

GERAIS

TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS

THE WORK OF FAMILY HEALTH SUPPORTCENTER IN A CITY IN MINAS GERAIS

Cassia Beatriz Batista¹, Rodrigo Martins da Costa Machado², Fernanda Jorge Maciel³, Mariana Cecília Nogueira Morais⁴, Patrícia Pinto de Paula⁵

RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família surge como estratégia prioritária para a organização da atenção primária. A pesquisa desenvolveu-se por meio de observação das reuniões do núcleo com as equipes de Estratégia de Saúde da Família, análise de diários de campo e entrevistas com profissionais dos três NASF do município. Ainda que as equipes conheçam as diretrizes, a organização e as ferramentas do NASF, a apropriação e a aplicação destes no cenário analisado ocorre de forma parcial e por vezes, confrontam com as diretrizes governamentais. O processo de implantação do NASF requer acompanhamento para consolidar algumas práticas e romper com outras que permanecem nas lógicas tradicionais de gestão do trabalho e de atenção à saúde.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Trabalho; Oficinas de Trabalho Protegido.

ABSTRACT

The Family Health Support Center (or NASF) emerges as a strategic priority of organization of primary care. The research was developed through the observation of NASF meetings with teams from the Family Health Strategy (ESF), field diaries analysis and interviews with professionals from the three Family Health Support Centers (NASF) studied in the city. The analyzes indicate that even though the teams know the guidelines, the organization and the tools, the appropriation and application of the knowledge and tools they have, in the analyzed scenario, only occurs partially and, sometimes, go against government guidelines. Therefore, it is concluded that NASF implementation process requires monitoring to consolidate some of its practices and to stop others that remain in the traditional logic of work management and health care.

Keywords: Family Health Program; Primary Health Care; Work; Workshops Of Protected Work.

¹ Universidade Federal de São João del Rei – UFSJ; cassiabeatrizb@gmail.com

² Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; rodasmcm@gmail.com

³ Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; fernandaesprmg@gmail.com

⁴ Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; mary22cecilia@hotmail.com

⁵ PUC Minas e Faculdade de Ciências Médicas; patriciapintodepaula@gmail.com

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se de um conjunto de ações de saúde que se orienta pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado e integralidade da atenção. É considerada a principal porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS) e abrange ações de prevenção de agravos, proteção e promoção da saúde (Brasil, 2011).

Desde a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, como estratégia de ampliação e fortalecimento da APS, nota-se crescente investimento do governo federal e um movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. Essa estratégia busca a superação da abordagem clínica centrada no cuidado individual e tem como característica a centralidade na família e na esfera da vida social, com ampliação do objeto de atenção (Ciampone & Peduzzi, 2000).

As equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) por vezes atuantes nas Unidades Básicas de Saúde são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal, que são referência para as necessidades de saúde da população de determinado território da cidade (Brasil, 2011).

Para atingir a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, outros profissionais foram inseridos na APS com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Cada equipe do NASF é composta por trabalhadores com formação em diferentes áreas da saúde (nutricionista, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, médico, assistente social, fisioterapeuta, profissional de educação física, sanitarista, entre outros), eleitos de acordo com as necessidades de saúde. Cabe a esses especialistas atuarem em conjunto, compartilhando saberes com as equipes de saúde da família, por meio do apoio assistencial e técnico-pedagógico (Brasil, 2008). O apoio assistencial caracteriza-se por abarcar os atendimentos individuais ou compartilhados e o desenvolvimento da prática grupal, tendo o usuário como favorecido. Já o apoio técnico-pedagógico refere-se à educação permanente, ação diretamente voltada para a equipe.

Na visão de trabalhadores da APS, o NASF tem papel essencial na potencialização da atenção primária e no auxílio à reorganização da rede de atenção secundária e terciária, por meio da otimização dos fluxos de referência e contrarreferência, tendo como pano de fundo a responsabilização do cuidado (Silva et al., 2012a). Para tanto, o NASF prioriza o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com responsabilidades mútuas entre os profissionais, por meio de espaços internos e externos de discussões, buscando superar a lógica fragmentada de cuidado em saúde (Brasil, 2009; Cunha & Campos, 2011).

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo descrever as práticas desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e compreender os arranjos de trabalho das equipes de NASF junto aos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família em um município de Minas Gerais.

Percurso metodológico

Trata-se de pesquisa descritiva com observações etnográficas (Pezzato & L'abatte, 2011) que reconhece os vários saberes e as especificidades socioculturais de cada território, as particularidades da gestão de cada Unidade Básica de Saúde e da atuação dos profissionais do NASF, assim como as concepções que as orientam.

