



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Lívia de Paula Valente Mafra

**A trajetória do NASF no município de Piraí: uma análise para além da
gestão**

Rio de Janeiro

2012

Lívia de Paula Valente Mafra

A trajetória do NASF no município de Pirai: uma análise para além da gestão

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de sistemas de saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M187 Mafra, Livia Paula Valente.
A trajetória do NASF no município de Pirai: uma análise para a
além da gestão / Livia Paula Valente Mafra. – 2012.
53 f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos. Dissertação (Mestrado
profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto
de Medicina Social.

1. Saúde da família - Pirai. 2. Gestão em saúde - Pirai. I. Mattos,
Ruben Araújo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 613.9-55

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Lívia de Paula Valente Mafra

A trajetória do NASF no município de Piraí: uma análise para além da gestão

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de sistemas de saúde.

Aprovada em 11 de junho de 2012.

Orientadores: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Jane Dutra Sayd
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade federal Fluminense - UFF

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha irmã Aline, que sempre vibrou com as minhas vitórias e foi meu ombro amigo nos momentos difíceis. Exemplo de vida, dedicação e competência.

Terminar o mestrado sem ela foi muito difícil, mas o seu olhar que me motivava está presente, vivo dentro de mim e me faz ter força para seguir em frente e realizar todas as coisas que planejamos juntas e as demais que a vida apresentar.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, meus eternos professores da arte da vida. Minha mãe, pelo exemplo de humildade e amor. Meu pai, pelo exemplo de superação. Meu grande professor, que pincelou em mim o amor pela saúde pública.

Ao meu marido e à minha filha, meus amores, que me incentivam e me apoiam em todos os momentos. Meu marido, sempre olhando a minha filha para eu escrever, me ouvindo nos momentos em que achei que não ia conseguir e me levando pra frente. Minha doce filha Beatriz, fonte de um amor inexplicável que me faz sentir mais forte e capaz.

Ao meu sobrinho Caio, que me traz vida e vontade de seguir em frente.

A minha tia Marlúcia, que abriu várias portas para o meu crescimento profissional e me ensinou a importância da gestão, do planejamento, me deixando fascinada por este mundo.

À Prefeitura Municipal de Piraí, onde sempre me senti em casa, onde fui estagiária e me transformei em profissional da saúde, onde conheci e vivenciei a saúde pública com todas as letras.

À Secretária Municipal de Saúde de Piraí, Conceição, pessoa que admiro, que respeito e a quem sou grata por tudo que sempre fez por mim, pelo carinho e por acreditar na minha capacidade.

E finalmente ao professor Ruben, o professor que sempre admirei e se tornou meu sábio orientador, que me deixou caminhar com minhas próprias pernas e me ensinou a entender que, em produção científica, a conclusão é importante mas o caminho que se trilha até ela é o mais fascinante, e é onde se encontra base para modificar a forma de olhar a própria vida. Com ele aprendi que na pesquisa muitas vezes os carros podem vir na frente dos bois.

O estudo em geral, a busca da verdade e da beleza são domínios em que nos é consentido ficar crianças toda a vida.

Albert Einstein

RESUMO

MAFRA, Livia de Paula Valente. *A trajetória do NASF no município de Piraí: uma análise para além da gestão*. 2012. 53f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

A Estratégia de Saúde da família apresenta, para os profissionais que a compõem, uma complexidade que vai além da prática intervencionista, demandando equipes de apoio e matriciamento para auxiliar as equipes de saúde da família nesse cenário complexo da Atenção Básica. A discussão sobre a organização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e sua trajetória nos municípios é algo extremamente necessário no momento atual do Sistema Único de Saúde. Diante disso, o presente trabalho pretende analisar a trajetória do NASF no município de Piraí/RJ e fazer uma análise comparativa com a Portaria que traça as diretrizes dos NASFs. Esta dissertação foi dividida em cinco capítulos: os dois primeiros tratam da fundamentação teórica sobre a Estratégia de Saúde da família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que são a base de discussão do trabalho. O terceiro e o quarto capítulos tratam, respectivamente, da trajetória metodológica da pesquisa e da organização dos serviços no município de Piraí, para situar o leitor no terreno no qual a pesquisa foi construída. O quinto capítulo é fruto de entrevistas com cinco profissionais do município, que deram alma a este trabalho e traduzem a trajetória do NASF em Piraí, contada através de seus atores, que a constroem e desconstroem diariamente através de seu processo de trabalho. Observou-se na pesquisa que existe um engessamento das ações do NASF na Estratégia de Saúde da família, decorrente de sua captura pela lógica da gestão que predominou no processo de trabalho da equipe.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da família. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Piraí. Trajetória, gestão.

ABSTRACT

The Family Health Strategy presents, to the professionals that make it up, a complexity that goes beyond the interventionist practice, demanding supporting teams to assist family health teams in this complex scenario of Primary Care. The discussion on the organization of the Family Health Supporting Nucleus and their trajectory in the cities is of the utmost importance in the current Unified Health System. Therefore, this study aims to analyze the trajectory of the NASF in Piraí city, state of Rio de Janeiro, and make a comparative analysis with the Act that sets the guidelines of NASF. This dissertation was divided into five chapters: the first two deal with the theoretical foundation on the Family Health Strategy and Family Health Supporting Nucleus, since these are the basis for our discussion. The third and fourth chapters deal, respectively, with the methodological trajectory of research and service organization in Piraí, to show the reader the field where the research was built. The fifth chapter shows the results of interviews with five professionals in the city that gave soul to this work and reflect the trajectory of the NASF in Piraí, told through its actors, who construct and deconstruct it daily through the work process. It was observed in this study that there is a rigidity of the NASF within the Family Health Strategy, due to its capture by the logic of management that prevailed in the process of team work.

Key words: Family Health Strategy. Family Health Supporting Nucleus. Piraí city. Trajectory, management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

ESF - Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF - Programa de Saúde da Família

SAI - Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM CAMINHAR DENTRO DE CONCEITOS E PROCESSOS DE TRABALHO	14
2 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	21
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	28
4 ORGANIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PIRAÍ	31
5 NASF EM PIRAÍ: IMPLANTAÇÃO, OBSTÁCULOS E DESVIOS	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52

APRESENTAÇÃO

A discussão sobre a organização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e suas trajetórias nos municípios é algo extremamente necessário no momento atual do Sistema Único de Saúde (SUS) e vai ao encontro da vivência profissional da pesquisadora no município de Pirai.

Após trabalhar como dentista da Estratégia de Saúde da Família (ESF) durante cinco anos no município, a pesquisadora foi descobrindo a complexidade de trabalhar numa equipe de saúde da família. Experimentou organizar seu processo de trabalho juntamente com toda equipe, e depois de ter vivenciado os conflitos e as maravilhas de uma equipe multidisciplinar, percebeu o quanto essa equipe precisa de apoio, o quanto se sente sobrecarregada, o quanto se apoia no modelo médico-centrado e como suas possibilidades são esgotadas diante das situações demandadas. Anos depois, na gestão, como assessora da Coordenação de Saúde Bucal de Pirai e participando de alguns momentos do NASF, ficou completamente encantada pelas portas de conhecimento que se abriram e que reforçaram sua visão sobre a complexidade da ESF.

Com esses dois momentos profissionais vividos, percebeu a necessidade de discutir a trajetória da equipe do NASF no município e suas possibilidades de apoio à ESF.

A Estratégia de Saúde da Família, desde que foi implantada no Brasil, tem como objetivo converter o modelo tradicional, caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário e na família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Com esses objetivos, as organizações dentro dos municípios dependem de vários fatores, como as relações interprofissionais, as relações políticas, o olhar de cada profissional e de cada usuário para este sistema – assim, a modificação do modelo médico-centrado não depende apenas da implantação de uma estratégia como a Saúde da Família. Este foi e continua sendo um passo importantíssimo para esse processo, mas era necessário algo que pudesse ajudar a modificar o olhar da gestão, dos profissionais e do controle social.

Dentro deste contexto, a Portaria GM/MS nº. 154, de 24 de janeiro de 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo objetivo é apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica.

As equipes do NASF entram na ESF para, através do apoio matricial, auxiliar a troca de saberes, qualificar esta equipe e aumentar o escopo das ações da Atenção Básica.

A equipe do NASF, ao entrar nas Unidades de Saúde da Família, tem como tarefa primeira o estabelecimento de um vínculo de confiança com os profissionais para integrar-se ao cotidiano das equipes e para o desenvolvimento do trabalho. Integrar uma equipe é mais do que, simplesmente agregar e somar funções para se alcançar um objetivo comum. Uma equipe integrada proporciona a seus componentes o debate das ideias, o desenvolvimento da capacidade criadora e a consciência crítica, sendo esses elementos fundamentais para o estabelecimento do verdadeiro vínculo de equipe, no espaço interdisciplinar. O contato com os diversos saberes estimula os profissionais à elaboração de estratégias comuns de ações para a resolução de problemas, proporcionando com isso uma prática mais humanizada. (BRASIL, 2010, p. 39).

A Portaria GM/MS nº. 154 define a organização e traça as ações das equipes do NASF através de algumas diretrizes e parâmetros, e a partir destas o município habilita o programa e realiza as adaptações necessárias, sem fugir do seu principal objetivo, que é proporcionar apoio, principalmente através de matriciamento, para as equipes de saúde da família.

O município de Piraí, localizado no interior do Estado do Rio de Janeiro, será o local desta pesquisa e foi escolhido primeiramente pela trajetória na implantação da ESF, que se iniciou em 1997 e já em 2002 apresentava 100% de cobertura populacional. Foi escolhido, ainda, devido à inserção profissional da pesquisadora no município desde 2004, já citada.

A presença de uma rede de serviços interligada com as necessidades da Atenção Básica faz com que o município de Piraí possua indicadores considerados satisfatórios de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, com os técnicos e com a população.

A ESF apresenta, para os profissionais que a compõem, uma complexidade que vai além da prática intervencionista, demandando equipes de apoio e matriciamento para auxiliar as equipes de saúde da família a trafegar pelo complexo cenário da Atenção Básica.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi habilitado em Piraí em outubro de 2009, em meio a certa resistência à implantação, por parte da Secretaria de Saúde, com base na observação das experiências de outros municípios, que eram consideradas negativas dentro das expectativas da gestão de Piraí. Ao mesmo tempo, algumas coordenações de programas viam o NASF como uma estratégia para potencializar as ações das ESFs.

O NASF em Piraí é do tipo I, com uma equipe formada por seis profissionais, psicóloga, assistente social, fonoaudióloga, nutricionista, farmacêutico e educador físico. A organização do processo de trabalho, sobretudo no que diz respeito à organização da equipe, apresentou alguns pontos significativos, que fazem da trajetória do NASF no município uma experiência diferenciada que apresenta relevância e da qual iremos tratar neste trabalho.

Esta dissertação foi dividida em cinco capítulos; os dois primeiros tratam da fundamentação teórica sobre a Estratégia de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, já que representam a base de discussão do trabalho. No capítulo sobre a ESF,

houve a preocupação de tratar não somente da organização dessa estratégia como também do processo de trabalho em saúde, para que o leitor compreendesse que a construção do processo de trabalho é, na verdade, a construção da trajetória da saúde da família e, conseqüentemente, do NASF.

O terceiro e o quarto capítulos tratam, respectivamente, da trajetória metodológica da pesquisa e da organização dos serviços no município de Piraí, para situar o leitor no terreno sobre o qual a pesquisa foi construída.

O quinto capítulo é o fruto de entrevistas com cinco profissionais do município, que deram alma a este trabalho e traduzem a trajetória do NASF em Piraí, contada através de seus atores, que a constroem e desconstroem diariamente através de seu processo de trabalho.

