASIL, 2009).

Apesar dessas definições assumidas no Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF, a portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, garante que a gestão do processo de trabalho dos NASF, contemplando a definição das ações e intervenções junto às ESF, é de responsabilidade de cada gestão municipal.

A portaria corrobora a diretriz da descentralização das ações em saúde, normatizada na década de 1990, a partir da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-93), que delega aos municípios com gestão plena ou semiplena, a organização dos serviços de saúde por elas executados. Essa diretriz se consolidou ao longo da década de 1990 e início dos anos 2000, transferindo praticamente toda a responsabilidade de planejamento e gestão da saúde para os municípios (CARVALHO, 2001).

No que diz respeito aos NASF, o principal documento ministerial com direcionamentos gerais para sua implementação foi o Caderno de Atenção Básica nº 27, o qual somente foi publicado um ano após a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Tal fato provocou uma lacuna temporal que favoreceu o desenvolvimento de diversos modelos de NASF, resultantes dos diferentes modelos de saúde implementados por cada gestão municipal, permitindo que tendências políticas, por vezes contrárias ao modelo em defesa da vida, fossem reproduzidas.

Essa constatação pode ser comprovada a partir da fala dos profissionais dos NASF de Campina Grande que revela o modo frágil como o núcleo foi instituído, sem aporte teórico, técnico e de gestão: “*Sabe, eu acho que às vezes não é que a gestão não queira que o NASF funcione, mas é que eles não sabem fazer*” (Profissional NASF).

A falta direcionamento político permite várias interpretações sobre como executar as ações das equipes do NASF, viabilizando a implementação de diferenciados modelos de gestão: “*Então a portaria também nos deu esse espaço, deu as diretrizes de como a gente deveria seguir, mas me deu abertura pra que eu fizesse de acordo com minha realidade local, é um*

espaço que está sendo construído” (Gerente de Distrito Sanitário).

A partir da compreensão de política de saúde como os aspectos relativos ao poder em saúde, assim como a definição de diretrizes, programas e planos na área da saúde (PAIM, 2003), portanto fundamentais na implementação de qualquer ação em saúde, a gestão torna-se um elemento essencial para sua concretização.

A (in)definição do NASF como dispositivo da gestão municipal em Campina Grande

Como já apontado anteriormente, é coerente supor que os NASF estejam organizados por DS, sendo responsáveis pelo compartilhamento dos casos e ações junto às ESF, potencializando as RAS no território em que estão inseridos.

Contudo, em Campina Grande esta lógica não é concretizada, já que há equipes NASF que apóiam Equipes de Saúde da Família em diferentes DS. Tal configuração confronta à propositura da vigilância em saúde, que estrutura ações a partir da situação de saúde de cada território específico; não favorece a organização das RAS e não potencializa mudanças necessárias à existência das mesmas.

Nesta mesma direção, a gestão municipal parece defender o modelo de atenção à saúde médico-privatista ao explicitar a forma de operacionalização dos NASF que pretende implementar. No decorrer da capacitação introdutória para os profissionais do NASF neste município, o Gestor de Atenção Básica menciona: “*o NASF possui duas vertentes, uma para o apoio matricial e uma para o assistencialismo, e Campina Grande optou pela vertente do assistencialismo*” (Diário de Campo 3).

Esse modelo de organizar e gerir os serviços de saúde foi transferido ao NASF no momento de sua implantação, pois: “*a gente criou um modelo que se adequasse a atenção básica e estratégia de saúde da família e adequou ao que a gente já vinha fazendo*” (Gerente de Distrito Sanitário).

Assim, o NASF, que possui uma proposta transformadora do processo de trabalho na Atenção Básica por meio da co-gestão, passa a reproduzir o modelo assistencialista focado na atuação individual, com foco na cura.

Tal resultado pôde ser corroborado pelas observações realizadas, nas quais presenciou-se

assistência individual, domiciliar ou em consultório, por meio da atuação isolada de cada profissional do NASF de acordo com o seu núcleo de saber disciplinar (MEHRY, 2010).

Como resultado desta orientação política, a referida capacitação introdutória para os profissionais dos NASF não se ocupou de apresentar e discutir o modelo em defesa da vida e as ferramentas de gestão do cuidado por ele propostas. “(...) porque na verdade [a capacitação] falou do SUS não falou do NASF, falou sobre a portaria 154, mas não definiu o que era o trabalho do NASF” (Profissional NASF).

A formação pautou-se nas questões políticas e técnicas da Atenção Básica, trilhando uma preparação geral dos profissionais para a atuação no nível primário de assistência. A falta de uma formação específica acerca do apoio matricial permite deduzir a existência de intencionalidade em tal ato para torná-los reprodutores do modelo já existente.

Apesar da orientação formal assumida pelo gestor local, evidencia-se no cotidiano da Secretaria de Saúde de Campina Grande uma disputa pelo modelo de implementação dos NASF. Diferentes profissionais de NASF e gerentes de distritos defendem perspectivas divergentes em relação ao papel do NASF: “A própria gestão ainda tem muitos conflitos sobre a interpretação. Existe uma linha que defende o assistencialismo e outra que defende o matriciamento, e ainda tem um grupo que acha possível conciliar as duas coisas (...). Tem pessoas que compreendem que há uma interface entre assistência e matriciamento, compreendendo que isso é estratégia de apoio. Então, aí temos ainda esse conflito (...) por que os NASF de Campina Grande assumem uma forma híbrida de assistencial e matricial” (Gerente de Distrito Sanitário) / “Porque das gerentes todas, só a minha tem essa visão de apoio matricial e as outras já é mais para o assistencialismo, não que o NASF não possa fazer, mas o nosso mesmo é mais focado mesmo no apoio matricial” (Profissional NASF).