A escolha do município, cenário deste estudo, foi intencional e levou em consideração: a) a existência de pelo menos duas equipes de NASF em funcionamento; b) a avaliação positiva sobre as ações desenvolvidas pelo Núcleo, de acordo com a gestão estadual; e c) sua localização geográfica, considerando maior facilidade de acesso da equipe de pesquisa. Assim, a Coordenação de Atenção Primária do município selecionado nos auxiliou no acesso às equipes de NASF implantadas em 2009 e que, até o ano da pesquisa, tinham cinco anos de funcionamento. Lembramos que o modelo de APS do município é direcionado para Estratégia Saúde da Família (ESF).

O município visitado é considerado de médio porte, com mais de 200 mil habitantes, apresentava, no momento da pesquisa, três equipes de NASF, que tinham como função apoiar 38

Equipes de Saúde da Família, em 32 Unidades Básicas de Saúde localizadas na cidade. As equipes de NASF eram compostas pelas seguintes categorias profissionais: a. Equipe NASF A: composta por fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, educador físico e terapeuta ocupacional e responsável por treze equipes ESF; b. Equipe NASF B: composta por nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, educador físico e responsável por treze equipes ESF; c. Equipe NASF C: composta por nutricionista, educador físico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e responsável por treze equipes ESF.

As técnicas e métodos utilizados para a coleta dos dados foram observação não-participante e entrevista semiestruturada. Foram observadas duas reuniões de matriciamento de cada NASF, a partir de roteiro previamente elaborado, que continha aspectos relativos às ferramentas de atuação do NASF. Nessa direção de conhecer a atuação do NASF em suas ferramentas, rotina e organização do trabalho, seis (6) entrevistas ocorreram com dois profissionais de cada equipe de NASF, sendo estes de quatro (4) categorias profissionais distintas. Uma entrevista com o gestor do NASF no município teve como enfoque a criação do NASF, sua estruturação e seu funcionamento pela perspectiva da secretaria de saúde.

A coleta dos dados ocorreu entre fevereiro e junho de 2014. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, e as informações das reuniões, registradas em diário de campo, depois de lido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes.

A análise dos dados consistiu de compilação das transcrições das entrevistas e dos registros das observações, leitura exaustiva do material e categorização dos conteúdos. A elaboração das categorias desenvolveu-se a partir do procedimento de análise temática das respostas das entrevistas e relatos do caderno de diário de campo, fazendo recortes e extraindo o mais relevante do que foi exposto em relação aos objetivos da pesquisa.

As categorias de análise estabelecidas neste estudo, ainda que interligadas, foram: (a) O trabalho compartilhado na atuação do NASF; e (b) Ferramentas do NASF. Tanto os roteiros quan-

to as categorias de análise foram embasados nos princípios do NASF que abrangeram a interdisciplinaridade, a atuação em equipe multiprofissional e o trabalho compartilhado e pelas ferramentas de trabalho como Clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Apoio matricial a partir dos destaques normativos dos documentos ministeriais para o NASF postos nos *Cadernos de Atenção Básica*, n.27 e n.39 (Brasil, 2009; 2014). Dando forma aos princípios e ferramentas, há os processos de trabalho em sua organização e condições estabelecidas pela gestão local (produtividade, gestão do trabalho, encaminhamento), que também foi destacado na pesquisa.

Na compreensão dos autores, os princípios de atuação do NASF - a postura interdisciplinar e a atuação em equipe multiprofissional - estão estritamente articulados com as ferramentas do NASF e seu processo de trabalho. Desse modo, ainda que categorias e temáticas estejam separadas para análise, há uma interdependência entre elas que, por vezes, gera certa repetição na apresentação dos resultados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 10.91.05.212.0000.5137) e é parte de pesquisa desenvolvida por meio da parceria entre instituições com financiamento do CNPq com bolsa de Iniciação Científica e da Fundação de Amparo à Pesquisa (Fapemig) pelo Edital PPSUS de 2012.

Resultados e discussão

Os profissionais apontam a existência de um processo inicial de implantação do NASF, no município, pouco orientado e fragmentado, sem participação dos trabalhadores das equipes de atenção básica, o que gerou tensões na relação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de NASF. Isso está refletido na dificuldade de construção coletiva de processos de trabalho compartilhados e mais sistematizados entre os trabalhadores. Há o reconhecimento do importante papel da gestão nesse processo, tendo em vista as sucessivas mudanças na coordenação das equipes de NASF, que alteraram substancialmente o modo de organização do trabalho.