1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM CAMINHAR DENTRO DE CONCEITOS E PROCESSOS DE TRABALHO

De acordo com Loch-Neckel et al. (2009), o Programa de Saúde da Família (PSF) vem sendo ampliado em todo país. Desde sua implantação, em 1994, se fortaleceu como Estratégia, tendo como objetivo a mudança do processo de trabalho na Atenção Básica de acordo com as diretrizes do SUS. As equipes de saúde da família foram sendo implantadas de modo gradativo pelos municípios em todo o Brasil, até se tornarem um dos pilares do movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro, consolidando-se como estratégia prioritária de governo.

De acordo com a pesquisa de Silva et al. (2002), em que foi avaliada a evolução do processo de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil no período de 1998 a 2001, esta consolidação da ESF se baseia em algumas evidências, descritas a seguir.

A primeira evidência se caracteriza pela grande expansão numérica da ESF, especialmente a partir de 1998, com ampliação quantitativa e geográfica da cobertura, pelo progressivo aumento do número de municípios, estados e regiões no país. Em janeiro de 2002, segundo dados fornecidos pelo Departamento da Atenção Básica/MS, existiam no país 155.847 agentes comunitários de saúde em 4.820 municípios, 13.661 equipes de saúde da família em 3.740 municípios e 2.467 equipes de saúde bucal em 1.396 municípios.

A segunda evidência descrita pelos autores acima citados tem ênfase na crescente legitimação institucional da ESF no âmbito do SUS, do que são indicativos a própria expansão territorial – na medida em que traduz uma crescente adesão dos gestores municipais à proposta, e a “trajetória institucional” das coordenações do PACS/PSF em municípios, estados e no próprio Ministério da Saúde, passando da condição de coordenações de programas para Diretorias ou Departamentos de Atenção Básica, a partir dos quais, institucionalmente, são reordenados os diversos programas e áreas técnicas.

A última evidência destacada pelos autores seria o fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira. A “trajetória de financiamento” desses programas demonstra o aumento do volume de recursos e o aprimoramento dos mecanismos de repasse que funcionavam por meio de convênio, inicialmente entre estados e Ministério da Saúde, em seguida entre municípios e Ministério da Saúde, depois através de remuneração da tabela SIA-SUS e, posteriormente, como incentivo variável do PAB (NOB 01/96). Claramente, tal processo foi orgânico em relação às mudanças operadas na lógica de financiamento e gestão

do SUS, particularmente manifestados na publicação da NOB 93, que instituiu o PAB, e da NOB 96, que redefiniu as condições de gestão dos municípios.

Ao consultar o *site* do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, é possível obter dados mais recentes que confirmam a trajetória ascendente da ESF descrita por Silva et al. (2002). Em 2003, foram investidos R\$ 1.662.080,00 na ESF e em 2009 este valor passou para R\$ 5.698.000,00 em investimentos.

Diante dessas evidências, em 2011 o número de equipes de saúde da família estava em 32.079, com 248.521 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em 5.284 municípios e com 21.038 equipes de saúde bucal, caminhando para a relação de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família.

Ao analisar os dados do Departamento de Atenção Básica do MS, percebe-se a diminuição do número de Programas de Agentes Comunitários (PACS) e o aumento em larga escala das ESFs, com a presença de poucas áreas sem cobertura desses programas. A partir da revisão do histórico de implantação e consolidação da ESF, podemos nos aprofundar em sua organização e processos de trabalho.

Franco e Mehry (2007) destacam e o Ministério da Saúde afirma que a equipe de saúde da família deve ter uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades de intervenção que vão além de práticas curativas. A atenção deve estar centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social.

A unidade de saúde da família deve atuar a partir dos seguintes princípios: substituição de práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância em saúde; integralidade e hierarquização, que devem garantir atenção integral ao indivíduo e a família, esta vinculada à rede de serviços da territorialização e adscrição de clientela, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a área; e finalmente atuar como uma equipe multiprofissional, que irá operacionalizar todos estes princípios, sendo a chave para a reorganização do modelo de assistência.

Barbosa et al. (2010) descrevem que a ESF é entendida como uma reorganização e reorientação do modelo assistencial, mediante a disposição de equipes multiprofissionais em unidades de saúde distribuídas em territórios delimitados espacialmente. Nessa lógica de organização territorial, o espaço físico da ESF deixa de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, passando a ser um campo no qual se verifica a interação população-serviços no âmbito local e que se caracteriza por ter uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta,

portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que se caracteriza como um território em permanente construção.

Assim, com a necessidade de gerenciar e atender às demandas desse território como espaço vivo e com muitas particularidades, surge a necessidade desse ampliar as equipes de saúde da família, agregando a elas profissionais de distintas áreas, capazes não só de solucionar problemas de saúde, mas também de ordem política, social, cultural e econômica, possibilitando a integralidade da assistência.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006), as equipes de saúde da família são compostas basicamente por um Médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. A esta equipe pode-se acrescentar a equipe de saúde bucal, que é dividida em Modalidade I, composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal, e Modalidade II, composta por um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de saúde bucal.

No entanto, após a criação do SUS, e principalmente após a ampla difusão do PSF, ocorrida na última década, a equipe multiprofissional deixou de ser um mero aspecto do organograma do setor e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe. (GOMES et al., 2007, p.19).

A partir da equipe mínima da ESF, os municípios podem se organizar de acordo com suas necessidades e possibilidades financeiras. Alguns municípios vêm acrescentando às equipes profissionais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, dentre outras categorias profissionais, com o objetivo de tentar atender às demandas tanto das equipes quanto dos usuário.

A equipe multidisciplinar que é proposta pela ESF, juntamente com estes complementos de profissionais realizados pelos municípios, torna necessário, para o bom entendimento desta pesquisa, que nossa discussão perpassa o campo do trabalho em equipe e dos processos de trabalho que esses arranjos podem produzir.

De acordo com a cartilha *Humaniza SUS* (2004), o trabalho é tudo o que efetivamente se realiza e o esforço que se despende nas atividades do dia a dia profissional, para que o trabalhador consiga dar conta do que acordou com o gestor da área em que está alocado e com os demais companheiros de trabalho. O trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas, que possuem características diferentes e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas. A atividade do trabalho, portanto, é

submetida a uma regulação que se efetiva na interação entre os trabalhadores, numa dinâmica que perpassa diferentes pontos de vista particulares.

As prescrições são regras que definem como o trabalho deve ser realizado. No entanto, nas situações cotidianas, os imprevistos nem sempre são definidos pelas prescrições. Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a inventar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender aos diversos contextos específicos.

No processo de trabalho, os trabalhadores “usam de si”, ou seja, utilizam suas potencialidades de acordo com o que lhes é exigido. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades.

Segundo Ramos (2009), o trabalho em saúde produz vida, busca satisfazer necessidades biológicas e sociais. Se o trabalho na indústria e no comércio entra no processo de produção social de riquezas, o trabalho em saúde tem a singularidade de produzir e manter diretamente a vida, colocando-nos o desafio de identificar e reconhecer o ser humano em sua plenitude. Não há como pensarmos e realizarmos o trabalho para um ser humano assistindo-o integralmente se não nos reconhecermos também como seres integrais.

Barros e Pinheiro (2007) afirmam que, tradicionalmente, o trabalho em saúde é organizado de maneira extremamente fragmentada e verticalizada, sendo conduzido sob a hegemonia do saber biomédico, tomado na modernidade, como saber legítimo e verdadeiro sobre o corpo. Essa fragmentação tem tido impacto sobre as relações, dificultando o agir em equipe e o lidar com as singularidades na atenção e no cuidado.

De acordo com Santos-Filho (2009), o trabalho em saúde tem sido ressaltado como objeto de atenção devido a sua crescente precarização no que se refere às condições de emprego e de trabalho e repercussões na qualidade de vida e saúde de seus trabalhadores. Destacando os problemas com ampla visibilidade no mundo atual do trabalho em saúde, o autor cita a degeneração dos vínculos, considerando inclusive a negação ou omissão quanto a direitos constitucionais dos trabalhadores; a precarização dos ambientes e condições de trabalho e as dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho em contextos da gestão ainda tradicional.

As mudanças atualmente desejadas e impressas nos processos de trabalho em saúde qualificam a organização e prestação de serviços. Por outro lado, trazem novas exigências para os trabalhadores, na medida em que abalam as formas tradicionais de exercício de

funções, papéis, responsabilidades, desempenho e sobretudo a forma de interação com seus pares e usuários.

A participação ativa dos trabalhadores está sendo proposta pelos novos modelos de atenção e de gestão, porém, na prática, muitas vezes estes mesmos modelos inviabilizam ou limitam o exercício efetivo desta condição de sujeitos do processo de trabalho. Mesmo com a expansão da ideia de equipes colegiadas e colegiados gestores, por exemplo, a impressão é que prevalecem métodos tradicionais de planejamento, de condução do trabalho e tomadas de decisão. Apesar dos esforços institucionais fomentando esses espaços participativos, a longa história de gestões tradicionais limita os avanços com relação ao funcionamento efetivo dos colegiados como instâncias de discussão e negociação de projetos e ações no nível local. Assim, muitas vezes o trabalho é executado de forma administrativo-burocrática, não correspondendo ao que se espera de tais dispositivos como espaços de constituição de sujeitos corresponsáveis pela condução do trabalho, compartilhando o fazer.

Atualmente, é possível observar certas prescrições de regras e fluxos estabelecidos enquanto normas e superficialmente tratados enquanto pactos, negociações, meios de viabilização, acompanhamento e uma vigilância compartilhada para traçar adaptações e correções de rumo de maneira compartilhada. Isso tem causado desgastes para os trabalhadores, inclusive porque na maioria das vezes há dificuldades no funcionamento e eficiência de fluxo, regulado de modo apenas externo, com as cobranças da comunidade recaindo direta e primeiramente sobre os trabalhadores da ponta, que vivenciam o problema quase sempre de modo isolado, nos moldes de uma impotência individual.

Por outro lado, Gomes et al. (2007) afirmam que muitos profissionais se apoiam na técnica, no engessamento das regras, protocolos, aumentando a distância das relações, para evitar o possível encontro com a realidade do outro, que os tira de sua zona de conforto. No entanto, esse fechamento fere o potencial criador e leva a dificuldades para encarar os problemas que transcendem a medicalização e a intervenção cirúrgica. As demandas da comunidade têm-se apresentado para as equipes de maneira muito mais complexa, que transcende a capacidade de resolução dividida por categorias profissionais:

No entanto, a inserção de novos profissionais ainda não resultou, de forma significativa, na transformação do modelo assistencial preconizada pelo SUS e ressaltada pela posição estratégica que o PSF ocupou nas gestões anteriores e mantém na atualidade [...] (GOMES et al., 2007, p.19).

A simples aglomeração de profissionais em uma unidade básica de saúde não garante a resolução ou a percepção das necessidades em saúde da população adscrita por parte da equipe:

O que se percebe em grande parte das unidades de saúde e hospitais é uma simples justaposição de diferentes profissionais, a existência de uma hierarquia bem sedimentada e extremamente rígida, que manteve a fragmentação do trabalho e do olhar em relação a saúde do usuário característico do modelo biomédico que se pretende superar. (GOMES et al., 2007, p.19-20).

Peduzzi (2001) discute amplamente a proposta do trabalho em equipe como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da Saúde, pois este processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes. Com base na literatura, a autora distingue duas noções que recobrem a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira é caracterizada pela fragmentação, em que ocorre a justaposição das ações; e a segunda, pela articulação consoante a proposta da integralidade das ações em saúde, em que ocorre a interação dos agentes.

Nas distintas noções de equipe, é necessário articular as ações para a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes. A comunicação é denominador-comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação.

