

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM
SAÚDE
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

PATRICIA GONÇALVES KICHEL

Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF:
a proposta do apoio matricial na Atenção Básica

Brasília, agosto de 2014.

PATRICIA GONÇALVES KICHEL

Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF:
a proposta do apoio matricial na Atenção Básica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS como requisito para a conclusão do curso de Formação em Saúde Coletiva e Educação do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – Educasaúde, Faculdade de Educação - Faced, no semestre 2014.1.

Orientadoras: Carolina Pereira Lobato e Sílvia Reis

Brasília, agosto de 2014.

*Dedico este trabalho à memória da minha amada vó,
Neneza Gonçalves,
pelo exemplo humano de virtude, honestidade e serenidade.*

AGRADECIMENTOS

A página mais bonita em qualquer etapa da vida é, sem dúvida, aquela em que se registra o apoio recebido com um simples muito obrigado! É um privilégio ter pessoas que contigo partilha e oferta cuidado.

Aos profissionais do Departamento de Atenção Básica - DAB e aos companheiros da pioneira turma de Formação em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, pelas contribuições acadêmico-profissionais e lições de vida na esfera federal.

Às precursoras amigas da trajetória profissional e familiar em solo candango, pelos momentos maravilhosos compartilhados, pelas angústias diminuídas, pela tarefa do fim cumprida, pela amizade e cumplicidade, e agora pela saudade: Sibeli e Carol.

Aos amig@s agregados ao longo do percurso, pelo que nos uniu por muitos motivos, pelo que me fez sentir bem, acolhida e humana: Olívia, Élide, Diego, Ísis e Marcos.

Aos amig@s de todos os momentos, por tudo que representa a nossa forte ligação e companheirismo: Dri, Tati, Gi, Josi, Kari, Duda, Jéssica, Milca, Axel e Ricardo.

À Patricia Bezerra de Araújo, pelo aceite em compor o debate e pela certeza de grandes contribuições.

À Sílvia Reis, pelas valiosas contribuições enquanto co-orientadora, pelo exemplo de tranquilidade e firmeza que dispensa e lida com as relações institucionais, por acreditar na labuta cotidiana em busca de um NASF fortalecido.

À Carolina Lobato, por desde sempre ter se mostrado mais que uma paciente orientadora, pela pessoa querida que é, tendo não somente pelo conhecimento, mas pela postura pessoal, indicado caminhos que me fizeram amadurecer o trabalho e a compreensão sobre o desenho das políticas públicas.

À minha família, pelo aconchego e intimidade, pelo incondicional.

À minha mãe, pela maneira sorradeira e saudosa de acolher e compreender, por ser a minha fonte de incentivo e determinação.

Ao povo brasileiro, pela oportunidade de estudo em uma universidade pública, gratuita e de qualidade e pela oportunidade de experienciar a vivência acadêmico-profissional no Ministério da Saúde.

Ao que existe no céu, pela proteção e fortaleza nos momentos de distrações e impossibilidades.

Liberdade

*Ai que prazer
Não cumprir um dever,
Ter um livro para ler
E não o fazer!
Ler é maçada,
Estudar é nada.
O sol doira
Sem literatura.*

*O rio corre, bem ou mal,
Sem edição original.
E a brisa, essa,
De tão naturalmente matinal,
Como tem tempo não tem pressa...*

*Livros são papéis pintados com tinta.
Estudar é uma coisa em que está indistinta
A distinção entre nada e coisa nenhuma.*

*Quanto é melhor, quando há bruma,
Esperar por D. Sebastião,
Quer venha ou não!*

*Grande é a poesia, a bondade e as danças...
Mas o melhor do mundo são as crianças,
Flores, música, o luar, e o sol, que peca
Só quando, em vez de criar, seca.*

*O mais do que isso
É Jesus Cristo,
Que não sabia nada de finanças
Nem consta que tivesse biblioteca...*

Fernando Pessoa

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo trazer um olhar analítico sobre as elaborações normativas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, definidas pelo Ministério da Saúde, a fim de elucidar os conteúdos expressos que buscam definir o seu mandato político e viabilizar o seu funcionamento. O NASF trata-se de uma proposta recente e inovadora no âmbito da política pública de saúde. É um arranjo organizacional da gestão pública criado para potencializar e qualificar o modelo de Atenção Básica, através do suporte técnico especializado às equipes de referência, seja na dimensão gerencial ou na atenção à saúde. O intuito é instituir práticas mais democráticas e de vínculo com a população para avançar no acesso e na garantia da integralidade do cuidado, de modo que as práticas profissionais promovam a ampliação da clínica, através do reconhecimento e afirmação de que os processos de saúde-doença envolvem, além dos aspectos biológicos, outros aspectos singulares dos sujeitos e coletivos, e exigem respostas articuladas de vários atores e setores responsáveis pela atenção em saúde. O processo de implementação do NASF evidencia que o seu mandato político tem se acomodado às diversas realidades municipais, tem se ajustado aos campos de aplicação e tem se inscrito nas rotinas dos atores que desenvolvem o dispositivo, mas é inegável a existência de perturbações quanto aos seus objetivos perseguidos e as ações de fato alcançadas. O presente trabalho encontra sua motivação justamente na busca por examinar, entender e analisar como tem sido os processos de enfrentamento e de intervenção dessas controvérsias operacionais pelo Ministério da Saúde. Acredita-se que as legislações ministeriais são indutoras do que se pretende como modelo de gestão da saúde e também indicam os princípios e as diretrizes para orientação das ações das equipes e dos gestores. Metodologicamente, trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e descritivo-exploratória sobre o NASF, sendo eleitos seis documentos marcos de sua referência normativa, considerados as principais ofertas ministeriais disponibilizadas para a conformação e implementação do dispositivo como parte da Atenção Básica. Considera-se interessante também para além do exame técnico-normativo situar na história os processos político-institucionais e as referências conceituais que levaram à legitimação do dispositivo na própria agenda governamental e a identificação dos elementos da formação de sua racionalidade política e operativa. No exame do material documental o foco do olhar centra-se em três grandes temas considerados inerentes à justificativa de proposição e mandato do NASF, sendo eles: as redes de atenção à saúde, a clínica ampliada e o apoio matricial. A análise do material documental e dos elementos históricos e constitutivos indica o quanto as determinações do desenho e das ofertas ministeriais têm influência na conformação das controvérsias, dos desafios e da potência real do dispositivo, que o flexibiliza tanto para um discurso que opera o modelo de saúde universal e integral, quanto que opera o modelo de saúde fragmentado, centrado no cuidado especializado e tecnificado.

Palavras-chave: NASF; Gestão e Atenção em Saúde; Atenção Básica.

LISTA DE SIGLAS

CAB – Cadernos de Atenção Básica

CGAB – Coordenação de Gestão da Atenção Básica

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

PST – Projeto de Saúde do Território

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

LISTA DE QUADROS E GRÁFICO

Quadro 1 – Modalidades NASF

Quadro 2 – Composição dos profissionais do NASF

Quadro 3 – Distribuição das Ocupações mais frequentes do NASF

Gráfico 1 – Evolução da implantação do NASF

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
PERCURSO METODOLÓGICO	13
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1 A CONFORMAÇÃO DO MODELO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	16
1.1 O Programa Saúde da Família – PSF	17
1.2 A Estratégia Saúde da Família – ESF	18
2. A PROPOSTA DE UM NOVO MODELO DE GESTÃO: O APOIO MATRICIAL	21
2.1 A clínica ampliada e compartilhada: as equipes de referência e as equipes de apoio matricial.....	23
2.2 Clínica ampliada e compartilhada para o diálogo com as redes de atenção	26
3. NASF: O APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA	31
3.1 As ofertas ministeriais para a conformação do mandato político do NASF	32
3.1.1 Portaria nº154 de 24/01/2008	32
3.1.2 Caderno de Atenção Básica nº 27 - Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família	38
3.1.3 Portaria nº 2.488 de 21/10/2011	40
3.1.4 Caderno de Atenção Básica nº 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano	44
3.2 O cenário de implantação e evolução do NASF	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	56

APRESENTAÇÃO

O interesse em refletir sobre o Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF tem relação direta com a imersão na Coordenação de Gestão da Atenção Básica – CGAB, integrante do Departamento de Atenção Básica – DAB/Ministério da Saúde – MS, enquanto especializanda do curso de Formação em Saúde Coletiva e Educação na Saúde. Durante o primeiro semestre de inserção acompanhei a equipe técnica responsável por formular normas e diretrizes para o desenvolvimento do NASF e prestar cooperação técnica aos estados e municípios nos processos de implantação e qualificação do mesmo, dentre outras atribuições. Vários foram os aprendizados e as inquietações surgidas desta experiência, mas o que mais chamou a atenção e, por isso, pretende ser o tema da investigação, refere-se ao debate de como é realizado o desenho de formulação e desenvolvimento do NASF.

Um dos principais desafios para a consolidação da Atenção Básica brasileira tem a ver com a qualificação da Estratégia Saúde da Família - ESF para o alcance de avanços na integralidade e na resolutividade da assistência prestada. Para tanto, a aposta é na ampliação do número e da diversidade de recursos humanos disponíveis na ESF, aqueles generalistas, para o desenvolvimento de práticas multidisciplinares e a efetivação de ações que vão de práticas de promoção à reabilitação da saúde. (BRASIL, 2004)

O NASF é criado para apoiar e complementar o trabalho desenvolvido pelas equipes Saúde da Família e equipes Atenção Básica para populações específicas (Consultório na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais). Enquanto equipe composta de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, caracteriza-se como retaguarda especializada incumbida de ampliar a oferta de cuidados na Atenção Básica. A integração entre as equipes e NASF permite produzir ações clínicas diretas, fornecer ações de apoio educativo com e para as equipes, bem como realizar ações intersetoriais para a oferta de assistência à saúde integral. A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de ferramentas como o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular – PTS e o projeto de saúde do território – PST. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2009)

O mandato do NASF parece estar dado, apresenta-se como um dispositivo político importante. No entanto, “trata-se de uma proposta recente no âmbito das políticas públicas e que possui ferramentas e formas de organização inovadoras, não

contando ainda com processos de trabalho plenamente definidos e sistematizados”. (LANCMAN *et all*, 2013, p. 970). Tal evidência parece ter ficado clara quando do contato com gestores estaduais e municipais e os próprios profissionais do núcleo e equipes apoiadas. Para além de serem pouco apropriados da proposta e pouco cientes da relevância que o dispositivo pode ter para a redefinição do modelo de saúde e para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população, também são pouco apropriados do que deve ser constitutivo do processo de trabalho do NASF. A atuação tem sido delineada a partir da prática concreta, das características da população e do território e das demandas das equipes apoiadas e dos gestores e não necessariamente de acordo com o formulado e almejado pelo Ministério da Saúde.

O NASF por se tratar de uma equipe de apoio deve realizar o seu trabalho indissociável e dependente do trabalho das equipes apoiadas. No entanto, parece que as diferenças na organização do trabalho das duas equipes dificultam a efetivação do mandato do NASF. Enquanto a atuação das equipes de Atenção Básica voltam-se para o atendimento direto às demandas da população, com exigência de respostas rápidas e inadiáveis sobre as dimensões biológica e/ou sintomatológica, a proposta da equipe do núcleo volta-se para a prioridade de discussão e reflexão dos processos de trabalho e a atuação e saberes compartilhados, o que demanda disponibilidade e tempo de todos envolvidos, mudanças nas formas de pensar o processo saúde-doença e necessidade de articulação com outros setores e níveis da rede assistencial. Isso tem gerado ainda um descompasso entre a nova lógica de trabalho proposta pelo NASF e a tradicional lógica de trabalho desenvolvida pelas equipes de Atenção Básica.

A inserção na CGAB fez compreender que as legislações ministeriais são indutoras do que se pretende como modelo de saúde para o país e os demais documentos indicam os princípios e as diretrizes para orientação das ações dos profissionais e dos gestores, mas esses não garantem e definem que a implantação e a consolidação das propostas sejam realizadas da forma pretendida. Depois de “lançadas” para as outras esferas de gestão elas podem tomar um direcionamento próprio e dependente de cada realidade e dos executores. Além do mais, ainda são poucos os mecanismos existentes no governo federal para possibilitar o monitoramento e a avaliação da qualificação e o impacto das ações desenvolvidas, bem como a reduzida capacidade para prestar apoio às dificuldades encontradas na operacionalização das mesmas.

No caso evidenciado do NASF, ainda se tem desafios a serem enfrentados para a consolidação do dispositivo no nível executor. Também se verifica a necessidade no nível central de formulação de estratégias permanentes que contribuam para a afirmação da proposta e identidade do NASF, de forma a ser reconhecido e incorporado de fato nas equipes de Atenção Básica para a redefinição dos processos de trabalho que visam a qualidade e a resolutividade da assistência prestada à população e a contribuição de avanços na própria Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.