(...) e eu não sei muito como foi na época a implementação, aceitação, como chegou nessas equipes, mas penso que foi uma coisa meio de cima para baixo mesmo, até mesmo pela resistência que teve e que ainda tem como NASF. (Entrevista, NASF C)

(...) Acho que a rede ficou um pouco confusa, em qual paciente foi encaminhado para qual profissional, o quê que cada profissional pode fazer, o quê que não pode fazer, qual que é a diretriz do NASF. No início não houve um curso, uma capacitação específica para entrar no NASF (...) Teve muita mudança porque mudou-se gestões (...) (Entrevista, NASF B)

Mais recentemente, os trabalhadores identificam ter ocorrido uma reorientação do trabalho do NASF e dão destaque ao crescente apoio da gestão, no sentido de as equipes atuarem fundamentadas nas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. Esse movimento de reorganização foi observado nas reuniões de planejamento e alinhamento com a participação de trabalhadores de todas as equipes de NASF.

De modo geral, são desenvolvidas reuniões da equipe NASF com todos os seus profissionais, no mínimo uma vez ao mês. A responsabilidade das reuniões de matriciamento é compartilhada entre os membros da equipe de NASF. Desta forma, para otimizar o tempo, cada equipe de NASF se divide em dois grupos de trabalho, que percorrem as unidades de referência em data predefinida, a fim de desenvolver as reuniões de matriciamento de forma simultânea e conseguir oferecer apoio matricial para todas as ESFs do município. Conforme a necessidade, outras reuniões são agendadas com toda a equipe NASF para construção de PTS e estratégias de enfrentamentos dos desafios de cada ESF. Nestas reuniões, são estabelecidos os assuntos a serem discutidos nas reuniões de matriciamento, que são planejadas para ocorrer em meio turno, na primeira semana do mês (para definição da agenda mensal). Alguns profissionais têm agendas individuais e tentam realizar atendimentos compartilhados, mas a falta de espaço também impossibilita.

3.1. O trabalho compartilhado na atuação do NASF

O trabalho compartilhado e colaborativo baseia-se na reunião de conhecimentos, habilidades e experiências, bem como na parceria, horizontalidade e corresponsabilização entre os profissionais na tomada de decisão (Fragelli, 2013). Nesse estudo, compreende-se que o trabalho compartilhado tem duas dimensões: a primeira - interdisciplinaridade - representa a relação menos vertical entre disciplinas que operam sob conceitos em comum, enquanto a segunda - interprofissionalidade - refere-se aos desdobramentos na prática cotidiana do trabalho. Ou seja, são dimensões que tratam da integração de saberes e da integração de práticas (Furtado, 2009). Nessa direção, o trabalho em equipe constitui uma prática cotidiana de comunicação entre os profissionais e articulação das intervenções técnicas peculiares a cada área profissional com flexibilização dos limites entre elas, com o desafio de superar os valores sociais hierarquizados e a existência de relações de subordinação entre as categorias (Ciampone & Peduzzi, 2000).

Nos discursos e nas reuniões de matriciamento no município estudado, observa-se algum grau de integração entre os trabalhadores que realizam o planejamento das atividades de forma conjunta com a equipe de saúde da família, enfatizando a importância de estabelecimento de um diálogo entre essas equipes e o compartilhamento de saberes.

(...) o nosso trabalho todo gira em torno desse diálogo agora, então se eles [ESF] não trazem a demanda, a gente não define o nosso trabalho (...) não são todas as equipes que ainda entendem essa necessidade ou que respeitam esse momento. (Entrevista, NASF A)

(...) a gente também não atua mais só restrito à nossa profissão (...) então as orientações nutricionais não precisam ser dadas especificamente pelo nutricionista, se a equipe for matriciada e anteriormente capacitada, então a partir desse ponto a gente acaba integrando um pouco e fazendo um trabalho mais completo. / São planejados juntos, todos os grupos são planeja-

dos juntos com as equipes de ESF. (Entrevista, NASF A)

Ademais, o estabelecimento do trabalho de fato compartilhado é também dependente de cada equipe e de suas especificidades:

Tem equipe que vê a gente como parte deles mesmo, e tem outras que parece que a gente está à parte deles (Diário de campo, NASF).