A comunicação pode manifestar-se de três formas: a primeira é aquela em que a comunicação aparece externa ao trabalho, não ocorre o agir-comunicativo; na segunda, a comunicação aparece estritamente como caráter pessoal, os agentes dão destaque às relações baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam a sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica, não havendo o agir-comunicativo, embora haja certa forma de comunicação; e a terceira é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe, os agentes elaboram linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns – enfim, um projeto assistencial comum.

A principal cisão ou tensão entre trabalho e comunicação dos agentes decorre do caráter distinto do agir-instrumental e do agir-comunicativo, pois o primeiro visa a um dado fim *a priori* e o outro busca o entendimento e o reconhecimento mútuos. Pode-se dizer que a prática comunicativa é uma situação em que as mediações são o próprio fim, ou seja, a finalidade é interagir e, nesse processo, construir consensos pertinentes a cada contexto, ao passo que no agir-instrumental busca-se um certo resultado independente das vicissitudes do percurso. É por isso que será um agir comunicativo e técnico aquele em que o fim é definido e alcançado por um processo participativo de intervenção. (PEDUZZI, 2001 p. 106-107).

O trabalho em equipe não significa extinguir as especificidades do trabalho, mas fazer com que todos os agentes realizem trocas, busquem consenso e contribuam para a melhoria dos serviços prestados.

De acordo com Franco & Merhy (2007), os conflitos no processo de trabalho das equipes de saúde da família fazem com que no PSF ocorra algo parecido com o enigma da esfinge, contado pela mitologia grega. O PSF aponta que o problema do atual modelo assistencial está no processo de trabalho, e como no caso da esfinge, não o decifra e então é engolido pela feroz dinâmica do trabalho médico-centrado, sendo que acaba operando na produção de procedimentos e não na produção do cuidado.

Silva et al. (2002) nos chamam atenção para a heterogenicidade da consolidação da ESF pelos municípios em todo o Brasil, em que a sonhada efetivação como modelo reorganizador do sistema de saúde brasileiro perpassa toda a complexidade da composição dos territórios em que as equipes estão inseridas, pela visão da estratégia que os profissionais possuem, sem deixar de lado as organizações políticas de cada localidade.

Sendo assim, os arranjos dos processos de trabalho de cada localidade possuem todas estas influências, que algumas vezes encobrem a visão de um usuário integral, humano, que possui suas histórias de vida e suas escolhas, fazendo com que a equipe mergulhe em uma situação complexa, pois não alcança resultados e se sente como se o trabalho fosse cada dia maior, não ponderando sua população e não modificando a situação de saúde da sua área. Para tal, faz-se necessário aprofundar a discussão sobre o apoio a essas equipes e as ferramentas que tal apoio oferece.

2 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 2012, o SUS comemora 24 anos e, ao longo de sua trajetória, o Ministério da Saúde tem implantado uma série de estratégias e políticas direcionadas para a Atenção Básica. Essas políticas têm como objetivo melhorar o acesso dos usuários aos serviços e aos bens de saúde, com a revisão e a mudança das práticas em todo o SUS, passando pela Atenção Básica, média, alta complexidade e pela gestão do sistema em todas as esferas.

Dentre essas políticas, podemos destacar a Política Nacional de Humanização (PNH), que foi construída a partir da reflexão de um cenário vivido no SUS, que necessita de mudanças no modelo de atenção e, conseqüentemente, no modelo de gestão. Este cenário compreende desde as desigualdades socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde, precarização das relações de trabalho, baixo investimento no processo de educação permanente dos trabalhadores do SUS, despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva da prática da saúde até modelos de gestão centralizados e verticais que desapropriam o trabalhador do seu processo de trabalho.

A Política de Humanização vista não como programa, mas como política, que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em: traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários [...] (BRASIL, 2006 p. 12).

Assim, entendemos humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2006 p. 13).

A partir do entendimento da Política Nacional de Humanização, é inevitável fazer uma ponte com o NASF. Este nasce desta mesma linha da PNH, e representa uma forma de operacionalização desta política para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços das equipes de saúde da família. Considerando a necessidade de apoiar e ampliar as ações da ESF, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM nº. 154 de 24 de janeiro de 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASFs.

De acordo com a portaria, o objetivo do NASF é apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica. E, segundo Barbosa et al. (2010), o NASF tem como objetivo instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por intermédio da qualificação e complemento do trabalho das equipes de saúde da família, não sendo porta de entrada do serviço na rede, ficando como uma equipe integrada à ESF.

Desafios essenciais estão permanentemente colocados à APS, como a ampliação progressiva de sua cobertura populacional e sua integração à rede assistencial, ligados tanto ao aumento da resolutividade quanto de sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. O NASF como organismo vinculado à equipe de SF, compartilha tais desafios e deve contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS. Assim, apoio e compartilhamento de responsabilidades são aspectos centrais da missão do NASF [...] (BRASIL, 2010, p.13-14).

O *Caderno 27*, no qual o Ministério da Saúde trata das diretrizes do NASF, é enfatizada a necessidade de rever alguns pressupostos dentro da proposta do NASF, tais como o conhecimento das situações demandadas às equipes de saúde da família, gestão das equipes e coordenação do cuidado.

No que se refere ao conhecimento, destaca-se reconhecer as especificidades da clientela adscrita dentro do contexto local para então organizar as ofertas das equipes de saúde da família. Este conhecimento possui grande significado, sobretudo no processo de implantação do NASF, pois é construído através de um processo de discussão, negociação e análise dos gestores juntamente com as equipes de saúde da família, sendo que as mesmas conhecem as necessidades em saúde de seu território e podem apontar situações que necessitem de apoio.

Esse primeiro pressuposto é fundamental porque dá direcionalidade para a proposta do NASF, ratificando sua complementariedade em relação às equipes de saúde da família e possibilitando a compreensão da importância da contratação de profissionais [...] (BRASIL, 2010 p.14).

Dentro do pressuposto de gestão da equipe, dirige-se a inserção dos profissionais no processo de gestão compartilhada do cuidado, que tende a produzir maior corresponsabilização entre profissionais, equipe e usuários, através de uma gestão mais centrada na coprodução de saúde e de autonomia.

A equipe de saúde da família terá o apoio matricial através do NASF, seja pelo atendimento compartilhado, pela discussão dos casos ou formulação de projetos terapêuticos.

Implantar o NASF implica, portanto, a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião para pactuar e negociar o processo de trabalho: discussão dos casos, definição de objetivos, critérios de prioridade, gestão das filas de compartilhamento (encaminhamento),

critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, etc. Nada disso acontece automaticamente e torna-se necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos em constante construção, do trabalho interdisciplinar[...] (BRASIL, 2010 p. 15).

A coordenação do cuidado se traduz na equipe assumindo o usuário, mesmo quando há problemas de saúde que ela não domina totalmente ou que não cabe executar na unidade básica. Esta coordenação acontece quando a equipe participa do tratamento do usuário mesmo em outros níveis de atenção, através de informações do paciente, contato com o especialista, acompanhamento dos exames, dentre outros.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuarão em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da ESF, atuando diretamente no apoio às equipes. A responsabilização entre as equipes de saúde da família e a equipe do NASF prevê a revisão das práticas, ampliando para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de saúde da família, e atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

O NASF possui duas modalidades: o NASF tipo I deverá ser composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior, e o NASF tipo II deverá ter no mínimo três profissionais de nível superior, ambos de ocupações não coincidentes.

Em consonância com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, os profissionais que poderão compor o NASF 1 serão: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional, podendo ser alocados de acordo com a necessidade do município. O NASF 1 deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de saúde da família. Já a modalidade do NASF 2 poderá ser composta pelas seguintes categorias: assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sendo esta modalidade permitida apenas para municípios com densidade populacional abaixo de dez mil habitantes por quilômetro quadrado. O NASF 2 deve se vincular a no mínimo três equipes de saúde da família.

A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de Nasf é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2010, p. 20).

O NASF vem integrar a rede, como um apoio as equipes de saúde da família, para que se resgate a importância de cada trabalhador e a interdependência entre os diferentes profissionais, possibilitando uma valorização profissional, independentemente do status e prestígio de determinadas profissões.

A diferença profissional e pessoal de cada membro da equipe possibilita vínculos e olhares diferentes sobre o sujeito doente. Estas diferenças permitem enxergar caminhos para o projeto terapêutico. Caminhos que, de maneira isolada, dificilmente seriam encontrados [...] (BRASIL, 2004, p.10).

As atribuições desses profissionais compreendem desde ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência à reabilitação, reorganização da demanda e apoio para o fortalecimento das ações da Atenção Básica.

A Equipe do NASF precisa ir a campo conhecer as equipes de saúde da família que estão sob sua abrangência, se reunir, discutir projetos terapêuticos e conversar para que haja um clima democrático e propício à livre expressão das ideias, independentemente da profissão de cada um. Serão criadas então estratégias de auxílio às equipes de saúde da família, para que estas se tornem mais resolutivas e com profissionais mais vinculados tanto à comunidade quanto à própria equipe.

De acordo com o *Caderno 27*, a equipe do NASF possui dois focos de responsabilidade: população e equipe de saúde da família. E deveria organizar seu processo de trabalho de acordo com estes focos. E para que isso ocorra, o NASF deveria realizar algumas ações importantes, dentre as quais podemos citar as ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiências para ambos os profissionais envolvidos; as intervenções específicas do profissional do NASF com o usuário, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de saúde da família responsável pelo caso; as ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de saúde da família e demais setores para o desenvolvimento dos projetos de saúde deste território.

Para organização das ações descritas acima, os profissionais do NASF devem primeiro definir indicadores e metas: critérios para a definição de resultados e impacto, definição de metas de atendimento de cada profissional e revisão de metas e indicadores a serem realizados de maneira sistemática. Em seguida, devem definir uma agenda de trabalho, que deve reservar um período para atividades pedagógicas, outro para atividades assistenciais diretas e outro para ações no território e reuniões entre a própria equipe.

Os profissionais do NASF possuem um grande desafio, o trabalho em equipe, que representa um eixo norteador do trabalho do NASF, mas que vai de encontro à dificuldade dos profissionais que não possuem formação básica que valorize o trabalho em equipe. O desenvolvimento do processo de trabalho do NASF exige o conhecimento e a definição de algumas ferramentas tecnológicas, como de apoio à gestão e de apoio à atenção.

Dentro do apoio à gestão, destaca-se a pactuação do apoio, que se divide em duas atividades a serem priorizadas. Em um primeiro momento, deve ocorrer a avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de saúde da família e conselho de saúde, para que a definição da equipe do NASF seja realizada dentro de um processo de discussão, negociação e análise com a equipe de saúde da família e participação social, que conhecem as situações que mais necessitam de apoio. Já num segundo momento, deve ocorrer a pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF, a equipe de saúde da família e a participação social, que deve ser uma ação rotineira para que se tenha foco nos objetivos da equipe.

O apoio à atenção caminha entre o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território. Com este foco, Arona (2009) afirma que a Atenção Básica deve fazer parte de uma rede ampla interligada de cuidados, como um espaço capaz de gerenciar as demandas de seus pacientes. Desta forma, se faz necessário ampliar a clínica especializada nas equipes de saúde da família e nas unidades básicas, por meio do apoio matricial.

Arona (2009) afirma ainda que o matriciamento tem papel de suma importância na realidade atual, especialmente para municípios pequenos, pois busca garantir às equipes de saúde da família apoio quanto à responsabilização do processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo sistema, buscando implementar mudanças de programas e ações que descentalizem o acesso à especialidade, ao mesmo tempo disponibilizando recursos e equipamentos para que efetivamente possa ocorrer esta intervenção. Deve estabelecer a contribuição de distintas especialidades e profissionais na construção de rede compartilhada entre a referência e o apoio, personalizar a referência e contrarreferência e definir responsabilidade pela condução do caso com a equipe de referência, buscando elaborar juntos protocolos, a fim de reduzir filas de espera.

