



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**Alessandra Fontana
Ana Weigert Bressan
Carolina Calado Carneiro**

**NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): uma
abordagem multiprofissional na perspectiva da integralidade**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

**Alessandra Fontana
Ana Weigert Bressan
Carolina Calado Carneiro**

**NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): uma
abordagem multiprofissional na perspectiva da integralidade**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como parte das
exigências do Curso de Residência
Multiprofissional em Saúde da
Família, para obtenção do título de
Residente em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof^ª Ms. Neila Maria
Viçosa Machado

**FLORIANÓPOLIS
2012**

Alessandra Fontana
Ana Weigert Bressan
Carolina Calado Carneiro

**NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): UMA
ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA
INTEGRALIDADE.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Especialista em Saúde da Família” e aprovado em sua forma final pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Local, 09 de outubro de 2012.

Prof. Daniela Lemos Carcereri
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Neila Maria Viçosa Machado
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Keli Regina Dal Prá Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Enf^a: Fernanda Paese
Coordenadora do NASF-DS Centro, SMS de Florianópolis/SC

Dedico este trabalho a todos os meus amados...

Meu pai Aldo (*in memoriam*), minha fortaleza em terra, agora no céu.

Minha mãe Égide e meu irmão Paulo, fortalezas aqui na terra.

À amizade mais pura e sincera, nascida aqui na Residência (Ana e Lola), que me fez forte o suficiente para crer que tudo realmente valeu a pena.

E a todos os amigos e pessoas especiais, que de uma forma ou de outra, sempre estiveram ao meu lado, me ouvindo, me apoiando, me aconselhando, me suportando ou me convidando para uma cerveja... os carrega do lado esquerdo do peito para todo o sempre.

Alessandra Fontana

À minha amada mãe que sempre me
acalorou, me consolou, me acolheu,
me compreendeu, e que, na sua mais
pura essência, é tão grandiosa e
humana.

Ana Weigert Bressan

Aos meus pais e minhas irmãs por me incentivarem a realizar e concluir o Curso REMULTISF com êxito e ao meu namorado, Pierry, por me fazer refletir sempre sobre os caminhos que tenho escolhido na minha vida profissional.

Carolina Calado Carneiro

AGRADECIMENTOS

Agradecemos

À professora Neila que nos acompanhou no desenvolvimento desse trabalho, aceitando orientar o “Trio-ternura” ao longo desses últimos meses... por todos os seus ensinamentos e por sempre nos receber de braços abertos, um sorriso no rosto e um bom humor contagiante.

Aos preceptores por compartilharem saberes e práticas, em especial à Tati, Aloísio e Karine pela amizade e compreensão nos momentos de desânimo;

Aos amigos R1 e R2, em especial a Ju e a Nicole

Aos tutores da Residência Multiprofissional

À Coordenação do Curso

À Secretaria Municipal de Saúde, ao DS Centro e aos Centros de Saúde, em especial ao CS Prainha e CS Trindade onde passamos a maior parte da Residência.

Às equipes de SF e a equipe NASF por participaram da coleta de dados e possibilitarem a conclusão deste trabalho.

RESUMO

O NASF foi criado em janeiro de 2008, pelo MS, e apesar de bem estabelecido em nosso município, ainda é um núcleo novo de atuação e está em processo de construção dentro da rede. A SMS de Florianópolis no momento trabalha para esta organização, discutindo o processo de trabalho e tentando criar indicadores para sua avaliação. A turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família que ingressou em 2010 foi a primeira a trabalhar segundo os moldes do NASF, fato que instigou a escolha do tema. A proposta deste estudo visa analisar a atuação da equipe NASF do DS Centro, na perspectiva dos profissionais das equipes de SF e NASF, sob a lógica da ESF e da diretriz da integralidade, a partir de uma abordagem multiprofissional. A partir disso, conhecer como se desenvolvem algumas ações organizadoras, especialmente o apoio matricial e como os profissionais o desenvolvem em direção a promoção de um trabalho integrado de equipe. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, descritivo e exploratório. A amostra foi composta pelos profissionais das equipes de SF do DS Centro e pelos profissionais NASF deste mesmo DS. Os dados foram obtidos por meio de entrevista coletiva semi-estruturada utilizando-se dos espaços das reuniões de equipe semanais nos respectivos CS e da reunião mensal no DS Centro, com os profissionais NASF. Os dados coletados foram transcritos, categorizados e analisados de acordo com critérios pré-definidos pelos pesquisadores, através da análise de conteúdo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido garantindo a participação voluntária e o sigilo das informações prestadas. De acordo com os depoimentos percebe-se que os profissionais da Atenção Primária consideram a equipe NASF um vínculo fundamental, porém insuficiente pelo pouco tempo de permanência nos CS; há compreensão sobre o que é o NASF e o apoio matricial foi unanimidade nas falas de todas as equipes de SF quando questionadas sobre as ações realizadas pelo NASF. A compreensão sobre matriciamento está diretamente ligada à discussão de casos para as equipes de SF. Já os profissionais NASF apesar de compreenderem os conceitos, objetivos e a forma como deve ser praticado, referem não conseguir exercê-lo conforme teoria. Em relação à integração intra-equipe NASF, os próprios profissionais mencionam que o contato é escasso, pouco integrado e pouco interdisciplinar.

Palavras-chave: SUS. ESF. NASF. Matriciamento.

ABSTRACT

The NASF was created in January 2008 by MS, and although well established in our city, it is still a core of new performance and is in the process of construction. The Municipal Secretariat of Health (SMS) from Florianópolis currently working for this organization, discussing the process of work and trying to create indicators for evaluation. The class of Multidisciplinary Residency in Family Health who joined in 2010 was the first to work along the lines of NASF, a fact who instigated the choice of theme. This study aims to analyze the performance of the DS Center NASF team, from the perspective of professional SF teams and NASF team, under the logic of the ESF and the guideline of integrality, from a multidisciplinary approach. From this we know how to develop some actions organizers, especially the matricial support and as the professionals that make up the NASF DS Center develop the matricial support in the direction to promote of an integrated team. This is a qualitative study, descriptive and exploratory. The sample was composed by the Family Health teams from Sanitary District Center and by NASF professionals from this same District. Data were collected through semi-structured press conference using the spaces of weekly staff meetings in their respective health centers and the monthly meeting on the DS center, with professionals NASF. The collected data were transcribed, analyzed and categorized according to predefined criteria by researchers, through content analysis. All study participants signed a consent form ensuring voluntary participation and confidentiality of information provided. According to the testimony realizes that professionals consider the Primary Care team NASF a bond critical, but insufficient for the short time spent in the CS, there is understanding about what is the NASF and matricial support was unanimous in the speeches of all SF teams when asked about the actions taken by the NASF. Regarding integration intra-team NASF, the professionals themselves report that the contact is scarce, poorly integrated and interdisciplinary bit. As for the matricial support to SF teams, it is directly connected to the case discussion, transfer case. Professionals NASF can not exercise it despite understanding the concepts, objectives and how it should be practiced.

Key-words: SUS. ESF. NASF. Matricial support.

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
APS - Atenção Primária à Saúde
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
SF – Saúde da Família
DS Centro - Distrito Sanitário Centro
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
CS – Centro de Saúde
PTS - Projeto Terapêutico Singular
PST - Projeto de Saúde no Território
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	23
2. OBJETIVOS.....	25
2.1. Objetivo Geral.....	25
2.2. Objetivos Específicos.....	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
3.1. Programa de Saúde da Família/Política Nacional de Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.....	27
3.2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.....	29
3.2.1. Aspectos Normativos.....	19
3.2.2. Composição das equipes NASF.....	30
3.3. Organização do Processo de Trabalho em Saúde – ESF/NASF.....	32
3.3.1. Desenvolvimento do processo de trabalho do NASF: Diretrizes, ações e ferramentas para sua organização.....	35
3.4. Matriciamento/apoio matricial como ferramenta de organização de processo de trabalho do NASF: conceitos.....	40
3.5. Diretrizes NASF: integralidade como principal diretriz.....	44
4. METODOLOGIA.....	47
4.1. Tipo de pesquisa.....	47
4.2. Amostra.....	47
4.3. Coleta de dados.....	48
4.4. Análise de dados.....	49
4.5. Aspectos Éticos.....	50
4.6. Cronograma.....	50
4.7. Orçamento.....	51
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
5.1. O NASF sob a perspectiva dos profissionais que integram as equipes de SF do DS Centro.....	51
5.1.1. Compreensão da equipe de SF quanto ao que é o NASF.....	52
5.1.2. Compreensão das equipes de SF quanto ao processo de trabalho do NASF: Diretrizes, ações e ferramentas para sua organização.....	56
5.1.3. A integração da equipe NASF junto às equipes de SF/CS: uma visão da equipe de SF.....	61
5.2. O NASF sob a perspectiva dos profissionais que integram a equipe NASF/ DS Centro – Florianópolis/SC.....	68
5.2.1. Compreensão da equipe NASF sobre o seu processo de trabalho enquanto núcleo integrado e interdisciplinar.....	68
5.2.2. Organização da agenda da equipe NASF, segundo as ações para as quais é dispensado maior tempo.....	76

5.2.3. A integração da equipe NASF junto à equipe de SF: uma visão da equipe NASF sob a lógica da organização do seu processo de trabalho.....	82
5.2.4. Limites e possibilidades para atuação da equipe NASF.....	85
5.3. A compreensão do matriciamento na Atenção Básica/ESF.....	87
5.3.1. Matriciamento sob a ótica dos profissionais NASF.....	89
5.3.2. Matriciamento sob a ótica dos profissionais da equipe de SF.....	93
6. CONCLUSÃO.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
APÊNDICE A – Roteiro para entrevista com profissionais da equipe NASF.....	109
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com profissionais da equipe de SF.....	110
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	111
ANEXO A – Orçamento.....	113

1. INTRODUÇÃO

A partir da homologação da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, incorporando os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade frutos da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 (BRASIL, 1990a).

O SUS foi regulamentado por meio das Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080 em 19 de setembro de 1990 (Lei nº 8.080/1990) a qual estrutura os serviços de saúde, a partir dos princípios doutrinários presentes na Constituição bem como pelas diretrizes de descentralização, participação popular e hierarquização/regionalização visando atender com resolubilidade as necessidades de saúde da população e Lei nº 8.142 de 28 de dezembro 90 (Lei nº 8.142/1990), que trata da participação comunitária na gestão do Sistema na gerência do SUS por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A diretriz da descentralização traz como foco a reorientação do modelo de atenção e gestão. Neste sentido, a partir de 1994, a Atenção Primária foi reestruturada e reorganizada com o propósito de reordenar os serviços da rede básica e implantar um novo modelo de atenção por meio da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (SANTOS & MELO, 2008).

Dentro do escopo de apoiar à inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2010).

O NASF foi criado em janeiro de 2008, pelo MS, por meio da publicação da Portaria Federal nº154, de 24 de janeiro de 2008 (Portaria Federal nº154/2008), tendo por objetivo ampliar a abrangência e a diversidade das ações das equipes de Saúde da Família (SF), visando a uma melhor qualidade para os usuários da Atenção Primária, promovendo a prevenção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2008a).

Em Florianópolis, a Portaria Municipal nº 283 de 06 de agosto de 2007 (Portaria Municipal nº 283/2007) que aprova a Política Municipal de Atenção à Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária, e traz as equipes de apoio como uma especificidade e organização da ESF através de ações de matriciamento,

orientando a organização dessas equipes em cada distrito sanitário (FLORIANÓPOLIS, 2007).

O NASF municipal atualmente é regido pela Instrução Normativa nº 001 de 14 de janeiro de 2010 (Instrução Normativa Municipal nº 001/2010) que define as normas e diretrizes para a gestão e atuação dos NASF em Florianópolis. Segundo o documento supracitado, o NASF deve ser composto por pelo menos cinco profissionais de categorias diferentes, citando o psiquiatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico, pediatra e profissional de educação física, podendo ainda acrescentar qualquer outro profissional que a Portaria Federal nº154/2008 define como composição do NASF (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Especificamente o NASF do Distrito Sanitário Centro (DS Centro), local em que foi realizado o estudo, conta com uma equipe composta pelos seguintes profissionais: um Nutricionista, um Farmacêutico, dois Psicólogos, um Fisioterapeuta, um Assistente Social, um Profissional de Educação Física, um geriatra, dois Psiquiatras e dois Pediatras, e recentemente o fonoaudiólogo, vinculados atualmente a dezessete equipes de SF, distribuídas entre cinco Centros de Saúde (CS) (Monte Serrat, Centro, Agrônômica, Trindade e Prainha).

Apesar de bem estabelecido em nosso município, o NASF é um núcleo novo de atuação e ainda está em processo de construção dentro da rede. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis no momento trabalha para esta organização, discutindo o processo de trabalho e tentando criar indicadores para sua avaliação.

A turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família que ingressou no ano de 2010 foi à primeira de Florianópolis a trabalhar segundo os moldes do NASF, inserindo os residentes dos cursos de Educação Física, Farmácia, Nutrição e Serviço Social na rotina de trabalho do NASF do DS Centro, fato que instigou a escolha do tema. Assim, o interesse em aprofundar os estudos quanto ao processo de trabalho do NASF partiu da necessidade de se conhecer a atuação destes profissionais frente às equipes SF do DS Centro de Florianópolis.

A proposta deste estudo visa conhecer a organização do processo de trabalho do NASF em direção a sua estruturação enquanto um núcleo pautado pelo princípio da integralidade, sob a percepção dos profissionais das equipes de SF e dos próprios profissionais da equipe NASF. A partir disso, foi possível conhecer como se desenvolvem algumas ações organizadoras, especialmente o apoio matricial e, como os profissionais que compõem o NASF do DS Centro o desenvolvem em relação a promoção de um trabalho integrado de equipe.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar a atuação da equipe NASF do DS Centro, na perspectiva dos profissionais das equipes de SF e NASF, sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família e da diretriz da integralidade, a partir de uma abordagem multiprofissional, no município de Florianópolis, Santa Catarina.

2.2. Objetivos específicos

- ☞ Descrever como está organizado o processo de trabalho do NASF junto às equipes, segundo a lógica da Instrução Normativa nº 001/2010, Portaria Federal nº 154/2008, Portaria 2.488/2011 e as e os Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes do NASF (2010).
- ☞ Verificar qual a compreensão da equipe NASF sobre o seu processo de trabalho enquanto um núcleo integrado e interdisciplinar.
- ☞ Investigar o que a equipe de SF conhece sobre a atuação do NASF.
- ☞ Averiguar se há integração entre equipe NASF e equipe de SF.
- ☞ Identificar limites e possibilidades no processo de trabalho NASF.
- ☞ Investigar a compreensão do apoio matricial presente nas equipes de SF e NASF.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Programa de Saúde da Família/ Política Nacional de Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família

A declaração de Alma-Ata, datada de 1978 e aprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1979 aponta a APS como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos (ABRAHÃO, 2007). Nessa proposta a APS é tratada como uma estratégia para ampliar o acesso de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000. O enfoque dado foi à promoção e prevenção da saúde com profissionais cuja formação e desempenho fossem, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade (Declaração de Alma-Ata apud ROSA & LABATE, 2005).

Nesse contexto acontece em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde onde é fomentada a reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único MS, que vem a ser responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde. Em seguida, em 1988 ocorre a promulgação da nova Constituição Brasileira que deixa estabelecido em lei que todo brasileiro goza do direito ao acesso às ações e serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde (ROSA & LABATE, 2005). Sendo o SUS idealizado nessa circunstância (BRASIL, 1991).

A partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, (CORDEIRO, 1996). Segundo a Lei nº 8.080/1990, a saúde é vista não somente como a ausência de doenças e é também determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. (BRASIL, 1990a).

Desde então há uma busca por novos modelos de assistência à saúde. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, mudando a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e biologicista e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante (ROSA & LABATE, 2005 apud LEVCOVITZ & GARRIDO, 1996).

A família passou a ser considerada uma unidade de intervenção e firmou-se a premissa da reorientação das práticas profissionais a partir da Atenção Primária, no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010).

O PSF iniciou em 1994, com a implantação das primeiras equipes no norte e nordeste do país. Em 1996 o PSF já estava presente em quatro municípios de Santa Catarina, sendo Florianópolis um desses. A partir daí houve uma expansão com o aumento da cobertura populacional por equipe de SF (BRASIL, 2009).

Neste cenário o PSF passou a ser o modelo de reorientação da assistência prestada pela Atenção Primária e a SF, pensada inicialmente como um programa, figurou no quadro do MS como uma estratégia (ABRAHÃO, 2007).

Em 2006 foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) aprovada pela Portaria Federal nº 648 de 28 de março de 2006 (Portaria Federal nº 648/2006). Esta portaria, além de aprovar a PNAB estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o PSF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006b).

A PNAB caracteriza a Atenção Básica por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural. Ainda menciona como princípios orientadores a universalidade, a acessibilidade e coordenação do cuidado, o vínculo e continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2006b).