Nessa direção, a compreensão do papel do NASF por parte da equipe de referência é fundamental para a concretização desse trabalho colaborativo (Silva et al., 2012a; Fragelli, 2013).

Com relação ao planejamento de atividades, foi relatada a utilização de planilhas de identificação de demandas para compartilhamento de informações entre as equipes, permitindo que todos os trabalhadores conheçam o perfil da população do território. Nota-se, no entanto, que esse trabalho compartilhado parece estar restrito principalmente à formação de grupos operativos, que surgem das demandas trazidas pela ESF. Apesar dessa limitação, nota-se avanço, na medida em que a identificação e a apropriação dos casos e necessidades de saúde do território por parte da equipe de referência são uma maneira de compartilhar o trabalho entre NASF e ESF (Matuda, 2012).

Outra ferramenta utilizada para organização dos processos de trabalho da ESF e do NASF no município é a agenda dos profissionais, que sofre influência da pressão exercida pela gestão quanto à produtividade, especialmente no que se refere à formação de grupos operativos. Tanto na fala dos entrevistados quanto nas observações, não foi identificada relação entre o surgimento do grupo operativo com uma análise prévia do perfil epidemiológico da população adstrita ou com as necessidades dos próprios usuários. Além disso, alguns desses grupos não apresentam objetivos claros para serem criados. Especialmente as observações de campo sugerem que os grupos operativos são determinados pela demanda espontânea, em detrimento da programada, funcionando muito mais como um fim para atingimento de metas de produtividade. Apesar das ações desenvolvidas

pelo NASF objetivarem incremento da qualidade da atenção, nota-se uma dificuldade de rompimento de uma cultura que, historicamente, prioriza o aspecto quantitativo das ações, em detrimento do qualitativo (Nascimento & Oliveira, 2010).

No município estudado, novas práticas têm sido incorporadas ao processo de trabalho das equipes de NASF, como a realização de reuniões entre os profissionais do próprio NASF para discussão de casos. Práticas como essa, não previstas nas diretrizes e orientações de funcionamento do NASF, têm sido utilizadas como forma de se resolver questões de saúde do território. Por outro lado, a discussão de casos junto à ESF vem ocorrendo especialmente na abordagem de casos complexos, referidos por um entrevistado como casos de saúde mental. Nessa situação, o trabalho compartilhado parece se dar de forma mais efetiva e ter relação com a dificuldade do profissional de decidir isoladamente quanto à melhor conduta terapêutica a ser adotada, sendo que as reuniões de matriciamento se configuram como espaço importante para realização do trabalho cooperativo (Matuda, 2012).

No discurso dos profissionais, identifica-se um incremento gradual do diálogo entre eles na discussão dos casos, a partir do aumento da frequência de encontros e reuniões entre os trabalhadores, o que tem gerado maior interação entre os profissionais e permitido incorporar outros saberes nas ações de prevenção, promoção e assistência:

Um exemplo, hoje em dia a gente tem essa discussão, por que esse paciente precisa de um nutricionista? Se ele tem essa vulnerabilidade será que não é interessante também um assistente social pra acompanhar? Então o diálogo ele passou a ser fundamental (...) (Entrevista, NASF A)

Nas observações, nota-se compartilhamento de dúvidas, trabalhos realizados e projetos, sem que necessariamente ocorram construções coletivas entre a ESF e a equipe de NASF. A consolidação de espaços coletivos ainda é um desafio frente à tendência hegemônica de fragmentação dos processos de trabalho e à sobrecarga de trabalho (Silva, Fernandes, Mendes, Evangelista & Tor-

res, 2012b; Fragelli, 2013; Matuda, 2012). Os próprios trabalhadores apontam a influência do espaço físico no exercício de ações interdisciplinares:

(...) é culpa da estrutura, ficamos um pouco presos nesse sentido, a forma que arrumamos foi tentar fazer um atendimento compartilhado (NASF B).

Em outros momentos, observa-se que a necessidade de um trabalho colaborativo surge a partir da dificuldade de agenda e, portanto, devido à ausência de alguns profissionais nas reuniões de matriciamento. Isso acaba por promover um compartilhamento de saberes das profissões e da atuação do colega de equipe, por meio de estratégias inovadoras como a comunicação por *Whatsapp*, aplicativo para celular que possibilita a troca de mensagens instantânea ou áudios com usuários do aplicativo. Dessa forma, a valorização dos núcleos de saberes e a construção de relações dialógicas, interdisciplinares, centradas na interação entre a equipe são relevantes para atuação dos profissionais do NASF (Ciampone & Peduzzi, 2000; Silva et al., 2012a; Fragelli, 2013).