PERCURSO METODOLÓGICO

Considera-se relevante a investigação que tem por objetivo geral trazer um olhar analítico sobre as elaborações normativas do NASF, definidas pelo MS, a fim de elucidar os conteúdos expressos no momento de sua formulação e no atual estágio de desenvolvimento do dispositivo e que permitem viabilizar o seu funcionamento e definir as suas atribuições. O intuito é proporcionar uma visão geral, histórica e sistematizada sobre o tema.

Algumas perguntas auxiliam a pensar o norte da investigação: Quais os posicionamentos políticos contidos nas portarias do NASF? Quais os referenciais teóricos contidos nos documentos de orientação? Quais os principais temas políticos e conceituais foram sendo agregados ou repetidos nas prescrições ministeriais do NASF? Houve estagnação ou refinamento do dispositivo? As estratégias disparadas pelo Ministério da Saúde são potentes e/ou frágeis para induzir a consolidação do NASF ou o nível central é partícipe apenas como formulador, prescritor e financiador da política?

Para o alcance do objetivo geral pretende-se como objetivos específicos: i) identificar as principais intervenções e ofertas ministeriais disponibilizadas para o desenvolvimento do dispositivo; ii) apontar e discorrer sobre os principais temas políticos e conceituais repetidos e/ou renovados contidos nos documentos oficiais; iii) apresentar o cenário de implementação do NASF; iv) refletir sobre a contribuição ministerial para a concepção e o fortalecimento do NASF.

Para a operacionalização do estudo foram eleitos seis documentos considerados marcos de referência normativa, a saber: i) Texto com proposta de criação dos Núcleos de Saúde Integral, produzido pelo Ministério da Saúde, no ano 2004, de circulação restrita e não publicada; ii) Portaria nº 154 de 24/01/2008 (republicada em 04/03/2008) que cria o NASF; iii) Portaria nº 2.488 de 21/10/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); iv) Portaria nº 3.124 de 28/12/2012 que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família Modalidades 1 e 2 e cria a Modalidade NASF 3; v) Caderno de Atenção Básica (CAB) - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família, nº 27, ano 2010; e vi) Caderno de Atenção Básica (CAB) – Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, v.1, nº 39, ano 2014.

No exame desse material documental pretende-se focar o olhar para três grandes temas que parecem ser inerentes a justificativa de proposição e mandato do NASF, sendo eles: as redes de atenção à saúde, a clínica ampliada e o apoio matricial.

Para tanto, considera-se que o entendimento do dispositivo não pode ser entendido a partir de seu caráter estritamente técnico-normativo, por isso, primeiramente, serão também considerados a elucidação de alguns fenômenos envolvidos no contexto político-institucional que possibilitaram a incorporação do NASF na agenda da política de Atenção Básica brasileira. A pretensão é se debruçar na identificação do contexto político, dos atores envolvidos, dos interesses e disputas em jogo, e dos motivos que fizeram do NASF não um dispositivo isolado, mas uma resposta para auxiliar na ampliação das ações e no fortalecimento da Atenção Básica.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e do tipo descritivo-exploratória, e conforme Minayo (2001, p.21) a pesquisa do tipo qualitativa: “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O processo de implantação do NASF alcança hoje todo o território nacional. O dispositivo foi proposto para auxiliar nas respostas às demandas de qualificação e consolidação do modelo de Atenção Básica através do apoio técnico-pedagógico e técnico-assistencial às equipes de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família.

No entanto, diversas dúvidas e questionamentos surgem acerca da operacionalização de suas diretrizes e do processo de trabalho de suas equipes, assim como a estrutura necessária para o desenvolvimento das ações, os resultados esperados da atuação das equipes na interação com as equipes de referência do território e da própria proposta de apoio.

O atual processo de desenvolvimento evidencia que o seu mandato tem se acomodado às diversas realidades municipais, tem se ajustado aos campos de aplicação e tem se inscrito nas rotinas dos atores que desenvolvem o dispositivo, mas também é inegável a existência de perturbações quanto aos seus objetivos perseguidos e as ações de fato alcançadas.

O presente trabalho encontra sua motivação justamente na busca por examinar, entender e analisar como têm sido os processos de enfrentamento e de intervenção dessas controvérsias na implementação do NASF pelo Ministério da Saúde.

Para tanto, considera-se interessante para o alcance do objetivo situar na história os processos político-institucionais e as referências conceituais que levaram à legitimação do NASF na própria agenda governamental. O retorno aos processos de trabalho de construção do dispositivo busca evidenciar o NASF como uma solução normativa no âmbito de conformação do atual modelo de Atenção Básica e identificar os elementos da formação de sua racionalidade política e operativa.

A posse dos elementos históricos e constitutivos pretende indicar o quanto as determinações do desenho e posteriormente das ofertas ministeriais podem ter influências na conformação das controvérsias, dos desafios e da potência real do dispositivo, que o flexibiliza tanto para um discurso que opera o modelo de saúde universal e integral, quanto que opera o modelo de saúde fragmentado, centrado no cuidado especializado e tecnificado.

1. A CONFORMAÇÃO DO MODELO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

A modelagem da saúde é eminentemente ligada à questão política e, evidentemente, a política se relaciona com os fatores da formação e desenvolvimento da sociedade, da economia e ao jogo estabelecido entre os atores sociais que nas arenas decisórias imprimem interesses e projetos específicos e determinam a conformação da organização dos serviços de saúde. (FRANCO; MERHY, 2003)

Na década de 80, a partir da participação de vários atores sociais do Movimento de Reforma Sanitária, o tema das condições de saúde da população e a necessidade da formulação de propostas governamentais para o setor foi introduzido e ganhou destaque no debate político. A promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e as normativas posteriores (BRASIL, 1990a; 1990b) afirmaram, no plano jurídico, a promessa do direito à saúde para o enfrentamento da histórica crise de desassistência à população, evidente nos enormes índices de problemas e necessidades em saúde existentes em todo o território nacional, e do modelo de saúde privatista, individual e especializado.

No entanto, chegado os anos 90, a constitucionalidade dessas medidas ainda não tinha encontrado impacto e melhoria nas condições de saúde da população. Bravo (2014) refere que a operacionalização do SUS encontrou dificuldades para a sua efetivação em virtude do redirecionamento do papel do Estado que influenciado pela política de ajuste neoliberal decretou o esgotamento da sua responsabilidade, a liberação para a iniciativa privada das suas funções estatizantes, ampliação da privatização, a redução de custos para o desenvolvimento social e econômico, etc. Os avanços na indústria de equipamentos biomédicos e medicamentosos criou um próspero mercado e as ofertas de serviços pressionaram para a constituição de um senso comum de que a saúde é um bem de consumo. O papel do Estado no setor passou a consistir na garantia de um pacote básico de saúde, com estratégias focalizadas, ao nível local e direcionadas às populações mais vulneráveis.

Franco e Merhy (2002) apontam que nessa época o que o Estado e os grandes interessados na lucratividade da saúde não perceberam ou não quiseram perceber, pois levaria a um confronto com os seus próprios interesses econômicos e políticos, é que o alto custo do sistema não podia ser colocado na conta da universalidade das ações e dos serviços, mas no modo como se produzia a atenção à saúde. O modelo de saúde em vigência, centrado na assistência hospitalar e na figura da medicina como produtora de

procedimentos e especialidades, resultava em baixa resolutividade e em exorbitantes e crescentes custos operacionais.

Portanto, somente a partir da segunda metade da década de 90, houve a adoção de medidas governamentais voltadas para a reorientação do modelo de saúde. Segundo Escorel *et all* (2007), após décadas de privilégio à atenção hospitalar, os esforços e a criação de ofertas federais passaram a se concentrar na Atenção Básica. A principal resposta oferecida pelos órgãos governamentais para a tentativa de superação da crise do modelo de saúde passou pela adoção do Programa Saúde da Família – PSF.

1.1 O Programa Saúde da Família - PSF

“De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF nasce, com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”; “insatisfação da população”; “desqualificação profissional”; “iniquidades”. O mesmo documento avalia que a assistência à saúde, tal como é praticada hoje é “marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos e tem uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas”. (FRANCO; MERHY, 2003, p. 1)

O novo formato de assistência proposto pelo PSF previa a prática assistencial reorganizada a partir de novas bases e critérios, em substituição ao modelo hospitalar e curativo. Segundo Franco e Merhy (2003), o PSF colocou o espaço territorial como o locus operacional do programa e o arsenal de conhecimentos do campo da Epidemiologia/Vigilância em saúde ocupou o papel central de embasamento para as práticas das equipes de saúde da família, mesclou a valorização de práticas preventivas sobre o território e as famílias com atenção individual organizada segundo programas ou ainda baseadas no modelo queixa-conduta da clínica restrita e degradada.

Os autores acreditam que foi neste ponto que residiu um dos principais erros do programa para enfrentar o desafio de romper com o modelo hegemônico de saúde e impeliu a proposta de reorganização de um sistema de saúde mais abrangente, diversificado e voltado as reais necessidades de saúde da população e para a produção do cuidado. A proposta deveria ter sido o investimento em processos de trabalho que

têm como fonte diversos campos de saberes e operados de modo multiprofissional, centrados em tecnologias leves e leveduras. Identifica ainda que na elaboração do programa a clínica foi vista com “desconfiança” e assumiu uma função subsidiária. Foram criadas restrições para que fosse usada como potência no trabalho em saúde e central para a produção dos serviços, além do mais, tomou certas modelagens do trabalho clínico médico para todo o conjunto da prática clínica da equipe.

O que se pode inferir é que houve uma expectativa governamental de que este programa introduziria um novo formato de organização para a Atenção Básica, sendo inegável que a concepção do programa ganhou expansão territorial, destaque e prestígio político e social. No entanto, a Atenção Básica não se apresentou dotada de capacidade para ordenar o sentido da organização sanitária e nem de orientar o cuidado em saúde. O PSF somente conseguiu se afirmar como um programa paralelo à rede assistencial de saúde, baseado em processos de trabalho de caráter curativo, preventivo e educativo, continuou a ser funcional a lógica biomédica, sem atuar na modificação da lógica da organização dos modos de produzir saúde, dirigido à grupos populacionais específicos e pobres e distante da garantia de acesso e direito à saúde integral.

Pensar a reorganização do modelo de saúde na Atenção Básica a partir de um programa passou a não atender aos anseios e objetivos do projeto político, era preciso romper com as limitações da sua focalização e seletividade. Para isso, foi introduzida nos debates a necessidade de expandir os limites de sua forma de produzir o cuidado em saúde e seu papel na organização do sistema de saúde. A operacionalização dos serviços deixou de ser baseada no programa, visto que o termo programa aponta para ações definidas e executáveis em um tempo de existência, e ganhou a autoridade de Estratégia de Saúde da Família – ESF, como forma de assumir de forma permanente e ampla as ações da Atenção Básica.

1.2 A Estratégia Saúde da Família - ESF

O Ministério da Saúde desde os anos 2000 tem buscado assumir outro posicionamento sobre o que considera e determina enquanto modelo de organização da Atenção Básica e o papel das equipes de Saúde da Família.

O Departamento de Atenção Básica, dentro da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, é o departamento responsável por definir e rever periodicamente juntamente com as entidades representativas dos estados e municípios as diretrizes da

Política Nacional de Atenção Básica, bem como por formular ações, programas e estratégias com o objetivo de construir e consolidar a rede assistencial no âmbito da Atenção Básica e de modo a oferecer respostas satisfatórias, resolutivas e integrais às necessidades e ao cuidado em saúde.

A atual PNAB, instituída pela Portaria 2.488 de 21/10/2011, caracteriza a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde que abrange promoção e proteção, prevenção, diagnóstico, assistência e reabilitação com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que promova impactos na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Tida como porta de entrada preferencial de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado, tem sob sua responsabilidade um território e população definidos e a partir do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico deve intervir sobre os problemas e necessidades identificadas e oferecer atenção integral, permanente e de qualidade.