Em outubro de 2011 foi publicada a nova PNAB, aprovada pela Portaria Federal nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Portaria Federal nº 2.488/2011), que surge para unificar diversas portarias que tratam da Atenção Primária. A nova política unifica e revoga a legislação acerca da ESF, PACS, NASF (BRASIL, 2011).

A nova política traz como item necessário a ESF uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A nova política modifica a composição da equipe mínima quanto à especialidade dos dois cargos superiores (médico, enfermeiro) declarando que esses devem ser generalistas ou especialistas em saúde da família e ainda, para os médicos somente, ser especialista em família e comunidade. Ainda

acrescenta a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011). E mantém o número de 750 pessoas para cada ACS, bem como a proporção de 4000 pessoas a serem atendidas por cada equipe de SF, realçando que a média deve ser de 3.000 pessoas, mas deixa claro que esta definição deve respeitar o critério de equidade, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade dos usuários no território em questão, menor deve ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011).

Ainda refere que a carga horária a ser cumprida é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, com exceção dos profissionais médicos, que podem exercê-la de modo diferente, obedecendo a normas descritas também nessa mesma política. Ainda mantém a orientação, diante de autorização prévia do gestor, da dedicação de até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2011).

Em que pesem os bons resultados alcançados pela implantação da ESF no território nacional, verifica-se que, para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes da ESF (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010). Sob essa perspectiva, criam-se os NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolubilidade.

3.2. Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF

3.2.1. Aspectos Normativos: Portaria Federal nº 154/2008; Portaria Federal nº 2.488/2011 e Instrução Normativa Municipal nº 001/2010.

O NASF foi criado pela Portaria Federal nº 154/2008, que estabelece que esse núcleo seja constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (BRASIL, 2008a).

A Portaria Federal nº 2.488/2011 diz que o NASF deve atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de SF, equipes da Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc) e academias da saúde, por meio

do compartilhamento de práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando no apoio matricial às equipes em que estão vinculados (BRASIL, 2011).

As Portarias Federais citadas anteriormente e a Instrução Normativa Municipal n°001/2010 declaram que o NASF não se constitui em porta de entrada do sistema para o usuário, sendo estes núcleos voltados para o apoio e fortalecimento das equipes de SF (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011; FLORIANÓPOLIS, 2010). Os profissionais dos NASF devem ser acionados pelas equipes de SF, a partir das dificuldades encontradas por estas em seu trabalho cotidiano (FLORIANÓPOLIS, 2010).

A Instrução Normativa Municipal ainda deixa claro que não deve haver acesso direto ao NASF a partir de encaminhamentos de profissionais das policlínicas, hospitais e outras instituições, devendo ser construídas outras formas de acolhimento desta demanda nos serviços especializados ou haver redirecionamento para as equipes de SF para acompanhamento conjunto com o respectivo NASF (FLORIANOPOLIS, 2010).

Sendo assim, o NASF deve atuar a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou academias da saúde, e de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados, etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2011).

3.2.2. Composição das equipes NASF

Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de SF (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011).

Existem duas modalidades de NASF, conforme as Portarias Federais n° 154/2008 e n° 2.488/2011, o NASF 1 e NASF 2, sendo que o modelo NASF adotado por Florianópolis corresponde ao NASF 1, já que somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2. (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2010).

A portaria mais atual traz os profissionais que poderão compor o NASF, como descrito a seguir:

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011).

A composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais, e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

No caso do município de Florianópolis, o NASF deve ser composto por pelo menos cinco profissionais de categorias diferentes, citando o psiquiatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico, pediatra e profissional de educação física, mas deixando a brecha de inclusão dos outros profissionais citados na revogada Portaria Federal nº 154/2008, a saber: Médico Acupunturista; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008a; FLORIANOPOLIS, 2010).

A modalidade NASF 1 deve realizar suas atividades vinculada a, no mínimo, oito equipes de SF e, no máximo, quinze equipes de SF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, mas, nos municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, esta poderá realizar suas atividades vinculada a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove equipes. Para o

NASF 2 o vínculo mínimo é de três equipes de SF e o máximo é de sete equipes de SF (BRASIL, 2011).

A Portaria Federal nº 154/2008 que instituiu o NASF define que o NASF 1 deve ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de categorias diferentes e o NASF 2 por, no mínimo, três com carga horária de no mínimo 40h/semanais, excetuando-se o médico, onde esclarece que pode-se ter dois profissionais com carga horária de 20h/semanais em substituição a um de 40h/semanais, e o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, onde que deve-se ter registrados e atuantes no mesmo NASF dois profissionais das respectivas classes exercendo 20h/semanais cada. (BRASIL, 2008a).

A Portaria Federal nº 2.488/2011 não define mais a composição em número de profissionais, mas sim em carga horária, sendo que no NASF 1 a soma das cargas horárias dos diferentes profissionais deve acumular, no mínimo, 200h/semanais e, no NASF 2, 120h/semanais, estabelecendo que o profissional deve exercer carga horária mínima de 20h/semanais. Ainda clarifica que cada ocupação, considerada isoladamente, tem carga horária mínima 20h/semanais e a máxima de 80h/semanais para o NASF 1 e de 20h/semanais e 40h/semanais, respectivamente, para o NASF 2 (BRASIL, 2011).

A legislação municipal determina que cada NASF seja vinculado a, no mínimo, oito e, no máximo, vinte equipes de SF de um mesmo Distrito Sanitário, seguindo as determinações da Portaria Federal nº 154/2008 e quanto à composição da equipe NASF define seja composta por, ao menos, cinco profissionais entre as sete categorias diferentes: psiquiatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico, pediatra e profissional de educação física, podendo este ser complementado por outros profissionais que estejam contemplados na Portaria Federal nº 154/2008 (FLORIANÓPOLIS, 2010).

3.3. Organização do Processo de Trabalho em Saúde - ESF / NASF

Conforme Marx (1994), no processo de trabalho, o homem age operando uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, com uma finalidade tal. Há três elementos componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho.

O trabalho em saúde adquire uma característica identificada por Pires (2000):

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviço... Não tem como resultado um produto material... O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo e institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho. Sob a lógica taylorista, entende-se que para aumentar a produtividade, expande-se a divisão parcelar do trabalho e a mecanização da produção (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Pires (2000) deixa claro o entendimento da divisão do trabalho no setor saúde, onde cada grupo profissional presta a assistência à saúde separado do restante.

O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional (PIRES, 2000).

Para Schraiber et al (1999), a divisão do trabalho na área da saúde gerou a condição de complementaridade e interdependência dos diversos trabalhos especializados. Quando a equipe é multiprofissional e os agentes possuem autoridades desiguais, a tensão surge do embate entre a complementaridade e interdependência em busca da ampliação da autonomia técnica dos profissionais.

Campos (1997) considera que o trabalho das equipes sofre influência da linha *taylorista*, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, sob a possibilidade de

controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho e ainda, aponta as dificuldades ocorridas entre a proposta de cuidado/assistência generalista e a especializada. No primeiro caso têm-se técnicos polivalentes e com atribuições semelhantes, que não consideram a especificidade, e no outro caso têm-se especialistas que se encarregam de uma parte de intervenção e por isso não podem ser responsabilizados pelo tratamento global do sujeito, o que implica em perda da visão integral desse sujeito (CAMPOS, 1997 apud MEHRY & ONOCKO CAMPOS, 1997).

O modelo hegemônico biomédico, que figurou por anos, é visto ainda como responsável pela atual produção de saúde na rede de atenção à saúde. Os problemas que emergem do campo da saúde ou do processo saúde-doença são inequivocamente multicausais e com dominação biomédica (ABRAHÃO, 2007). Este cenário acaba por vezes influenciando a formação profissional, como também a prática assistencial, traduzindo-se num grande desafio para que se possam atingir os objetivos traçados pela ESF (RIBEIRO et al, 2004).

A ESF caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado (BRASIL, 2010). O CS é o local que estrutura a ESF e trabalha baseado nos princípios de integralidade da atenção ao sujeito e hierarquização, equipe multiprofissional, territorialização e cadastramento da clientela (ABRAHÃO, 2007).

A integralidade da atenção ao sujeito requer a recomposição de trabalhos especializados, com vista a uma equipe multiprofissional que dê conta da totalidade das ações, tendo noção das necessidades de saúde e do complexo processo saúde-doença. Alocar recursos humanos de diferentes áreas não garante tal recomposição se as ações forem caracterizadas de forma isolada, justapostas e não articuladas, impedindo assim o alcance da eficácia e eficiência dos serviços na atenção à saúde (SCHRAIBER et al, 1999).

Segundo Ribeiro et al (2004), a prestação da assistência integral constitui-se em um importante desafio, já que se propõe uma ruptura com o modelo assistencial atual e construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética.

Conforme Araújo & Rocha (2007) a importância do trabalho em equipe na ESF é ressaltada, principalmente, pelo aspecto da integralidade nos cuidados de saúde. O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAUJO & ROCHA 2007).

Como mencionado anteriormente o NASF surgiu com o intuito de fortalecer a ESF. Isso pode ser reforçado pela fala de Nascimento & Oliveira (2010) onde relatam que para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes da ESF.

Integrar uma equipe é mais do que, simplesmente, agregar e somar funções para se alcançar um objetivo comum. A integração entre os componentes da equipe 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).

Nesse sentido a equipe NASF tem como tarefa primeira o estabelecimento de um vínculo de confiança com os profissionais da equipe de SF para integrar-se ao cotidiano das equipes e desenvolver o seu trabalho (BRASIL, 2010).

Para o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF os Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010), que segundo a Portaria Federal nº 2.488/2011 é um dos principais documentos que trata das normas de organização do trabalho do NASF, descreve as diretrizes, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF, equipes de Atenção Básica para populações específicas e/ou academias da saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

3.3.1. Desenvolvimento do processo de trabalho do NASF: Diretrizes, ações e ferramentas para sua organização.

Para a atuação do NASF, algumas diretrizes relativas à APS são consideradas e descritas, como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

A interdisciplinaridade diz respeito ao trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam de uma forma dinamizada. **A intersetorialidade** é uma articulação entre

sujeitos de setores sociais diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto [...] favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos [...] **A Educação Permanente em Saúde** diz respeito às necessidades do serviço e das equipes que nele atuam de trabalhar com a aprendizagem significativa, envolvendo os fatores cognitivos, relacionais e de atitudes, visando qualificar e (re)organizar os processos de trabalho[...] **É no território** que se processa a vida social, como decorrência, as equipes de SF precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades[...] **A Participação Social** envolve o fortalecimento dos espaços sociais, comunitários e locais em geral, com foco na gestão participativa[...] **A Educação Popular em Saúde** é um modo orgânico, participativo e prazeroso de cuidar da saúde e de fazer a gestão dos territórios, por meio dos indivíduos, como sujeitos do seu próprio processo de trabalho[...] **A Promoção da Saúde** visa desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis[...] **A Humanização** é entendida como uma possibilidade de transformar as práticas de atenção e gestão no SUS...o usuário deve ser entendido como cidadão em todas suas dimensões [...](BRASIL, 2010, grifo nosso).

A integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS, permeia por todos os espaços, tanto que vem citada como uma das principais diretrizes para atuação do NASF e vem compreendida em três sentidos: a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além da organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010).

O processo de trabalho do NASF é organizado levando em conta o território sob sua responsabilidade em conjunto com as equipes de SF,

equipes de Atenção Básica e academias da saúde que a ele se vinculam (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Na organização do processo de trabalho do NASF, algumas ações devem ser priorizadas no âmbito das ações clínicas compartilhadas, das intervenções específicas e das ações compartilhadas no território (BRASIL, 2010).

- I. Ações clínicas compartilhadas: compreendem intervenções interdisciplinares, que se traduzem em espaços de troca de saberes, construção de co-responsabilização e educação permanente, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Ocorrem por meio de estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone e correio eletrônico (BRASIL, 2010; FLORIANÓPOLIS, 2010).
- II. Intervenções específicas: realizadas com os usuários e/ou famílias, por meio de discussão e negociação constante dos casos com a equipe de SF de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias (BRASIL, 2010). Por outro lado, a Instrução Normativa Municipal enfatiza o atendimento individual quando menciona que os atendimentos específicos poderão ultrapassar mais da metade da carga horária mensal (até 60% da carga horária) destinada as atividades de apoio do NASF às equipes de SF, ao mesmo tempo em que pretende garantir as ações de apoio matricial e de atuação no território (FLORIANÓPOLIS, 2010).
- III. Ações compartilhadas no território: a partir de desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (BRASIL, 2009).

Para que ocorra a organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF algumas ferramentas são consideradas essenciais, como é o caso da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST), da Pactuação do Apoio e do Apoio Matricial (BRASIL, 2010).

Clínica Ampliada

De modo geral, “clínica” remete a idéia de um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do usuário ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. A Clínica Ampliada, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar, ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde (BRASIL, 2004).

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não foque apenas no combate a doença, mas transforme a doença de forma que mesmo sendo um limite, não impeça as pessoas de viverem outras coisas em suas vidas. Então acaba por estabelecer um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, assumindo a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscando ajuda em outros setores (intersetorialidade), reconhecendo os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas, bem como assumindo um compromisso ético profundo (BRASIL, 2004).

Projeto Terapêutico Singular (PTS):

Para a Política de Humanização do SUS, o PTS deve compreender: a elaboração do diagnóstico, a definição de metas e a responsabilização de todos os sujeitos envolvidos na sua execução e na constante reavaliação. É definido como 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, 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. Trata-se de uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL, 2008b).

O nome PTS, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, uma vez que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as

diferenças. O projeto terapêutico deve ser elaborado e executado com a participação de toda a equipe e dos próprios usuários, ser flexível e ter metas claras estabelecidas, conforme a avaliação dos resultados alcançados (...) ter como objetivos, o aumento do conhecimento do paciente sobre os seus problemas, a sua autonomia afetiva, material e social (BRASIL, 2008b).

Projeto de Saúde no Território (PST)

O PST pretende ser uma estratégia das equipes de SF e NASF para desenvolver ações efetivas na produção de saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2010).

O PTS deve iniciar pela identificação de uma população e/ou área vulnerável, seguindo um entendimento mais aprofundado da situação, por meio de: (a) justificativa da priorização de certa área e/ou população vulnerável ou em risco; (b) compreensão do processo histórico e social singular daquele território que produziu a vulnerabilidade/risco; (c) definição dos objetivos, desejos, limites, possibilidades; (d) estabelecimento das ações, (e) identificação de outros atores sociais e/ou instituições. Toda essa primeira fase da construção do projeto é de responsabilidade das equipes de saúde (equipe de SF com apoio do NASF), sempre baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão. O PST auxilia no fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância em saúde e à promoção da saúde (BRASIL, 2010).

Pactuação do Apoio

A Pactuação do Apoio é delimitada em duas atividades:

Avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de SF e o Conselho de Saúde: definem quais profissionais farão parte do NASF em cada região. A participação das equipes de SF e dos representantes da população é fundamental, porque conhecem as necessidades em saúde de seu território e podem identificar os temas/situações em que mais precisam de apoio. Isso deve acontecer no início da implantação e ao

longo do tempo. Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe NASF e a equipe de SF: Abrange os objetivos a serem alcançados; problemas prioritários; critérios de encaminhamento; critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores e gerenciamento dos conflitos (BRASIL, 2010).

3.4. Matriciamento/ apoio matricial como ferramenta de organização do processo de trabalho do NASF: conceitos

O Apoio Matricial vem citado pela atual Portaria Federal nº 2.488/2011 ao elucidar a forma de atuação do NASF perante as equipes as quais servirá de apoio.

[...] Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de SF, das equipes de Atenção Primária para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academias da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, **atuando diretamente no Apoio Matricial** às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes (BRASIL,2011, grifo nosso).

Sob a mesma perspectiva, a Instrução Normativa Municipal nº 001/2010 também traz o Apoio Matricial à tona:

Art. 15. Os profissionais dos NASF trabalharão de acordo com o modelo **de Apoio Matricial, em que cada profissional oferece apoio em seu núcleo especializado de saber a um conjunto de equipes de SF**, compartilhando saberes e práticas voltadas para a resolução de problemas de saúde identificados por estas equipes e ampliando a sua capacidade de atuação (FLORIANÓPOLIS, 2010, grifo nosso).

O conceito de matriciamento teve origem na saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica que buscou superar as intervenções tradicionalmente hospitalocêntricas e medicalizantes em relação à “loucura”. Surge visando implantar estratégias de cuidado integral, ancoradas em novos saberes e valores culturais. Nesta perspectiva, emerge como proposta para articular os cuidados em Saúde Mental na Atenção Primária (DIMENSTEIN et al, 2009). É um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI, 2011).