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. O apoio matricial em saúde objetiva assegurar, de modo dinâmico e interativo, a

retaguarda especializada às equipes e profissionais de referência. O apoio tem duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico. Funciona em forma de rede, na qual a construção deve ser compartilhada entre a referência e o apoio, sendo complementar e personalizando a referência e contrarreferência. Mantém responsabilidade pela condução do caso com a equipe de referência, buscando elaborar protocolos em conjunto, a fim de reduzir filas de espera.

Na equipe de referência, deve haver um espaço coletivo para promover a participação coletiva da gestão do serviço; a discussão sobre temas, casos e educação continuada; a elaboração de projetos operacionais e participação do planejamento geral.

O apoio matricial é um arranjo de gestão que permite organizar ações de saúde da especialidade na atenção básica e amplia o acesso nas equipes de saúde da família, favorecendo a construção de novos arranjos, onde, com uma equipe mais qualificada, é possível pensar cada situação dentro de sua especificidade sob diferentes olhares. De acordo com Figueiredo e Campos (2009), o apoio matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde, de modo a ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

Dimenstein et al. (2009) caracterizam o apoio matricial como um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde, gerando um compartilhamento de casos. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções em equipe junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação.

De acordo com Ministério da Saúde (2004), o apoio matricial é um arranjo na organização dos serviços, que complementa as equipes de referência, já que a equipe de referência é responsável pelo seu paciente – ela geralmente não encaminha, ela pede apoio. Os serviços de apoio matricial passam a ter dois “usuários” sob sua responsabilidade: “os usuários do serviço” para o qual ele é referência e o “próprio serviço”. Isso significa que o serviço de apoio participa junto com a equipe de referência, sempre que for necessário, da confecção de projetos terapêuticos dos pacientes que estão sendo tratados por ambas as equipes.

Campos e Domitti apud Dimenstein et al. (2009) afirmam que o apoio matricial, ao ser entendido como uma metodologia de trabalho que visa a assegurar retaguarda especializada, tanto em nível assistencial quanto técnico-pedagógico, pressupõe uma construção compartilhada entre a equipe de referência, composta de profissionais da atenção básica, que

têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e os apoiadores, que são especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, contribuindo com intervenções que aumentem sua capacidade de resolver problemas.

Essa articulação cria a possibilidade de efetivar a tão almejada clínica ampliada, cuja função, por excelência, seria acompanhar movimentos, metamorfoses subjetivas, paisagens que vão se processando cotidianamente na vida, proporcionando um meio criador para encontros e composições. Uma clínica como prática política, que tem a ver com afeto e com a fabricação de modos de existência. Entretanto, muitas são as dificuldades para a efetivação dessa proposta. A lógica capitalista, o individualismo, a competitividade e a segregação, tão evidentes nas sociedades atuais, contrapõem-se à lógica do trabalho em equipe, à corresponsabilização e à escuta qualificada, que são práticas essenciais para a execução da proposta do apoio matricial.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Piraí, localizado no interior do Estado do Rio de Janeiro, é o município onde foi realizada esta pesquisa no período entre agosto de 2011 e abril de 2012. Foi o local escolhido por vários fatores: apresenta 100% da cobertura populacional da ESF desde 2002; implantou o NASF em 2009 e é onde a pesquisadora está envolvida profissionalmente.

A partir das vivências profissionais da pesquisadora no município de Piraí, relatadas na apresentação deste trabalho, da boa organização dos serviços, considerada por técnicos e pela população, e após toda esta revisão de literatura sobre os NASFs e a ESF, as questões principais do trabalho se tornam bastante pertinentes.

Então, qual a trajetória do NASF no município de Piraí? É possível organizar o NASF de acordo com as diretrizes da Portaria GM nº 154?

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a trajetória de configuração do NASF em Piraí. O objetivo específico é analisar comparativamente a configuração do NASF em Piraí e suas particularidades em relação à proposta da portaria citada.

A organização dos serviços do município de Piraí tem sido considerada pelos vários atores, tanto técnicos quanto a população, como positiva, devido aos bons indicadores de saúde e a boa cobertura populacional, sobretudo na Atenção Básica, mas o NASF necessita se inserir em uma rede, a qual deve estar bem articulada principalmente com seus atores, profissionais e usuários. A portaria apresenta diretrizes bastante criteriosas sobre a constituição da equipe do NASF, da organização do processo de trabalho e da inserção deste na rede de serviços com as mãos dadas com a Saúde da Família.

Este trabalho partiu da impressão de que o NASF no município de Piraí possuía uma trajetória de organização um pouco diferente, que não seguia as diretrizes da Portaria nº 154, pois o NASF, dentro da formatação da portaria, é uma construção que demanda tempo e amadurecimento da rede. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, e os instrumentos da pesquisa selecionados foram entrevistas semiestruturadas e análise documental. A pesquisa de campo foi realizada no período de setembro de 2011 a novembro de 2011.

A análise de documentos foi prevista, mas só foi realizada parcialmente, pois a equipe não possuía atas de reunião arquivadas. Alguns entrevistados chegaram a citar que existiam atas de reuniões, mas estas não foram encontradas, então foram analisados apenas o Projeto de implantação do NASF em Piraí e o material utilizado em algumas oficinas realizadas nas equipes de saúde da família – questionários, sendo que os dados destes não foram tabulados,

pois não possuem significado direto para a presente pesquisa, apenas o método utilizado foi analisado.

Para analisar a trajetória do NASF em Piraí, optou-se por realizar entrevistas com protagonistas desta história. Como a pesquisadora já tinha um conhecimento prévio, as entrevistas poderiam abordar suas impressões e produzir novos conhecimentos sobre esta trajetória. E foi o que aconteceu: no momento das entrevistas, foi como se as análises e as posições apresentadas pelos atores entrevistados desvendassem para a pesquisadora um mundo cheio de caminhos que ela achava que podiam existir, mas que não sabia nem onde, nem como e nem o porquê. Passou então a ver todas as ações e organizações dessas pessoas como se estivessem em um tabuleiro de xadrez, com a diferença de que ela não comandava as peças, as mesmas faziam seu próprio movimento.

A população-alvo da pesquisa foi a equipe do NASF, a Secretaria Municipal de Saúde e as coordenações de programas envolvidas com a ESF. Foram realizadas cinco entrevistas, sendo três com profissionais integrantes da equipe do NASF e duas com profissionais da Secretaria de Saúde, com cargo de coordenação diretamente ligados à Atenção Básica. Devido à agenda apertada da secretária de Saúde, a mesma não foi entrevistada, mas todos os pontos considerados importantes para se constituir uma boa análise foram descritos pelos entrevistados.

As entrevistas foram semiestruturadas, e apresentavam um roteiro básico com quatro tópicos, para que os entrevistados pudessem narrar a trajetória do NASF de acordo com a sua percepção, sem se prender em perguntas. Os tópicos eram: como começou o NASF em Piraí, conformação da equipe, reuniões de equipe e atuação do NASF na ESF, sendo que durante a conversa foram acrescentados alguns pontos pela pesquisadora, tais como o papel do NASF na educação permanente, a organização atual, a relação com a Portaria nº 154 e o que o entrevistado esperava de sua participação.

Para realizar a entrevista, fez-se necessário uma apresentação breve do tema da pesquisa, por parte da pesquisadora. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e se disponibilizaram a responder os tópicos de maneira satisfatória, mas durante as entrevistas podia-se perceber o clima de tensão que o assunto NASF causava nos entrevistados, na forma de falar ou mesmo quando o gravador era desligado.

As entrevistas apresentaram um material com um grande conteúdo, que ultrapassou o limite do roteiro em vários momentos. O conteúdo das entrevistas gerou um relato da história

do NASF no município mesmo antes de ser implantado até o final de 2011. Tudo foi transcrito e analisado pela pesquisadora.

A análise do material das entrevistas não seguiu técnicas específicas ou normativas, e os dados foram agrupados de acordo com os momentos que aconteceram; depois foram aparecendo argumentos, estratégias dos autores e caminhos que foram identificados e correlacionados.

No início da análise, a trajetória do NASF foi dividida em três momentos, para facilitar o entendimento da pesquisadora. O primeiro momento ou inicial, foi desde a pré-implantação, passando pela implantação e seguindo até a primeira configuração da equipe e suas atividades; já o segundo momento apresentou a segunda configuração de equipe, com os demandadores; e o terceiro momento representou a configuração da equipe atual. Esta divisão apareceu de maneira clara na transcrição das entrevistas, mas não foi necessária na análise final.

Nesta pesquisa não foi previsto um plano de intervenção direto para o município, apenas uma análise da trajetória do NASF e uma comparação desta com a Portaria nº 154, que resultou em uma análise repleta de condições que podem ser revistas pela gestão e servir de embasamento para, a partir daí, se traçar um plano de ação no próprio município. Nas considerações finais, apenas algumas sugestões de ações no município foram colocadas.

4 ORGANIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PIRAÍ

O município de Piraí-RJ, local onde foi executada esta pesquisa, vem seguindo uma trajetória de implantação e manutenção das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica. Está localizado no Estado do Rio de Janeiro, região do Médio Paraíba, e possui uma população estimada em 25.762 habitantes, segundo o IBGE. É cortado pela Rodovia Presidente Dutra em toda a sua extensão e apresenta área geográfica de 506,7 Km², o que lhe confere uma densidade demográfica de 48,75hab/Km².

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a população urbana representa 81,7% de sua população total, tem uma média de 3,2 moradores por domicílio. Os idosos representam 11,41% da população, e as crianças de 0 a 9 anos representam 14,57% da população.

O município de Piraí já assinou o Pacto pela Saúde, em conjunto com os demais municípios da região. Conta com 13 equipes de saúde da família, 13 equipes de saúde bucal e 74 agentes comunitários de saúde. A trajetória da ESF no município se iniciou em 1997, com a implantação do Programa Médico de Família, e se consolidou em 2002, com 100% da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal.

As equipes são compostas por médico, dentista, enfermeiro, agentes comunitários, técnicos de enfermagem e ainda recebem o suporte da saúde mental, com atendimento ambulatorial de saúde mental nas Unidades de Saúde da Família, além de fisioterapeutas, nutricionistas e em algumas unidades fonoaudiólogos.

A estrutura hospitalar é composta unicamente pelo setor público e apresenta 60 leitos, através de um hospital de natureza filantrópica, que desde 1997 é administrado em regime de cogestão entre a Prefeitura e a Santa Casa de Misericórdia (Hospital Flávio Leal).

A rede é composta também por dois centros de especialidades médicas, um centro de Especialidades Odontológicas tipo I, um centro de fisioterapia, uma unidade de emergência, um Centro de Atenção Psicossocial e uma equipe do NASF tipo I.

Por meio do SUS, o município oferece uma rede de serviços de saúde que absorve mais de 90% da demanda municipal, sendo os casos mais complexos encaminhados para outros municípios. Nestas situações, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dispõe de serviços de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), garantindo o agendamento, o transporte e o acompanhamento dos pacientes em outros municípios.

O NASF foi habilitado no município em outubro de 2009 e iniciou suas atividades no mesmo ano, sendo que a sua equipe foram agregados os profissionais da própria rede, não sendo necessário contratação, apenas fazendo-se a complementação da carga horária e gratificação referente ao projeto.

A equipe do NASF no município vem trabalhando com um modelo de equipe-interação, em que as decisões são tomadas através de consenso, sem definição de hierarquia e sem uso do papel da coordenação. O NASF possui os técnicos, que são os profissionais atuantes do NASF, como psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico e nutricionista, e os profissionais demandadores, que são as coordenações de atenção básica, saúde bucal, saúde mental e vigilância em saúde, que participam das reuniões em nível central, com o objetivo de demandar necessidades e auxiliar na viabilização das ações.