Para além de aspectos relativos à infraestrutura, o trabalho compartilhado guarda forte relação com os processos educativos e formativos ofertados pelas instituições de ensino, que ainda são pautados no modelo biomédico, fragmentado e especializado. Os profissionais entrevistados revelam haver fragilidade e precarização dos vínculos e falta de motivação para o trabalho. Nesse sentido, é preciso que os profissionais de saúde sejam preparados para atuarem em equipe, por meio de uma interação comunicativa e horizontal, em um processo de articulação de saberes. Outros atravessamentos influenciam o exercício de um trabalho colaborativo, como a existência de distintas valorizações sociais entre as especialidades, que acabam por criar relações de subordinação entre os profissionais, bem como a indefinição de papéis (Nascimento & Oliveira, 2010; Silva et al., 2012b; Fragelli, 2013).

Outro aspecto apontado pelos participantes foi quanto à maior complexidade de ações interdisciplinares e coletivas em relação aos atendi-

mentos centrados no indivíduo, em um único núcleo de saber. Apesar disso, percebem ser aquela a forma de trabalho mais efetiva por considerar as especificidades da população e do território, o que demonstra que essas estratégias compartilhadas de atuação têm deslocado o centro da intervenção dos territórios de especialização em direção ao sujeito do cuidado (Silva et al., 2012b).

(...) as vezes dá uma conotação de que o trabalho em grupo ou outros tipos de atenção terapêutica são mais simples do que a gente ficar lá o tempo todo cronometrado no consultório, mas, ao contrário disso, a gente trabalha muito mais, tem todo um desenvolvimento, um cuidado, cada trabalho é específico pra uma população. (Entrevista, NASF A)

No que se refere ao papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), nota-se importante participação na identificação da demanda e formação de grupos, passando até, em alguns momentos, a ser o principal responsável pela formação dos grupos operativos e o profissional mais demandado pela equipe de NASF nas reuniões de matriciamento. O ACS atua, portanto, como agenciador de encontros entre a comunidade e o serviço, garantindo vias de acesso entre essas fronteiras (Costa & Carvalho, 2012). Os participantes da pesquisa apontam, além disso, a necessidade de maior reconhecimento do trabalho desse profissional na equipe, embora as equipes de NASF e da saúde da família incentivem sua atuação como importante elo com o usuário.

(...) vale só ressaltar é a importância do agente comunitário de saúde no processo do NASF. Nem sempre há uma boa relação, mas acho de extrema importância o trabalho do agente comunitário de saúde, devia ser mais valorizado do que é hoje (Entrevista, NASF B).

Coerente com os demais achados, os profissionais compreendem que o NASF não funciona apenas como apoio, mas trata-se de parte integrante de todos os processos da atenção primária, funcionando como dispositivo inovador e fundamental para a integralidade do cuidado (Sil-

va et al, 2012a; Fragelli, 2013). Os trabalhadores apontam que isso tem exigido maior aporte de conhecimento e uma postura flexível frente às situações, em seu cotidiano de trabalho. Isso implica considerar a existência da lógica profissional, que tende à manutenção das fronteiras entre os núcleos de saber, e a lógica da colaboração, que permite a integração desses núcleos em torno de um objeto comum (Furtado, 2009). É importante ressaltar que, para que o trabalho compartilhado seja possível, é preciso não apenas esforços individuais da equipe, como também de outros agentes e dos componentes do sistema, tendo em vista a existência de diversos vetores que ora promovem a diferenciação, ora a integração entre os núcleos (Matuda, 2012; Furtado, 2009).

3.2. Ferramentas do NASF

As ferramentas de trabalho das equipes de NASF estão dispostas nos *Cadernos* de número 29 e 37 do Ministério da Saúde, documentos que orientam a atuação dos núcleos. As diretrizes apontam que o trabalho proposto entre o NASF e as equipes de Saúde da Família tem como eixo central o apoio matricial ou matriciamento, em suas dimensões assistencial e técnico-pedagógica (Brasil, 2009; 2014).

O discurso oficial sobre as ferramentas no NASF está presente nas entrevistas, principalmente o Apoio matricial, a Clínica ampliada e o Projeto terapêutico singular.