Conforme literatura, o Apoio Matricial:

[...] Pretende romper com o sistema das guias de referência e contra-referência, que produzem encaminhamentos consecutivos e que se traduzem usualmente em des-responsabilização e alienação dos profissionais em relação ao objetivo primordial de seu trabalho, que é a produção de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: encaminhamentos, mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação (CAMPOS & DOMITTI, 2007; CHIAVERINI, 2011).

Essa prática tradicional e tão comum dos “encaminhamentos”, forma verticalizada, pela qual os sistemas de saúde se organizam, confere uma transferência de responsabilidade de um profissional a outro, trabalhando em desacordo com os princípios do SUS e, em geral, não oferecendo uma boa resolubilidade. Assim, o matriciamento surge como uma proposta integradora para reverter a lógica tradicional. As ações horizontais decorrentes do processo de matriciamento podem atenuar os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional. Dessa horizontalização, surgem dois tipos de equipes visando à reestruturação do sistema de saúde: equipe de referência e equipe de apoio matricial (CHIAVERINI, 2011).

A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário (CAMPOS & DOMITTI, 2007). As equipes de referência

representam um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: ao invés das pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos, o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas. A equipe de referência, neste caso, remete-se à equipe de SF, que é a referência de saúde para certa população na APS. Esta deve priorizar a construção de objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida e produzir interação positiva entre os profissionais em busca das finalidades comuns (BRASIL, 2010).

A composição desta equipe de referência e a criação de especialidades em Apoio Matricial criam possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Ao analisar os termos que compõem a expressão “Apoio Matricial”, é possível observar que a palavra matricial/matriz carrega vários sentidos. Em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas, por outro lado, é utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si, quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. O emprego desse nome – matricial – indica a possibilidade de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização. O primeiro termo – apoio – sugere uma maneira para operar-se essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

O correto entendimento da expressão “apoio” é central na proposta do NASF e remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “Apoio Matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”. O Apoio Matricial é formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, a equipe de referência, deverá acionar a rede assistencial necessária a cada caso e, é nesta “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o Apoio Matricial

(no caso, o NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada às equipes SF (BRASIL, 2010).

A estratégia do Apoio Matricial vai de encontro a repensar a lógica do processo saúde/doença. Contribuir com a clínica ampliada é pensar a doença não como ocupante do espaço principal na vida do sujeito e, sim, como aquilo que faz parte da mesma, e, que não seja motivo de impedimento de ser e produzir outras coisas. Portanto, construir um modo de fazer saúde centrado no sujeito e não mais na doença (ONOCKO CAMPOS, 2006).

Segundo Figueiredo & Onocko Campos (2009) o matriciamento pode ser entendido como: “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde, a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações”.

Então o matriciamento deve proporcionar o apoio assistencial, bem como o suporte técnico-pedagógico no processo de construção coletiva de um projeto terapêutico (CHIAVERINI, 2011; BRASIL, 2009; CAMPOS & DOMITTI, 2007). A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem mesclar-se nos diversos momentos. O conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente (BRASIL, 2010).

Quando se fala em construção coletiva de um projeto terapêutico, há um compartilhamento de saberes entre os diferentes profissionais. Dessa forma, existe o campo *comum* a todos e o *núcleo* específico de cada especialidade ou profissão (CHIAVERINI, 2011; BRASIL, 2010). Segundo Campos (2000), o núcleo demarcaria uma área de saber e de prática profissional e o campo um espaço de limites imprecisos no qual cada profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas práticas e teóricas.

Não existe uma fórmula para se realizar o matriciamento, pois este ainda é um conceito adaptado e muito recente, cada equipe fará do seu jeito. No entanto, o que existe na prática para esta nova forma de organização são os “instrumentos do processo de matriciamento”. São eles: o projeto terapêutico singular propriamente dito, a interconsulta, a consulta conjunta na Atenção Primária, a visita domiciliar conjunta, o contato a distância (utilizando-se de tecnologias como telefone), o genograma e o ecomapa (CHIAVERINI, 2011).

Sabe-se que o matriciamento se desenvolve pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar,

ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes. Ele se propõe a superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho (CHIAVERINI, 2011). Permite que todos da área da saúde se sintam apropriados a fazer uma escuta que seja qualificada, sem que esta gere angústia e sofrimento para os profissionais e para que estes não tenham a atitude de passar adiante o caso pelo sentimento de incapacidade e/ou paralisia. Isso torna um trabalho de escuta mais coletivo e transversal (GOMES, 2006).

3.5. Diretrizes NASF: integralidade como principal diretriz

A Portaria Federal nº 2.488/2011, cita a integralidade algumas vezes, no primeiro momento como uma diretriz que deve ser coordenada sob vários aspectos, como: integração das ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção, prevenção de agravos e vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e também para a ampliação da autonomia do usuário, buscando um trabalho de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe para realizar a gestão do cuidado integral do usuário e colocando-o na rede de atenção. Ainda refere que a atuação multiprofissional e interdisciplinar deve ocorrer para além de ações compartilhadas, com vistas a permitir que o núcleo de competência profissional específico enriqueça o campo comum de competências e assim amplie a capacidade de cuidado de toda a equipe. No segundo momento ao se referir à equipe NASF:

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2011).

No Brasil, a integralidade passa a fazer parte das propostas de reforma no início da década de 1980, com a criação de programas abrangentes para grupos específicos, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Com a institucionalização do SUS, mediante a Lei nº 8.080/1990, deflagrou-se um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e

institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde do Brasil. Com a descentralização, novos atores incorporaram-se ao cenário nacional, e esse fato, junto à universalidade do acesso aos serviços de saúde, possibilitou o aparecimento de ricas e diferentes experiências locais centradas na integralidade (PINHEIRO, 2009).

A integralidade como um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde, o SUS, se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Suas origens remontam à própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários (PINHEIRO, 2009).

Apesar de ser um termo sempre presente no campo da saúde, ainda não há um consenso sobre sua definição (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

A Constituição Federal de 1988 apresenta a integralidade pensada na lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006a). No entanto Mattos (2005) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a ‘integralidade’ que têm por base a gênese desses movimentos, quais sejam: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

No primeiro conjunto de sentidos, a integralidade, um traço de uma boa medicina, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste (PINHEIRO, 2009; BRASIL, 2010). Este primeiro sentido está relacionado ao movimento da medicina integral que criticava os currículos de base *flexneriana* formadores de médicos com atitudes fragmentárias e reducionistas, centrados na doença, tendo como campo privilegiado de atuação o hospital, desconsiderando o social, o coletivo, o público e a comunidade (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

O segundo conjunto de sentidos, a integralidade como modo de organizar as práticas em saúde, trata da “horizontalização” dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo MS, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde (PINHEIRO, 2009; BRASIL, 2010). Discutindo ainda a tentativa de superar a dissociação entre as práticas de saúde pública e assistencial,

consolidadas no país nos anos 1970 (SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Sob esse segundo conceito, os serviços devem estar organizados para atender de forma abrangente as necessidades da população de sua responsabilidade. Nesta concepção, a integralidade não seria apenas uma atitude, mas um modo de organizar o processo de trabalho (SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Por último, há o conjunto de sentidos sobre a integralidade e as políticas especiais, desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional (PINHEIRO, 2009; BRASIL, 2010).

Como já citado anteriormente, os três sentidos da integralidade trazidos pelos Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010), os quais compreendem: a abordagem integral do indivíduo, as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura e a organização do sistema de saúde, corroboram com os três sentidos descritos anteriormente, o que permite avaliar que mesmo não havendo um consenso, há uma busca pela plenitude de seu sentido e isso pode acarretar a concreta realização da integralidade da atenção à saúde por todos os atores envolvidos neste processo.

Segundo Starfield (2002), a integralidade exige que a Atenção Primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Também defende que a experiência continuada é necessária para manter a competência ao lidar com problemas e que não se deve esperar que nenhum tipo de profissional lide sozinho dentro de todas as necessidades da população, pois a integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência suficiente. Sendo assim, a variedade de serviços prestados na Atenção Primária pode variar de comunidade para comunidade conforme incidência ou prevalência de problemas (STARFIELD, 2002).

A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde. Os próprios pacientes reconhecem a importância da integralidade e expressam sua insatisfação em sua ausência (STARFIELD, 2002). Sendo assim a integralidade deve ser considerada como um valor e estar presente na atitude do profissional no encontro com seus usuários, para que possa perceber e reconhecer as demandas e necessidades de saúde (BRASIL, 2009).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, descritivo e exploratório. De acordo com Minayo (1994) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (MINAYO, 2007).

O estudo exploratório, segundo Gil (1999) visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores. Além disso, visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo.

4.2. Amostra

A amostra foi composta pelos profissionais das equipes de SF e equipe NASF do DS Centro. Foram selecionadas cinco das dezessete equipes de SF, sendo uma de cada CS: CS Prainha, CS Monte Serrat, CS Trindade, CS Agrônômica e CS Centro. Entretanto um dos CS não foi contemplado na pesquisa, pois no momento da coleta dos dados, as equipes de SF daquele CS não estavam realizando as reuniões de área que ocorrem semanalmente, único momento no qual os profissionais que compõem a equipe de SF conseguem estar todos reunidos. Porém, esse fato não prejudicou a pesquisa, uma vez que os dados que já haviam sido coletados nas outras equipes de SF foram suficientes para realização das análises e contemplavam os objetivos do estudo.

A equipe de SF considerada completa, no sentido de categoria profissional, foi o critério de seleção da amostra participante do estudo. De acordo com a Portaria Federal nº 2.488/2011, as equipes de SF são formadas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de

saúde bucal: cirurgião dentista e o auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011). No entanto, em todas as equipes (SF e NASF) entrevistadas, houve ausência de um e outro profissional por questões pessoais ou de incompatibilidade de agendas, mas todas as categorias profissionais que fazem parte da equipe de SF estiveram contempladas, excetuando-se a dos técnicos de saúde bucal que não esteve presente em nenhuma das entrevistas realizadas. Então, foram apreciadas cinco diferentes categorias profissionais, sendo entrevistado um total de dezessete profissionais da equipe de SF: quatro enfermeiros, três médicos, dois dentistas, um técnico de enfermagem e sete ACS.

Na entrevista da equipe NASF, foram entrevistados nove dos doze profissionais que a compõem. No caso do município de Florianópolis, o NASF deve ser composto por, ao menos, cinco profissionais de categorias diferentes, citando psiquiatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico, pediatra e profissional de educação física, porém há abertura para que as outras categorias profissionais, citadas nas portarias federais que instituíram o NASF, façam parte desse núcleo (FLORIANÓPOLIS, 2010). Nesse contexto, o fisioterapeuta e o geriatra também compõem o NASF Centro, bem como o fonoaudiólogo, que não foi considerado no estudo por ter sido incluído recentemente.

No momento da entrevista NASF, estiveram presentes quase todas as categorias profissionais que o compõem, totalizando oito das nove categorias esperadas - nutricionista, farmacêutico, profissional de educação física, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, médico pediatra e psiquiatra, exceto o médico geriatra que devido a sua agenda e carga horária não consegue estar presente na reunião mensal do NASF.

4.3. Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevista coletiva semi-estruturada, a partir de instrumento de pesquisa elaborado pelos próprios pesquisadores e composto de quatro questões para a equipe de SF e cinco questões para a equipe NASF (Apêndice A e B). Para tanto, utilizou-se dos espaços das reuniões de equipe semanais nos respectivos CS e da reunião mensal do NASF no DS Centro. As entrevistas foram gravadas com o gravador modelo SONY ICD-BX700 e cada pesquisador responsabilizou-se por uma das funções: coordenar, redigir ou gravar. Os entrevistadores foram os próprios pesquisadores facilitando, assim, a padronização das informações.

A entrevista semi-estruturada compõe-se de uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente, em uma ordem prevista, porém o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento (LAVILLE & DIONNE, 1999). Assim, o investigador adota uma lista de questões ou tópicos para serem preenchidos ou respondidos, como se fosse um guia. A entrevista tem relativa flexibilidade e podem ser formuladas novas questões no seu decorrer (MATTOS, 2005). As principais vantagens da entrevista semi-estruturada são: possibilidade de acesso a informações além do que se listou; esclarecimento de aspectos da entrevista; formulação de pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação e definição de novas estratégias e outros instrumentos (TOMAR, 2007).

4.4. Análise dos dados

Durante a realização das entrevistas com as equipes de SF e NASF, no intuito de manter o sigilo, os profissionais foram identificados por códigos. Usaram-se as letras do alfabeto e números. As letras em maiúsculo, de A até M, indicam as treze diferentes categorias que foram entrevistadas, sendo cinco das equipes de SF (de A até E) e oito da equipe NASF (de F a M). Já os números, de 01 a 04, indicam a qual CS pertence àquele profissional, e o número 05 indica que este profissional pertence à equipe NASF. Quando havia mais de um profissional da categoria na mesma reunião, foram acrescentadas letras do alfabeto em minúsculo.

Os dados coletados foram transcritos pelo Programa Microsoft Office Word versão 2003 e foram categorizados e analisados de acordo com critérios pré-definidos pelos pesquisadores.

Optou-se por realizar análise de conteúdo, que segundo Minayo (2003) visa verificar hipóteses e/ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto:

[...] o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente). A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos.

A análise de conteúdo é um método que pode ser aplicado tanto na pesquisa quantitativa como na investigação qualitativa, mas com aplicações diferentes, sendo que na primeira, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo, enquanto na segunda é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é levado em consideração (BARDIN, 1994).

4.5. Aspectos Éticos

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, os pesquisadores estiveram atentos às normas preconizadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme resolução 196/1996, tendo sido este submetido ao CEP e obtido parecer favorável (nº 128.487). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) garantindo a participação voluntária e o sigilo das informações.

4.6. Cronograma

	2/12	3/12	4/12	5/12	6/12	7/12	8/12	9/12	10/12
1.Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.Confecção do Projeto	X	X							
3 - Consulta ao Comitê de Ética			X	X	X	X			
4 - Coleta de Dados							X	X	
5 - Análise dos Dados							X	X	X

6 - Preparação do TCC									X
7-Apresentação do TCC									X

4.7. Orçamento

Para execução desse projeto, foi estimado orçamento de gastos, (Anexo A), que será custeado pelos pesquisadores, uma vez que não há qualquer forma de financiamento adicional ou de qualquer outro órgão de fomento à pesquisa, para o desenvolvimento do referido trabalho.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. O NASF sob a perspectiva dos profissionais que integram as equipes de SF do DS Centro

A coleta dos dados foi realizada com os profissionais das equipes de SF do DS Centro como um todo, mas apenas quatro das cinco equipes de SF foram selecionadas, uma vez que os pesquisadores consideraram que o conteúdo até então reunido era suficiente para a análise e contemplava os objetivos preconizados para a realização deste trabalho. No total foram entrevistados dezessete profissionais das cinco categorias que se fizeram presentes na coleta dos dados: médicos de família, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e ACS.

Durante a execução das entrevistas, foi observado que não houve a participação da equipe por completo. Algumas categorias não se manifestaram no decorrer da entrevista, outras estiveram ausentes, por motivos já especificados na metodologia deste estudo.

O enfermeiro foi o único profissional da equipe que esteve presente em todas as entrevistas realizadas, o que evidencia sua importância dentro da equipe de SF e o papel de líder assumido por esta

categoria, principalmente após o lançamento do PACS¹ pelo MS em 1991, posteriormente instituído, regulamentado e estendido a todo o Brasil, efetivamente em 1997 (BRASIL, 2001). Além disso, o curso de enfermagem possui em seu currículo áreas da administração/gerenciamento (ITO & PERES, 2006). Esta situação parece indicar uma tendência da enfermagem em ocupar indiretamente um papel de “gerência” da equipe como um todo.

Médico e enfermeiro foram os profissionais que mais se manifestaram no decorrer da entrevista com a equipe de SF, seguidos do dentista e técnico de enfermagem. Isso pode ser explicado, pelo fato das duas últimas categorias citadas não estarem presentes em todas as reuniões de área. O ACS, apesar de estar presente em todas as entrevistas, mostrou-se pouco colaborativo, o que permitiu alguns questionamentos a cerca da lotação deste profissional dentro da equipe de SF. Será que esses ACS realmente sentem-se parte da equipe de SF? É sabido da extrema importância do ACS dentro da ESF, pois ele representa o elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde atua. No entanto, talvez nem ele mesmo esteja ciente de sua importância dentro da equipe, ou até mesmo de seu verdadeiro papel dentro da ESF.

5.1.1. Compreensão da equipe de SF quanto ao que é o NASF

O primeiro momento iniciou buscando perceber a compreensão presente nos profissionais das equipes de SF sobre a equipe NASF e seu processo de trabalho.

A análise teve por embasamento teórico principal os Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) que menciona o NASF como uma estratégia inovadora tendo como objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da família e que deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem em conjunto com os profissionais das equipes de SF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF realizando atendimento compartilhado e interdisciplinar (BRASIL, 2010). Esperava-se então encontrar esta compreensão por parte dos profissionais entrevistados.