A Atenção Básica passou a ser assumida e revestida de complexidade, como um espaço de produção de mudanças no sistema de saúde, organizadora e articuladora do cuidado em saúde. Foi colocado no horizonte da agenda político-sanitária reinventar conexões e sentidos para a Atenção Básica a fim de construir linhas de articulação entre a ação clínico-individual e ação sanitária coletiva. (BRASIL, 2010)

O compromisso de qualificar e universalizar a cobertura assistencial da Atenção Básica passou a requerer investimentos articulados na macro e na micropolítica. Existem ainda muitas dificuldades a serem enfrentadas, cujas soluções não são automáticas no contexto atual do SUS e não se restringem somente ao âmbito dos governos. A organização de processos de trabalhos em núcleos de saberes estanque e ofertas assistenciais previamente limitadas, como foram no PSF, parece não mais dar conta de produzir cuidado integral quando a proposta agora é lidar com coletividades e sujeitos na complexa teia da produção da saúde. (BRASIL, 2010)

Durante a imersão nas coordenações do DAB foi possível identificar o cenário de investimentos e destaque da política. Inúmeras são as ofertas disponíveis para a adesão dos entes estaduais e municipais, e dentre as inúmeras ações, programas e estratégias que compõem o “cardápio” da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família – ESF pode ser considerada o carro-chefe da política. A ESF como componente estruturante do sistema de saúde busca provocar um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. O principal propósito é reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e parâmetros e substituir o modelo

tradicional, levando a saúde para mais perto dos territórios, sujeitos e famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida e de saúde da população.

Contraí essa responsabilidade pelo cuidado integral de coletividades e sujeitos passou a exigir novas habilidades e competências profissionais das equipes ESF, bem como exigir novas interações no sistema de saúde. No entanto, o intento ainda está muito aquém de ser pleno, a ESF é uma proposta insuficiente, isoladamente, para equacionar todos os desafios de consolidação do modelo de saúde. As equipes por si só também não são e não serão capazes de desenvolver o protagonismo das práticas de saúde e executar a gama de ações das quais foram incumbidas, pois as necessidades de saúde são complexas, exigem estratégias terapêuticas variadas e dependem de vários atores, setores e articulações. A efetivação da Atenção Básica exige uma série de transformações estruturais, organizacionais e culturais importantes, tanto nos processos de trabalho e gestão na saúde como no próprio tecido social que conforma a vida dos usuários e os territórios de intervenção.

Por estes motivos, parece que houve a percepção de que é excessivo deixar todo o encargo da consolidação da política para as equipes ESF, a atenção às necessidades de saúde precisa ser desenvolvida em toda a sua complexidade e integralidade. Deste modo, ao longo do tempo, as inúmeras ações, programas e estratégias que constituem o “cardápio” do DAB foram sendo acopladas a ESF a fim de lhe prestar suporte e auxiliar na ampliação, fortalecimento e consolidação da rede assistencial. É justamente sobre a criação de uma dessas estratégias, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que se pretende apresentar e refletir, mas anteriormente considera-se relevante apresentar e identificar os elementos que construíram a sua racionalidade política e operativa.

2. A PROPOSTA DE UM NOVO MODELO DE GESTÃO: O APOIO MATRICIAL

Ainda que pese há alguns anos a tentativa de instituir um sistema de saúde universal e integral, tendo a Atenção Básica como a principal porta de entrada do sistema, orientadora e integradora do cuidado, parece que as gestões municipais ainda findam por organizar a atenção baseada em uma lógica focal, minimalista e privatista das necessidades de saúde, bem como por organizar uma gestão hierárquica, fragmentada e burocrática dos pontos de atenção.

Na década de 90, Campos (1999) apresenta um novo discurso para o modelo de saúde ao trabalhar com o argumento de que o estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Propôs que o enfrentamento dos impasses na cultura e na subjetividade dominante entre os profissionais da saúde deve passar pela necessidade de convocar dispositivos para alterar a lógica desagregadora e alienante do ordenamento organizacional, seja na dimensão gerencial ou na atenção à saúde, a fim de instituir práticas democráticas e de vínculo com a população.

Observe-se que nesta conceituação os dispositivos aparecem como combinações variadas de recursos que alteram o funcionamento organizacional, mas que não fazem parte da estrutura das organizações. **Seriam artifícios que se introduzem com o objetivo de instaurar algum processo novo** – implantação de programas assistenciais, **esforço para modificar traços da cultura institucional, ou para reforçar ou alterar valores.** Em ocasiões em que se almejam mudanças, ou mesmo o reforço de algum comportamento, costuma-se utilizar dispositivos para intervir na realidade cotidiana dos serviços. (CAMPOS, 1999, p. 394, grifo nosso)

Trata-se de inventar uma nova ordem organizacional para estimular o compromisso das equipes com a produção de saúde, mas sem cobrar onisciência ou onipotência, como é colocado para as equipes ESF, produzir novos padrões de interação com os usuários, permitir sua própria realização pessoal e profissional e quebrar obstáculos organizacionais à comunicação com as redes. A proposição baseia-se em novas formas de contrato entre os serviços de saúde, desses com os profissionais e

desses com os usuários, a partir do que denomina equipes de referência e equipes de apoio matricial.

Na Atenção Básica este discurso proposto é absorvido pelo governo brasileiro em 2004, por meio da intenção de criação dos Núcleos de Saúde Integral com a utilização do conceito de equipe de referência e apoio matricial de Campos. Segundo o documento produzido pelo Ministério da Saúde em 2004 (BRASIL, 2004), não publicado e de circulação restrita, o objetivo da proposta é tornar os núcleos um arranjo organizacional da gestão pública para potencializar e qualificar a Atenção Básica, através do suporte técnico às equipes de referência da ESF, tendo em vista a necessidade de avançar no acesso e na garantia da integralidade da atenção à saúde.

O documento aponta que a integralidade da atenção pode ser definida, no espaço singular de cada serviço, como o esforço das equipes de saúde em traduzir e entender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde, sempre complexas e captadas em sua expressão individual. As práticas profissionais devem ser compromissadas com a maior integralidade possível e somente pode ser alcançada pelo resultado do trabalho solidário e coletivo da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas.

Outra questão colocada sobre a integralidade da atenção passa pela necessidade de articulação de cada serviço de saúde ou equipe ESF com uma rede muito mais complexa composta por outros serviços e outras dimensões não necessariamente do setor saúde. A integralidade da atenção em rede, como objeto de reflexão e de novas práticas das equipes e das gerências, deve passar pela particular compreensão de que ela não se dá nunca em um só lugar, seja porque as várias tecnologias em saúde para responder às necessidades de saúde estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria e qualidade das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial. (BRASIL, 2004)

Considerando a diretriz da integralidade da atenção trazida na proposta preliminar do arranjo organizacional, que traduz a necessidade de uma compreensão ampliada das necessidades de saúde, da atenção baseada em práticas e saberes conjuntos e da oferta de uma gama de serviços intersetoriais, a pretensão a seguir é apresentar também os debates e as referências conceituais que buscam evidenciar a proposta de instituir equipes de apoio matricial como uma possível solução normativa no âmbito da Atenção Básica e identificar os elementos da formação de sua racionalidade política e operativa.

Tomam-se por base de análise as argumentações de autores a partir três eixos: a clínica ampliada, o apoio matricial e as redes de atenção à saúde, que parecem traduzir e justificar a necessidade do arranjo organizacional posteriormente consolidado, o Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

2.1 A clínica ampliada e compartilhada: as equipes de referência e as equipes de apoio matricial

A equipe e os profissionais de referência da ESF podem ser caracterizados, segundo Campos (1999), como aqueles que têm a responsabilidade pela coordenação e condução da atenção de casos singulares, familiares ou ainda territoriais. Mesmo na ocorrência de várias intervenções profissionais e de vários serviços sobre um mesmo caso, é instituído que alguém dessa equipe deve ficar como referência para condução do caso. Isso significa a necessidade e a capacidade de diálogo para a compreensão sobre os objetivos de cada recorte disciplinar, as propostas terapêuticas, as prioridades, as interseções possíveis e a participação do usuário nos processos de decisão clínicos, a fim de evitar iatrogenias e tomar a necessidade de saúde a partir de uma visão ampliada.

No entanto, Hoepfner (2010) aponta que trazer a complexidade das necessidades de saúde para o cotidiano da Atenção Básica passou a suscitar as mais diversas sensações e práticas nos profissionais das equipes ESF. É recorrente na Atenção Básica o deparar com usuários que num primeiro momento não conseguem formular suas necessidades de saúde e sua demanda para o serviço, mas com o passar do tempo, a partir de certo vínculo e confiança, é possível constatar histórias de sofrimento e necessidades de saúde, desde as mais simples às mais complexas, marcadas sobretudo pela influência da privação social, afetiva e material, que assola grande parte da população e dos territórios brasileiros.

O deparar com estas situações colocadas pelos usuários produz nos profissionais sensações, sentimentos e afetos que orientam as ações, mas, muitas vezes, a complexidade das situações pode levar às sensações de desamparo para propor ações ou a condutas meramente automatizadas, bem como impedir os profissionais de lidar e compartilhar os medos, as angustias e as incertezas que o próprio trabalho em saúde costuma trazer. São demandas ao serviço nada fáceis de serem resolvidas e entendidas. Além do mais, os profissionais de saúde não possuem ou não tiveram suporte para tal, a grande maioria durante a sua formação profissional aprendeu a operar uma clínica

individual, com objeto de trabalho reduzido, sem desenvolver capacidades de ouvir as pessoas e os coletivos em sofrimento e acolher os afetos, assim como a lógica da fragmentação do trabalho e da rede assistencial não oferece amparo. (HOEPFNER, 2010)

Tomar a responsabilidade pela coordenação e condução dos casos implica algum grau de incerteza dos saberes e das práticas profissionais nas equipes de referência, mas geralmente o que ocorre é uma postura por parte dos profissionais de assumir e preservar a certeza. Esta costuma ser apoiada e obtida frequentemente à custa da fragmentação do objeto de trabalho, através do foco cada vez mais restrito sobre órgãos ou patologias, o que significa dizer também a sua obtenção por uma exclusão progressiva de variáveis. Em determinados momentos e situações é possível e até preciso tomar uma parte pelo todo, sem causar danos, porém, quando há vários profissionais especialistas fazendo intervenções sobre uma pessoa, quando as situações envolvidas são complexas e quando o vínculo terapêutico é importante para os processos de decisão clínica e suas implicações, é necessário que um profissional ou equipe tome a responsabilidade de juntar as intervenções. Neste momento, as variáveis relativas ao contexto, à família, à rede social e ao impacto singular do processo saúde-doença e do tratamento na vida concreta de cada sujeito precisam ser ponderadas a partir de uma abordagem ampliada. (CUNHA, 2010a)

O autor argumenta sobre a necessidade de instituir a clínica ampliada na Atenção Básica de modo a reconhecer que os sujeitos, cuidadores e cuidados, estão imersos em uma teia de forças que os constitui, e não significa necessariamente fazer um mapeamento detalhado de todas as forças em cada um dos sujeitos na relação clínica, mas é necessário que as práticas profissionais construam costuras. Não deveria existir quase nunca a preocupação das racionalidades médicas, dos modelos teóricos exclusivistas e das intervenções isoladas, ora com foco no social, ora no biológico e ora no psicológico, mas a vida entendida e tomada toda misturada. A partir do vínculo e o acompanhamento terapêutico longitudinal não deveria existir preponderância de um elemento universal ou particular, mas uma alternância de relevâncias, de entendimento das diversas opções de cada profissional envolvido, o diálogo aberto em diversas direções e a avaliação e a validade real das propostas para cada usuário, em cada momento da vida e em cada necessidade de saúde. (CUNHA, 2010b)

Por isso, para enfrentar o ideal de neutralidade e não envolvimento que provoca interditos para os profissionais de saúde em relação à compreensão ampliada dos

processos de saúde-doença dos usuários e às suas próprias subjetividades, Hoepfner (2010) discorre sobre a necessidade de estabelecer a clínica ampliada e compartilhada na Atenção Básica, com a criação de espaços legitimados no cotidiano do trabalho das equipes para trabalhar e dividir a responsabilidade pela complexidade dos casos acompanhados e também para que os profissionais possam expressar, refletir e decidir junto aos seus pares as dificuldades, os desafios e as possibilidades do trabalho na saúde.

Nessa perspectiva, parece que a proposta de instituir equipes de apoio matricial na Atenção Básica recebe justificativa. Campos (2012) percebe que a tradição do trabalho em saúde é uma tradição de comando vertical, com relações hierárquicas e assimétricas por todos os lados, tanto entre os profissionais com os usuários, como entre os próprios profissionais e entre os serviços, a proposta do apoio matricial aparece justamente para tentar interferir nessas relações de trabalho e de gestão e buscar ampliar o grau de diálogo e de deliberação conjunta. O papel de apoiar pressupõe colocar na roda, trazer esse não dito de assimetrias para ser analisado, para ser compreendido e para ser falado e, ao mesmo tempo, produzir novas leis que reduzam as assimetrias.