Com a ausência de instruções ministeriais mais explícitas (pelo menos até a publicação dos Cadernos da Atenção Básica nº 27) e a disputa de concepções

entre os atores que implementam o NASF em Campina Grande, se configura numa heterogeneidade discursiva e de práticas dos NASF: “Agora os NASF não estão trabalhando todos iguais não, cada NASF está trabalhando diferente. Tem um que trabalha todo dia numa equipe só, tem um cronograma fixo mensal, tem outros que não, toda semana muda. Acho que precisava ser generalizado” (Profissional NASF).

Essas diferenças impossibilitam o trabalho compartilhado entre as equipes de NASF, tornando-os fragmentados, desarticulados e difusos. Esta desarticulação, por sua vez, inibe a reflexão crítica dos profissionais e favorece a atuação focal, dificultando a construção de redes de atenção que transcendam o território distrital, implicando negativamente na construção de uma política de saúde municipal.

CONCLUSÃO

O NASF, implantado em 2008, inseriu-se numa disputa teórico-política de modelo de saúde presente nos diversos municípios do Brasil. Em meio a esse contexto, a lacuna temporal, existente entre a publicação da Portaria nº 154/08 e dos Cadernos da Atenção Básica nº 27, teve efeito na flexibilização da proposta do NASF.

Este efeito tomou a configuração em Campina Grande-PB conforme discutido neste estudo, mas certamente teve outras e diferentes implicações nos demais contextos de saúde do país.

Desse modo, aponta-se para a necessidade de ampliar as investigações sobre as diferentes formas de implementação dos NASF, buscando identificar em que medida o mosaico de modelos de atenção imprime sua marca nos modos como os NASF são operados ao longo do território nacional.

Assim, as normatizações ministeriais ao abrirem espaços para adequações a diferentes modos de produzir saúde nos diferentes territórios, ao contrário de tentar fortalecer um modelo em saúde, permitiu que a implantação dos NASF reforçassem lógicas tradicionais e antagônicas ao modelo defendido.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA ES, CASTRO CGJ, LISBOA CA. *Distritos Sanitários: Concepção E Organização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998, 48p.
2. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977, 2290.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>>. Acesso em: 25 de abril, 2010
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF*. n.27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dezembro de 2010.
6. CAMPOS GWS. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. 2. Ed., São Paulo: EDITORA HUCITEC, 1997, 220p.
7. CAMPOS GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, 14(4): 863-870, 1998.
8. CAMPOS GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 393-403, 1999.
9. CAMPOS GWS, DOMITTI AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23(2):399-407, 2007.
10. CARVALHO G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):435-444, 2001.
11. CARVALHO SR, CAMPOS GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad. Saúde Pública*, 16(2):507-515, 2000.
12. CUNHA GT, CAMPOS GWS. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org & demo*, 11(1):31-46, 2010.
13. FOUCAULT M. *Microfísica do poder*. 18. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1995, 296p.
15. LIMA MADS, ALMEIDA MCP, LIMA CC. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. *R. gaúcha Enferm*. 20(esp.):130-142, 1999.
16. MARCHETTI CTC, CARVALHO RT, MONT'ALVÃO CA. A influência da gestão burocrática nas organizações públicas do Brasil. *Revista INICIA*. 9(1): 8-17, 2009.
17. MARTINIANO CS, MARCOLINO EC, MAGALHÃES FC, SOUZA FF, NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE: compreendendo sua dinâmica a partir da percepção dos profissionais envolvidos, [Relatório final PIBIC/UEPB 2010-2011]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2011. 51p.
18. MENDES EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed., Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.
19. MEHRY EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Versus Brasil*. Cadernos de textos. [2001] Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0115_M.pdf#page=49. Acesso em 20 de fevereiro de 2010.
20. MINAYO MCS. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 21. ed., Petrópolis: Vozes, 2006. 108 p.
19. PAIM JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, Z; ALMEIDA FILHO, NA. *Epidemiologia e Saúde*. 6ª ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, 708p.
21. SAMPAIO J, ROCHAAMO, SOUZA NETO AA, OLIVEIRA SOBRINHO GD. O que fazem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Campina Grande? Análise das práticas dos profissionais à luz da proposta do Apoio Matricial. [Relatório final PIBIC/UFCG 2010-2011]. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande; 2011. 14p.
22. RICHARDSON RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 2. ed., São Paulo: Atlas, 1989, 336p.

23. TEIXEIRA CF, PAIM JS, VILASBÔAS AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *IESUS*, 7(2):7-28, 1998.

Correspondência

Juliana Sampaio
Rua Francisco Brandão, n 1145, apt 301 - Bairro: Manaíra
João Pessoa – Paraíba - Brasil
CEP: 58.038-520
E-mail: julianasmp@hotmail.com