¹ No PACS o agente de saúde é responsável por desenvolver ações de prevenção de doença e promoção da saúde por meio de atividades educativas e coletivas nos domicílios e na comunidade, sob supervisão de uma enfermeira que também é responsável pela capacitação desse ACS (BRASIL, 2001).

Inicialmente, a ideia de o NASF ser uma estratégia inovadora, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem em conjunto com os profissionais das equipes de SF aparece nessa fala:

[...] Eu entendo como a maneira de organizar a integração do PSF com outras áreas profissionais que são necessárias para o bom funcionamento da atenção básica [...] é uma maneira de ter uma lógica diferente em vez de a gente encaminhar e mandar para um outro lugar, é ter outros profissionais integrando a atenção básica [...] não é sendo parte da estrutura básica da saúde da família mas como complemento [...] (A1)

Outras falas vão ao encontro dessa perspectiva, principalmente na questão do apoio exercido à equipe de SF.

[...] Eu sei que é constituído por alguns profissionais da área da saúde que vão ajudar no seguimento das ações da ESF. Psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, pediatra... É mais uma rede de apoio para trabalhar junto com a equipe saúde da família [...] (A3)

[...] acho que são profissionais de diversas categorias, uma equipe multiprofissional que dá para auxiliar a SF [...] (B4)

[...] O nome já diz tudo, apoio [...] aos poucos eu pude perceber realmente a parte do apoio, que seria impossível mesmo ter uma especialidade em cada unidade de saúde, poder tá intervindo no atendimento, contando com aquela especialidade [...] (B1)

A última fala chama a atenção, pois se refere ao NASF como apoio de especialistas. A Portaria Federal nº 2.488/2011 apontam para uma composição do NASF que envolve áreas de diferentes conhecimentos, não no sentido de especialidades:

Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira

integrada e apoiando as equipes saúde da família [...] compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes [...] (BRASIL,2011).

Da mesma forma os Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF aponta que o NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes **áreas de conhecimento** atuem em conjunto com os profissionais das equipes de SF. Entretanto, por meio do apoio matricial, o NASF **assegura a retaguarda especializada** às equipes de referência, ou seja, as equipes SF (BRASIL, 2010, grifo nosso).

Igualmente ao que foi exposto acima, a Instrução Normativa Municipal nº001/2010 declara que os NASF são núcleos voltados para o apoio e fortalecimento das equipes de SF e devem atuar de acordo com o modelo de apoio matricial, em que cada profissional oferece apoio em seu **núcleo especializado de saber**. Completa ainda, que os profissionais NASF devem ser acionados pelas equipes de SF, a partir das dificuldades encontradas por elas em seu trabalho cotidiano (FLORIANÓPOLIS, 2010, grifo nosso).

Essa última perspectiva trazida pela Instrução Normativa Municipal nº001/2010, ao inferir que o NASF deve ser acionado a partir das dificuldades encontradas pelas equipes de SF, no sentido da equipe NASF responder pelas demandas que a equipe de SF não consegue, surge na fala de alguns profissionais:

[...] E vem contribuir eu acho que com o trabalho do médico, dentista, da enfermeira, dos agentes de saúde e muitas demandas, muitas áreas que a gente não conseguia dar conta. Ah o profissional generalista da conta de sei lá 80% das demandas, só que eu acho que tem muitas demandas que realmente a gente não vai dar conta, e eu acho que o NASF ele se inseriu na saúde da família, ele foi agregado, eu acho, nesse sentido, pra fortalecer ainda mais a ESF. Ah, eu acho que ampliar a questão da atenção assim no sentido de integralidade. (C2)

[...] Para mim é uma extensão do cuidado ao paciente que antes de tá apresentado para nós como NASF era um gargalo. Então o paciente psico batia na parede porque não tinha o auxílio do psicólogo ou aquele paciente com dor crônica

não tinha uma maneira de sair do ciclo vicioso, sedentarismo, então não tinha como fazer exercício que hoje é orientado pela profissional de educação física, é reabilitado pela fisioterapeuta, hoje têm esses escapes bem interessantes [...] (A4)

Esse apoio aparece exemplificado na fala de alguns entrevistados, por meio do matriciamento associado à discussão de casos e a educação permanente da equipe, os quais segundo os Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010), são ferramentas essenciais para a atuação do NASF.

[...] são uma equipe multiprofissional que dá para auxiliar a SF através dos matriciamentos que a gente participa, discussão de caso, tirar algumas dúvidas e também auxilia muito a gente nos grupos que a gente faz, então tem sempre o apoio de um ou outro profissional para estar auxiliando nas orientações [...] (B4)

Em algumas falas quando questionados sobre a compreensão e o processo de trabalho do NASF pode-se notar sutilmente uma menção à interdisciplinaridade e a integralidade destacadas nos Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) em vários momentos como fundamentais para a atuação do núcleo junto à APS. A interdisciplinaridade é o trabalho em que ações, saberes e práticas diferentes se complementam (BRASIL, 2010). Isso se traduz na fala a seguir, que indica o NASF como responsável por trazer diferentes olhares e apoiar a questão do conhecimento, complementando a atenção ao paciente.

[...] Eu vejo o NASF hoje como fundamental e parte integral da saúde da família, porque é uma visão diferente, é além de complementar a atenção ao paciente aqui na unidade. Eu acho que vem para apoiar a questão do conhecimento, do nosso entendimento, cabe como apoio também na atenção direta ao paciente. Eu acho também que esses profissionais trazem uma outra visão (B2).

Ainda nessa mesma fala a menção a integralidade se faz presente, quando o entrevistado fala de uma visão diferente trazida pelo NASF

que complementa a atenção ao paciente no CS e o conhecimento do profissional. A Portaria Federal nº 2.488/2011 determina que: “O NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS (BRASIL, 2011)”.

Segundo Starfield (2002), a integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. De uma forma mais simples a integralidade é tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas. A fala a seguir demonstra um pouco da ampliação de horizonte que o NASF pode trazer, por permitir trabalhar-se com promoção da saúde, mudança de estilo de vida.

[...] para as questões de doenças crônico-degenerativas a gente tem muita medicalização, mas tem muito pouco esforço para mudança do estilo de vida, daí entra com bastante importância também, ali na parte nutricional e na parte da educação física também. Então para mim, especificamente, auxilia com esse apoio extra-consultório que é fundamental para o sucesso do tratamento para atingir o objetivo final de vida e saúde (A4).

Diante do exposto, espera-se que a equipe NASF atue em conjunto com as equipes de SF, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos (BRASIL, 2010).

5.1.2. Compreensão das equipes de SF quanto ao processo de trabalho do NASF: Diretrizes, ações e ferramentas para sua organização

Considerando os Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010), em relação à organização dos processos de trabalho dos NASF, quando cita que o NASF sempre deve ter como foco o território sob sua responsabilidade, o segundo momento da entrevista foi desenvolvido em direção a identificar a compreensão da equipe de SF envolvendo as ações realizadas pelo NASF associada à equipe de SF, no território.

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes da APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização, tendo algumas ferramentas essenciais para essa organização do trabalho, como o apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular e projeto de saúde do território (BRASIL, 2010).

Diante disto, esperava-se que as respostas estivessem ao encontro do que foi exposto e que fossem também citadas as atividades pontuais que a equipe NASF realiza diariamente, como estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, consultas conjuntas, apoio por telefone e correio eletrônico, caracterizadas como atividades interdisciplinares; atendimento específico dos usuários e/ou famílias, por meio de discussão e negociação constante dos casos com a equipe de SF e as ações compartilhadas no território que incluem o planejamento e desenvolvimento de projetos de saúde no território, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, bem como ações junto aos equipamentos públicos (BRASIL, 2010).

O apoio matricial foi unanimidade nas falas das quatro equipes de SF entrevistadas, podendo ser considerado um ponto importante em direção ao entendimento do processo de trabalho desenvolvido pelo NASF. Sendo o matriciamento a ferramenta fundamental para o desenvolvimento de suas ações de apoio à equipe de SF com foco nas práticas de saúde nos territórios. Observou-se também que o matriciamento foi a única ferramenta apontada pelas equipes de SF durante as entrevistas, como possibilitadora da integralidade, da organização e desenvolvimento do processo de trabalho NASF, não aparecendo menção a clínica ampliada, ao projeto terapêutico singular e ao projeto de saúde no território.

[...] Então, além do matriciamento [...] (B1)

[...] Matriciamento que a gente é, acho que todos com quadro fixo [...] mas psicologia tem matriciamento quinzenal [...] psiquiatria tem matriciamento [...] (A1)

[...] É, o NASF desenvolve, por exemplo, ações de matriciamento, os profissionais do NASF vem até

as equipes para discussão de casos específicos, nutrição, fisioterapia [...] (A3)

[...] matriciamento, visitas domiciliares, atendimento individual, participação nas reuniões de equipe, discussão de caso[...] (B2)

Nas duas últimas falas aparece à discussão de caso, sendo esta uma das formas de exercer as atividades interdisciplinares. Trazendo aqui a importância da interdisciplinaridade como uma diretriz do NASF e que segundo Araújo & Rocha (2007) implica na possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, na busca de transformação de ambos para a intervenção na realidade em que estão. Um dos entrevistados até citou que quando não encontram o profissional NASF na unidade, buscam esse apoio aguardando o dia em que ele estará na unidade ou o fazem por meio de contato telefônico, também previsto dentro das atividades interdisciplinares nos Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010).

[...] mas assim, sempre que a gente precisa a gente sabe a quem buscar [...] a gente sabe os dias que estão aqui ou dá uma ligadinha [...] (B1)

A realização das atividades específicas como os grupos de cada categoria, o atendimento individual (consultas) e as visitas domiciliares também apareceram em todas as falas.

[...] Então o grupo de nutrição a gente já tem uma referência né, e de psicologia né.. hmmm, que mais[...] (B1)

[...] Fazem consulta também [...] (C3)

[...] também grupos educativos terapêuticos, fazem visita domiciliar [...] (A3)

[...] Fazem atendimento individualizado dos pacientes encaminhados [...] (A3)

Destacam-se as falas de dois profissionais NASF quando questionados sobre a discussão de caso/matriciamento com a equipe NASF:

[...] não necessariamente repassar o caso, matriciamento para mim é diferente de repassar o caso, discutir o caso [...] (F5)

[...] Geralmente já é repassado, fica com ele, discute o caso, então fica com ele, risos. É bem constrangedor, você já fica: então tá. (Risos) [...] (M5a)

A fala faz alusão ao “repasso de casos” e permite rever a prática dos encaminhamentos com base nos processos de referência e contra-referência, quando esses profissionais NASF referem que às vezes ocorre somente um repasse de casos. A discussão de caso, o matriciamento, são momentos, espaços no quais se deve buscar a ampliação para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal sob responsabilidade das equipes de SF, contribuindo para a integralidade do cuidado aos usuários (BRASIL, 2011).

Conforme consta nos Caderno de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) é permitido ao NASF realizar intervenções diretas frente a usuários e famílias, mas sempre com discussões e negociação a priori entre os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, e que esse atendimento individual deverá ocorrer apenas em situações extremamente necessárias. Entretanto, aqui se faz um contraponto com o referenciado pela Instrução Normativa Municipal nº 001/2010 ao permitir que o atendimento individual ocupe até 60% da carga horária do profissional NASF, citando a necessidade da equipe de SF conhecer o caso antecipadamente, mas permitindo que o caso não passe pela equipe de SF quando encaminhado de acordo com fluxos definidos ou critérios de risco, vulnerabilidade ou complexidade estabelecidos em conjunto pelos dois segmentos (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Quanto às atividades compartilhadas no território, aparece somente o apoio aos grupos e atividades educativas, e percebe-se uma forte dependência das equipes de SF em relação ao NASF, para realização deste tipo de atividade.

[...] Participam dos grupos, das ações educativas [...] (A3)

[...] é Matriciamento [...] atividades educativas [...] (B2)

[...] os grupos, pelos menos aqui, a maioria tão sendo organizados e ministrados pelo NASF, então é o NASF que ta organizando [...] (B1)

A última fala acaba fugindo da perspectiva de um NASF apoiador, por considerar que os grupos ali são organizados e ministrados pelo NASF, como determinam as diretrizes NASF e a Portaria Federal nº 154/2008:

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, **para atuarem no apoio e em parceria** com os profissionais das equipes de SF, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF (BRASIL, 2010, grifo nosso).

Art 2º: Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sobre responsabilidade das ESF, **atuando diretamente no apoio às equipes** e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008, grifo nosso).

O NASF surgiu para superar a lógica fragmentada da saúde e contribuir com a construção de uma rede de atenção e cuidado à saúde (BRASIL, 2010) como segue nesta fala:

[...] é uma maneira de ter uma lógica diferente em vez de ser separado e a gente encaminhar e mandar para um outro lugar, é ter outros profissionais integrando a atenção básica [...] (A3)

A “lógica diferente”, apontada pelo profissional acima parece estar sendo construída. Ainda há muitas limitações, mas espera-se que o NASF contribua para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários

(BRASIL, 2011). A ampliação da clínica busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde (BRASIL, 2004).

5.1.3. A integração da equipe NASF junto às equipes de SF/CS: uma visão da equipe de SF

O terceiro momento da entrevista buscou identificar como as equipes de SF percebem o processo de trabalho da equipe NASF, em direção a compreender se as atividades desenvolvidas por este núcleo são interdisciplinares/integradas, se percebem uma boa integração e vínculo entre o próprio NASF e deles para com as equipes de SF/CS.

Para início da análise, é importante ressaltar que o NASF surgiu com o intuito de fortalecer a ESF. Isso pode ser reforçado pela fala de Nascimento & Oliveira (2010) onde relatam que para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes da ESF.

Integrar uma equipe é mais do que, simplesmente, agregar e somar funções para se alcançar um objetivo comum. A integração entre os componentes da equipe, o debate das idéias, o desenvolvimento da capacidade criadora e a consciência crítica são 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).

Os Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) refere que a implementação do NASF implica a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de discussões e de planejamento em equipe (NASF) e entre equipes (NASF e equipe de SF) e reuniões para definição de objetivos, critérios de prioridades, critério de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, discussões de casos/situações, entre outros.

Diante do exposto, buscou-se identificar nas falas dos entrevistados elementos que remetessem a um bom vínculo entre equipe de SF/CS e NASF, buscando uma atuação integrada e interdisciplinar, que vise à elaboração de estratégias comuns de ações para a resolução de problemas.

O vínculo é citado nos Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) como importante estratégia de integração entre equipe

de SF e equipe NASF. “A equipe 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”.

Os profissionais da Atenção Primária consideram a equipe NASF um vínculo fundamental, porém insuficiente pelo pouco tempo de permanência nos CS. Conforme falas a seguir:

Eu acho fundamental, eu acho bom só que eu acho insuficiente por esse fato de ser pouco tempo com a gente [...] a gente discute, troca, conversa, não só nos horários formais (A3)

[...] acho hoje fundamental a atuação do NASF, a gente sente muita diferença [...] (B2)

De acordo com a Portaria Federal nº 154/2008 e a Instrução Normativa Municipal nº001/2010, cada NASF 1, modelo presente no município de Florianópolis, deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, oito equipes de SF, e a no máximo, a vinte equipes de SF. A Portaria nº 2.488/2011 conseguiu reduzir o número máximo de equipes de SF vinculadas a cada NASF 1 para quinze, porém o município de Florianópolis, até o momento, mantém a antiga configuração, considerando que o DS Centro compreende dezessete equipes de SF para apenas uma equipe NASF (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011; FLORIANÓPOLIS, 2010).

O fato de apoiarem dezessete equipes de SF, distribuídas em cinco CS faz com que estes profissionais tenham que percorrer todas as equipes de SF no mês. Isso torna a permanência em um CS muito pequena, acarretando, por vezes, dificuldade para o desenvolvimento das atividades integradas entre as duas equipes e o estabelecimento do vínculo, como evidenciam estas falas:

Eu acho que como estão envolvidos com muitas equipes, dispersa, dificulta [...] (C3)

[...] o NASF tá sempre rodando os postos do distrito [...] (B1)

Os Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) indica que a equipe NASF tem como tarefa primária o estabelecimento

de um vínculo de confiança com os profissionais da equipe de SF para integrar-se ao cotidiano das equipes e desenvolver o seu trabalho.

Pelo fato de circularem por muitas unidades a referência e contra-referência fica prejudicada e em alguns casos esse retorno pode demorar mais que o desejado, mais uma vez fragilizando o vínculo e a integração entre eles.