O NASF iniciou suas atividades com reuniões entre os técnicos e demandadores, em que foi discutido o plano de ação; com isto os técnicos iniciaram o trabalho com as equipes através de reuniões para determinar os maiores problemas e dificuldades de cada equipe. Paralelamente a este trabalho, a equipe interna (técnicos e demandadores) se reúne quinzenalmente para discutir e reavaliar as estratégias.

Nas reuniões internas são discutidas muitas dificuldades, mas a necessidade de despertar nos integrantes o aprofundamento sobre o trabalho em equipe é consenso de todos. Apesar da rede bem estruturada e da tradição de práticas avaliativas, a relação entre os integrantes da equipe de saúde da família e sua interação no cotidiano gera conflitos e adoecimento.

Em sua pesquisa sobre práticas avaliativas, Silva et al. (2008) descrevem que Pirai possui um contexto político peculiar: desde 1993, o mesmo grupo de profissionais atua na gestão da saúde do município, tendo como projeto de governo a estruturação, o aprofundamento e a continuidade de uma política de saúde com ações planejadas de forma participativa, dialogando com a sociedade organizada, os gestores, os trabalhadores e a prefeitura.

Os autores destacam, ainda, que em Pirai foi observado um elevado nível de aprendizado institucional, que tem uma equipe de gestores atuando em seu sistema, com expressiva participação em todas as etapas do processo de implantação e consolidação do SUS no Estado brasileiro. Este aprendizado se reflete ao menos em duas iniciativas específicas e concretas no modo de gerir a coisa pública na saúde, quais sejam: o desenvolvimento sistemático de instrumentos de planejamento, programação e avaliação, e na criação de espaços e dispositivos que favorecem a construção de práticas avaliativas com

ampla participação dos usuários em suas concepções e modos de gerir as ações de saúde na Atenção Básica.

5 NASF EM PIRAÍ: IMPLANTAÇÃO, OBSTÁCULOS E DESVIOS

A partir da publicação da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, iniciou-se um processo de discussão entre a secretária municipal de Saúde e a equipe de planejamento da Secretaria de Saúde de Piraí.

A decisão de implantar o NASF em Piraí não foi simples, a secretária de Saúde manifestava uma certa resistência à implantação, baseada na observação das experiências de outros municípios que eram consideradas negativas dentro das expectativas de Piraí; ao mesmo tempo algumas coordenações de programas viam o NASF como uma estratégia para potencializar as ações das equipes de saúde da família.

Eu me lembro que a gente conversou muito, principalmente eu, como coordenadora de saúde mental, a A.B.T., como coordenadora de atenção básica e a M.C.S.R., como secretária municipal de saúde. E pensou nessa implantação [do NASF], a M.C.S.R. não acreditava e a A.B.T. queria muito fazer (profissional do NASF).

No início de 2009, após muitas reuniões, o município manifestou interesse em montar o projeto.

A gente tinha uma portaria que falava desta proposta de organização do NASF, tudo foi discutido com a secretária e a mesma achou que seria interessante constituir uma equipe multidisciplinar, que na verdade, fosse potencializar as ações da equipe de Atenção Básica (coordenadora da Atenção Básica).

As coordenadoras municipais de Atenção Básica e de Saúde Mental consultaram os municípios próximos que já tinham o NASF implantado e funcionando para obter dados sobre a experiência de atuação dos mesmos.

A gente foi sentando, propondo e pensando junto. Eu e a A.B.T. E a gente discutiu algumas coisas, tipo os NASFs na maioria dos municípios estavam funcionando muito para atendimento, referência de profissional da atenção básica, eram os profissionais especialistas que faziam o atendimento (Profissional do NASF)

O foco que o município queria dar para o NASF era realmente o de atuar no apoio direto das equipes de saúde da família, trabalhando a educação permanente, construindo o conhecimento, e não atender pelos profissionais de saúde da família, fragmentando o cuidado. Para viabilizar o apoio às equipes de saúde da família, a principal ferramenta selecionada para organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF foi o apoio matricial.

A gente [coordenadora de saúde mental e de atenção básica] pensou em procurar alguns lugares [NASFs de outros municípios], até procurou, conversei com algumas pessoas

[coordenadores e profissionais do NASF em outros municípios], mas o que a gente viu não foi muito expressivo, a gente pensou em chamar alguém que estivesse num NASF, para conversar com a gente, mas todos que a gente ia meio que sondar para ver como que tava a gente via muito este perfil, do NASF como um profissional especialista, que foi uma forma de contratar o profissional especialista para atender. A gente achou que não deveria ser isso. A gente achou que deveria ser dentro da função de matriciar (profissional do NASF).

A atuação do NASF no município era um ponto de muita discussão; a equipe tinha receio de o NASF não seguir os objetivos da portaria e se transformar apenas em mais uma porta para a atenção especializada, sendo entendida pela equipe de saúde da família como referência de atendimento especializado, passando a receber encaminhamentos e não atuando como apoio à ESF através da ferramenta do apoio matricial e do eixo da educação permanente.

Para utilizar o apoio matricial, a equipe do NASF teria que ser entendida pelas equipes de saúde da família como uma equipe integrante da rede, que iria garantir a retaguarda especializada nas equipes de saúde da família. Esta necessidade de trabalhar a ferramenta do apoio matricial no NASF era defendida, sobretudo, pela Coordenação de Saúde Mental do município, mas visivelmente pouco compreendida pelos demais integrantes da equipe do NASF e das equipes de saúde da família.

Na rede de atenção Básica em Pirai, as pessoas [profissionais das equipes de saúde da família e integrantes do NASF] não entendem bem o matriciamento, o entendimento que eu tenho de matriciamento é diferente destas pessoas (profissional do NASF).

Uma primeira constatação fica clara a partir desses depoimentos: a equipe do NASF manifestava receio de não conseguir seguir as diretrizes da portaria e defendiam que o mesmo fosse potencializar as ações da Atenção Básica, mas ao mesmo tempo se observa que a ferramenta escolhida para operacionalizar as ações do NASF não é claramente compreendida pelos integrantes da equipe do NASF, sendo que apenas dois dos cinco entrevistados citaram compreender ou conhecer esta ferramenta.

Nesse momento, passou despercebido pela equipe o quanto a ferramenta pode ser decisiva para que o NASF tenha o foco desejado. O potencial do apoio matricial não é alcançado por nenhum dos integrantes da equipe do NASF, e esta dificuldade será descrita durante a presente análise, mas cabe ressaltar que em nenhum momento da trajetória do NASF no município aconteceram oficinas para discutir e pactuar o funcionamento da equipe, o que representa um fator determinante para o desconhecimento do apoio matricial.

O projeto foi montado em 2009, liderado pela coordenação de Atenção Básica e de Saúde Mental, seguindo as diretrizes da portaria do Ministério da Saúde.

Conforme o tempo foi passando e até junto com a A.R.O., que é coordenadora da Saúde Mental, junto com ela a gente montou o projeto de acordo com os moldes do que o ministério queria (coordenadora da Atenção Básica).

No projeto, a escolha da equipe se baseia em dois critérios:

Todos os profissionais serão concursados para trabalharem na SMS de Piraf no NASF, recebendo gratificação para o trabalho de 40 horas. Serão avaliados currículos e o desenvolvimento de trabalho no município em outras áreas (Criatividade, Compromisso, Responsabilidade, Inovação) [...] (Projeto de Implantação do NASF em Piraf).

No entanto, nas entrevistas foram observados alguns critérios, delimitados pela Coordenação de Saúde Mental, Atenção Básica e secretária de Saúde.

Um primeiro critério foi levantar os principais problemas de saúde do município baseado no relatório de gestão, e a partir daí seriam definidas as áreas, que demandavam intervenção.

A gente pensou quais eram os principais problemas do município, baseado no relatório de gestão, qual seria a equipe mais adequada para trabalhar (coordenadora de Atenção Básica).

Os principais problemas de saúde identificados foram obesidade, álcool e drogas, uso irracional de medicamentos dentre outros.

[...] pelo que eu li, a equipe foi escolhida pelos problemas de saúde que mais apareciam no município. Muito problema social, problema com obesidade, álcool e drogas, uso irracional de medicamentos (profissional do NASF).

Outro critério foi quanto ao profissional para o NASF, que deveria, a priori, possuir vínculo estatutário com a Secretaria de Saúde. Não seriam contratados novos profissionais; estes deveriam ser funcionários do município e concursados.

O último critério da avaliação era que o profissional apresentasse perfil para trabalhar com matriciamento nas equipes de saúde da família.

A gente definiu com os profissionais que já tinha concursados, das áreas específicas que compunham o NASF, aí dentro de cada categoria, definiu quem tinha perfil. Então serviço social, tinham duas assistentes sociais vinculadas via concurso, então a gente achou que uma tinha perfil, a nutricionista tinha acabado de entrar pelo concurso, e estava na secretaria, no planejamento, então a gente achou que ela seria inserida na equipe do NASF. Então quando estes profissionais foram inseridos a gente até conversei inicialmente que eles foram convidados, mas que não tava claro nem pra gente se eles teriam ou não perfil (profissional do NASF).

Por exemplo, na minha área, como farmacêutico, no município só tem dois, eu vi também que era importante a presença do farmacêutico no NASF e conversei com a secretária (profissional do NASF).

Os critérios para definição da equipe se apresentam de maneira confusa em alguns pontos que devem ser destacados. A avaliação do perfil não foi realizada com todos os profissionais; por exemplo, a nutricionista tinha acabado de entrar para a secretaria pelo concurso, já o farmacêutico se disponibilizou voluntariamente, o que faz concluir que o interesse em participar ou a disponibilidade de horário foram mais relevantes no momento da definição do que propriamente a avaliação do perfil profissional, sendo que no projeto existiam itens definidos para avaliar o currículo e o desenvolvimento do profissional.

Já no critério de vínculo estatutário, o mesmo é transparente; todos os profissionais que integram a equipe já tinham vínculo estatutário com a Secretaria municipal de Saúde, não sendo necessário realizar processo seletivo, nem novas contratações.

Diante de todos estes critérios, a equipe do NASF foi composta inicialmente por cinco profissionais, sendo uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, um farmacêutico e uma assistente social. Os profissionais tinham uma carga horária de 20 ou 30 horas semanais, de acordo com o concurso no qual haviam sido admitidos. Então, para executar a carga horária semanal de 40 horas exigida pelo NASF, fez-se necessário complementar a carga horária através de gratificação salarial.

Foram profissionais aproveitados especificamente para fazer as 40 horas do NASF, eram profissionais que tinham a qualificação técnica. Pessoas que complementariam a sua carga horária no NASF, utilizamos quem tinha carga horária disponível (ex-coordenadora de Saúde Bucal e chefe do setor de marcação de consultas).

De acordo com a portaria, a composição e contratação da equipe ficavam a critério do município, seguindo apenas as categorias profissionais descritas na portaria. Diante disso, em Pirai, a opção política de montar o NASF sem concurso levou à percepção de algumas necessidades da gestão: de “controle do perfil”, apesar de este perfil ser relativo, como discutido anteriormente, otimização dos profissionais do município e redução de possíveis custos com novas contratações.

Quanto à definição dos principais problemas de saúde do município baseada no relatório de gestão, houve o rompimento com uma ferramenta importantíssima para o desenvolvimento do trabalho do NASF, que é a Pactuação do Apoio. Esta seria traduzida em uma avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de saúde da família e o Conselho Municipal de Saúde.

Antes de definir que profissionais seriam contratados, o espaço de discussão coordenado pela gestão entre as equipes de saúde da família e a participação social dos que conhecem profundamente a necessidade do seu território resultariam no início da construção

de um vínculo com a equipe do NASF, fundamental para o processo de trabalho do matriciamento. Além deste vínculo inicial, seriam demarcados espaços permanentes de discussão, que se fazem necessários para a pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre os gestores, a equipe dos NASF, a equipe de SF e com a participação social.