Para o autor, as equipes de apoio matricial são responsáveis por assegurar retaguarda especializada às equipes de referência e devem operar com o conceito de núcleo e de campo, ou seja, o profissional-apoiador com especialidade em determinado núcleo apoia o profissional-referência de outro núcleo de formação, isso possibilita que as identidades nucleares cristalizadas se abram ao mundo da multi/interdisciplinaridade e institua um novo campo de saberes. O apoio matricial pretende oferecer às equipes de referência ESF tanto a retaguarda assistencial como a retaguarda técnico-pedagógica, ou seja, além de atuar diretamente em casos “referenciados”, deve orientar as equipes vinculadas segundo seu núcleo de conhecimento, agregando recursos de saber para aumentar a eficácia da atuação sobre as necessidades de saúde. (CAMPOS, 1999)

A operacionalização do trabalho deve se dar de maneira personalizada e interativa. Cabe aos apoiadores matriciais criar arranjos que promovam projetos terapêuticos compartilhados e discussão de casos, que coloque para pensar as contradições e tradições existentes entre os saberes e práticas profissionais sobre os usuários e ampliar o conceito de saúde e a singularização das necessidades; que promovam a construção de agendas compartilhadas e espaços coletivos, em que todos os envolvidos no cuidado em saúde, usuários, profissionais e gestores tenham seus conflitos expostos, seus interesses garantidos e a responsabilidade do cuidado

compartilhada. “Então, o apoio matricial lida mais com esse conflito de profissões, e a fortaleza do apoio matricial é o compromisso com a saúde, com os usuários, é trazer a centralidade do usuário nessa discussão da clínica, das práticas, tentando atenuar um pouquinho as corporações”. (CAMPOS, 2012. p. 167)

A matriz organizacional proposta por Campos (1999), que combina a verticalidade das equipes de referência e a horizontalidade das equipes de apoio matricial, permite valorizar todas as profissões de saúde, tanto na conservação da identidade de cada uma delas pelo trabalho mais polivalente ou mais específico e especializado, quanto empurrar para a superação de suas posturas mais burocratizadas, típicas do modo de organização do sistema de saúde, através da necessidade de diálogo e na capacidade de assumir novos compromissos com a saúde dos usuários. A busca é instituir processos facilitadores para a formação de uma outra subjetividade profissional, em que o vínculo nos serviços de saúde seja atitude cotidiana e corriqueira e não apenas resultado do esforço heroico de alguns.

Por fim, alerta o autor que a distribuição e a aceitação do trabalho entre as equipes de referência e as equipes de apoio depende de ajustes e negociações infundáveis entre elas e entre seus coordenadores e supervisores. Tendo em vista que a maioria dos cursos da área da saúde não forma para o trabalho em equipe, para a criação de coletivos e o estabelecimento de diálogos, é importante que as equipes de apoio matricial desenvolvam a humildade, o respeito e a delicadeza no momento de estabelecer diálogo e firmar parceria com as equipes de referência para não quebrar o vínculo e instituir atitudes de repulsa das equipes, pois as unidades de saúde, os territórios e os usuários por tradição são lócus privilegiado de intervenção destas. (CAMPOS, 1999)

2.2 Clínica ampliada e compartilhada para o diálogo com as redes de atenção

Uma das afirmações governamentais para consolidar o modelo de Atenção Básica passa pelo desafio de garantir o acesso e a integralidade do cuidado, isso significa levar em consideração as necessidades de saúde dos territórios e dos sujeitos, integrar ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação e não somente atuar e fazer recortes de problemas e demandas.

Para alcançar tal objetivo, é instituída a Rede de Atenção à Saúde – RAS, que se constitui em “arranjos organizativos formados por ações de serviços de saúde com

diferentes configurações tecnológicas, missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial”, e inscrito que o acesso deve se iniciar pelas portas de entrada do SUS e se complementar na rede regionalizada e hierarquizada, sendo a Atenção Básica colocada como o primeiro ponto de atenção e a principal porta de entrada do sistema, coordenadora e integradora do cuidado. (BRASIL, 2011b, p. 25; BRASIL, 2011a).

Esta missão ministerial estabelecida para a Atenção Básica parte do entendimento de que as equipes de referência devem acolher, escutar e oferecer respostas capazes de resolver ou minorar a grande maioria dos problemas de saúde da população. Também ser responsáveis por acompanhar e organizar o fluxo das respostas quando estas sejam ofertadas em outros pontos da rede de saúde, intersetoriais, comunitárias e sociais. Para isso, as equipes devem incorporar ferramentas e dispositivos de cuidado, como o acolhimento, os projetos terapêuticos singulares, a gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), o prontuário eletrônico em rede, os protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, a discussão e análise de casos, etc. (BRASIL, 2011b)

A aposta é positiva de colocar a Atenção Básica como coordenadora e integradora da RAS para garantir o acesso e a integralidade das necessidades de saúde, no entanto, parece que existem ainda muito desafios para a sua concretização. Muito se argumenta que um dos impeditivos parece estar na própria concepção normativa de organização do sistema de saúde. O modelo proposto tem caráter hierárquico e piramidal, habitualmente situa os serviços da Atenção Básica na base da pirâmide e os demais, em complexidade crescente de média e alta complexidade, da base para o topo, e estabelece o fluxo de comunicação através de instrumentos regulatórios de referência e contra-referência. Os serviços de saúde apresentam dificuldades de interagir entre si, estabelecer fluxos e manter relações horizontais, agem com elevado grau de autosuficiência dentro de uma rede que deveria instituir linhas de cuidado com base nas necessidades e demandas singulares dos territórios e dos sujeitos.

Vistas de outra forma, as organizações hierárquicas ou piramidais corresponderiam a redes em árvore que se caracterizam pela limitação das conexões entre seus diversos ramos e onde predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer

pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. (MENDES, 2011, p. 79)

Por estes motivos, o autor propõe que a concepção de hierarquia na RAS deve ser substituída pela de poliarquia para a organização de uma rede horizontal de atenção à saúde, em que não houvesse uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção, mas apenas a conformação de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles, todos os pontos seriam igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede de atenção, cada qual se interconectaria a todos os outros e permitiria caminhos e fluxos variados entre os pontos.

Neste modelo de organização proposto o cuidado para a Atenção Básica não é tido como menos complexo do que os cuidados ditos da média e alta complexidade. A Atenção Básica deve atender 85% dos problemas e necessidades de saúde e situar como a clínica mais ampliada e onde se oferta tecnologias de alta complexidade, como as relativas a comportamentos e estilos de vida saudáveis. Os outros níveis de atenção da rede se constituem em tecnologias de maior densidade, mas não de maiores complexidades. O que auxilia a romper com a visão distorcida de políticos, gestores, profissionais de saúde e população de sobrevalorizar, seja material ou simbólica, as práticas e ações que são realizadas nos níveis secundários e terciários e a banalizar as desenvolvidas na Atenção Básica.

Cunha e Campos (2011) apontam a proposta de um sistema de saúde formulado para considerar a prevalência de problemas de saúde no território ainda é um desafio, apesar dos textos constitucionais e legislações complementares conterem diretrizes explícitas nessa direção, como a hierarquização, regionalização e integralidade. Argumentam que, provavelmente, a descentralização/municipalização e o funcionamento parcial do pacto federativo, contribuí fortemente para essas dificuldades. Destacam a excessiva autonomia dos municípios e a ausência relativa dos estados na gestão da rede de serviços e programas, o que dificulta a regionalização e a continuidade de projetos e diretrizes, que acabam excessivamente vulneráveis a sazonalidades e conveniências eleitorais. Outro determinante da dificuldade de funcionamento da rede diz respeito à pluralidade de formas jurídicas dos serviços de saúde, principalmente dos hospitais que prestam serviços para o SUS, em seus formatos privados, filantrópicos, empresas públicas, fundações, organizações. Essa variedade tem

imposto graus de compromisso e de integração à rede heterogêneos, chegando à explícita impermeabilidade do serviço especializado às necessidades dos demais pontos da rede de atenção à saúde.

Righi (2010) introduz ao debate que no campo da saúde a produção de redes não pode ficar restrita a articulação e integração de serviços semelhantes. A rede de saúde que se interessa por um projeto de ampliação da democracia, de qualificação da gestão e da assistência do SUS precisa valorizar o entorno territorial, pois nos processos de produção de saúde ocorre uma coprodução tensa entre a rede assistencial, com normas próprias e necessárias, e o território, que não é apenas espaço de demandas ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial, ele se produz na medida em que a localização de pontos da rede altera o espaço vivido.

A autora argumenta também que a Atenção Básica precisa rever o lugar que habita na pirâmide que institui o sistema de atenção em saúde e precisa acumular competências para trabalhar em rede. Analisar e viver a rede de atenção como se ela fosse um escalonamento de níveis de assistência pode fazer com que ninguém assuma de fato o acompanhamento daqueles que apresentam complexas necessidades de saúde. Se a compreensão parte da ideia de que os especialistas têm capacidades técnicas necessárias ao tratamento de casos mais graves, os usuários encaminhados perdem o vínculo com a Atenção Básica. O efeito desta divisão de tarefas é o empobrecimento da capacidade clínica das equipes de referência e o reforço do poder dos especialistas, movimentos que encobrem o fortalecimento da Atenção Básica. (RIGHI, 2010)

A equipe de referência, na matriz organizacional do sistema proposto por Campos (1999), situa-se na linha vertical, é a unidade nuclear, permanente e sustentável, mas sem contudo ter que dar conta de executar todas as funções do mesmo e se isolar dos demais pontos de atenção, ao contrário, pressupõe compor e acionar o diálogo interdisciplinar na medida da apropriação e do entendimento dos casos. A incorporação e disposição de suporte técnico especializado dos apoiadores matriciais busca alterar as concepções apresentadas pelos profissionais no que diz respeito às dificuldades de atendimento e resolutividade de necessidades consideradas complexas e, por isso, passíveis de encaminhamento e transferência para outros pontos de atenção. É uma aposta na produção de novas formas de oferecer o cuidado em saúde na Atenção Básica e na articulação dos serviços das redes de atenção à saúde.

É importante observar que mesmo ao utilizar o dispositivo de apoio matricial o usuário não deixa de ser usuário e responsabilidade da equipe de referência, não ocorre

percursos intermináveis de encaminhamento, mas o desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pelas equipes de referência e sim por um conjunto mais amplo de profissionais. Significa alterar a tradicional noção de referência e contra-referência vigente entre os serviços, como bem ilustra o autor:

Somos acostumados com regulação, é computador que regula, é a norma, é referência e contra-referência, manda pra cá, manda pra lá e interconsulta sendo no mesmo serviço, o ortopedista fala, esse cara aqui é doido, chama a psicóloga, pede uma interconsulta, escreve, leva três meses, dois meses, em 15 dias já se matou, suicidou-se, já pulou do terceiro andar, já foi embora, não aderiu ao tratamento. Vem a psicóloga faz, escreve, o ortopedista já foi embora, já é outro. Então, a ideia de apoio matricial é personalizar essas relações, criar uma dinâmica de interação dialógica, reconhecendo o núcleo e o papel de cada um, as diferenças. (CAMPOS, 2012, p. 158)

A ideia do apoio matricial é, portanto, a busca por definir e criar melhores critérios e fluxos de deslocamento dos usuários dentro das redes de atenção. Para tanto, é preciso estabelecer espaços oficiais para diálogos e acordos sinérgicos entre profissionais e serviços onde as necessidades de saúde dos usuários sejam singularizadas, sem a padronização de decisões e ações por patologias e a desresponsabilização pela integralidade do cuidado. O apoio matricial busca propiciar momentos relacionais, nos quais se estabelece a troca entre os diferentes profissionais e serviços com o objetivo da responsabilização pelas ações desencadeadas. Para isso, é necessário também propiciar reformas institucionais, pensar em instituições que facilitem esses processos de trabalho e não que dificultem, como são atualmente os organogramas, as normatividades da maior parte das instituições. (CAMPOS, 2012)

3. NASF: O APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Conforme verificado anteriormente a proposta de utilização do dispositivo apoio matricial na Atenção Básica traduz um elemento chave para a ampliação e qualificação da atenção. O apoio matricial objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes da Estratégia Saúde da Família a fim de ampliar as ações e intervenções e aumentar a capacidade de resolutividade das necessidades de saúde neste âmbito de assistência.

A articulação entre as equipes de referência da Atenção Básica e as equipes de apoio matricial busca sustentar a diretriz da integralidade estabelecida pelo SUS, de modo que as práticas profissionais promovam a ampliação da clínica, através do reconhecimento e afirmação de que os processos de saúde-doença envolvem, além dos aspectos biológicos, outros aspectos singulares dos sujeitos e coletivos, e exigem respostas articuladas de vários atores e setores responsáveis pela atenção em saúde.