Demora, existe esse tempo assim, porque tem os encontros formais que acontecem a cada 15 dias, a cada mês, mas às vezes acontece de, por exemplo, 1 mês teve a paralisação, não teve a reunião, aí vai ser só daqui dois meses, então eu acho que o tempo interfere sim, eu acho que a maior dificuldade que tem é a quantidade de tempo que a gente está junto [...] Até mesmo, por exemplo, a gente discute um caso, faz uma visita, a gente precisa de um retorno, aí isso vai acontecer dois meses depois, às vezes até mais que isso, porque às vezes tem férias, várias coisas e aí o caso não anda, a solução, o andamento, não sai do projeto, isso é um problema. (A3)

[...] eu tenho uma demanda, mas não, vou ter que esperar daqui um mês [...] ou daqui a dois meses pra conversar com esse profissional, ou tirar uma dúvida, ou repassar assim a demanda de combinar uma visita [...] (C3)

Em uma das equipes de SF entrevistadas, as respostas dos profissionais apontaram para os cuidados que a equipe NASF tem em relação aos retornos e discussões de casos de maior urgência de forma rápida e resolutiva e a facilidade do acesso aos profissionais NASF:

[...] os casos mais pontuais, de maior urgência, maior prioridade, todos os que eu encaminho, eu recebo um retorno rápido [...] (A4)

[...] até casos de falta a gente fica sabendo, eles sempre passam para gente, para gente fazer busca ativa e alguns casos que não veio e alguns casos que já estão na unidade a gente consegue fazer interconsulta, então tá junto...chega para o

profissional, às vezes consegue atender até no dia (B4).

Novamente o pouco tempo de permanência dos profissionais NASF nos CS aparece influenciando o processo de trabalho entre NASF e equipe de SF, prejudicando sobremaneira a integração efetiva entre essas duas equipes:

[...] eu acho que deveria ter uma periodicidade maior, tá, eu acho que assim o que se conseguiu até hoje pra quem não tinha nada, agora assim, dentro das complexidades que a gente tem, a gente precisa e precisa muito mais tá a gente precisa muito mais, e eu acho que daí pega a questão da periodicidade, os profissionais, assim se desdobram, eles uma manhã tão aqui, outra manhã em outro lugar, outra manhã tem uma reunião em tal lugar [...] (C2)

O processo de trabalho do NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

Talvez a proporção de uma equipe NASF para dezessete equipes de SF dificulte ainda mais a tentativa de se colocar em prática as diretrizes relativas à atenção primária em saúde, seja pela dificuldade de criação do vínculo da equipe NASF com equipes de SF e CS, seja pelo tempo reduzido de permanência da equipe NASF em cada CS dando apoio às equipes, inviabilizando a criação de espaços de discussões onde se possa, por exemplo, elaborar e executar um projeto terapêutico que se faça necessário.

Em um dos CS, o acesso à equipe NASF é facilitado, como menciona um dos profissionais da equipe de SF, talvez por ser uma unidade campo de Residência Multiprofissional, com residentes atuando segundo a lógica do NASF, mas dando apoio a um número menor de equipes:

[...] eu acho que aqui no CS a gente tem algo diferencial porque nós temos a residência, então acaba sendo mais facilitado o acesso, mas eu fico pensando: e se nós não tivéssemos a residência aqui hoje, como é que seria o nosso contato com a equipe NASF? Seria muito mais difícil [...] (C2)

Essa fala apresenta uma reflexão no sentido de que talvez, ao tentar garantir que uma equipe NASF como a do DS Centro, apóie um número mínimo de oito equipes, como preconizado em ambas, Portarias Federais nº 2.488/2011 e nº 154/2008 e Instrução Normativa Municipal nº001/2010, seria uma forma de tentar garantir um apoio mais qualificado da equipe NASF para as equipes de SF e seu território.

Mesmo dispondo de pouco tempo alguns profissionais das equipes de SF consideram que o NASF fortalece a equipe e os capacita para atender a demanda, mas que poderia ser feito mais pelos usuários.

[...] os profissionais do NASF estão pra fortalecer a saúde da família e pra capacitar os profissionais e que cada vez eles estejam mais aptos a responder essas demandas, têm atividades que a gente precisaria que a equipe NASF estivesse mais presente. Até eu acho, que pra fortalecer mais essa questão integral, que fosse mais atuante, fortalecendo, então acho que assim [...] (C2)

Em relação à integração entre os próprios profissionais da equipe NASF, os profissionais da equipe de SF percebem maior integração entre algumas categorias.

[...] mas o NASF em si pensando assim ó, a assistente social, a educação física, a nutrição e a farmácia eu acho que tem a troca bem grande, da psicologia, eu vejo a psicologia muito sozinha e a psiquiatria [...] (B2)

[...] Eu vejo integração aqui, a gente vê bastante entre a parte da nutrição e educação física [...] (A4)

[...] assistente social e farmacêutico. O grupo de gestantes que a gente participa, tá sempre os dois juntos [...] (B4)

[...] Eu percebo maior integração da psicologia com a assistente social, a gente já fez visitas juntos, médico de família, psicólogo e assistente social numa mesma família no mesmo tempo. Essa integração eu acho que é bem forte [...] (A3)

Apesar disso, ainda há a percepção de alguns dos profissionais da equipe NASF atuarem de forma fragmentada, como pode ser visto nessa fala:

[...] a geriatria, a psiquiatria... acho que as especialidades pontuais, as especialidades médicas que atuam um pouco mais isoladas assim, em geral [...] (A1)

Importante ressaltar a questão do perfil profissional que alguns entrevistados apontam, referindo que alguns preferem trabalhar sozinhos.

[...] eu vejo uma questão de perfil profissional [...] na minha opinião é perfil profissional e, até que ponto o profissional que tá integrando essa equipe ele tem dimensão da importância dele na equipe NASF e o quanto ele poderia agregar às outras profissões [...] o quanto ele também pode oferecer principalmente na questão do trabalho interdisciplinar[...] (C2)

A carga horária também foi apontada como limite ou possibilidade de uma maior integração deles com a equipe NASF, pois nem todos os profissionais NASF têm a mesma carga horária, uns devido a questões sindicais e de conselho profissional, outros por ter mais de um profissional por categoria no mesmo NASF - equivalendo a um profissional de 40 horas semanais - dividindo sua atuação entre as equipes do DS Centro.

[...] perfil profissional atrapalha muito a questão da integração [...] Acho que assim, por exemplo no caso de uma profissão lá, ah o conselho estipula que só pode trabalhar 30h. Eu acho que isso assim, acaba e enfraquece muito possibilidades de fortalecer e de integrar a equipe

e de trabalho interdisciplinar [...] eu me pergunto até se os profissionais, às vezes não gostariam de estar 40 horas na equipe. (C2)

De acordo com a Portaria nº 2.488/2011 nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas e, cada ocupação considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal (BRASIL, 2011).

Talvez a dificuldade da carga horária esteja relacionada ao número de equipes de SF que o profissional NASF Centro apoia nos diferentes CS:

[...] ou então se fosse 30 horas e pelo menos mais tempo na unidade, mas é uma para cobrir 500 unidades como foi falado antes [...] (B2)

A dificuldade de profissionais NASF estarem por maior tempo presentes nos CS associado a uma demanda cada vez maior, faz com que a equipe de SF recorra a uma regulação interna, administrando essa escassez e filtrando os usuários que precisam da intervenção do NASF, como relata esse entrevistado:

[...] tipo a psicologia, é uma demanda enorme e aí claramente assim, é insuficiente. O problema é que a gente acaba se adaptando a situação e aí o nosso filtro fica mais é só vai passar aquilo que realmente, você acaba deixando de passar uma coisa que necessitaria, mas não tanto porque você sabe que a disponibilidade de serviço não é muito, então a gente mesmo vai filtrando antes de chegar, a gente acaba meio que fazendo uma regulação interna, é uma maneira de administrar a falta, a escassez [...] (A1)

Diante do exposto, fica evidente que há uma dificuldade da equipe de SF e da equipe NASF em estabelecer um vínculo de confiança com os profissionais, como é colocado nos Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) e ainda estabelecer espaços rotineiros de discussões e de planejamento em equipe (NASF) e entre equipes (NASF e equipe de SF) almejando uma atuação integrada e interdisciplinar e o alcance pleno da integralidade da atenção, por meio da ampliação da clínica.

5.2. O NASF sob a perspectiva dos profissionais que integram a equipe NASF/DS Centro – Florianópolis/SC

A entrevista com a equipe NASF, pré-agendada com a coordenação do DS Centro, foi realizada na reunião mensal da equipe NASF e envolveu cinco questões abertas (Apêndice B) que foram realizadas com todos os profissionais da equipe, num mesmo momento.

Na análise e discussão da entrevista, da mesma forma que ocorreu com a equipe de SF, não foram mencionadas as categorias profissionais, visto que isto descomprometeria o sigilo, pois boa parte do NASF DS Centro é formada por somente um profissional por categoria, então os profissionais foram identificados por códigos. Quando havia mais de um profissional por categoria presente na mesma reunião, uma letra minúscula foi acrescida junto a este mesmo código.

5.2.1. Compreensão da equipe NASF sobre o seu processo de trabalho enquanto núcleo integrado e interdisciplinar

O primeiro momento iniciou buscando perceber a compreensão presente na equipe NASF sobre o próprio processo de trabalho, tentando identificar nas respostas se esse trabalho é considerado integrado e interdisciplinar. Além disso, procurou-se averiguar as ações desenvolvidas por esse núcleo.

Devido ao questionamento do processo de trabalho ter sido direcionado a atuação interdisciplinar, bem como integração da equipe, não era esperada que fossem citadas todas as diretrizes que permeiam o NASF. A expectativa criada vigorou em torno da interdisciplinaridade, integralidade da atenção, prevendo a ampliação do olhar por meio das ferramentas: clínica ampliada, apoio matricial, projetos no território e projetos terapêuticos singulares.

Quanto ao questionamento das ações desenvolvidas por categoria, almejava-se perceber como eles desenvolviam o seu processo de trabalho no território, uma vez que segundo os Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) e a Instrução Normativa Municipal nº 001/2010, algumas ações devem ser priorizadas no âmbito das ações clínicas compartilhadas, das intervenções específicas e das ações compartilhadas no território (BRASIL, 2010; FLORIANÓPOLIS, 2010). Nesse sentido, as ações desenvolvidas pela equipe NASF, citadas durante a entrevista, não foram identificadas por categoria, pois o

interesse dos pesquisadores visou apenas entender como o NASF enquanto equipe, organiza o seu processo de trabalho.

Como respostas que vão ao encontro dessa perspectiva, esperava-se que estivessem presentes nas falas dos entrevistados algumas das ações definidas pelo referencial adotado (Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes NASF (2010)): intervenções interdisciplinares (estudo e discussão de casos e situações), realização de projeto terapêutico singular, consultas conjuntas, apoio por telefone e correio eletrônico; atendimento específico dos usuários e/ou famílias (por meio de discussão e negociação dos casos com a equipe de SF), atendimento específico NASF apenas em situações extremamente necessárias, desenvolvimento de projetos de saúde no território, planejamento, apoio aos grupos, trabalhos educativos e de inclusão social, enfrentamento da violência, bem como ações junto aos equipamentos públicos.

A fala inicia com um profissional referindo-se a reunião mensal do NASF, sabendo-se que este é o único momento onde todo o NASF está reunido e que poderia ser utilizado para organizar e pensar em um processo de trabalho mais integrado.

[...] Eu acho que as atividades ainda são pouco integradas, assim, cada um constrói a sua agenda, mas individualmente, não como um núcleo, assim, vamos sentar e vamos agora agendar nossa atividade do mês [...]
(G5)

Esse profissional considera as atividades da equipe NASF pouco integradas. Como mencionado anteriormente, a integração da equipe gera aos seus componentes o debate das idéias, o desenvolvimento da capacidade criadora e a consciência crítica, propiciando o estabelecimento do verdadeiro vínculo de equipe, no espaço interdisciplinar (BRASIL, 2010).

Essa fala é reiterada no momento que um dos entrevistados refere que o contato entre os profissionais NASF é muito escasso e outro, quando deixa claro que os espaços comuns de atuação no CS são apenas coincidência e o mais trivial, e quem tem sido feito nos CS, é o trabalho individual.

[...] o nosso contato deveria ser melhor, com as outras categorias do próprio núcleo, o nosso contato é muito pouco [...] (F5)

[...] Então, acho que o nosso trabalho de articulação, de integração é muito individual. A gente não tem se comunicado para ter espaços em comum. Acho que até às vezes a gente coincide na mesma unidade, mas nunca é uma coisa que já esteja pactuado ou programado. São raras às vezes que a gente pactua um atendimento em conjunto, a gente está muito individual, cada um faz o seu [...] (I5)

A reflexão acerca das falas anteriores remete à diretriz “interdisciplinaridade”, que diz respeito ao trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam de uma forma dinamizada (BRASIL, 2010). Ainda, segundo Araújo & Rocha (2007) uma ação interdisciplinar implica na possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, onde se espera que ocorra a transformação de ambos para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

A falta de interdisciplinaridade fica evidente na fala de um dos profissionais, a ponto de não se considerar resolutivo em sua atuação.

[...] Para mim, a imagem que eu tenho é que eu não consigo, que eu não sou um profissional resolutivo assim, aí entra na questão da integração com a equipe, como não tenho, às vezes, para resolver aquele caso eu preciso do psiquiatra, eu preciso da psicóloga, eu preciso do serviço social, da farmácia, da educação física e eu não consigo encontrar os meus colegas, eu não consigo discutir os casos, então às vezes eu me sinto assim, bem pouco resolutiva [...] (F5)

O NASF é apenas um apoio e não parte da equipe de SF, nesse contexto, o profissional do NASF não deve sentir-se unicamente responsável por garantir essa resolutividade na totalidade dos casos. O que se espera, é que as equipes de referência do usuário tenham essa percepção, esse cuidado e busquem pelo apoio da equipe NASF visando o alcance da resolutividade, por meio de ações interdisciplinares.

Nota-se que a visão interdisciplinar é enriquecedora e está presente em muitas falas. Isto pode ser observado, durante a realização da entrevista com as equipes de SF:

[...] eu acho também que esses profissionais trazem uma outra visão, vou dar um exemplo. Essa paciente, já tinha ido, a gente viu uma coisa e levantou o problema, daí foi uma visão. Daí foi a nutricionista, foi o profissional de educação física e daí já viram outras coisas [...] (B2)

No decorrer da análise, nota-se certa confusão no discernimento de integralidade e atuação integral na fala de um profissional em dois momentos distintos, que podem ser vistos na sequência:

[...] A integração com o NASF eu sinto muita falta de ter, tem muitos casos que eu preciso da nutricionista comigo, da assistente social comigo, não tem como, é difícil, não bate horário [...] falta integralidade [...] (L5)

[...] Eles acham que é o profissional... Ah, quando é que o fisioterapeuta vai estar na unidade? Quando é que o farmacêutico vai estar na unidade? Não tem integralidade [...] (L5)

Segundo Mattos (2005), a integralidade está sistematizada em três conjuntos: a resposta ao sofrimento do paciente de maneira não reducionista (boa medicina), a integralidade como modo de organizar as práticas de saúde (cura, reabilitação, prevenção) e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. No primeiro conjunto de sentidos, a integralidade, um traço de uma boa medicina, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste (PINHEIRO, 2009; BRASIL, 2010).

Esse sentido corrobora com o instituído pela Portaria Federal nº 2.488/2011 quando se refere ao NASF estabelecendo que ele deva contribuir para integralidade do cuidado do usuário, por meio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde (BRASIL, 2011). A fala a seguir traz um pouco dessa denotação:

[...] a gente conseguir estar naquela equipe, toda a equipe NASF, aí fazer um matriciamento com

diversos olhares porque para mim isso que é integralidade, é isso que a gente vai alcançar um pouco mais num trabalho multiprofissional [...] (I5)

A ampliação da clínica, termo utilizado pela Portaria Federal nº 2.488/2011, e também presente nos Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) sob a perspectiva de uma ferramenta de organização, aparece no meio da entrevista como um favorecedor da integralidade por meio da tão desejada atuação integral:

[...] Eu acho que com essa integração era muito mais interessante, então, eu vou discutir o caso com a psiquiatria, mas aí vai serviço social, vai nutrição, vai o NASF, então a gente vai discutir o caso não da pediatria, vai discutir a situação e aí cada um vai ter o seu olhar [...] (I5)

[...] Favorece a clínica ampliada (G5)

O matriciamento aparece em muitos momentos, como ocorreu também nas falas da equipe de SF. Isso demonstra que boa parte dos profissionais da equipe NASF considera tal ferramenta como sendo primordial na atuação do NASF e ESF.