Os profissionais entrevistados reconhecem a necessidade de aprendizagem e troca de saberes entre os componentes da equipe, em um processo pedagógico constante no cotidiano do trabalho. Há momentos na reunião para debater temas pertinentes à realidade dos profissionais, reconhecidos como educação permanente em saúde. É nesse sentido que a dimensão técnico-pedagógica da atuação do NASF junto às ESF é considerada estratégia de ampliação da capacidade resolutiva, contribuindo para a integralidade do cuidado. Assim, um entrevistado afirma que a utilização do apoio matricial como ferramenta na Atenção Primária permite que ocorra um processo de aprendizagem entre os profissionais, reduzindo a fragmentação do trabalho entre a equipe, o que possibilita uma atuação mais integral e ampliada:

(...) a gente também não atua mais só restrito à nossa profissão (...) então as orientações nutricionais não precisam ser dadas especificamente pelo nutricionista, se a equipe for matriciada e anteriormente capacitada, então, a partir desse ponto, a gente acaba integrando um pouco e fazendo um trabalho mais completo. (Entrevista, NASF A)

Contudo, os profissionais estão despreparados para atuarem de forma matricial. Este despreparo, observado nas reuniões de matriciamento, ora pela ausência ou ainda incipiência de um trabalho compartilhado, ora pela dificuldade de romper com a lógica de encaminhamentos, também é apontado por um entrevistado, ao referir-se à falta de qualificação da equipe que compõe o NASF. É apontado, ainda, que a formação na graduação não é suficiente para capacitá-los para o serviço, nessa nova perspectiva de saúde e de trabalho.

Cabe ainda ressaltar que a qualificação não deve se restringir apenas aos profissionais da equipe de NASF, uma vez que se nota, nas reuniões de matriciamento, que, de acordo com a compreensão das equipes de referência quanto às diretrizes que orientam a atuação do NASF na APS, há maior ou menor grau de compartilhamento do cuidado. Há, portanto, resquícios de uma prática centralizada em núcleos de saberes e no modelo tradicional de assistência, que dificulta formas de reorganização da atenção (Silva et al., 2012b).

Nas reuniões de matriciamento, nota-se mais apropriação da própria ferramenta do NASF, com maior periodicidade dos encontros e participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiros das equipes de referência. Essa reorganização, segundo um entrevistado, favorece a discussão dos casos em reunião com a equipe de referência antes dos encaminhamentos diretos à equipe de NASF, que passa então a não ser diretamente acessado pelos usuários.

(...) o NASF é um conjunto de profissionais de diversas áreas que se reúnem para apoiar a Estratégia de Saúde da Família, é da forma que for necessário, da forma que for útil. (Entrevista, NASF B)

Eu acho que as reuniões de matriciamento estão funcionando bem, porque a gente discute vários casos e todo mundo (fica) é, como posso falar, (...) responsável por aquele paciente. (NASF C)

Nesse sentido, a atuação do NASF junto à ESF permite uma cogestão das ações, por meio de uma atuação cooperativa, que contribui para a constituição de redes de atenção horizontais (Silva et al., 2012a; 2012b).

Nota-se, no caso estudado, a transição entre uma atuação especializada dentro da Unidade Básica de Saúde para uma atuação de apoio, pautada na dimensão pedagógica e na perspectiva da educação permanente, ainda que incipiente.

A definição de apoio matricial ou mesmo a função de retaguarda especializada - que discute casos e não se estabelece apenas na dimensão assistencial - ainda é uma noção frágil nas relações de trabalho já estabelecidas com as equipes e com a população. No enfrentamento dessa lógica centrada nos procedimentos, a Clínica ampliada e o PTS tornam-se ferramentas complementares centrais para a realização do apoio matricial, como método de trabalho e reorganizador do serviço de saúde, embora notam-se ainda desafios a serem superados para sua plena implementação.

De certo modo, a Clínica ampliada, ao valorizar as diversas matrizes de conhecimentos, tensiona os limites disciplinares e potencializa uma postura interdisciplinar em que os saberes especializados possam construir sínteses singulares e apoiar a equipe de referência. Nesse sentido, pressupõe trocas e construção coletivas entre os profissionais de saúde diante de problemas de saúde e remete a: (a) compreensão ampliada do processo saúde-doença; (b) construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas; (c) ampliação do objeto de trabalho; (d) transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e (e) suporte aos profissionais de saúde (Brasil, 2009). Segundo Campos & Amaral (2007), a Clínica ampliada parte de uma noção de saúde que propõe uma reformulação do modelo biomédico, buscando uma prática clínica com outros saberes originários das Ciências Sociais e Humanas e apresenta uma concepção epistemológica e organizacional fundada na revisão do trabalho clínico, de modo que a

responsabilização macro e microssanitária sejam alcançadas. Essa responsabilização proposta pela Clínica ampliada requer promoção e ampliação do grau de autonomia dos usuários, das famílias e das comunidades, aumentando suas capacidades de lidar com seu processo de adoecimento e sua rede de dependências. Nessa concepção, o objeto de trabalho e a finalidade da prática clínica são ampliados para além da doença, focando em situações de risco e de vulnerabilidade dos indivíduos e das populações, na busca de produzir saúde por meios distintos.