A proposta de apoio matricial às equipes ESF da Atenção Básica para auxiliar no desafio e no cumprimento da responsabilidade pelo cuidado integral é consolidada quando são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Cada núcleo tem a responsabilidade por apoiar um número variável de equipes de referência e composto por profissionais de distintas áreas de conhecimentos, a depender de sua modalidade.

Acredita-se que as legislações ministeriais são indutoras do que se pretende como modelo de saúde para o país e também indicam os princípios e as diretrizes para orientação das ações das equipes e dos gestores. Por isso, nesta seção, a intenção é refletir sobre o mandato político do NASF, a partir da identificação das principais ofertas ministeriais disponibilizadas para a conformação e o desenvolvimento do dispositivo como parte da Atenção Básica.

Considerando o documento preliminar da proposta dos Núcleos de Atenção Integral à Saúde, os debates e as referências conceituais que justificam a instituição de equipes de apoio matricial na Atenção Básica, o olhar e a análise sobre o mandato político do NASF versam sobre os principais documentos normativos lançados pelo Departamento de Atenção Básica – DAB, do Ministério da Saúde, a fim de apontar e discorrer temporalmente sobre os principais temas políticos e conceituais repetidos e/ou renovados contidos nestes documentos oficiais, a partir dos conceitos do apoio matricial, da clínica ampliada e das redes de atenção à saúde.

3.1 As ofertas ministeriais para a conformação do mandato político do NASF

3.1.1 Portaria nº154 de 24/01/2008

Conforme verificado anteriormente, historicamente existem racionalidades que buscam orientar os saberes, as ações e os processos de trabalho em saúde, conformando distintos modelos de atenção à saúde nos territórios do país.

A Atenção Básica quando passou a ser assumida e revestida de complexidade, entrou na disputa por constituir um espaço de produção de mudanças no sistema de saúde, organizadora e articuladora do cuidado em saúde, sendo colocado no horizonte de sua agenda construir linhas de articulação entre a ação clínico-individual e a ação sanitária coletiva (BRASIL, 2010).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, criado pela Portaria nº154 de 24/01/2008, pode ser considerado um dispositivo que se insere nessa disputa política de consolidação da atual proposta de organização do modelo de saúde na Atenção Básica. Mas, será que é possível afirmar a potencialidade do mandato do NASF em consolidar o modelo atual de Atenção Básica? O NASF enquanto dispositivo de modelo de gestão consegue operar alterações nos processos organizativos das práticas profissionais e das redes de atenção à saúde?

Parece que se faz necessário refletir sobre alguns elementos contidos na portaria que tencionam para uma possível flexibilização do mandato do NASF, que pode levá-lo tanto para um discurso de dispositivo que opera o modelo de saúde universal e integral, quanto que opera o modelo de saúde fragmentado, centrado no cuidado especializado e tecnificado.

Os artigos 1º e 2º e o inciso 1º da portaria do NASF apontam a finalidade de sua criação:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios

sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

§ 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família. (BRASIL, 2008)

Verifica-se que a finalidade do NASF é tornar-se um dispositivo da gestão pública potencializador do modelo de Atenção Básica, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações, bem como a sua resolubilidade. Enquanto um dispositivo externo que faz parte da Atenção Básica, mas não é tido como porta de entrada do sistema, não compõe às equipes ESF nem de outros serviços da rede, é um dispositivo introduzido para atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde e apoiar as equipes de referência ESF nas demandas identificadas nos processos de trabalho, na busca por alterar a densidade tecnológica das práticas profissionais das equipes a fim de instituir processos de reflexão sobre os processos de trabalho e a revisão dos fluxos da gestão.

Evidencia-se uma aproximação com o uso de termos que sugerem uma gestão compartilhada das práticas e da organização dos serviços, como “apoiar às equipes”, “atuar em parceria com as equipes”, “integrar à rede de serviços”, apesar de não haver uma indicação mais aprofundada dos significados e elementos do arcabouço teórico que propuseram e sustentam a proposta do apoio matricial.

O método de gestão da saúde proposto por Campos (1999), baseado no apoio matricial, busca permitir e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, por meio da gestão compartilhada dos processos de trabalho e da organização dos serviços. A proposta é de que todos os trabalhadores estejam envolvidos com o mesmo tipo de trabalho para alcançar o objetivo comum de produzir um modelo de saúde centrado nas necessidades e problemas identificados junto à população.

A portaria ministerial deixa margem para interpretações sobre a operacionalização do NASF e seu papel na conformação das redes de atenção à saúde e na consolidação do modelo de Atenção Básica. E por este modelo estar organizado segundo a lógica da descentralização do sistema de saúde, em que os municípios são responsáveis pela execução das ações, a “imprecisão” conceitual do modelo de gestão proposto abre possibilidades e permissão para que cada gestão local e cada equipe NASF organizem os processos de trabalho de acordo com suas próprias compreensões

sobre a proposta do matriciamento na Atenção Básica, o que pode revelar fragilidades no direcionamento organizativo e político local, e permitir a coexistência de diferentes modelos de organização da Atenção Básica. Mas, conforme é estabelecido pela portaria:

Art. 7º Definir que seja competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I – definir o território de atuação de cada NASF quando as equipes de Saúde da Família às quais estes NASF estiverem vinculados pertencerem a um mesmo Município ou Distrito Federal;

II – planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, como educação continuada e atendimento a casos específicos;

III – definir o plano de ação do NASF em conjunto com a ESF, incluindo formulários de referência e contra-referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias. (BRASIL, 2008)

Durante o semestre de imersão na Coordenação Nacional do NASF, do Departamento de Atenção Básica, foi possível verificar experiências junto a gestores e profissionais justamente nessa direção. Diversas dúvidas e questionamentos surgem acerca da operacionalização de suas diretrizes e do processo de trabalho de suas equipes, assim como a estrutura necessária para o desenvolvimento das ações, os resultados esperados da atuação das equipes na interação com as equipes de Atenção Básica e da própria proposta de apoio matricial. O atual processo de desenvolvimento evidencia que o seu mandato tem se acomodado às diversas realidades municipais, tem se ajustado aos campos de aplicação e tem se inscrito nas rotinas dos atores que desenvolvem o dispositivo, mas também é inegável a existência de perturbações quanto aos seus objetivos perseguidos e as ações de fato alcançadas.

A partir da própria portaria verifica-se que o NASF é inserido no contexto de organização do modelo de saúde que historicamente não trabalha a partir da lógica da gestão e atenção compartilhadas, tampouco do apoio matricial, mas a partir de processos de trabalho e de organização dos serviços historicamente fragmentados.

A organização do cuidado territorial na saúde é instituída a partir da Rede de Atenção à Saúde – RAS, onde a tradição de organização e do trabalho em saúde ainda é uma tradição de comando vertical, com relações hierárquicas e assimétricas por todos os

lados, tanto entre os profissionais com os usuários, como entre os próprios profissionais e entre os serviços, conforme expresso nos incisos 2º e 3º:

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática de encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementariedade do trabalho das Equipes Saúde da Família – ESF. (BRASIL, 2008)

A Atenção Básica como primeira instância de organização da rede de atenção tem o desafio e o papel de consolidar-se como o centro de comunicação entre os serviços, tornando o “nó intercambiador” (MENDES, 2011) que regula os fluxos da rede para o acesso e o cuidado integral à saúde. A proposta assumida na portaria é de revisar as práticas, instituir novos valores, para tentar interferir nessas relações de gestão e de trabalho a fim de ampliar o grau de diálogo e de deliberação conjunta (CAMPOS, 1999), tanto na dimensão gerencial como na atenção à saúde.

A busca parece ser por superar a concepção hierárquica e piramidal de organização das redes de atenção à saúde e seus fluxos de referência e contra-referência, para uma organização mais “polierárquica” e circular (MENDES, 2011), em que as ações dos profissionais e dos serviços não sejam isoladas e substitutivas, mas pactuadas de modo compartilhado, tanto para dentro como para fora dos serviços.

A proposta do apoio matricial que busca instituir uma clínica ampliada aparece aqui nas sentenças: “buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental”, ainda numa visão reduzida do conceito de saúde integral e da clínica ampliada. No que se refere a proposta de compartilhar a clínica utiliza: “compartilhar as práticas em saúde nos territórios”, “por intermédio da qualificação e complementariedade do trabalho das equipes ESF” e a “responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF”, o que parece indicar alguma aproximação com a ideia de que o trabalho não deve ser unilateral.

A responsabilidade atribuída ao NASF deveria ser promover novas formas de trabalho compartilhado, de forma cooperativa e interdependente entre os diversos pontos de atenção (CAMPOS, 1999) para alteração da tendência hegemônica da fragmentação do trabalho e do cuidado e da hierarquização dos níveis de atenção. No entanto, parece que somente o esforço do NASF não é suficiente para alterar as lógicas instituídas, deveria em concomitância iniciar também reformas institucionais, com revisão dos organogramas e normatividades dos serviços. Qualquer proposta de dispositivo que pretende alterar processos micro-políticos, precisa ter junto ações que busquem alterar também aspectos macro-estruturais.

Campos (2012) aponta que a escassez de serviços especializados pode induzir a utilização equivocada do dispositivo, o apoio dos profissionais especialistas na Atenção Básica não deve substituir a presença e o diálogo com serviços especializados da rede, pois empobrece o atendimento e dificulta a compreensão de sua função. Além disso, na medida em que não há propostas legitimadas dos governos de instituir e praticar o apoio matricial também nos outros pontos de atenção da rede, o trabalho do NASF se torna um desafio, tanto pela necessidade de realizar um trabalho mútuo quanto pelo isolamento que a Atenção Básica experimenta na relação com a rede assistencial.

Para o apoio matricial ser efetivo é necessária a criação de espaços oficiais para a sua realização, o que parece ainda não ter sido instituído no modelo de gestão e atenção à saúde, fica a cargo da equipe do NASF a responsabilidade e a vontade de cavar e ativar esses espaços, tanto por dentro das equipes ESF, quanto das equipes de outros serviços, para a comunicação, o compartilhamento de conhecimentos e a co-responsabilização dos casos, conforme demonstra a indicação de suas ações:

São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem o NASF, a serem desenvolvidos em conjunto com as equipes Equipes de Saúde da Família – ESF:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida

de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;

- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF;

- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada. (BRASIL, 2008)

A proposta do NASF é desempenhar apoio à reorganização das práticas de cuidado e gestão, através de diferentes ferramentas tecnológicas, desde a pactuação de metas e ações até a implantação de discussões de casos, o projeto terapêutico individual e projeto de saúde no território, fomentando o compartilhamento das ações e a gestão do cuidado. No entanto, ainda é um desafio a criação e legitimidade desses espaços para realizar um trabalho integrado entre as equipes e possibilitar a construção de redes de atenção e cuidado responsáveis, devido a tendência hegemônica de fragmentação do trabalho, obstáculo estrutural ao desenvolvimento da clínica ampliada e compartilhada, que conforma as decisões e as ações a partir da padronização de patologias, sem levar em conta a singularidade dos sujeitos e a desresponsabilização pela integralidade do cuidado.

É necessário apontar que, sabe-se, as portarias apenas contêm instruções e normas de caráter geral para o cumprimento das leis, elas não servem para dar conta e informar os pressupostos conceituais das políticas. Então, a questão aqui colocada é de que houve uma lacuna temporal entre a publicação da portaria e o lançamento do Caderno de Atenção Básica sobre o NASF, que informa com um pouco mais de minúcia os aportes teóricos e técnicos para os direcionamentos e implementação do dispositivo. A portaria estabelece ações e as responsabilidades profissionais e as competências dos entes federados para a implantação, mas isso, por si só, parece não ser suficiente para que o dispositivo seja consolidado nos territórios da forma pretendida ou quando muito apenas serve para engessar a organização das práticas e da gestão aos preceitos da normativa.

3.1.2 Cadernos de Atenção Básica nº 27 - Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Devido a lacuna temporal e a “imprecisão” conceitual e operativa deixada pela portaria de criação do NASF pode-se supor que ela abre espaço para adequações da proposta do dispositivo e a sua reprodução nos territórios de diferentes modos. A falta de clareza quanto às especificidades do trabalho dos profissionais do NASF pode transformar a retaguarda especializada e o apoio matricial em atenção especializada na Atenção Básica.

O modelo de gestão e organização dos processos de trabalho da Atenção Básica é historicamente fragmentado, seletivo e focalizado, o NASF é apresentado como um novo arranjo organizacional que busca justamente fazer alterações nessa lógica, mas se a proposta de trabalho parece não ser explícita e tampouco o conhecimento de como fazer está dado, é mais fácil e até admissível a aproximação e adequação com o que é conhecido e o que se apresenta como necessidade.