[...] Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais [...] compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial [...] (BRASIL, 2011)

Como o matriciamento foi objeto de estudo da quarta questão, tanto para as equipes de SF, como para a equipe NASF, a discussão quanto a conceitos e compreensão não se dará neste momento. Aqui, apenas notar-se-á se esse faz parte da atuação do NASF perante a equipe de SF, como se evidencia nesta fala:

[...] Então, eu acho que como processo de trabalho, na verdade, acho que ainda tem muito a

idéia de que o NASF é o apoio para as equipes, assim, não é porta de entrada, usuário, algum tipo de matriciamento com a equipe e ta (I5)

A educação permanente em saúde aparece na fala de dois entrevistados, uma delas relacionada aos profissionais e a outra relacionada à população:

[...] O meu processo de trabalho, ele é mais ou menos, eu priorizo as reuniões de equipe, matriciamento, não só para discussão da situação, mas também para fazer educação permanente com as equipes, eu acho que isso é uma coisa que ainda está muito falha [...] (I5)

[...] eu gostaria de não ser tão limitado para poder ampliar para essas outras questões que são de base, então eu acabo atendendo aquela situação ali só que para mim não tem muita resolutividade porque eu não consigo ampliar da onde está a base do problema, na verdade, está em casa, está no acesso, está realmente na promoção de saúde, na educação em saúde [...] (F5)

Fica evidente pela análise das falas acima que esses profissionais procuram desenvolver seu trabalho para além de um apoio matricial, buscando outras formas de apoiar a equipe de SF e a população inserida no território, mas que esse processo ainda é falho.

Já no momento da análise do trabalho por categoria, todos falaram da discussão de caso e/ou situações, que se traduz em uma intervenção interdisciplinar. Somente dois profissionais comentaram sobre atendimentos conjuntos bem como o apoio que pode ser dado até mesmo por telefone.

[...] às vezes faço atendimento em conjunto [...] (M5a)

[...]Já fiz atendimentos conjuntos proporcionalmente [...] (M5b)

Todos também citam o atendimento específico, com ou sem discussão prévia com a equipe, que será mais bem explorado na análise da segunda questão.

Por fim, notaram-se poucas falas ampliadas no sentido do desenvolvimento de projetos de saúde no território, a não ser pelo apoio aos grupos da unidade (três primeiras falas), que algumas vezes é também a principal forma de atuação de alguns profissionais da equipe NASF no sentido de atender a demanda (quarta fala):

[...] participo de alguns grupos (I5)

[...] o apoio aos grupos das unidades que sempre aparece um ou dois por mês que eu tenho que estar presente [...] (F5)

[...] tem os grupos também que a gente faz, grupos daí focados na patologia mais prevalente, que é o que mais aparece para gente para dar conta da maior demanda para ajudar a resolver um pouquinho a fila de espera [...] (K5)

[...] é bem focada em grupos, né, são mais grupos do que qualquer outra atividade, assim, por um lado é bom assim, o vínculo com os pacientes, é muito forte, é muito gostoso a gente vê a melhora dos pacientes [...] (H5)

Entre uma fala e outra, chama a atenção quando é citado o território, pois se intui que esses vêm no território um espaço para a atuação do NASF, ampliando o olhar da equipe de SF e trazendo então a atuação intersetorial, sendo esta também uma diretriz do NASF.

[...] não deveria ficar só focada no atendimento individual e na questão do grupo e é o que acaba acontecendo por conta da demanda eu entendo que deveria ampliar para o território, mas sair dali... Eu me coloco como profissional para promoção de saúde e eu acabo trabalhando com a doença e não com a saúde (F5)

[...] tem que priorizar também as redes de apoio, contato com as instituições, levanta e disponibilizar essa rede para as equipes, a gente participa dos conselhos locais de saúde [...] (I5)

[...] alguma coisa de articulação intersetorial, PSE, trabalho em paróquias, com idosos [...] (G5)

Há uma realidade de que talvez o NASF, pelas demandas impostas, não consiga atuar da maneira como deveria ou até mesmo não saiba qual o seu papel na Atenção Primária, como se percebe nesta fala:

Às vezes até a gente não entende muito bem qual é o nosso papel, eu penso um pouco nisso, quando eu vou ler os cadernos de atenção básica que fala do NASF, eu acho que às vezes nem a gente consegue desenvolver o papel que a gente realmente acha, que a gente realmente acredita que seria nossa função na atenção básica, a gente continua em atendimento, continua voltado para a questão mais curativa (I5)

Então, eu estou lá cedendo, mas nós tínhamos que ter já mais forte esse conceito para passar, tínhamos que ter maior clareza disso, da nossa função e nós também, porque eu questiono aqui o nosso próprio processo de equipe do NASF que eu acho que precisa consolidar para a gente estar mais seguro e mais consistente lá no local (M5b)

Pela Portaria nº 2.488/2011 o NASF não faz parte da Atenção Primária, com serviços e unidades físicas independentes ou especiais. Sua atuação depende das demandas identificadas pela equipe.

[...] Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais. Devem a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços [...] (BRASIL, 2011)

Perante o exposto na portaria e a análise acima, a fala a seguir resume a visão que a equipe NASF tem de si mesma:

[...] Eu sinto mais ou menos, como se nós fossemos seres flutuantes, a gente flutua mas a gente não está em lugar nenhum, está em todos os lugares mas não está em nenhum deles ao mesmo tempo [...] (F5)

5.2.2. Organização da agenda da equipe NASF, segundo as ações para as quais é dispensado maior tempo

No segundo momento buscou-se identificar para quais ações o NASF dispensava maior tempo, considerando o número de equipes as quais está vinculado, atualmente (dezesete equipes), e a carga horária de 40 horas semanais. A partir das respostas obtidas com esse questionamento, foi estabelecida uma correlação com o processo de trabalho referido por eles (objeto de estudo da primeira questão) e o grau de satisfação destes profissionais quanto à qualidade dos serviços prestados.

Dentre as respostas, surpreende o fato de que sete dos nove profissionais entrevistados indicarem o atendimento específico (consulta), como atividade para qual dedicam maior parte do tempo em suas agendas.

Segundo as Diretrizes NASF (2010), as intervenções específicas fazem parte da organização do processo de trabalho NASF, mas devem ser realizadas com os usuários e/ou famílias, por meio de discussão e negociação constante dos casos com a equipe de SF de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas **em situações extremamente necessárias** (BRASIL, 2010, grifo nosso). Diferente disso, a Instrução Normativa nº 001/2010 de Florianópolis, talvez estimule a realização dos atendimentos específicos quando menciona que poderão ultrapassar mais da metade da carga horária mensal (até 60%) destinada às atividades de apoio do NASF às equipes de SF, ao mesmo tempo em que pretende garantir as ações de apoio matricial e de atuação no território. De um lado existe um documento Ministerial que determina apenas atendimentos específicos eventuais por parte da equipe NASF e, do outro, há uma Instrução Normativa municipal, que enfatiza esse tipo de ação quando estabelece a carga horária. Diante desta dualidade, talvez a Instrução Normativa acabe por influenciar, mesmo que de forma indireta, na “construção” da agenda desses profissionais, ao dedicarem a maior parte da carga horária semanal para as consultas.

[...] não deveria ficar só focada no atendimento individual, e é o que acaba acontecendo por conta da demanda e por conta desse entendimento de quem está envolvido com o NASF, sejam as equipes ou a própria gestão [...] (F5)

Como justificativas a esta resposta, foram referidas pelos profissionais: a demanda excessiva do serviço, o número também excessivo de equipes de SF atendidas, a necessidade de atendimento pelos usuários, o imperativo da gestão atingir suas metas e o olhar do usuário e da equipe, que, ainda consideram apenas a consulta como sendo resolutive.

A demanda excessiva e o elevado número de equipes a serem acompanhadas por esse núcleo aparecem no discurso de mais de um profissional NASF:

[...] Demanda excessiva e demanda excessiva de equipes também... responsabilidade profissional [...] (G5)

[...] porque a demanda é muito grande e nunca sobra tempo, energia, entendeu, para que as outras coisas sejam contempladas. Isso é um dilema da assistência versus a prevenção, a promoção, sendo o tempo todo esse dilema, mas a assistência, o assistencialismo está vencendo ainda, muito embora se tenha um discurso já melhorado, uma intenção, uma carta de intenções, a constituição do NASF, tudo isso, mas o assistencialismo, a demanda do imediatismo ainda, da cura [...] (M5b)

Na fala acima, o profissional surge com a discussão do modelo de saúde pautado ainda na doença. Isso pode ser explicado com o entendimento trazido por Abrahão (2007), ao referenciar o modelo hegemônico biomédico como o responsável ainda pela atual produção de saúde na rede de atenção à saúde que, por vezes, influencia a prática assistencial.

Segundo Ribeiro et al (2004), a prestação da assistência integral constitui-se em um importante desafio, já que se propõe uma ruptura com o modelo assistencial atual e construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética.

A necessidade de se atingirem metas e números, parte do processo de gestão da atenção básica (equipe de SF e equipe NASF) – foi outra justificativa apontada por alguns entrevistados, para a questão do atendimento específico ocupar boa parte da carga horária das agendas desses profissionais:

[...] A gente tem metas mensais, quantos números, a gente tem que atender individualmente, quantas reuniões que a gente precisa estar participando, a gente tem números [...] (J5)

[...] A gestão principalmente, a questão da cobrança da produtividade em atendimento [...] (F5)

[...] Eu acho que tem um discurso da integração e tem uma demanda real que é poder mostrar a produtividade, e aí na prática, na realidade, primeiro os gestores estão preocupados em dar conta disso, isso que é na verdade valorizado, que é considerado resolutividade [...] (M5b)

Pelas repetidas falas nesse sentido, nota-se que talvez a gestão influencie indiretamente no processo de trabalho destes profissionais, traduzido na organização de suas agendas mensalmente. Nesse sentido, interpreta-se que, a gestão da produtividade traduzida apenas em quantitativos, acaba por dificultar a atuação de um núcleo que siga as diretrizes preconizadas para a organização do processo de trabalho, distanciando-se da proposta da integralidade.

Faz-se presente nas falas de alguns entrevistados uma repetição, que busca deixar efetivado o discurso que envolve a percepção do usuário quanto à resolutividade, implicando a organização do processo de trabalho da equipe, o que promove uma divisão de responsabilidade entre gestão e usuário na questão do atendimento por consulta individual:

[...] Não é só a demanda, a gente tem bastante demanda, mas eu acho que é isso que as pessoas querem ver sabe, a gente nos consultórios atendendo. Enquanto eles acharem que a resolutividade vai ser no consultório, eles vão ficar cobrando esse tipo de coisa [...] (I5)

[...] A população também, as pessoas querem o imediatismo e a produtividade. Qual que é a resolutividade do povo e saúde para população? A população quer consulta. Ela quer ser atendida, não quer participar de grupo, não quer discutir

saúde, não quer nada. Então acho que não é só a gestão (M5a)

É uma proposta política por conta ainda de uma demanda da nossa cultura [...] (M5b)

E, não apenas o usuário considera a resolutividade como sinônimo de consulta/atendimento. Tal concepção, segundo um dos entrevistados, está presente também na equipe de SF, como pode ser visto nesta fala:

[...] eu acho que a cobrança dos olhares das equipes, então se a gente não está atendendo no consultório parece que a gente não está trabalhando [...] (F5)

A análise desse e dos discursos anteriores resgata novamente o modelo biomédico que tem suas raízes na medicina curativa, caracterizada pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, recuperação e reabilitação, tecnicismo e especialização onde o centro da atenção é o indivíduo doente e é um modelo incapaz de intervir com a responsabilidade social que a área da saúde demanda (CUTOLO, 2006).

Da mesma forma, o princípio da integralidade, os conceitos de promoção de saúde e de prevenção de doença que fazem parte da uma nova concepção da saúde, pós reforma sanitária, parecem ainda não estar bem sedimentados entre os profissionais da ESF.

Desta forma, não há como se esperar que usuários do SUS revelem compreensão diferente de quando adotam a resolutividade como sinônimo de consulta. Sob esse aspecto, é interessante também questionar até que ponto a conduta da gestão também não estaria sob influência do que exigem os usuários na Atenção Primária? Estaria a gestão, tentando suprir uma demanda assistencialista, ao determinar como devem ser organizadas as agendas da equipe NASF?

A “resolutividade”, referida inúmeras vezes durante as falas dos profissionais, pode ser definida sob vários aspectos, segundo Turrini et al (2008), a resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário, está dentro do contexto dos serviços no modelo hierarquizado por níveis de atenção e pode ser avaliada por dois aspectos: o primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de

atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado e, o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de APS até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde.

Em certas falas nota-se até mesmo um pouco de frustração profissional neste sentido:

[...] políticas realmente de geração de renda, e de ensino, que vão fazer a diferença depois para aquelas pessoas. O que eu penso, não tem isso, o dinheiro está muito focado na cesta básica, serviços eventuais que não vão resolver o problema daquela família, vão resolver talvez pontualmente, naquele momento, vai se oprimir no meio das necessidades e não vai dar nenhum outro recurso para que essa pessoa consiga se reestruturar, pensar em questão de reorganizar a família, então essa questão de resolutividade para gente é muito complicado [...] (I5)

[...] então essa resolutividade, ela tem muito a ver também com esse ambiente social na qual eles estão inseridos, e alimentação, eu vou fazer o que? Elma Chips, é mais barato, coca-cola, é mais barato, suco, suco é muito caro. Aí o coitado do pediatra tem que ajustar isso daí, os dentinhos das crianças ficam todos podres, aí a mãe briga com a filha porque não teve uma estrutura familiar adequada e aí vem para ajustar aquela família, mostrar para mãe como é que ela cria uma criança, como é que educa, como é que. É muito esquizofrênica essa sociedade, ela enlouquece qualquer ser humano [...] (J5)

[...] é porque não basta eu atender, aí eu passo as minhas orientações [...], mas claro, a pessoa não segue por outras questões, é uma questão familiar envolvida ou é uma questão social, o contexto onde ela mora isso eu já me deparei, o contexto onde ela mora que cria uma ansiedade que acaba [...] (F5)

Ser “resolutivo” envolve um universo complexo, que contempla desde questões técnicas até as político-sociais, o que muitas vezes foge

do alcance desse profissional. A Portaria Federal nº 2.488/2011, traz a questão da resolutividade como uma forma de identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas (BRASIL, 2011).

Nota-se que um dos profissionais parece estar muito consciente do papel da equipe NASF dentro deste contexto de “cobrança” por parte da população. Ele coloca um novo olhar que deve ser seguido pela equipe NASF, uma nova forma de agir e pensar, expressado nas seguintes palavras:

[...] Daí a importância da gente entender que o NASF é estratégico, aquilo pelo qual foi bolado é importante, ninguém nasce estratégico, nós temos que saber como que a gente consegue resistir a essa pressão que vem de todos os lados, um lado vem da própria população que não quer a nossa atuação a não ser enquanto especialistas ou pessoas que estão lá para fazer atendimento direto, e o outro da própria gestão que quer que a gente produza para ele poderem dar conta da demanda que eles tem, das metas que eles tem que dar conta. Então o NASF vai ter que se entender, daí entender a necessidade de uma coisa anterior ainda. Nós sabendo o que nós queremos e temos que fazer, nós temos que determinar o que nós vamos fazer lá e não a unidade de saúde tem que determinar o que nós temos que fazer. Para isso nós temos que estar muito coesos aqui, a gente tem que estar fechado, a gente tem que estar com clareza das nossas coisas e aí a gente poder, com consistência, dizer o que nós vamos fazer. Não tem fim a demanda da comunidade, não vai ter fim nunca, no sentido do pedido assistencialista [...]. (M5b)

Diante do exposto, a atuação do NASF vai muito além dos atendimentos específicos, e por isso pondera-se novamente o que os Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) determina sobre a organização do processo de trabalho dos NASF. Deve ter como foco o território sob sua responsabilidade, atuando por meio de discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta,

construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras, reafirmando que o NASF é mais do que atendimento individual.

O NASF deve criar com a equipe de SF espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo, para assim tentar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. Sendo assim, é necessário que os profissionais NASF assumam suas responsabilidades em regime de co-gestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (BRASIL, 2010).

5.2.3. A integração da equipe NASF junto à equipe de SF: uma visão da equipe NASF sob a lógica da organização do seu processo de trabalho

Neste momento, buscou-se verificar como se dava o envolvimento entre os profissionais NASF e equipe de SF, e, havendo integração, se essa era considerada satisfatória por eles. Para análise desta questão, foi considerado o mesmo argumento utilizado para análise na entrevista aplicada com as equipes de SF. Quais sejam bom vínculo entre equipe de SF e NASF, sob a expectativa de uma atuação integrada e interdisciplinar, que vise à elaboração de estratégias comuns de ações para a resolução de problemas, onde haja espaços rotineiros de discussões e de planejamento em equipe (NASF) e entre equipes (NASF e equipe de SF), sendo possível o alcance da integralidade da atenção por meio da ampliação da clínica.

Como razão da falta de integração com a equipe de SF, os profissionais da equipe NASF apontaram o excesso de equipes apoiadas nos diferentes CS, que não permitem que o profissional construa vínculo com o CS e a equipe, da mesma forma como foi mencionado por alguns dos profissionais das equipes de SF entrevistadas.