É importante assinalar que, em nenhum momento das entrevistas, os participantes citaram a existência de uma discussão, com o controle social ou as equipes de saúde da família, sobre a elaboração do projeto de implantação do NASF e sua atuação.

O Projeto de Implantação do NASF apresenta, em sua constituição, dois tópicos que determinam a ação articulada com a equipe de saúde da família: a necessidade de treinamento da equipe do NASF antes do início das atividades e a avaliação do trabalho do NASF.

No que se refere à ação articulada com a ESF, o projeto é bem claro e sinaliza o matriciamento como ferramenta de escolha para as ações.

Não se trata de uma Equipe de superprofissionais, com nível de atuação “superior” ao do profissional executor da rede, mas sim de um núcleo técnico que apoia e amplia as ações da atenção básica em saúde através do matriciamento [...] (Projeto de Implantação do NASF em Piraí).

A implantação do NASF, composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuem em parceria com o PSF, compartilhando responsabilidades estará facilitando o processo de trabalho do PSF, indo cada vez mais ao encontro dos atributos da APS, apoiando a concretização de um modelo de atenção que busca a intervenção nas condições de vida da população [...] (Projeto de Implantação do NASF em Piraí).

Dentro da proposta de trabalho articulado com a ESF, o projeto destaca algumas ações, tais como:

Participar das reuniões de equipe; Matriciar os trabalhos educativos nas Unidades de Saúde da Família (– Hora da Mamãe, Grupos de Tabagismo, Grupos de Saúde, Grupos de Adolescentes, Grupo de Mulheres, Salas de espera, etc.); Monitoramento das intervenções; Desmistificar o conceito de matriciamento; Atuar nas reuniões intersetoriais (encontros com Promoção Social, CAPS, Conselhos, Escolas, etc.); Realizar treinamentos rotineiros das equipes (qualificação das visitas domiciliares dos ACS de acordo com as demandas específicas de cada profissional) (Projeto de Implantação do NASF em Piraí).

De acordo com o projeto, o treinamento da equipe do NASF seria realizado através de uma rede de apoio, como o Telessaúde, a Universidade, a SESDEC e visita a outros municípios que já possuíam o NASF.

Outro ponto importante citado no projeto seria a avaliação do trabalho do NASF, através de reuniões, avaliação de metas e com a participação das equipes de saúde da família.

A avaliação acontecerá durante todo o processo de trabalho. Reuniões a princípio semanais com a equipe do NASF, posteriormente, quando a equipe estiver melhor estruturada, participação mensal na reunião do Fórum de Gerentes das Unidades de Saúde e Participação nas reuniões trimestrais de Avaliação e Planejamento com as equipes de Saúde da Família, quando serão avaliadas as metas estabelecidas, os indicativos de impasses da assistência que subsidiaram a implantação do NASF e outras formas de avaliação que serão sugeridas pelas equipes. (Projeto de Implantação do NASF em Pirai).

A partir da construção do projeto e da equipe definida, iniciou-se um projeto piloto do NASF nas seguintes equipes de saúde da família: PSF Jaqueira, PSF Centro e PSF Arrozal, na tentativa de iniciar as atividades. Esse projeto piloto teve início ainda em 2009, mas não houve treinamento da equipe e não foram encontrados documentos ou atas de reuniões que definissem metas ou indicadores.

A equipe do NASF parece ignorar os objetivos do projeto de implantação e direciona suas atividades para a estratégia de levantar problemas com as equipes de saúde da família, em reuniões nas próprias unidades de saúde da família.

A primeira tentativa de implantação tinha um grupo pequeno, tinha A.R.O., que é a psicóloga, a assistente social, tinha um projeto piloto em algumas unidades na tentativa de levantar problemas e iniciar o processo de trabalho a partir daí (ex-coordenadora de saúde bucal e chefe do setor de marcação de consultas).

[...] quando eu comecei lá no início, foi feito tudo na unidade da Jaqueira, na unidade de Arrozal, me lembra muito atenção a Jaqueira, como foi a primeira eu não me lembro bem, tem uns documentos, o que a gente fazia de reunião, porque em cada reunião a gente definia a unidade, a gente no começo não pensou em atingir todas as unidades, a gente escolheu umas estrategicamente, isso eu tenho até escrito [...] (profissional do NASF).

A atuação inicial do NASF em Pirai direcionou suas atividades para três equipes de saúde da família apenas, sendo que o NASF deveria dirigir suas ações para todas as equipes que estivessem na sua área de abrangência, que, de acordo com o projeto do município, contempla todas as equipes de saúde da família cadastradas.

Este direcionamento para as três equipes foi baseado na visão da Secretaria de Saúde e da equipe do NASF, de acordo com o olhar construído por eles sobre as equipes de saúde da família, não havendo a participação dos profissionais da atenção básica nesta decisão.

E como a ideia era criar uma situação de apoio ao Saúde da Família, eles escolheram a Jaqueira, que era uma equipe problemática (ex-coordenadora de Saúde Bucal e chefe do setor de marcação de consultas).

A definição de equipe problemática, como critério para intervenção, fica muito vaga, é externa à equipe de saúde da família e traduz o olhar da gestão sobre estas equipes. Foge completamente ao objetivo de construção de conhecimento, cogestão e apoio à ESF.

A estratégia da equipe em trabalhar com o levantamento de problemas, para fazer um diagnóstico situacional, traduz uma captura da gestão e um distanciamento das ferramentas tecnológicas apropriadas para operacionalização do NASF, dentro do eixo de educação permanente, do que foi proposto no projeto do município e na portaria.

O projeto piloto acontecia antes da publicação da portaria que habilitava o NASF em Pirai, mas esse trabalho era realizado de maneira limitada, quanto ao horário e a frequência, pois os profissionais ainda não recebiam a gratificação e não estavam se dedicando 40 horas/semanais.

A gente começou a se reunir, no começo a periodicidade não era boa porque a gente não estava recebendo e não sabia como iria ser (profissional do NASF).

Todos os problemas levantados pela equipe do NASF, através da ferramenta utilizada, foram consolidados em relatórios e entregues para a Coordenação de Atenção Básica e para a Secretária de Saúde do município. A partir daí, algumas reuniões no nível central, entre a secretária, a equipe do NASF e a Coordenação de Atenção Básica, foram realizadas para discutir esses relatórios.

Naquele momento, a equipe do NASF leu como um problema relevante trazido pelas equipes a gestão dos recursos humanos nas unidades de saúde da família, e levou este questionamento para a secretária nas reuniões no nível central, defendendo a existência do conflito entre as categorias profissionais e diferenças salariais, entre outros.

[...] na Unidade da Jaqueira e em todas as unidades que a gente definiu inicialmente como prioridade, aparecia muito a gestão de recursos humanos [...] (profissional do NASF).

A equipe do NASF era composta por cinco integrantes, dos quais três possuíam cargos de coordenação de programas. Isso nos leva a perceber que ao olhar da gestão, a captura da gestão era algo impregnado nesta equipe, que não conseguia constituir seu objetivo. Para trabalhar o apoio matricial, deveriam remover a vestimenta da gestão e compartilhar seus conhecimentos nas equipes de saúde da família.

Desde o início, com o desvio do apoio matricial, houve uma ruptura com a construção de um projeto terapêutico e uma clínica ampliada, que exigiria de seus componentes uma conversa com uma visão ampla, de rede, de construção de conhecimento e educação permanente.

Nesse projeto piloto, a equipe do NASF fez uma leitura das equipes, passou para a secretária, mas pouco entrevistou, pouco discutiu com as equipes sobre quais eram as situações

mais urgentes. Não foram encontrados registros de planos de ação e estratégias para intervir em parceria com as equipes de saúde da família.

Quando estes problemas vieram à tona através de reuniões e relatórios, começou certa divergência entre a equipe que levantou isso e a coordenação de Atenção Básica, em aceitar estes problemas. Começou uma situação desconfortável. Então estes relatórios ficaram adormecidos (ex-coordenadora de Saúde Bucal e chefe do setor de marcação de consultas).

Tais discordâncias, na verdade, eram questionamentos sobre como cada um percebia as equipes de saúde da família, sobre o olhar dessas coordenações de programas diante do diagnóstico trazido pela equipe, o que revelou uma tensão dentro da organização da Secretaria de Saúde e não propriamente das equipes de saúde da família.

O NASF não conseguiu, naquele momento, perceber a dificuldade do PSF na gestão da clínica, na qualidade do atendimento, do caminho que era direcionado para os usuários na rede e consolidou quase tudo como gestão de recursos humanos.

[...] aparecia muito a gestão de recursos humanos, e que hoje eu entendo, que na verdade o que aparecia muito ali, eu tenho pensado muito nisso, aparecia muito ali a gestão da clínica e do cuidado, era o que aparecia muito ali, a gente até lia a questão de recursos humanos, acho que ela até era a gestão de recursos humanos, mas acho que era a gente ir nos PSFs, de alguma maneira apontarem para a gente o tempo inteiro a clínica do PSF como ela se dava e como a gente avaliava q isso precisava melhorar (profissional do NASF).

Esses problemas não foram trabalhados com as equipes de saúde da família, na busca de possíveis soluções no nível local, através do atendimento em conjunto e responsabilização sobre os casos. Foram entregues à secretária, para que esta desse encaminhamento. Então qual o papel do NASF no município?

Diante disso, fica claro que existia uma dificuldade de entendimento da própria equipe do NASF sobre sua forma de atuar, e a consequência foi uma captura da gestão, que deixou transparecer conflitos intrínsecos da própria gestão da secretaria. A equipe representava um braço da secretaria entrando nas equipes de saúde da família.

Os integrantes do NASF não conseguiram, naquele momento, absorver a função de apoiadores, e estenderam suas coordenações para o núcleo. Os profissionais não cumpriam a carga horária de 40 horas exclusivamente com o NASF, continuavam exercendo suas funções anteriores e acumulando atividades. Os profissionais entram na ESF, ora como coordenadores de programas, ora como equipe do NASF. Tal organização de trabalho contribui para que esses profissionais tenham dificuldade de se identificar como equipe do NASF.

Não se observou a presença de algumas ferramentas para otimizar o trabalho da equipe do NASF, tais como definição de metas, indicadores para avaliação de resultados e agendas

de trabalho, com horários reservados para atividades pedagógicas, atividades assistenciais diretas, e revisão desta agenda com as equipes de saúde da família e controle social.

Aí depois, foi tendo uma discordância entre as minhas posições [coordenadora de saúde mental] e a posição da coordenação de saúde da família. Aí eu [coordenadora de saúde mental] preferi sair, desta função de coordenação do NASF (profissional do NASF).

Com toda esta questão das coordenações e o arranjo da gestão, o conflito se tornou inevitável; a equipe do NASF não conseguia andar com suas ações dentro da ESF, vendo-se mergulhada em tantos problemas levantados e diante de conflitos na organização da Secretaria de Saúde, e ainda ficou sem a sua coordenação. Em meados de 2009, a portaria do NASF em Piraí não tinha sido publicada e o município ainda não havia recebido verbas, desta forma ocorreu uma pausa nas atividades.

Desde a escolha da equipe, pode-se observar que os critérios se apresentam de modo verticalizado pela organização da gestão no município. Os espaços permanentes de discussão com as equipes de saúde da família e o controle social foram então desprezados, o que resultou em um distanciamento da equipe do NASF com a equipe de saúde da família, desde sua constituição.

A modificação da ferramenta de apoio para o planejamento estratégico contribuiu ainda mais para o distanciamento das equipes, e fez do NASF uma extensão das coordenações de programas da Secretaria de Saúde. O planejamento estratégico até poderia ser utilizado, mas teria que ser antes da implantação do NASF, já que é uma ferramenta da gestão que permite estabelecer as diretrizes que nortearão as atividades no médio e longo prazos.