As equipes de Atenção Básica, desde que a Saúde da Família é tida como estratégia e prioridade governamental, têm sido responsabilizadas e tensionadas para resolver e ampliar às ações da Atenção Básica. Quando o NASF aparece como um dispositivo que oferta o conhecimento técnico especializado que elas não possuem, pode-se inferir que há uma pressão tanto gerencial como assistencial para que este assuma também a responsabilidade que cabe as equipes de referência, sem necessariamente compartilhar as ações e os saberes conforme a proposta do dispositivo, mas tão somente ofertar mais práticas profissionais fragmentadas e especializadas na Atenção Básica.

O Caderno de Atenção Básica sobre o NASF é lançado somente um ano após a publicação da portaria de criação do dispositivo e durante o período de cinco anos é a principal oferta que busca auxiliar nos impasses e nas controvérsias criadas, bem como auxiliar na orientação das diretrizes do NASF, das ações profissionais e nos direcionamentos gerais de implementação do dispositivo, pelo que parece apontado:

A expectativa da equipe que elaborou este Caderno, voltado especificamente para o tema dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, é de que se possa realmente fortalecer a APS no País, por meio do aumento do conhecimento das equipes que nela atuam, sejam das equipes de SF, dos Nasf, sejam da gestão em geral. (BRASIL, 2009, p. 8)

O conteúdo do caderno inicialmente apresenta as questões conceituais e políticas do modelo de Atenção Básica e trilha uma preparação geral sobre o mandato político do NASF e de como deve ser a relação dos profissionais dessas equipes junto às equipes de referência. Coloca que desafios essenciais estão permanentemente colocados à Atenção Básica, como a progressiva ampliação da cobertura populacional e a integração com a rede assistencial para aumentar a resolutividade e compartilhar o cuidado em saúde. A proposta do NASF, como organismo vinculado às equipes do território, deve compartilhar de tais desafios e responsabilidades, sendo o apoio o aspecto central em sua missão.

Em seguida, apresenta a discussão específica acerca do conceito de apoio matricial: “o correto entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta do Nasf, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”””. (BRASIL, 2009, p. 11) Aqui aparece o esforço de tentar preencher a “imprecisão” conceitual apresentada na portaria no que se refere a utilização do termo “apoio” das equipes do NASF para às equipes de Atenção Básica e apresenta os aspectos-chave sobre como deve se dar essa proposta nos processos de trabalho das equipes. O apoio matricial é explicitado no caderno a partir da sua proposta conceitual e não da prática, inclusive, indica leituras complementares e admite que a sua prática é relativamente nova no âmbito do SUS.

Para a organização e o desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes, o Caderno sugere a utilização de algumas ferramentas tecnológicas, seja de apoio à gestão, como a pactuação do apoio matricial, seja de apoio à atenção, dentre elas, destaca a Clínica Ampliada. Ela é direcionada para a ideia de que todos os profissionais da área de saúde fazem clínica nas suas práticas de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com o seu núcleo profissional. A ampliação da clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários na busca por construir sínteses singulares e tensionar os limites de cada matriz disciplinar ao colocar em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde. A clínica ampliada é sugerida como a construção da clínica compartilhada e interdisciplinar dos diagnósticos e terapêuticas. Esta partilha vai tanto à direção das equipes e dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como também com os usuários.

A constituição da rede de cuidados para uma clínica ampliada e compartilhada aparece como uma das principais estratégias dentro da lógica de trabalho do NASF. Para tanto, as equipes e as equipes apoiadas devem criar espaços de discussões internos e externos para um aprendizado coletivo, que busca superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado. “É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção.” (BRASIL, 2009, p. 8) Percebe-se aqui o mesmo discurso apontado na portaria, de que o NASF deve instituir espaços para a revisão dos fluxos e encaminhamentos das redes de atenção à saúde, mas que por esta ser instituída de forma hierárquica e fragmentada, os processos de trabalho que buscam instaurar mudanças não são espontâneos e naturais, mas a serem conquistados por dentro da própria lógica organizacional instituída.

O caderno apresenta ainda um amplo “cardápio” para as equipes do NASF organizar o apoio matricial às equipes de referência, por meio da atuação em nove áreas estratégicas e temáticas: saúde da criança, do adolescente e do jovem, reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, saúde mental, saúde da mulher, assistência farmacêutica, atividade física e práticas corporais e práticas integrativas e complementares. (BRASIL, 2009) Verifica-se que a lista das possíveis ações profissionais é extensa, a abordagem dos processos de trabalho em cada uma delas ocupa o lugar central no caderno. A proposta é ambiciosa, tendo em vista que o perfil de formação profissional está muito aquém de oferecer competências e habilidades para lidar com um leque tão amplo de ações a ser compartilhado entre as profissões.

Reflete-se também que o extenso “cardápio” pode abrir margem para alguns municípios interpretarem o NASF como uma possibilidade para se implantar uma espécie de centro de especialidades, com atuação de caráter ambulatorial, e não como possibilidade de um novo arranjo organizacional em busca de uma produção mais ampliada e compartilhada do cuidado em saúde. (MOURA; LUZIO, 2014)

3.1.3 Portaria nº 2.488 de 21/10/2011

Em 2011, por meio da Portaria nº 2.488 de 21/10/2011, o Ministério da Saúde atualizou a Política Nacional de Atenção Básica com a perspectiva de responder à

necessidade de reformular as estratégias de atenção à saúde no país. No campo conceitual a PNAB mantém a Saúde da Família como estratégia recomendada para a Atenção Básica e explicita uma Atenção Básica mais fortalecida e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde - RAS, através da expansão de arranjos organizacionais formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações e missões assistenciais, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

Neste bojo de afirmações e reformulações o NASF também é revisitado. A proposta é apresentar e refletir sobre a atualização e renovação dos conceitos trazidos na nova portaria a fim de identificar se houve abandono, estagnação ou refinamento do dispositivo no plano normativo.

Na portaria, é possível identificar que o NASF permanece sendo considerado um dispositivo que se insere na disputa política de consolidação da atual proposta de organização do modelo de saúde na Atenção Básica. Continua sendo considerado um dispositivo externo, faz parte da Atenção Básica, mas busca apenas alterar a densidade das práticas profissionais das equipes que recebem o apoio, conforme aponta a portaria:

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias. (BRASIL, 2011)

Percebe-se que há uma marcação mais incisiva sobre o posicionamento de ser um dispositivo, em relação ao texto da portaria anterior. Revoga a simples afirmação de que o NASF não se constitui como porta de entrada do sistema, e coloca a assertiva de que não é caracterizado como um serviço independente e de livre acesso para o atendimento da população, salvo a ressalva quando pactuado com as equipes apoiadas. Essa renovação textual talvez parte do motivo da “imprecisão” colocada anteriormente que abria brechas para transformar e confundir o NASF como um serviço da Atenção Básica substituto da oferta e da necessidade de serviços especializados da rede de saúde. Inclusive, o texto exemplifica alguns serviços especializados da rede de saúde e de

outras redes de atenção que o NASF deve atuar de forma integrada e reafirma o trabalho conjunto com as equipes de referência da Atenção Básica e outras equipes.

Se na portaria anterior foi tímida a menção da necessidade da Atenção Básica se afirmar como um componente da Rede de Atenção à Saúde, bem como o NASF e as equipes de Atenção Básica manter-se integrados aos outros serviços, na nova portaria essa necessidade parece ficar mais explícita, mesmo sabendo-se que não houve reformas organizacionais e institucionais em concomitância. O caráter organizacional da RAS permanece hierárquico e piramidal provocando a fragmentação dos processos de trabalho, conforme demonstra o mesmo texto impresso da outra portaria, sem alterações, salvo o acréscimo de compartilhamento de casos entre as equipes:

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde. (BRASIL, 2011)

É necessário afirmar a reflexão anterior de que somente o esforço do NASF não é suficiente para alterar as lógicas instituídas, em concomitância deveria iniciar também reformas institucionais, com revisão dos organogramas e normatividades dos serviços. Qualquer proposta de dispositivo que pretende alterar processos micro-políticos, precisa ter junto ações que busquem alterar também aspectos macro-estruturais, mas esse posicionamento permanece inalterado na nova portaria, o que tenciona a flexibilização do seu mandato, que pode pender para um discurso de dispositivo que opera o modelo de saúde universal e integral, quanto para um que opera o modelo de saúde fragmentado, centrado no cuidado especializado e tecnificado.

Na outra portaria houve uma “imprecisão” conceitual do modelo de gestão proposto por Campos (1999) baseado na lógica do apoio matricial, o que abria possibilidades e permissão para várias formas de interpretação e organização da proposta do matriciamento na Atenção Básica. A portaria parece informar que o método de gestão compartilhada deve ser assumido com a proposta do NASF:

Os Nucleos de Apoio à Saúde da Família – NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes. (BRASIL, 2011)

O termo apoio matricial é inserido no texto ministerial, assim como parece ser ampliada a sua noção. Se antes o apoio às equipes era tido apenas como uma parceria entre as equipes para o compartilhamento das práticas em saúde, agora o apoio do NASF é visto como um trabalho integrado, que compartilha não somente as práticas, mas também os saberes junto às equipes de referência da Atenção Básica, assim como é acrescentado à necessidade de apoio matricial ao território.

Parece que a expectativa é de que o apoio matricial do NASF às equipes e ao território de fato se aproxime mais daquela concepção do apoio matricial de oferecer tanto a retaguarda assistencial como a retaguarda técnico-pedagógica, ou seja, além de atuar diretamente em casos “referenciados”, nas práticas de saúde, deve orientar as equipes vinculadas segundo seu núcleo de conhecimento, agregando recursos de saber para aumentar a eficácia da atuação sobre as necessidades de saúde. (CAMPOS, 1999)

A proposta do apoio matricial que busca instituir uma clínica ampliada e compartilhada na Atenção Básica para garantir um cuidado integral - que apareceu na portaria anterior do NASF por meio da utilização dos termos: “buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental”, para uma visão reduzida do conceito de saúde integral, “por intermédio da qualificação e complementariedade do trabalho das equipes ESF”, tomou a clínica compartilhada como práticas profissionais complementares - aparece agora muito mais próximo das concepções conceituais propostas por vários autores mencionados na seção anterior, conforme demonstra a portaria atual:

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos,

atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. Todas as atividades podem se desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território. (BRASIL, 2011)

Portanto, parece que o mandato político do NASF na nova portaria se aproxima da missão de que cabe aos apoiadores matriciais criar arranjos que promovam projetos terapêuticos compartilhados e discussão de casos, que coloque para pensar as contradições e tradições existentes entre os saberes e práticas profissionais sobre os usuários e ampliar o conceito de saúde e a singularização das necessidades; que promovam a construção de agendas compartilhadas e espaços coletivos, em que todos os envolvidos no cuidado em saúde, usuários, profissionais e gestores tenham seus conflitos expostos, seus interesses garantidos e a responsabilidade do cuidado compartilhada. “Então, o apoio matricial lida mais com esse conflito de profissões, e a fortaleza do apoio matricial é o compromisso com a saúde, com os usuários, é trazer a centralidade do usuário nessa discussão da clínica, das práticas, tentando atenuar um pouquinho as corporações”. (CAMPOS, 2012, p.167)

Por fim, a portaria também busca redirecionar aquela lacuna apresentada anteriormente sobre a imprecisão da normativa em orientar a gestão e dar suporte às equipes para a organização dos processos de trabalho:

A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde destacando os Cadernos de Atenção Básica/Primária que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou academia da saúde. (BRASIL, 2011)

3.1.4 Cadernos de Atenção Básica nº 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano

Este caderno foi elaborado a partir de um conjunto de oficinas e da colaboração de diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, no esforço de trazer o acúmulo de trabalhadores e gestores para lidar com os desafios vivenciados pelo Nasf. O material visa a apoiar e ofertar ferramentas para a implantação e a qualificação do processo de trabalho dessas equipes, em consonância com as diretrizes da política nacional. (BRASIL, 2014, p. 11)

A iniciativa de elaborar um novo Caderno de Atenção Básica sobre o NASF, após cinco anos do lançamento do primeiro caderno e dois anos após a publicação da nova portaria, surge para atender às tantas demandas e desafios que surgem no cotidiano dos processos de trabalho do dispositivo. Percebe-se que o caráter do material é muito menos conceitual e prescritivo e muito mais de caráter operacional e dialógico. Traz reflexões sobre a proposta do apoio matricial na Atenção Básica não somente a partir de sua concepção teórica, mas baseia-se nas experiências práticas desenvolvidas no âmbito do SUS com apresentação e problematização dos desafios para a sua prática junto às equipes de saúde apoiadas e, ao mesmo tempo, levanta algumas possibilidades e estratégias para o seu enfrentamento, através de um leque mais amplo de ferramentas e dispositivos para a atenção compartilhada. Também não desconsidera e nem engessa a possibilidade de invenção de outras estratégias de articulação nos territórios para a melhoria da Atenção Básica.