Na observação do discurso dos profissionais, nota-se uma narrativa que compreende o processo de saúde-doença, ainda de forma restrita quanto às diretrizes previstas para o desenvolvimento da Clínica ampliada. Foi observada, entretanto, dificuldade na construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas nas reuniões e conversas informais com diferentes profissionais do NASF (Diário de Campo, NASF A).

Ainda que a perspectiva de atuação das equipes de NASF reflita uma compreensão de Clínica ampliada na perspectiva da construção compartilhada do cuidado, as entrevistas e observações demonstram que persiste uma dinâmica de encaminhamento aos especialistas, ou seja, em vez de os diferentes saberes circularem nas discussões de casos, há fragmentação na prática do cuidado.

A gente trabalhar com uma equipe multiprofissional, você avaliar um paciente e poder fazer um encaminhamento para um nutricionista, psicólogo, assistente social um fisioterapeuta é legal (...) (Entrevista, NASF C)

A equipe, inicialmente, à medida que o caso era apresentado, se mostrou disponível para discutir estratégias, recursos para enfrentamento das demandas, à medida que não encontrava reforço para essa discussão, começou somente a receber os casos, discutir entre a própria equipe qual melhor encaminhamento. (Diário de Campo, NASF C)

A enfermeira apresentou dois casos para equipe do NASF, que, por sua vez, tentaram iniciar uma

discussão, que não emplacou. Deste modo, a psicóloga pediu uma participação maior. Como não foi atendida, ela discutiu qual seriam, na avaliação delas, a melhor conduta para aqueles casos apresentados. (Diário de campo, NASF C)

As observações das reuniões de matriciamento trazem elementos diversos e, por vezes, ambíguos, no que tange à construção de uma Clínica ampliada na APS. Em uma das equipes, percebeu-se a participação, escuta e construção coletiva de diagnósticos e intervenções terapêuticas entre ESF e NASF, sinalizando a tentativa de construção de uma Clínica ampliada. Em outra reunião, pareceu existir uma demarcação rígida de tarefas e saberes entre ESF e NASF. Por vezes, o movimento de fragmentação dos saberes se apresentava na ESF que já vinha funcionando por encaminhamentos, que passa a ser questionada e tensionada, com a chegada do NASF.

Percebe-se que, na construção permanente da Clínica ampliada, há diferentes movimentos e coexistem os dois modelos: clínica ampliada e clínica tradicional. Observa-se que ora há discussões coletivas de casos, com construção de vínculo e responsabilização, e ora vê-se triagem e encaminhamentos entre profissionais. Essa alternância ocorre conforme as relações de trabalho entre as equipes nos serviços de saúde.

De forma geral, as entrevistas e observações trouxeram poucos elementos explícitos sobre a Clínica ampliada, contudo, constata-se que alguns aspectos dessa clínica foram incorporados no cotidiano do trabalho das equipes estudadas.

A dimensão de responsabilização pelo cuidado aos usuários (entre profissionais do NASF e das equipes de saúde da família) aparece em algumas entrevistas. É possível observar que a responsabilização é uma premissa do trabalho compartilhado com a ESF que os trabalhadores do NASF perseguem. Entretanto, é possível identificar que há ainda um tensionamento quanto a isso.

Alguns relatos apontam para uma busca, por parte da equipe do NASF, do estabelecimento de estratégias de manutenção do vínculo do usuário junto à equipe de referência, dimensão fundamental ao acolhimento. A estratégia desenvolvida

configura-se como prática inventada por aqueles trabalhadores, já que não é preconizada nas diretrizes ministeriais. Trata-se do encaminhamento de usuários para grupos permanentes da ESF, em busca da manutenção do vínculo. No caso observado, grupos operativos coordenados por uma equipe NASF apresentam objetivos e temporalidade definidos. Após seu alcance, desloca-se o usuário para grupos de práticas corporais conduzidos pelas ESF, como estratégia de manutenção do vínculo à atenção primária.