Excesso de equipes [...] (G5)

[...] é difícil dar conta de todas Unidades [...] (H5)

A gente tem muitas equipes, então a gente não consegue aquilo que está na portaria do NASF, as

diretrizes a gente não consegue seguir como o NASF está colocado por causa disso assim, pelo excesso de equipes [...] (F5)

O documento que guia a atuação do NASF - Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) coloca que a primeira tarefa da equipe NASF, ao entrar nas Unidades de Saúde da Família, é a de estabelecer um vínculo de confiança com os profissionais para integrar-se ao cotidiano das equipes e então desenvolver o trabalho, entretanto este vínculo parece ser fragilizado pelo número elevado de equipes de SF as quais o NASF está apoiando. O caso é que a Portaria Federal nº154/2008 e a Portaria Federal nº 2.488/2011 permitem que a equipe NASF esteja vinculada a vinte ou quinze equipes de SF, respectivamente, tal fato acaba prejudicando as ações em saúde, uma vez que permite ao gestor manter o número máximo de equipes de SF para um NASF, o que pelas falas acarreta na impossibilidade de uma atuação mais integrada e estabelecimento de vínculo que gere confiança.

Isso ainda é demonstrado com outras falas, mas relacionadas ao fato de alguns profissionais não se sentirem pertencentes aos CS onde atuam:

A gente não faz parte da unidade (F5)!

[...] A gente não tem sala, a gente não tem espaço, é difícil da gente ter voz, é difícil da gente se colocar mesmo como pertencente daquele ambiente, então a gente é uma..., eles sabem que a gente existe mas a gente ainda não foi agregado a parte da equipe como realmente um braço, perna, uma cabeça pensante (J5).

Eu acho que deveria ser os dois, a gente se sentir parte da equipe, a equipe achar que a gente faz parte dela e a gente também servir como um apoio. O trabalho seria muito mais facilitado dessa forma e não como a gente é visto: como um ser à parte dessa construção (J5).

Cabe aqui chamar a atenção a uma fala em especial, pois este profissional apoia um número menor de equipes de SF, devido a lotação de outro profissional de sua categoria no mesmo NASF, então eles

dividem o apoio entre as equipes de SF e a atuação nos CS do DS Centro:

[...] É o excesso de equipes em CS diferentes porque se fosse a quantidade de equipes que a gente tem num mesmo local a gente poderia se organizar de um modo mais favorável. A gente tem que fazer muitos deslocamentos, a gente não cria um vínculo adequado, as equipes esquecem, por exemplo, de avisar a gente quando não tem reunião, então a gente não faz [...] (J5)

Dessa fala pode-se trazer para reflexão que mesmo com o número reduzido de equipes de SF o fato de terem que se deslocar entre os CS ainda pode não permitir uma boa atuação. Então talvez o questionamento que se pode fazer é quanto à forma de organização do NASF na ESF servindo como um apoio às equipes de SF, atuando então em vários territórios diferentes, pois cada CS tem sua população adstrita, com sua característica, sua formatação, sua história. Cada equipe de SF se organiza de uma forma e a equipe NASF deve ter a tarefa de criar o vínculo com as equipes, de se integrar a elas, para assim desenvolver o seu trabalho.

Além do excesso de equipes de SF, da falta de vínculo, também apontam a falta de compreensão do processo de trabalho do NASF por parte das equipes de SF como dificultador dessa integração:

[...] dificuldade de algumas equipes em entender o processo de trabalho do NASF e conseguir trabalhar dentro da lógica do NASF. Então as próprias equipes não, algumas, desconhecem esse processo de trabalho, então ficam resistentes a algumas coisas que o NASF mesmo coloca, então, a questão do matriciamento para algumas categorias (F5).

Provavelmente, este fato ocorre por que o vínculo entre equipe NASF e equipe de SF, referido pelos Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2010) como importante estratégia de integração entre equipe de SF e equipe NASF, esteja fragilizado.

Ainda, a fala de um profissional faz com que se reflita sobre a intersetorialidade, ou ausência de intersetorialidade até mesmo entre os

setores e políticas públicas então isso acaba influenciado no modo como se organiza essa integração:

[...] eu não sei se nós somos reflexos das políticas que são totalmente não integradas, totalmente focalizadas e não integram nunca aqui na volta, ou se na verdade, nem a gente consegue fazer papel integrado, pequeno, quem dirá as políticas, então eu fico pensando, a habitação não é ligada com a assistência, que não é ligada com a saúde [...] (I5)

A intersetorialidade é definida como a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos com o intuito de abordar uma situação em conjunto. Ao governar e construir políticas públicas nessa perspectiva supera-se a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais produzindo assim, efeitos mais significativos na saúde da população (BRASIL, 2010).

A intersetorialidade vista em conjunto com a diretriz da integralidade remete a uma atenção que vai além da resolução dos problemas individuais e biológicos, buscando atuar nos problemas coletivos e socioculturais das pessoas e da comunidade, pelas quais as equipes de SF e equipe NASF compartilham responsabilidades.

Os depoimentos acima demonstram um núcleo fragilizado, que além de não conseguir garantir espaços de integração entre a sua própria equipe, também não consegue integrar-se às equipes de SF o que dificulta um processo de trabalho em busca da integralidade.

5.2.4. Limites e possibilidades para atuação da equipe NASF

Concluiu-se a entrevista com o NASF, procurando saber se o grupo identificava limites e possibilidades para o desenvolvimento do seu processo de trabalho. Foram levantados como possibilidades: o apoio da gestão na organização do trabalho em grupo da equipe NASF (núcleo), articulação intersetorial, a integração com outros serviços da própria rede, o trabalho junto às escolas com a participação dos professores, a ampliação do olhar a partir do território e a integralidade alcançada por meio do planejamento e da construção de rede, expressos nos seguintes discursos:

[...] a gente pensar nessa integração com o serviço, sabe, integração com o CAPS, integração com a assistência social, integrar com outras

políticas assim, pensar o trabalho conjunto com escola, também nessa questão com os professores [...] (I5)

[...] na articulação intersetorial, a gente pensar o atendimento daquela família, de outros setores que possam estar ajudando, para pensar num plano, para pensar a resolutividade da sua ação assim, ampliar um pouquinho esse olhar para além dessa saúde focada na doença e que tenha muitas lentes, então eu penso que o meu trabalho, o nosso trabalho pode ser muito para isso, assim, para gente olhar o território, para gente partir do território (I5)

[...] Então, eu penso que o nosso trabalho também é um pouquinho isso assim, na comunidade sabe, de questão de participação, de intersectorialidade, de planejamento, de rede, de construção de rede, sabe, eu acho que isso talvez dê muito mais uma cara de... realmente integralidade para aquele atendimento, do que só um atendimento num consultório (I5)

“[...] o primeiro passo que deveria haver é da gestão conseguir ajudar a gente, que a gente se encontrasse e a gente pudesse planejar junto, uma vez por mês não dá. A possibilidade é essa, primeiro passo é a gente estar se encontrando para gente virar um grupo realmente (J5)

“[...] A gente tem que mostrar que a gente não pode ter 19 equipes, 18, 17 equipes de SF, tinha que ter 8 entendeu, eu acho que esse é o objetivo (I5)

Como limites, um dos profissionais levantou a dificuldade de se dar conta de uma demanda criada a partir do compartilhamento desta entre vários profissionais. Considerou-se o discurso desse profissional como um todo para a análise, mas optou-se pelo relato de apenas um fragmento da fala, conforme segue:

[...] se a gente encaminhasse para todos, será que a gente conseguiria dar conta, de que forma a

gente conseguiria dar conta dessa demanda? É uma demanda que agora é só minha, mas eu vejo que ele tem necessidade disso, daquilo, daquilo e daquilo, se eu orientasse ele, se criasse (?) articulasse (?) todos os serviços assim de uma vez só, então toda a demanda da nutrição ia para todo mundo, ia faltar pessoal (K5).

Por fim, a falta de pessoal, no final da fala, pode ser entendida pela necessidade de contratação de mais profissionais das categorias já existentes para compor o NASF ou pelo excesso de equipes de SF que esse atual NASF apoia, impossibilita uma atuação coletiva entre a equipe NASF e da equipe NASF para com as equipes de SF, que garanta o estabelecimento do vínculo e integração, bem como o compartilhamento de saberes e práticas para uma atuação interdisciplinar que vise à integralidade de atenção ao sujeito.

5.3. A compreensão do Matriciamento na Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família

O matriciamento se fez presente em ambas as entrevistas (equipe de SF e NASF) objetivando verificar o que os profissionais componentes destas equipes entendiam por esta prática e se consideravam o apoio matricial uma ferramenta dentro da perspectiva de um trabalho integral e interdisciplinar.

O matriciamento teve suas raízes na saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica que buscou superar as intervenções tradicionalmente hospitalocêntricas e medicalizantes em relação à “loucura”. Surge visando implantar estratégias de cuidado integral, ancoradas em novos saberes e valores culturais. Nesta perspectiva, emerge como proposta para articular os cuidados em Saúde Mental na Atenção Primária (DIMENSTEIN et al, 2009). Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram propostos por Campos (1999) dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. Posteriormente, essa metodologia de gestão do cuidado foi adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do SUS de Campinas, São Paulo, Brasil. Algum tempo depois, alguns programas do MS – Humaniza-SUS, Saúde Mental e Atenção Básica/Saúde da Família também incorporaram essa perspectiva (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Teoricamente, diferentes conceitos são atribuídos ao termo, sendo muitas vezes contraditórios quando se estuda diferentes autores, o que torna ainda mais difícil o processo de compreensão, definição e transposição desse junto à prática diária.

O termo “matriciamento” esteve presente inúmeras vezes no decorrer das entrevistas, seja nas falas dos profissionais da equipe de SF, seja nas falas dos profissionais NASF. Sendo assim, devido à relevância do tema, e pela riqueza de discussões que o assunto geraria, optou-se por não aprofundar o assunto nas análises anteriores, para dar ênfase ao assunto durante esta seção. Como referencial teórico balizador, adotaram-se alguns conceitos como o que está compreendido na Portaria Federal nº 2.488/2011, na Instrução Normativa Municipal nº 001/2010, nos Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes NASF, no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental escrito por Chiaverini (2011) e alguns autores como Campos & Domitti (2007).

“O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda assistencial, especializada e suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde” (CAMPOS & DOMITI, 2007).

“O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde” (CHIAVERINI, 2011).

“Os profissionais dos NASF trabalharão de acordo com o modelo de apoio matricial, em que cada profissional oferece apoio em seu núcleo especializado de saber a um conjunto de equipes de SF” (FLORIANOPOLIS, 2010).

“O apoio matricial é formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF) [...]” (BRASIL, 2010).

“[...] Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes

de SF, [...] compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes” (BRASIL, 2011).

5.3.1. Matriciamento sob a ótica dos profissionais NASF

Esperava-se destes profissionais uma compreensão que girassem em torno de um apoio as equipes de SF com compartilhamento de saberes, conjunto de diferentes profissionais que oferecem apoio em seu núcleo especializado de saber, apoio e retaguarda especializada às equipes de SF (equipes de referência) trabalhando na lógica da horizontalidade do saber, educação permanente, integralidade com construção compartilhada de saberes bem como uma ampliação das possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração das diferentes especialidades e profissões.

Na fala inicial de um dos profissionais se faz presente o entendimento que vai ao encontro da compreensão esperada:

Eu penso que o matriciamento é o apoio, não só essa questão de pensar no indivíduo, pensar no usuário, mas de pensar enquanto a gente como **suporte para aquela equipe** [...] então eu penso que o matriciamento é o momento onde a gente possa estar **integrando os olhares, acrescentando outros saberes na prática do dia a dia da saúde da família assim**, eu penso que é momento onde a gente pode estar **fazendo educação permanente**, é o momento que a gente pode estar **ampliando um pouquinho o olhar que a equipe de saúde da família tem em relação a uma situação ou um indivíduo ou uma família**, em relação ao grupo ou em relação a uma situação ou em relação a um conceito, enfim (I5, grifo nosso).

Este profissional desenvolve um discurso muito claro com relação a sua compreensão de matriciamento ao apresentar alguns elementos como suporte à equipe com compartilhamento de saberes e ampliação da clínica.

Num segundo momento, a ideia apresentada neste mesmo discurso acaba esbarrando na questão da especificidade profissional, também presente em todo o referencial estudado, que entre outros define apoio matricial como “uma retaguarda especializada” e apoio em seu núcleo especializado de saber.

[...] eu acho que é o momento onde a gente está dando o nosso suporte realmente e está oferecendo o nosso olhar da nossa categoria profissional para ampliar um pouquinho mais o olhar da equipe de SF, assim, eu vejo matriciamento como isso e não só a discussão de caso, não só educação permanente, eu acho que é essa questão "de integrar os saberes, sabe, você oferecer um pouquinho do teu conhecimento específico para abrir um pouquinho, ampliar um pouco o olhar dessa equipe de SF (I5).

Dentro da questão da retaguarda especializada, apoio assistencial e suporte técnico-pedagógico no processo de construção coletiva de um projeto terapêutico há um compartilhamento de saberes entre os diferentes profissionais. Dessa forma, segundo Chiaverini (2009) existe o campo *comum* a todos e o *núcleo* específico de cada especialidade ou profissão. Segundo Campos (2000), o *núcleo* demarcaria uma área de saber e de prática profissional e o *campo* um espaço de limites imprecisos no qual cada profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas práticas e teóricas.

Nesta outra fala, mais uma vez a questão do suporte técnico específico esteve presente, com um sentido maior, que é o de oferecer resolutividade. O profissional encerra a fala, demonstrando um pouco de indignação quando questiona se os demais colegas conseguem realizar o matriciamento, conforme o que se apresenta na teoria:

[...] eu concordo, o matriciamento é isso, são diferentes olhares sobre uma mesma situação com o objetivo de dar resolutividade [...] cada um contribuindo da sua forma, com a sua especificidade técnica ou seu conhecimento específico e dar resolutividade para isso assim, não necessariamente repassar o caso [...] que é o que acontece e aí o que eu queria perguntar né, puxando o gancho: se alguém aqui faz o

matriciamento conforme essa nossa teoria assim né, eu particularmente não (F5).

As respostas foram unânimes: “*Não*”. Fica claro nas manifestações dos profissionais NASF entrevistados que, apesar deles compreenderem em teoria os conceitos, objetivos e a forma como deve ser praticado o apoio matricial, eles não conseguem exercê-lo de maneira apropriada e defendem que o matriciamento não pode ser compreendido como uma simples discussão ou repasse de caso, como pode ser visto na fala de outro profissional.

[...] não só a discussão de caso, não só educação permanente, eu acho que é essa questão de integrar os saberes (I5).

Um dos profissionais percebe o matriciamento como uma forma de ver o indivíduo na sua integralidade:

Matriciar seria ver o **indivíduo** como um todo, vários profissionais mostrando aquilo que eles compreenderam daquele indivíduo e tentar juntos fazer um plano terapêutico, o **indivíduo na sua integralidade**, plano de ação tanto para trabalhar a promoção de saúde quanto para resgatar a saúde (J5, grifo nosso).

Num primeiro momento, a fala deste entrevistado parece fugir à perspectiva de compreensão do matriciamento quando considerado isoladamente e segundo os conceitos pautados pelo referencial (documentos e autores propostos), que definem o matriciamento como sendo apoio (retaguarda) de profissionais, com o seu núcleo especializado de saber, sem necessariamente, terem relação direta e cotidiana com o usuário.

No entanto, quando se analisa essa fala num sentido mais amplo, percebe-se que na verdade, esse profissional remete ao conceito da integralidade sob uma perspectiva NASF, de se ter uma atuação que vise à abordagem integral do indivíduo, considerando seu contexto social, familiar e cultural, com garantia de cuidado longitudinal (BRASIL, 2010).

Encerrando o entendimento da equipe NASF, a manifestação deste profissional:

[...] Para mim o **matriciamento** é uma **estratégia de intervenção da saúde** onde se prioriza essa **questão da integração dos conhecimentos e dos saberes**, além da **integração dos saberes ser multiprofissional**, ser também uma coisa que passe todas as possibilidades de intervenção em conjunto. Então a ideia de, por exemplo, eu **ter junto um plano terapêutico que vá além da questão de ética, que vá além da questão social**, que vá além e que junte tudo isso, eu **tenho uma estratégia onde nós vamos tratar os aspectos, usando aquela manjada frase, biopsicossociais na doença**, mas é uma estratégia de atenção que nós precisamos por em prática, não é só uma questão de discutir, chegar aqui e... Não, nós temos que estar lá na prática aplicando essa estratégia e puxando cada um dos profissionais lá da área de cada uma das especialidades [...] (M5b)

A fala acima expressa um bom entendimento do que representa e se espera com o matriciamento, colocado sob um ponto de vista teórico e almejando sua concretização na prática.

Cabe lembrar que, segundo Chiaverini (2011), não existe uma fórmula para se realizar o matriciamento, mas o que existe na prática para esta nova forma de organização são os “instrumentos do processo de matriciamento”. Destacando o projeto terapêutico singular propriamente dito, a interconsulta, entre outros que se fizeram presentes na fala dos profissionais da equipe NASF.