Afirma a proposta do apoio matricial inserido na nova portaria e assume que o trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Adiciona aos entendimentos anteriores sobre o apoio matricial, trazidos nas portarias e no Caderno nº 27, uma marcação mais explícita de que o NASF constitui-se em retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica para o desenvolvimento de um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: a clínico-assistencial, que produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários, e técnico-pedagógica, que produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Também o apoio pode se dar por meio de ações que envolvem coletivos e os territórios.

Tanto os conceitos de apoio matricial quanto da clínica ampliada não aparecem aqui como ferramentas de trabalho, que podem ser aplicadas ou não ao trabalho junto às

equipes de referência, mas o apoio e a noção da clínica ampliada são a própria lógica de trabalho, é constitutivo e função de ser das equipes do NASF. “O pressuposto que deve ser seguido, independentemente da configuração da ação, é a pactuação conjunta sobre o que será realizado e a manutenção da coordenação do cuidado com as equipes de AB.” (BRASIL, 2014, p.48).

A lógica do apoio matricial significa compartilhamento/colaboração, mesmo em situações que sejam realizadas intervenções específicas do profissional do NASF. “É preciso ter clareza de que o objeto comum de intervenção é o (o apoio ao) cuidado à saúde da população, mas as singularidades/especificidades de saberes também devem ser identificadas e potencializadas” (BRASIL, 2014, p.21). A dimensão assistencial é uma das possibilidades de intervenção dos profissionais, mas em articulação com as equipes para uma clínica compartilhada, não na lógica de oferta de consultas individuais dos núcleos de saberes específicos. A interação dos núcleos de saberes de maneira dinâmica busca garantir a clínica ampliada, o cuidado integral das necessidades de saúde. Também a dimensão técnico-pedagógica deve seguir a lógica de compartilhamento, cujo desenvolvimento busca aprimorar as competências e o próprio fazer em saúde com as equipes apoiadas, não devendo se limitar a orientação dos profissionais das equipes de referência sobre como fazer (BRASIL, 2014).

“Essa atuação do Nasf se coaduna com a proposta da RAS, visto que objetiva o trabalho compartilhado e a cogestão das ações, operando de uma forma cooperativa e horizontal entre os pontos de atenção (CAMPOS, 1999).” (BRASIL, 2010. p. 91). No Caderno o NASF configura-se como uma das estratégias para superar e auxiliar na conversão do modelo fragmentado e descontínuo das redes, em busca da atenção integral a partir da Atenção Básica, através do auxílio na articulação das linhas de cuidado e na implementação de projetos terapêuticos.

Ainda que seja limitado atribuir às RAS o *status* de solução para a crise dos sistemas de saúde (dado que esta é fortemente política, não apenas técnica), sabemos que as diferentes concepções tecno-organizativas das redes podem ser influenciadas ou implicar diferentes consequências políticas e assistenciais. (BRASIL, 2014, p.89)

Verifica-se no Caderno a própria crítica em relação ao formato instituído da RAS pelo Ministério da Saúde, percepção inexistente no conteúdo das portarias e no caderno

anterior. Traz a discussão da RAS e do papel do NASF a partir de uma perspectiva mais abrangente da concepção de organização e do trabalho em rede, para além daquelas críticas sobre a necessidade de revisão dos fluxos de referência e contra-referência e os processos de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal dos NASF em conjunto com as equipes apoiadas. Fala-se na construção de redes que possam proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado à saúde, através da configuração de linhas de cuidado produzidas tanto intrasserviços quanto entre serviços de saúde, em Redes Temáticas, em itinerários terapêuticos estabelecidos pelos próprios usuários e nas redes informais pessoais e territoriais. A atuação dos serviços e equipes de referência e apoio matricial em rede pressupõe o fortalecimento das estratégias de encontros, comunicação e relacionamentos entre os profissionais. A necessidade de fortalecimento de estratégias no nível macro-estrutural também é debatido a partir da necessidade de implantação de serviços, planejamento de ofertas e sistemas logísticos.

3.2 O cenário de implementação do NASF

A conformação do modelo de Atenção Básica impulsiona e reconhece os municípios como os principais responsáveis pela saúde da população. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, lança um variado “cardápio” de estratégias, programas e ações a ser implantado nos níveis locais. O repasse de incentivos financeiros induz e auxilia os entes municipais na montagem de novas estruturas administrativas para assumir e consolidar a gestão da rede assistencial básica que tem a Estratégia Saúde da Família como o “carro-chefe”.

Segundo dados disponíveis no portal da Sala de Gestão Estratégia – SAGE, o percentual de população coberta pela ESF em 2013 foi de 56,37% ou o equivalente a 109.341.094 habitantes. O número de equipes de Saúde Família atinge a quantidade de 35.216 em 2014. (SAGE, 2014) É notório que a implantação da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional traz avanços para a conformação do modelo de Atenção Básica. A busca é por incorporar práticas de territorialização, maior vínculo com os usuários, envolvimento com as comunidades e acompanhamento das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde. (BRASIL, 2011)

No entanto, conforme as discussões realizadas ao longo deste trabalho, as fragilidades na gestão e na organização dos processos de trabalho e das redes de atenção

permanece como um grande nó crítico para a consolidação e resolutividade da Atenção Básica e traz comprometimentos na integralidade da atenção. A proposta de criação do NASF aparece justamente da necessidade de apoio às equipes de Atenção Básica nas suas práticas gerenciais e de atenção à saúde. Segundo a atual Portaria nº 3.124 de 28/12/2012, que redefine e regulamenta os parâmetros de vinculação do NASF, o apoio às equipes de referência do território é estabelecido no seguinte formato:

Quadro 1 – Modalidades NASF

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais
NASF 1	5 a 9 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (equipe Consultório na Rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal
NASF 2	3 a 4 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (equipe Consultório na Rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
NASF 3	3 a 4 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (equipe Consultório na Rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal

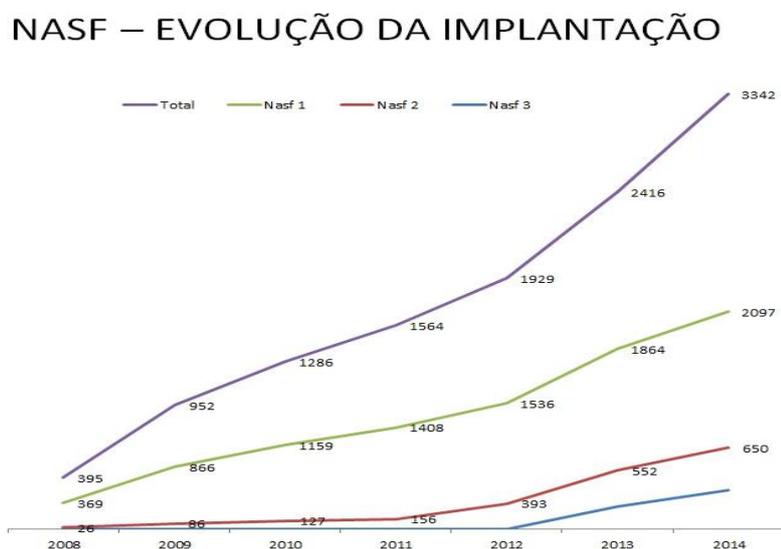
Fonte: BRASIL (2012)

A revisão do parâmetro de vinculação das equipes do NASF às equipes de referência tem por intuito minimizar as dificuldades apresentadas para a implantação e implementação do dispositivo. Busca possibilitar que qualquer município brasileiro possa ser contemplado com a proposta e também incentivar a qualidade e o aprimoramento do trabalho. O menor número possível de equipes vinculadas ao NASF permite maior proximidade geográfica entre elas, menor distância e menor tempo de deslocamento entre uma unidade de saúde para a outra, constrói projetos de implantação mais condizentes com as necessidades dos territórios e das equipes vinculadas, bem como aperfeiçoa o desenvolvimento das ações profissionais. (BRASIL, 2014)

O processo de implantação do NASF alcança hoje todo o território nacional. É uma oferta ministerial que tem se acomodado às diversas realidades municipais, tem se ajustado aos campos de aplicação e tem se inscrito nas rotinas dos atores que

desenvolvem o dispositivo, apesar da inegável existência de perturbações quanto aos seus objetivos perseguidos e as ações de fato alcançadas. O cenário de evolução da implantação encontra-se disposto da seguinte forma:

Gráfico 1 – Evolução da Implantação do NASF



Fonte: DAB/SAS/MS (2014)

Percebe-se com o cenário de implantação que o número de NASF cresce gradativamente nos primeiros anos de implantação. Neste primeiro momento, os requisitos para a implantação eram mais rígidos do que os critérios atuais, havia o limite e o foco para a adesão de municípios que contavam com um número maior de equipes de Atenção Básica, conseqüentemente, também de maior porte populacional. Tendo em vista a conformação do território brasileiro, que tem por característica marcante uma quantidade grande de municípios com população reduzida, o Ministério da Saúde procurou avançar e flexibilizar os critérios normativos de modo a atingir e contemplar todos com as ofertas. Verifica-se que com a redefinição dos parâmetros de vinculação do NASF e a criação do NASF 3, instituído pela Portaria nº 3.124 de 28/12/2012, houve a partir de 2012 um salto significativo no número de implantados, bem como cresceu vertiginosamente o número de NASF 3, quase alcançando a mesma quantidade de NASF 2. A partir experiência de contato com gestores municipais é possível refletir

que a responsabilidade transferida aos municípios para a conformação do modelo de Atenção Básica traz consigo muitas dificuldades e desafios para as gestões. Geralmente, os gestores não conseguem arcar com todos os custos necessários para a realização das ações de saúde, desse modo, os incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde são de grande valia para auxiliar nas despesas do orçamento municipal, com isso, muitas das ofertas ministeriais são aderidas pelos outros entes federados por conta dessa indução financeira e isso conforma nos territórios as estratégias e ações pretendidas.

A implantação do NASF nos municípios que possuem equipes de referência busca fortalecer os atributos de integralidade e resolutividade da Atenção Básica. O NASF é composto por profissionais de diferentes profissões ou especialidades que devem atuar de maneira integrada e apoiar os profissionais das equipes de referência vinculadas, compartilhando práticas e saberes, na busca por auxiliar no manejo ou resolução de necessidades clínicas e sanitárias, bem como agregar práticas que ampliem o escopo de ações na Atenção Básica. A PNAB (2011) estabelece as seguintes profissões para compor às equipes do NASF:

Quadro 2 – Composição dos profissionais do NASF

Profissionais: Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Fonte: BRASIL (2011)

A composição das equipes do NASF é responsabilidade dos gestores locais e deve seguir os critérios de prioridades identificados a partir dos dados epidemiológicos e necessidades locais e também das equipes de saúde apoiadas. (BRASIL, 2011) É fundamental considerar o porte do município, da região de saúde e a rede de saúde existente. Estes pontos têm implicações importantes na escolha dos profissionais, para o modo de organizar o trabalho deles, para o escopo de ações ofertadas, para a frequência e a intensidade delas. (BRASIL, 2011) Atualmente, a distribuição das ocupações mais frequentes nos NASF é assim apresentada:

Quadro 3 – Distribuição das Ocupações mais frequentes no NASF
Competência SCNES: Jan/2014

Ocupação	Tipo NASF			Total
	NASF 1	NASF 2	NASF 3	
Fisioterapeuta	3045	711	452	4208
Psicólogo Clínico	2067	558	368	2993
Nutricionista	1846	444	322	2612
Assistente Social	1587	328	176	2091
Fonoaudiólogo	1071	203	119	1159
Farmacêutico	946	132	108	1186
Terapeuta Ocupacional	558	47	15	620
Médico Pediatra	440	24	22	486
Médico Ginecologista e Obstetra	395	24	17	436
Médico Psiquiatra	182	20	5	207
Total Geral	12689	2594	1658	16941

Fonte: DAB/SAS/MS (2014)

A distribuição das ocupações mais frequentes na composição das equipes do NASF corrobora com o fato de que as equipes de referência na Atenção Básica, isoladamente, não conseguem equacionar todas as necessidades de saúde, pois devido à complexidade de muitas delas requerem competências específicas de algumas formações profissionais. Cita-se, por exemplo, prescrever e realizar exercícios de cinesioterapia para pessoas com doenças crônicas de coluna, cuidar de pessoas com alterações ou dificuldade de fala e linguagem, prescrever a confecção de órteses e próteses, realizar sessões de psicoterapia, atuar na reabilitação de usuários com comprometimentos neurológicos e motores, ofertar práticas integrativas e complementares, coordenar ações de caráter social, entre tantas outras. (BRASIL, 2014)

Nesse sentido, a inserção dos distintos especialistas busca aumentar a capacidade de cuidado das equipes vinculadas, pois compartilha com ela a resolução de problemas e o manejo de situações mais complexas, colaborando assim para ações de promoção e proteção, prevenção, diagnóstico, assistência e reabilitação no âmbito da Atenção Básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde tem como um dos seus focos principais a reorganização do modelo assistencial para a mudança do padrão de vida e de saúde da população. A conformação do modelo de Atenção Básica é um dos elementos estruturantes do sistema e tem a Saúde da Família como a estratégia prioritária. A expectativa com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família é de que ele seja um dispositivo inovador inserido no âmbito da Atenção Básica para apoiar e potencializar as ações e as responsabilidades das equipes ESF, como a corresponsabilidade pelo cuidado em saúde, a interdisciplinaridade sem descaracterizar as especificidades, a integração entre os diversos níveis e setores de atenção, a garantia de espaços nas agendas para o compartilhamento e discussão de casos e de processos de trabalho, a elaboração de planos e linhas de cuidado compartilhadas, etc.