Para tal consolidação da Clínica ampliada, adotam-se algumas formas de trabalho e uma delas é a elaboração de PTS definido assim:

É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (Brasil, 2009, p. 27).

Não foram encontrados dados que permitissem constatar a utilização do PTS como ferramenta nas práticas dos NASF A, B e C. A ferramenta do PTS é utilizada ainda de forma incipiente, sendo identificados alguns elementos no material coletado, associados à sua construção: discussão coletiva de casos, definição de condutas, avaliação e retorno sobre condutas estabelecidas.

No município estudado, observa-se haver algum grau de integração entre as equipes do NASF e de referência, embora a construção do trabalho compartilhado seja dependente da interação entre os grupos e de suas especificidades. Esse trabalho compartilhado ainda está restrito principalmente à formação de grupos operativos, tendo o ACS como o agenciador de encontros entre a comunidade e o serviço.

Embora a consolidação de espaços coletivos ainda seja um desafio frente à tendência he-

gemônica de fragmentação dos processos de trabalho, foi observado nesse município incremento gradual da aplicação de diversos saberes, a partir do aumento da frequência de encontros e reuniões entre os trabalhadores e aumento da interação entre os profissionais. Isso possibilitou a incorporação de outros saberes nas ações de prevenção, promoção e assistência.

4. Conclusões

A implantação do NASF como estratégia de reorganização da saúde requer mais pesquisas e mais intervenções para que o processo de trabalho seja revisto, se instaure de fato um apoio matricial e também que outras ferramentas de trabalho do NASF sejam compreendidas e incorporadas pelas equipes e seus municípios.

A fragilidade e fragmentação na formação permanente dos trabalhadores de saúde, a superação de uma lógica de cuidado organizada por identidades profissionais rígidas e focada em procedimentos e na produtividade são desafios na produção de um cuidado compartilhado, interdisciplinar e integral que atravessa a própria funcionalidade do NASF e do sistema de saúde único.

Referências

- Brasil, República Federativa do Brasil. (2008). *Portaria GMn.154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família–NASF. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 03 de agosto de 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Brasil, República Federativa do Brasil. (2009). *Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde. 157p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos/ Cadernos de Atenção Básica, n.27). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 22 julho de 2017 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
- Brasil, República Federativa do Brasil. (2011). *Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 03 de agosto de 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Brasil, República Federativa do Brasil. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília: Ministério da Saúde. 116 p. Recuperado em 22 julho de 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
- Campos, G.W.S. & Amaral, M.A. (2007) A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859. Recuperado em 22 julho de 2017, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400013&script=sci_abstract&lng=pt
- Cunha, G.T. & Campos, G.W.S. (2011) Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 20(4), 961-970. Recuperado em 22 julho de 2017, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400007&script=sci_abstract&lng=pt
- Ciampone, M.H.T. & Peduzzi, M. (2000) Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *R. Bras. Enferm*, 53(n. especial). Recuperado em 22 julho de 2017, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024
- Costa, S.L. & Carvalho, E.N. (2012) Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11). Recuperado em 22 julho de 2017 de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a09.pdf>
- Fragelli, T.B.O. (2013) *Análise das competências profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Tese de Doutorado. Brasília – DF, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasil.

Furtado, J. P. (2009, jan.-abr.) Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1). Recuperado em 22 julho de 2017, de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1013>

Matuda, C.G. (2012) *Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia de Saúde da Família no município de São Paulo*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

Nascimento, D.D.G. & Oliveira, M.A.C. (2010) Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, 34(1). Recuperado em 22 julho de 2017, de https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf

Pezzato, L. & L'abatte, S. (2011) O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21(4), 1297-1314. Recuperado em 22 julho de 2017, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000400008&script=sci_abstract&tlng=pt

Silva, A.T.C. da, Aguiar, M.E. de, Winck, K., Rodrigues, K.G.W., Sato, M.E. & Grisi, S.J.F.E.... (2012a) Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28(11). Recuperado em 22 julho de 2017, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012001100007&script=sci_abstract&tlng=pt

Silva, L. M. S., Fernandes, M.C., Mendes, E.P., Evangelista, N.C. & Torres, R.A.M. (2012b) Trabalho interdisciplinar na Estratégia de Saúde da Família: enfoque nas ações de cuidado e gerência.

Rev. Enferm., 20(6). Recuperado em 22 julho de 2017, de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6024>

Recebido em: 11/09/2016

Aceito em: 12/08/2017