Na contramão, o apoio matricial, que foi a ferramenta de escolha na discussão do projeto, se configurou como um suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde, a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. O receio inicial de uma captura pelo atendimento, por meio do especialista, fez com que a equipe do NASF se distanciasse tanto da clínica que a captura pela gestão através de um grupo composto por coordenadores foi inevitável, e ao mesmo tempo imobilizador.

Em outubro de 2009, a portaria habilitando o NASF em Piraí foi publicada, e o município passou a receber o incentivo financeiro; os profissionais passaram a receber suas gratificações e a secretária de Saúde voltou a discutir o funcionamento e a retomada das atividades do NASF.

[...] quando agregou a equipe toda, o NASF tinha morrido e aí tinha ressuscitado (profissional do NASF).

Então, no início de 2010, a secretária levou o assunto para o colegiado de gestão da secretaria, para decidir como seria a retomada, numa tentativa de buscar apoio para a equipe do NASF dentro da Secretaria de Saúde, já que a coordenadora do NASF havia se retirado desta função, ficando apenas como psicóloga da equipe. Na discussão ficou decidido que no NASF não existiria a figura de um coordenador, e seria como um colegiado.

Este colegiado do NASF não foi instituído oficialmente, mas trabalharia nos moldes de um colegiado, como estratégia para tentar descentralizar as discussões, apesar de a descentralização ser necessária com os profissionais da Atenção Básica, não apenas no nível central.

Neste momento, a secretária de Saúde decidiu que como os problemas maiores eram da Atenção Básica, a coordenadora da Atenção Básica não poderia ser coordenadora do NASF. Então ela bolou uma gestão compartilhada em que algumas pessoas da coordenação da secretaria iriam coordenar este grupo, iria reunir este grupo, na verdade não coordenar, propriamente dito, para conseguir traçar uma estratégia (ex-coordenadora de Saúde Bucal e atual chefe do setor de marcação de consultas).

Essa estratégia do colegiado de gestão da Secretaria de Saúde abriu caminho para a equipe do NASF constituir uma arena de discussão importante, com a perspectiva de a equipe trabalhar a construção e a troca de saberes, mas novamente a discussão ficou entre as coordenações, sem a participação das equipes de saúde da família e o controle social.

A gente ficava na dúvida se ia ter um chefe na estrutura do NASF ou se todos iriam comandar. Aí após algumas reuniões a secretária de Saúde determinou que não teria um chefe no NASF e sim um grupo de demandadores auxiliando nas demandas para o NASF trabalhar. Como um colegiado (profissional do NASF).

As coordenações de Saúde Bucal, Média Complexidade, Saúde Mental e Atenção Básica ficaram definidas como grupo de demandadores, que iriam trazer as propostas e situações demandadas pela equipe do NASF, ou seja, traçar uma estratégia de ação para o grupo. Novamente, observou-se um desvio da lógica da portaria, pois as demandas continuariam a pertencer às coordenações; a discussão continuava no nível central e não participavam as equipes de saúde da família.

Os espaços permanentes de discussão com a ESF, naquele momento, também não ficaram claros, pareciam adormecidos. Junto com os demandadores, a equipe do NASF decidiu fazer oficinas para diagnóstico situacional. Então elegeram algumas equipes e fizeram um cronograma de acordo com as unidades.

E nas reuniões a ideia foi fazer oficinas para diagnóstico situacional, foram eleita umas equipes, fizeram um cronograma de acordo com as unidades, que dia iriam lá, o que iriam fazer, orientados pela saúde mental e as oficinas começaram levantando problemas [...] (ex-coordenadora de Saúde Bucal e atual chefe do setor de marcação de consultas).

Inicialmente, a gente propôs demonstrar para as unidades o que era o NASF, então a gente fez um planejamento e dentre as 12 unidades, a gente ia apresentar a proposta do NASF em 10 unidades, seguindo um cronograma específico, a gente fez estas atividades e foram levantados alguns problemas, a partir de um questionário (profissional do NASF).

Assim, a equipe técnica retomou as atividades e foram realizadas oficinas utilizando um questionário que abordava problemas internos e externos às equipes. Esses questionários foram consolidados em pontos positivos e negativos e no que era comum à maioria das equipes.

Nesse segundo momento, a ferramenta continuou sendo o planejamento estratégico, ferramenta da gestão, e continuou transparecendo uma extensão das coordenações, cada vez mais longe do matriciamento e apoio às equipes de saúde da família. A entrada nessas equipes, desde o primeiro momento, não foi muito simples: passar a ideia do NASF e trabalhar como equipe de apoio sempre foi muito complexo para o grupo.

Eu acho que em parte, tem gente que acha que estamos indo para levar mais trabalho e tem gente que acha que a equipe multidisciplinar pode trazer um olhar diferente para a situação problema [...] (profissional do NASF).

A compreensão dos objetivos de trabalho do NASF não era clara para a equipe de saúde da família; de um modo geral, havia uma resistência para entender o apoio e aflorou uma demanda por intervenção – o que é natural, devido à complexidade dos problemas trabalhados pelos profissionais da Atenção Básica. Por isso é que o NASF deve existir, para desconstruir este modelo fragmentado e construir redes de atenção e cuidado, em corresponsabilização com as equipes.

[...] a equipe tende a demandar, querendo demandar, querendo que a gente faça, que a gente dê assistência, não no sentido de dar apoio, como é a proposta. Se a gente tende a fazer junto não tem receptividade. Eles têm a demanda e querem que você execute. É mais ou menos passar a tarefa mesmo (profissional do NASF).

É sempre no sentido assim: você vem para me dar mais trabalho. E a gente fala, mas é mais trabalho mesmo, só que é um trabalho com uma qualidade maior. Mas a percepção é essa: que o grupo vem para dar mais trabalho, para a gente fazer coisas que não são da nossa área. Por exemplo, eu não sou nutricionista, e eu tenho que fazer orientação alimentar? Como é isso? Existe esta divergência (profissional do NASF).

Trabalhar o apoio, o matriciamento que foi desejado pela equipe do NASF na constituição do projeto, exige um aprofundamento no assunto e uma mudança de atitudes,

tanto da gestão, quanto da equipe do NASF e da ESF. Os profissionais do NASF devem assumir suas responsabilidades com a ESF em regime de cogestão. É necessário construir o saber, sem haver definição de poder, e assim compartilhar diferentes experiências, para se alcançar um resultado comum e satisfatório para os usuários.

Nem sempre todos estão dispostos a sair de sua situação de conforto, do respaldo que sentem em ficar na sua sala, fazendo apenas o que se entende como seu trabalho. Existe uma grande divergência nos olhares em relação à atuação do NASF; na verdade, existe uma divergência de conceitos e expectativas, tanto da secretaria, quanto dos profissionais do NASF e da ESF. Além de existir – o que a portaria sugere – o que se entende por matriciamento na literatura e o que é realizado no município.

Eu acho que a Secretaria de Saúde como um todo deveria rever o que ela espera do NASF e ficar mais claro para as equipes. Tem um conflito de interesses, do que a secretaria quer para o NASF, do que a Coordenação de Atenção Básica quer para o NASF e do que a própria equipe quer para si. As equipes estão trabalhando e tentando afinar seus objetivos, dentro destes três objetivos que são diferentes (coordenadora do PSF).

Diante desses diferentes olhares, o usuário, novamente não teve voz, não participou da discussão. Os interesses e as tensões da gestão, aliados à baixa expectativa dos profissionais do NASF sobre suas possibilidades, extinguiram, neste momento, o potencial de melhoria da qualidade da atenção, da integralidade.

Mais uma vez, os dados coletados com as oficinas foram passados para a secretária, para o colegiado de gestão e para a equipe de demandadores. Algumas questões receberam encaminhamento, como por exemplo, o Laboratório de Análises, que apresentava demora na entrega dos exames e o fluxo de medicamentos na farmácia.

E aí elas continuam discutindo e o nosso papel foi reforçar problemas que já tinham sido discutidos e que permaneciam. Teve algum ganho com essa discussão, esse reforço de que aqueles problemas eram importantes (profissional do NASF).

Foi tudo encaminhado para a secretária e ela está dando andamento para o que ela julgou que era pertinente (profissional do NASF).

O NASF se tornou um mediador entre a Secretaria de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, pois encaminhava os problemas para a secretaria dar prosseguimento. Isto demonstrava a baixa expectativa sobre o potencial do NASF para auxiliar a equipe de saúde da família a modificar as situações demandadas.

Esta organização de equipe, com os demandadores, se reuniu poucas vezes com todos os integrantes, umas duas ou três vezes. A equipe técnica se reunia com mais frequência.

A proposta de levantar problemas, a baixa expectativa, os conflitos da gestão e a ausência da participação da saúde da família e do controle social, desde a primeira atuação do NASF, inviabilizaram o caminho para a construção do apoio.

Parece que teve umas duas reuniões que foi prestado conta do que foi feito nestas oficinas e todo cronograma inicial foi concluído. O produto final destas oficinas foi mostrado, eu participei dessas duas reuniões depois o grupão não se reuniu mais... eu percebi que eles sentiram que se eles continuassem nesta metodologia de levantar problemas, eles não iam nunca sair disso porque eles estavam tocando na ferida da Atenção Básica (ex-coordenadora de saúde bucal e atual chefe do setor de marcação de consultas).

[...] não deu tempo de avaliar se esta composição foi boa ou ruim. Porque ficou nítido que não pode levantar problema... Então aquilo ali parou não deu pra avaliar (ex-coordenadora de saúde bucal e chefe do setor de marcação de consultas).

O NASF não conseguiu se inserir na rede, não ficou clara nenhuma ação dos profissionais do NASF de discussão de casos, de utilização de medidas técnico-pedagógicas para auxiliar na intervenção com algum usuário. Assim após finalizar as oficinas, a psicóloga do grupo decidiu se afastar das atividades realizadas diretamente com a equipe do NASF.

As tensões apareceram novamente na Secretaria de Saúde, a partir do momento em que foram expostos os problemas trazidos pelo NASF, pois na verdade a maioria desses problemas não seria resolvida no nível central; deveriam ser traçadas estratégias com a Atenção Básica para melhoria da situação, com educação permanente, com visitas domiciliares, dentre outras.

Sem as reuniões com os demandadores, a equipe voltou a modificar sua forma de atuação, e desta vez não houve paralização total das atividades.

[...] a gente montou aquele colegiado de gestão do NASF, que envolvia a coordenação de saúde mental, saúde bucal, as coordenações, que eu achou que também não deu certo e isso se desfez (profissional do NASF).

No início de 2011, com o fim da equipe de demandadores, entrou o educador físico, um profissional de educação física que passou a complementar a equipe.

Mudou a constituição da equipe. Saiu o psicólogo e entrou o educador físico. É importante esta equipe multidisciplinar por causa dos diferentes olhares para uma situação problema, cada um com a sua especialidade olha o problema com uma especificidade. [...] O educador físico esta entrando agora e esta sendo uma presença muito boa (profissional do NASF).

Nesse momento, as falas indicam uma divergência: a equipe do NASF se referiu à saída da psicóloga, mas a mesma continuou na equipe, realizando apenas um trabalho isolado,

fato que veio reforçar a forma como as tensões da organização da Secretaria de Saúde afetaram e desestruturaram o NASF.

Eu sou ainda contratada pelo NASF. E isso foi uma coisa que eu organizei com a Conceição no sentido de como a gente vai fazer, eu vou sair do NASF, vai entrar outro profissional? Como eu na época do NASF, eu fiquei mais liberada porque tinha uma gerência no CAPS, aí eu ia cobrindo a coordenação de saúde mental mas ia me dedicar ao NASF. E como eu percebi que aquilo não ia dar muito certo, a situação ficou a seguinte: do ponto de vista da coordenação de saúde mental, eu faço o matriciamento em saúde mental (profissional do NASF).