Diante do caráter inovador e recente do dispositivo e dos desafios estabelecidos para a consolidação do modelo de Atenção Básica, considerou-se importante a realização do estudo que buscou trazer um olhar analítico sobre as elaborações normativas do NASF a fim de elucidar os conteúdos expressos no momento de sua formulação e no atual estágio de desenvolvimento do dispositivo e que permitem viabilizar o seu funcionamento e definir as suas atribuições.

As legislações ministeriais são indutoras do que se pretende como modelo de saúde para o país e os demais documentos indicam os princípios e as diretrizes para orientação das ações dos profissionais e dos gestores. No entanto, estes não garantem e definem que a implantação e a implementação das propostas sejam realizadas da forma pretendida. Depois de “lançadas” para as outras esferas de gestão elas podem tomar um direcionamento próprio e dependente de cada realidade e dos executores.

O processo de implementação do NASF alcança hoje todo o território nacional, mas ele tem sido alvo de diversas dúvidas e questionamentos que surgem acerca da operacionalização de suas diretrizes e dos processos de trabalho de suas equipes, assim como a estrutura necessária para o desenvolvimento das ações, os resultados esperados da atuação das equipes na interação com as equipes de referência do território e da própria proposta de apoio. O trabalho encontrou sua motivação justamente na busca por examinar, entender e analisar como têm sido os processos de enfrentamento e de intervenção dessas controvérsias na implementação do NASF pelo Ministério da Saúde.

Desde a publicação da primeira portaria, há seis anos, até o momento atual verificou-se alguns movimentos do Ministério da Saúde para a consolidação e qualificação do dispositivo e dos processos de trabalho de suas equipes.

A portaria de criação assumiu o NASF como um dispositivo que se insere na disputa política de consolidação de organização do modelo de saúde na Atenção Básica. No entanto, a “imprecisão” conceitual e organizacional sobre o significado de um novo método de gestão na Atenção Básica, baseado no apoio matricial e equipes de referência, parece que não esteve claro para o próprio Ministério da Saúde, mas ainda sim foi repassado para a portaria e lançado para ser aplicável nas realidades municipais.

O referencial teórico-metodológico do apoio matricial foi desenvolvido dentro da Academia e a sua transferência e aplicabilidade para a realidade trouxe muitos desafios epistemológicos, políticos, organizacionais e culturais que precisam ser olhados e enfrentados pelo formulador. O Ministério da Saúde precisa visitar e pensar constantemente sobre a sustentabilidade da proposta às realidades, como tem sido consolidadas ou flexibilizadas de acordo com as pretensões e possibilidades no nível executor. É preciso estabelecer o diálogo para a identificação e discussão dos desafios. O enfrentamento dos mesmos não deve passar pela negação dos desafios da realidade, pela emissão exacerbada e hierárquica de portarias doutrinárias e pela indução financeira que busca uma adesão massiva e teimosa da proposta nos territórios. E sim pelo não esgotamento do diálogo, da identificação e da crítica sobre a sustentabilidade da proposta e que sirvam para revisar, consolidar, reformular ou até abandonar, se necessário, a própria proposta.

O desenho das políticas informam as disputas do jogo político. Nem sempre o lançamento e os incentivos financeiros para a adesão de propostas de modelos assistenciais mais universalizantes e inovadores significam que o governo de fato assumiu uma postura de reforma e compromisso com as políticas. São muitos os interesses envolvidos e, muitas vezes, assim o fazem apenas para aliviar a pressão social e ofertar mudanças superficiais. Isso parece ficar claro na primeira portaria, o discurso do dispositivo parece inovador, mas o enfrentamento dos desafios políticos e lógicas organizacionais instituídas, que seriam necessários para a sua efetiva operacionalização, não são debatidos ou colocados em xeque. Exemplifica-se com a utilização do termo apoio apresentado na portaria que ele não foi assumido como uma proposta de modelo de gestão, se não apenas como o apoio das equipes de especialistas às equipes de Saúde Família para auxiliar nas práticas de trabalho e no desenvolvimento de ações na Atenção

Básica. A clínica ampliada e compartilhada para a integralidade do cuidado em saúde foi apresentada numa perspectiva reduzida se for levado em conta à complexidade e transversalidade que o termo apresenta no trabalho em saúde. As redes de atenção à saúde tampouco foi debatida e questionada no seu formato organizacional, se não apenas como necessidade de revisão dos fluxos e pactuações entre as equipes e os serviços por dentro da lógica instituída.

O Caderno de Atenção Básica nº27 sobre o NASF, lançado somente um ano após a publicação da portaria, foi ansiosamente aguardado por conta da expectativa de que poderia auxiliar nos “vázios existenciais” da proposta do NASF. Apesar de conceitualmente ter preenchido algumas lacunas em relação à concepção de apoio matricial e de clínica ampliada esperados para a Atenção Básica, eles são assumidos como ferramentas de trabalho e, portanto, podendo ser operacionalizados ou não nos processos de trabalho das equipes. Eles não são assumidos como constitutivos da própria racionalidade política e operativa do NASF, o que mais uma vez flexibiliza a proposta do dispositivo e abre margem para um discurso de dispositivo que opera tanto o modelo de Atenção Básica pretendido, quanto que opera o modelo de saúde fragmentado, centrado no cuidado especializado e tecnicificado. O debate sobre organização das redes de atenção à saúde permaneceu o mesmo. De modo geral, o caderno é bem denso em termos de conteúdo conceitual e tem um caráter prescritivo para as equipes, sendo organizado segundo as áreas estratégicas de atuação do NASF.

A atual portaria sobre o NASF, publicada quase quatro anos após a primeira, revisita alguns aspectos da proposta inicial do dispositivo. Ela é mais assertiva em afirmar a proposta do modelo de gestão baseado no apoio matricial e nas equipes de referência. O apoio matricial é assumido como a atuação direta do trabalho do NASF junto às equipes, a partir do trabalho compartilhado de práticas e de saberes para a garantia da integralidade do cuidado em saúde, possível por intermédio da clínica ampliada. O debate sobre as redes de atenção permaneceu o mesmo.

As prerrogativas normativas sobre o NASF são encontradas dentro da própria PNAB, isso parece indicar que houve um esforço para afirmar e fortalecer o dispositivo como uma lógica de trabalho que deve ser assumida na Atenção Básica. Apesar dos conceitos renovados e da busca de outro sentido para o trabalho do NASF, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados até que o inscrito no plano político e conceitual de fato se efetive no plano real. Existem muitos NASF que foram implantados antes da renovação da portaria e têm cristalizado nos seus processos de trabalho outra lógica e

concepção do dispositivo. Também não parece ser impeditivo, somente por conta da normativa, que os NASF implantados mais recentemente também não atuem com outras propostas, a depender da organização do modelo de Atenção Básica dos territórios podem ser instituídas as mais variadas lógicas de trabalho.

O apoio institucional da Coordenação Geral do NASF junto aos demais entes federados e às equipes coloca-se como fundamental para os processos de monitoramento, qualificação do trabalho e fortalecimento da lógica do NASF. Além do trabalho mais técnico-burocrático, de formulação de portarias, notas técnicas, dados, instrumentos e insumos para qualificação e monitoramento, que faz parte do processo de trabalho na gestão, verifica-se a necessidade de um trabalho mais próximo das realidades onde o dispositivo de fato toma corpo e vida. Percebe-se que gestores e profissionais são bastante carentes de espaços e de pessoas que possam refletir junto sobre os desafios e entraves do cotidiano e também construir estratégias criativas para o fortalecimento do papel que é atribuído ao NASF.

Não foi mencionado no corpo do trabalho, mas outras estratégias também foram disparadas pelo Ministério da Saúde para qualificar os processos de trabalho das equipes, como a realização de Oficinas de Qualificação dos NASF nos territórios, formulação do documento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Amaq/NASF, criação do fórum do NASF na Comunidade de Práticas e o lançamento do Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos NASF. São ofertas que buscam induzir mudanças nos processos de trabalho, ofertar espaços de educação permanente, troca de experiências e debates sobre o cotidiano do trabalho.

A pretensão é de que o recente Caderno de Atenção Básica nº 39 possa ser uma ferramenta bastante útil nos espaços de qualificação. Assim como encontre as mãos dos profissionais das equipes, dos trabalhadores da Atenção Básica e dos gestores e sirva de subsídio para orientar as práticas e os processos de implantação. O Caderno, dentre todas as ofertas ministeriais produzidas sobre o NASF, é o que mais se aproxima da proposta de apoio matricial, da clínica ampliada e das redes de atenção à saúde conceitualmente apresentadas na seção 2. Também parece que até o momento é a oferta que mais proporciona o refinamento e o fortalecimento do dispositivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica n. 39**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>

Acesso em 16/07/2014.

BRASIL. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso

em: 16/07/2014.

BRASIL. **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Brasília: Presidência da República, 2011a. Disponível

em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>

Acesso em 17/07/2014.

BRASIL. **Cadernos HumanizaSus**, Volume 2 Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf

> Acesso em: 16/07/2014.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica n. 27**: Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

> Acesso em 16/07/2014.

BRASIL. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008** (republicada em 04/03/2008).

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html> Acesso

em: 17/07/2014.

BRASIL. **Núcleos de Saúde Integral**. Versão 13 de 09 de novembro de 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Executiva. Brasília:

Ministério da Saúde, 2004. (circulação restrita e não publicada)

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm> Acesso em 16/07/2014.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em 16/07/2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Título – Da Ordem Social, Capítulo II – Seção II, Da Saúde, Artigos 196 – 200. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: Presidência da República, 1988. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 16/07/2014

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. Rio de Janeiro, 2014. p. 1-24. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf> Acesso em 21/07/2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza Campos. Apoio Matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. In: **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.18, n.1, p.148-168, abr.2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Patricia/Downloads/3851-15437-1-SM.pdf>> Acesso em 17/07/2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2): 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>> Acesso em: 16/07/2014.

CUNHA, Gustavo Tenório. Atenção Básica e os desafios do SUS. In: **Cadernos HumanizaSus**, Volume 2 Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, p. 59-74, 2010a. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf> Acesso em 17/04/2014.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2010b.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. In: **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.4, p.961-970, 2011.

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. In: **Revista Panamericana Salud Publica/Public Health** 21(2/3), p.164- 176, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>> Acesso em 16/07/2014.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY; *et all.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>> Acesso em 16/07/2014.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor?. In: **Saúde Debate**, 26 (60):118-122, jan.-abr. 2002.

HOEPFNER, Ângela Maria Silva. A clínica do sofrimento ético-político como uma proposta de intervenção na clínica ampliada e compartilhada. In: **Cadernos HumanizaSus**, Volume 2 Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, p. 75-91, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf> Acesso em 17/04/2014.

LANCMAN, Selma; GONÇALVES, Rita Maria de Abreu; CORDONE, Nicole Guimarães; BARRO, Juliana de Oliveira. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. In: **Rev Saúde Pública**; 47(5):968-75, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>> Acesso em 16/07/2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOURA, Renata Heller de; LUZIO, Cristina Amélia. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além

das diretrizes. In: **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.18, supl.1, p.972-986, 2014.

RIGHI, Liane Beatriz. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In: **Cadernos HumanizaSus**, Volume 2 Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, p. 59-74, 2010. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf
> Acesso em 17/04/2014.

Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em 17/08//2014.