A composição atual da equipe do NASF é algo difícil de entender num primeiro momento, mas é possível afirmar que houve um acréscimo na equipe com a entrada do educador físico. E a psicóloga continua integrando a equipe “no papel”; suas ações, no entanto, não são vinculadas à equipe constituída, mas direcionadas ao matriciamento em saúde mental.

O grupo continua sem a ação oficial de uma coordenação, apesar de o projeto prever a existência dessa coordenação desde o início, que seria vinculada à psicóloga do grupo. Mas efetivamente, desde o segundo momento de atuação da equipe, esta figura de coordenação se desfez.

E atualmente, eu penso que não há uma coordenação oficial, pois na verdade a oficial ainda sou eu, mas há uma captura pela coordenação de atenção básica do trabalho do NASF (profissional do NASF).

Embora pareça para a equipe que houve uma captura de pessoas, esta foi de uma lógica, a da gestão. Desde o início das ações do NASF, a lógica da gestão está dentro de cada profissional do NASF.

A gente tem atuado numa cogestão. Cogestão da Saúde da Família. Planejar junto, mostrar o que tem que ser mudado, a gente tem atuado modificando algumas rotinas, temos a pretensão de elaborar outros protocolos (profissional do NASF).

Os espaços de discussão se configuram no nível central, não sendo assegurada a participação do profissional da Atenção Básica nos processos de discussão e decisão, apenas das coordenações que os representam.

Hoje estamos trabalhando junto com a coordenação de PSF. A gente auxilia a coordenadora de Atenção Básica nas atividades dela (Profissional do NASF)

A equipe do NASF está diretamente ligada à Coordenação de Atenção Básica; suas ações são planejadas e geridas de acordo com esta coordenação, continuando no nível central.

A gente a partir do que a gente identifica nas equipes a gente tá sempre em comunicação com a atenção básica e aí a gente faz o planejamento junto (Profissional do NASF).

As demandas de atuação do NASF são identificadas diretamente pela equipe do núcleo, que as discutem diretamente com a Coordenação de Atenção Básica. Não existe um contato direto e contínuo e entre o NASF e as equipes de saúde da família.

A gente que identifica as demandas, o próprio grupo que identifica, e aí discute e muitas vezes nessa discussão com a coordenação de atenção básica, surgem outras questões e aí dali a gente encaminha tudo (profissional do NASF).

A equipe do NASF não tem atuado diretamente nas equipes de saúde da família com o apoio e o matriciamento; as ações são isoladas, de intervenção como profissional especialista sem os profissionais da saúde da família ou simplesmente de planejamento no nível de coordenação.

Estamos atuando em casos isolados, por exemplo, a fono[fonoaudióloga] esta atuando, existia uma demanda com as crianças na escola, que tinha a ver com a área de fonoaudiologia e ela esta indo nas escolas e fazendo o trabalho junto com as escolas, não a equipe de saúde da família fazendo o trabalho com as escolas, ela quanto fono esta fazendo o trabalho com os professores. A assistente social também quando tem uma demanda que já foi levantada ela esta acompanhando, aí ela vai faz visita, e ela tem o caráter assistencial (profissional do NASF).

Agora a gente esta trabalhando com o fluxo de medicamentos na Atenção Básica. Porque sempre houveram muitos questionamentos da coordenação de atenção básica, das unidades sobre este fluxo... A gente está fazendo uma proposta de mudança de fluxo (profissional do NASF).

O NASF mudou muito em relação ao projeto inicial, ele teve muito a cara da secretária de Saúde. Na minha concepção tenho que o NASF dentro da lógica da portaria seria muito difícil, hoje o que a gente conseguiu fazer foi potencializar algumas coordenações (coordenadora do PSF).

A influência das coordenações na forma de atuação do NASF se torna bem clara, e uma das razões são os três profissionais que vêm atuando desde o início e possuem cargo de coordenação de programas na secretaria. A coordenação de assistência farmacêutica, a coordenação de nutrição e a coordenação de saúde mental atuam dividindo sua carga horária, entre suas atividades de coordenação e do NASF.

Então, ao meu ver, o que a gente conseguiu foi potencializar as ações das coordenações, que a gente tem no município, coordenação de farmácia, e algumas coordenações dentro daquilo que a gente conseguiu trabalhar mais próximo delas... A gente conseguiu a organização da equipe de coordenação (coordenadora do PSF)

Durante sua trajetória, o NASF apresentou três tensões: da assistência, da gestão e da educação permanente. Desde o primeiro momento que o município pensou a implantação do NASF, havia o receio, por parte da Secretaria de Saúde e das coordenações, de que o NASF atuasse de maneira fragmentada e apenas intervencionista. Os desvios que aconteceram na trajetória do NASF, tais como não-realização de oficinas antes da implantação e não buscar apoio com os profissionais das equipes de saúde da família e conselho gestor para definir equipe e metas, resultou em olhares desencontrados sobre os objetivos e caminhos a percorrer. Com isso, a prática assistencial que está intrínseca na formação profissional dos integrantes da equipe prevaleceu em alguns momentos, como é o caso da fonoaudióloga e da nutricionista, que realizam ações de atendimento aos usuários sem a participação da equipe de saúde da família, com a finalidade de modificar e potencializar as ações da equipe. Outro ponto de tensão é a educação permanente, que no percurso do NASF não foi utilizada em nenhum momento, pois para ser efetivada necessitaria do matriciamento e outras ferramentas.

Durante as entrevistas, todos os participantes relataram que não aconteceram ações ou qualquer situação que correlacionassem com a educação permanente. A única ação que remete à educação permanente é o matriciamento em saúde mental, que está sendo realizado pela psicóloga, mas de maneira isolada e fragmentada.

Finalmente se identificou em Piraí, durante toda a trajetória do NASF, a tensão da Gestão, que na verdade, é predominante. A captura pela lógica da gestão acontece com os integrantes da equipe do NASF, com os demandadores – enfim, com todos da Secretaria de Saúde. O NASF se tornou um braço da gestão entrando nas equipes para verificar como está acontecendo a gestão de suas próprias coordenações.

As ações da equipe ficaram seccionadas de acordo com as tensões: os profissionais que acumulavam cargo de coordenação desviaram para a lógica da gestão, até direcionaram a trajetória do NASF em alguns momentos; os profissionais que acumulavam a função de assistência em saúde no município se desviaram para a assistência; e a tão desejada educação permanente, principal objetivo do NASF, ficou fragmentada numa ação isolada com a saúde mental, sem a participação do NASF.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal consideração se resume na captura da lógica da gestão, que fez com que o olhar da gestão fosse predominante em toda a trajetória do NASF em Pirai. Os profissionais do NASF, em sua maioria, acumularam a função do NASF com as coordenações de programa que já exerciam. Esta situação foi crucial para que a lógica da gestão predominasse no processo de trabalho do NASF.

As discussões desde a implantação até o final da pesquisa foram predominantemente no nível central, fazendo com que a trajetória do NASF em Pirai seguisse por um caminho que fez com que ele se transformasse numa extensão da gestão tentando entrar na Estratégia de Saúde da Família para fazer um diagnóstico situacional.

Então, qual era o objetivo do NASF em Pirai?

A trajetória do NASF que se configurou no município de Pirai perpassa alguns pontos e sentimentos que traduzem os diferentes olhares que a equipe tinha sobre o NASF. Ficou clara a falta de um objetivo comum, que deveria ter sido construído pelos diferentes atores e coordenado pelo gestor, principalmente antes da implantação.

Os passos que são sugeridos pelo *Caderno 27* seriam de grande relevância, principalmente a Pactuação do Apoio, que aconteceria com o fortalecimento de espaços permanentes de discussão com o controle social, as equipes de saúde da família e a gestão, sendo de extrema necessidade para a construção de uma equipe do NASF fortalecida e com o conhecimento das necessidades das comunidades.

Antes da implantação, quando houve um sentimento de resistência ao NASF, devido à observação de municípios vizinhos, foi um momento importante para iniciar o processo de implantação, construindo através de oficinas o modelo de NASF que o município queria desenvolver para tentar evitar a repetição do que causava receio.

O NASF que se constituiu no município caminhou por várias tentativas de formar uma equipe e atuar, mas a discussão, o amadurecimento e a utilização da ferramenta do apoio matricial não eram entendidos nem valorizados pelos integrantes.

O cumprimento das diretrizes do Ministério da Saúde que foram delimitadas pela Portaria nº154, de 24 de janeiro de 2008, ocorreu parcialmente, pois o município cumpriu o que se pode definir como organização burocrática – o quadro de profissionais, o cadastro e o número de equipes de saúde da família de referência. No entanto, dentro do que é operacional

e que depende de um processo de trabalho bem delimitado, democratizado e focado, o NASF não alcançou o principal objetivo, que estava definido no artigo primeiro da citada portaria:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da 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.

Esse desenho da trajetória que Piráí tem configurado leva a uma abordagem diferenciada dentro da comparação com a portaria e que nos remete à seguinte discussão: o principal objetivo do NASF, citado acima, de apoiar a saúde da família, não pode ser atingido com esta organização do processo de trabalho. Os profissionais do NASF precisariam sair da posição de coordenadores, no sentido de direcionar seus esforços para estudar e discutir o apoio matricial, trazendo a discussão para as equipes de saúde da família e para o controle social.

O que foi observado nesta pesquisa é que existe um engessamento das ações do NASF para com a ESF, decorrente dessa captura pela lógica da gestão que predominou no processo de trabalho da equipe. Para reverter este processo, no sentido de desviar a trajetória para um caminho congruente com a Portaria nº154 e que priorizaria o apoio matricial e a construção coletiva de um processo de trabalho participativo, como é o objetivo do NASF, seria necessário que tanto a gestão quanto a equipe do NASF rediscutisse o assunto, realizasse oficinas e solicitasse apoio da Universidade – enfim, colocasse em pauta a necessidade de reorganizar o processo de trabalho.

O caminho para se construir uma trajetória em saúde que tenha êxito é a discussão, a democratização e o encontro de objetivos comuns.

REFERÊNCIAS

ARONA, Elizabete C. Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 1, p. 26-36, 2009.

BARBOSA, Erika G. et al. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de apoio à saúde da Família em Governador Valadares. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.

BARROS, Fabrícia da S.; PINHEIRO, Roseni. Notas técnicas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização da saúde. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 111-128.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica*, n. 27, Brasília, 2010 (Série A normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: gestão e formação nos processos de trabalho*. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Projetos Programas e Relatórios*. Brasília, 2010. (Série C.)

DIMENSTEIN, Magda et al. O apoio matricial em Unidades da Saúde da Família: experimentando inovações em Saúde mental. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

FIGUEIREDO, Mariana D.; CAMPOS, Rosana O. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas: uma rede ou emaranhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FRANCO, Túlio B.; MERHY, Emerson E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança no modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

GOMES, Rafael et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, Roseni et al. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 19-36.

LOCH-NECKEL, Gecioni et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1463-1472, 2009.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PIRAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de Implantação do Núcleo de Atenção à Saúde da Família. Piraí, 2009.

PORTAL DA SAÚDE: Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>> Acesso em: 30 abr 2012.

RAMOS, Marise. Educação pelo Trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 2, p. 55-59, 2009.

SANTOS-FILHO, Serafim B. Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde: construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica. In: SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS, Maria E. B. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: EdUnijuí, 2008. p. 143-172.

SILVA, Valéria M. N. et al. A Integralidade como eixo das práticas avaliativas: o caso de Piraí. In: PINHEIRO, Roseni et al. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudo de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 153-166.

SILVA, Lúcia M. V. et al. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil*. Relatório Técnico. Salvador: UFBA, 2002.