Então se vê que a equipe NASF reconhece o que é o matriciamento e que o faz, sendo por meio de uma discussão de caso, ou por meio de uma educação permanente, ou pelo compartilhamento de saberes, mas não conseguem fazê-lo de modo a serem resolutivos, de um modo que permita a construção de um projeto terapêutico singular, quando este é tido como um *conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar* (BRASIL, 2010). E ainda, tendo que considerar que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

5.3.2. Matriciamento sob a ótica dos profissionais da equipe de SF

Igualmente ao esperado na equipe NASF, criou-se a expectativa das equipes de SF compreenderem o matriciamento como um apoio as equipes de SF com compartilhamento de saberes, conjunto de diferentes profissionais que oferecem apoio em seu núcleo especializado de saber, apoio e retaguarda especializada às equipes de SF (equipes de referência) trabalhando na lógica da horizontalidade do saber, educação permanente, integralidade com construção compartilhada de saberes bem como uma ampliação das possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração das diferentes especialidades e profissões.

Alguns elementos estiveram fortemente presentes nas falas dos profissionais da equipe SF quando questionados sobre a compreensão do matriciamento. O primeiro elemento a aparecer em todas as falas foi a “discussão de caso”.

[...] é discutido o caso ali, ver as melhores condutas e tal [...] (B3)

[...] eu vejo que o matriciamento é o momento de discutir, discutir casos, de educação permanente também [...] (A3)

[...] é, eu vejo o matriciamento como uma forma bem flexível que daí depende também do perfil do profissional, então às vezes vai ficar mais na discussão de caso individual. [...] (A1)

[...] no sentido que você tem uma demanda ou uma queixa de um paciente, esse profissional NASF através do matriciamento poderia tá dando suporte, orientação, no sentido daquele profissional tirar uma dúvida pontual ou no sentido de um acompanhamento [...] (C2)

[...] Pra mim, na verdade é trazer e discutir um caso com outro profissional e às vezes nem tem a necessidade de se fazer um encaminhamento para esse profissional pra que ele faça o atendimento, às vezes só na discussão de caso ele pode te orientar alguma coisa que tu possa fazer com aquele paciente [...] (B4)

A primeira idéia que as equipes de SF entrevistadas trazem sobre o matriciamento está diretamente ligada à discussão de caso, repasse de caso e a questão do foco no indivíduo. É questionável se a discussão de caso gera realmente uma responsabilidade compartilhada, na qual a equipe de referência será sempre responsável pela condução do caso.

Por outro lado, há também uma boa compreensão no sentido do apoio matricial não ficar restrito a discussão de casos. Para tanto, traz-se primeiro a fala de um profissional da equipe de SF seguida da fala de dois profissionais da equipe NASF:

[...] é enriquecedor assim as trocas que a gente faz, passando caso, discutindo, vendo qual seria a alternativa melhor pra aquele paciente, o que seria mais adequado, então, acho importante essa troca, acho legal dessa forma [...] (B1)

[...] matriciamento é isso, são diferentes olhares sobre uma mesma situação [...] cada um contribuindo da sua forma [...] não necessariamente repassar o caso [...] que é o que acontece. (F5)

[...] matriciamento é uma estratégia de intervenção da saúde onde se prioriza essa questão da integração dos conhecimentos e dos saberes [...] Então a idéia de, por exemplo, eu ter junto um plano terapêutico [...] (M5b)

Diante dessas falas, atenta-se para a necessidade de qualificar o matriciamento entre as equipe NASF e SF, sabendo que há uma boa concepção dessa ferramenta, mas que isolada não consegue ser resolutive. Talvez a partir de uma discussão de caso, durante o matriciamento, se faça necessário a definição de um projeto terapêutico singular para a condução de um caso ou situação. Segundo Dimenstein et al (2009) a proposta de apoio matricial faz-se a partir do desenho de um projeto terapêutico integrados entre a equipe de referência e equipe de matriciadores. Nesse sentido, as intervenções seriam complementares umas às outras, de modo que os projetos terapêuticos fossem enriquecidos, utilizando-se do compartilhamento dos saberes específicos dos diversos profissionais de saúde.

O PTS compreende a elaboração do diagnóstico, a definição de metas e a responsabilização de todos os sujeitos envolvidos na sua

execução e na constante reavaliação e traz o apoio matricial como uma forma de organizá-lo (BRASIL, 2008b). É também um momento de toda a equipe colocar suas opiniões que são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL, 2010).

Nas demais falas, o matriciamento continua a ser mencionado como discussão de caso, mas a educação permanente aparece na fala de um dos profissionais, como parte desse espaço:

[...] é acho que o matriciamento tem espaço para várias coisas diferentes, pra discussão de caso individual, pra educação permanente [...] (A1)

A educação permanente está diretamente ligada ao matriciamento e aparece como parte deste conceito nos Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes do NASF (2010), que refere que o matriciamento possui duas dimensões: a dimensão assistencial (ação clínica direta) e a dimensão técnico-pedagógica (apoio educativo com e para a equipe), que quando mescladas nos diversos momentos, remetem a uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente.

Este outro entrevistado considera “flexível” o matriciamento, ou seja, sem padrões, variando conforme cada profissional. Nesse sentido, o profissional parece tangenciar a teoria de Chiaverini (2011), que refere que não há uma fórmula para se realizar o matriciamento, pois este ainda é um conceito adaptado e muito recente, cada equipe fará do seu jeito. Porém, o entrevistado não aponta isso claramente e, nesta fala também não refere um entendimento concreto quanto ao matriciamento.

[...] é, eu vejo o matriciamento como uma forma bem flexível que daí depende também do perfil do profissional, então às vezes vai ficar mais na discussão de caso individual, às vezes o profissional já traz mais informação, então muda também...às vezes a gente tem matriciamento, muda o profissional, muda a maneira como ele acontece...acho que tem uma questão que é bem de flexibilidade [...] (A1)

Na visão desse profissional, a concepção de matriciamento no NASF DS Centro depende do perfil do profissional e aponta para o conhecimento desses, quando refere que às vezes o matriciamento

aparece como uma discussão de caso, outras vezes o profissional traz informações, etc.

Outro elemento identificado refere-se ao matriciamento sendo realizado em equipe, em conjunto, como preconizado pelos Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes NASF (2010): “O apoio matricial é formado por um **conjunto de profissionais...**” (grifo nosso). Alguns profissionais inclusive referem como limite o fato do matriciamento não ocorrer nos momentos em que toda a equipe SF esteja reunida, como em uma reunião de área. Isso impede que neste espaço ocorra o **compartilhamento** de saberes e a construção do projeto terapêutico (BRASIL, 2011; BRASIL, 2010).

[...] o matriciamento era para acontecer com a equipe completa, tipo assim: é psiquiatria? Então vai estar o psiquiatra, o médico, o enfermeiro, o agente de saúde daquele paciente... a gente não tem conseguido muito fazer assim, até por uma questão de agenda eu acho (B3)

[...] o matriciamento em equipe não vem acontecendo, vem acontecendo matriciamento entre profissionais [...] (A3)

Por vezes, alguns profissionais das equipes de SF, referem que sentem necessidade da presença dos profissionais do NASF na atenção direta ao paciente, por meio das consultas, dos atendimentos individuais, mesmo tendo clareza do conceito de matriciamento no que concerne a questão do conjunto de profissionais, sem relação direta ao usuário e ao apoio às equipes de referência (BRASIL, 2009a).

[...] Agora eu sinto dificuldade numa questão: eu acho que alguns casos precisam do nutricionista, do fisioterapeuta, do psiquiatra, **não só uma discussão de como eu vou conduzir como médico de família, eu não vou substituir o psiquiatra nem o nutricionista, nem o fisioterapeuta** e eu vejo que esses profissionais não têm agenda para poder assumir esses pacientes. Então eu acho **que tem casos que assim o médico de família, discutir com o especialista, com as outras áreas é bom porque abre o nosso olhar assim diante do paciente** e consegue interceder, ah esse paciente tem uma

demanda importante de saúde mental, esse paciente vai aderir bem a uma psicoterapia, esse paciente vai aderir bem a uma avaliação com a nutricionista, então a gente pesca o paciente, a gente abre a porta para poder falar, **mas isso não exclui o atendimento individual por essa área e por essa especialidade, eu sinto falta disso**, a gente matricula, discute, mas o paciente não consegue ser avaliado e conduzido pela área em questão. Só os casos mais graves (A3).

[...] O médico de família, a enfermeira da ESF sempre vai ter vínculo com o paciente, a gente vai ter consulta de tempos em tempos mas **isso não exclui que o paciente tenha também a consulta individual dele**. Por exemplo, eu não vou fazer uma avaliação nutricional, uma avaliação de história de vida como o nutricionista, como a psicóloga, não vou, nem vou assumir a questão da fisioterapia de um paciente... É só discutir com o especialista e fazer sozinho, então eu sinto falta disso (A3).

As diretrizes NASF deixam claro que tais profissionais poderão realizar intervenções diretas frente a usuários e famílias, mas **sempre sob encaminhamento das equipes de SF** com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso, mas **isso deverá ocorrer apenas em situações extremamente necessárias** (BRASIL, 2010, grifo nosso). Ou seja, a prática dos atendimentos individuais por parte dos profissionais da equipe NASF, está prevista e respaldada em âmbito federal, desde que sejam apenas em situações pontuais para que o NASF não se transforme em mero ambulatório. Sob essa mesma ótica, segue-se o que está previsto na Portaria nº 154/2008, a qual prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal e de responsabilização compartilhada entre as equipes de SF e a equipe NASF na comunidade (BRASIL, 2008). Cabe aqui, a interpretação de uma opinião bem particular de que talvez, para esse profissional A3, a maneira pela qual o processo de trabalho da equipe NASF encontra-se configurado no momento, não seja a mais apropriada, responsiva ou resolutiva às demandas da saúde.

O matriciamento surge para permitir que os profissionais da área da saúde se sintam apropriados a fazer uma escuta que seja qualificada,

sem que esta gere angústia e sofrimento para os profissionais e para que estes não tenham a atitude de passar adiante o caso pelo sentimento de incapacidade e/ou paralisia, tornando o trabalho de escuta mais coletivo e transversal (GOMES, 2006). Contudo, essa “ferramenta” ainda é pouco ou mal utilizada pelos profissionais, segundo essa fala:

[...] Amplia olhares e assim, ele vem com diferentes olhares... então acho que assim, ele enriquece, então acho que ele só tem a contribuir... mas assim, acredito que os profissionais ainda utilizam pouco e muitos não sabem utilizar essa grande ferramenta (C2).

Por se tratar de uma estratégia recente no campo da saúde, esta prática encontra-se em processo de construção. Com o matriciamento não se quer que haja uma transferência de responsabilidade, um encaminhamento, e que as discussões de caso, tão citadas nas falas das equipes de SF, sejam para além de um repasse de caso. O matriciamento é um apoio do matriciador em seu núcleo especializado de saber à equipe de SF, mas no qual há uma construção compartilhada de saberes entre os sujeitos, partindo das necessidades dos sujeitos, das famílias, e da comunidade e território onde atuam.

6. CONCLUSÕES

Considerando o entendimento da equipe de SF quanto à atuação da equipe NASF do DS Centro, percebe-se que há compreensão da maioria dos profissionais enquanto um núcleo multiprofissional, ofertando apoio e retaguarda especializada às equipes de SF. Apesar deste conhecimento, nota-se que eles não concordam com a lógica pela qual o NASF está pautado, uma equipe de apoio, não pertencente à atenção primária. As equipes de SF almejam por uma equipe NASF que seja fixa em cada CS, ampliando a atenção ao usuário no sentido da integralidade e extensão do cuidado ao paciente.

Sobre a compreensão das equipes de SF quanto às ações realizadas pela equipe NASF, o apoio matricial foi unanimidade nas falas de todas as equipes de SF entrevistadas podendo ser considerado um ponto importante em direção ao entendimento do processo de trabalho desenvolvido por este núcleo. Porém, não houve menção à clínica ampliada, ao projeto terapêutico singular ou ao projeto de saúde no território, demais ferramentas utilizadas na organização desse processo. Apesar disso, os profissionais conseguem visualizar as demais atividades pontuais, referentes ao processo de trabalho NASF (atendimento específico, visitas domiciliares, atividades compartilhadas no território, apoio aos grupos e atividades educativas). No entanto, algumas dessas atividades como a participação em grupos, são consideradas por eles, específicas dos profissionais NASF e isso foge da lógica do apoio preconizado pelas Portarias Federais e IN 001/2010.

Os profissionais da Atenção Primária consideram a equipe NASF um vínculo fundamental, porém insuficiente pelo pouco tempo de permanência nos CS. Segundo eles, a justificativa para essa insuficiência reside no fato da equipe NASF ofertar seu apoio a um número elevado de equipes de SF em distintos CS, dificultando o acesso a esses profissionais e também aos processos de referência e contra-referência. De modo contrário, num dos CS campo da Residência Multiprofissional, com residentes atuando segundo a lógica do NASF, porém dando apoio a um número menor de equipes de SF, o acesso torna-se facilitado e o vínculo e a integração entre profissionais melhor estabelecidos. Tentar garantir que uma equipe NASF como a do DS Centro, apoie um número mínimo de oito equipes, como preconizado em ambas, Portarias Federais nº 2.488/2011 e nº 154/2008 e Instrução Normativa Municipal nº 001/2010, seria uma forma de tentar garantir um apoio mais qualificado da equipe NASF para as equipes de SF e seu território. Em relação à integração entre os próprios profissionais da

equipe NASF, os profissionais da equipe de SF percebem maior integração entre algumas categorias, mas ainda há a percepção de alguns dos profissionais da equipe NASF atuarem de forma isolada, principalmente as especialidades médicas.

Ainda em relação à integração intra-equipe NASF, mas desta vez sob a percepção dos próprios profissionais NASF, no que diz respeito ao seu processo de trabalho, referem que o contato é escasso, pouco integrado e pouco interdisciplinar, apesar da visão da interdisciplinaridade ainda estar presente. Nesse contexto, o apoio a grupos do CS foi a atividade mais referida durante a entrevista, por vezes a principal forma de atuação no sentido de atender toda a demanda. Buscando trabalhar sob uma perspectiva mais integral e interdisciplinar, esses profissionais procuram desenvolver o seu trabalho para além de um matriciamento, procurando outras formas para apoiar a equipe de SF e a população inserida no território, ou seja, educação em saúde, projeto terapêutico singular e ampliação da clínica. Porém, consideram esse processo ainda deficitário, uma vez que há uma realidade condizente com o excesso de demandas impostas. Como proposta inicial, a elaboração de uma agenda compartilhada, que contemple espaços comuns entre os profissionais NASF, talvez fosse uma boa tentativa no sentido de melhorar a questão da integração e da interdisciplinaridade entre esses profissionais.

Atualmente, a equipe NASF adota uma agenda mensal construída individualmente, o que diferencia novamente o processo de trabalho desta equipe quando comparada à equipe de SF. Algumas atividades são priorizadas, durante essa construção, sendo o atendimento específico aquela para a qual dispensam maior tempo. Como justificativa para tal, além do que já foi mencionado anteriormente (demanda excessiva do serviço, número também excessivo de equipes de SF atendidas) referem a necessidade de atendimentos específicos por parte dos usuários e o imperativo da gestão em atingir metas. Segundo a visão dos profissionais, os usuários consideram o atendimento específico sinônimo de resolutividade, o que por vezes também pode ser notado nos profissionais de algumas equipes de SF. Sob esse aspecto, é interessante também questionar até que ponto a conduta da gestão também não estaria sob influência do que exigem os usuários na Atenção Primária? Estaria a gestão, tentando suprir uma demanda assistencialista, ao orientar a configuração das agendas da equipe NASF? Nesse sentido, mais uma vez, sugere-se que sejam revisados os processos de organização das agendas NASF, a fim de que não estejam pautadas apenas pelos quantitativos a serem atingidos, permitindo que

os profissionais atuem com visão de território e por meio das ferramentas para a organização desse processo de trabalho, com atuação mais constante nos CS. Enquanto a resolutividade continuar a ser vista por alguns dos profissionais como sinônimo de consulta, não se espera que a população revele outra forma de compreensão quanto a esse conceito, continuará a exigir mais consultas e, mais uma vez, o trabalho da equipe NASF não conseguirá seguir a lógica diferenciada pelo qual foi proposto. Para tanto, a formação/educação permanente das equipes de SF se faz necessária, uma vez que algumas ainda seguem pautadas pelo modelo biomédico. Ainda, sugere-se também a Revisão da IN/2010, principalmente quanto à previsão dos atendimentos específicos ocupando mais da metade da carga horária desses profissionais. Sugere-se a redução desse número, a fim de que as demais atividades previstas para a organização do processo de trabalho do NASF no território possam ser contempladas.

O matriciamento se fez presente em ambas as entrevistas (equipe de SF e NASF) com o objetivo de verificar o que os profissionais entendiam por esta prática. Fica claro nas manifestações dos profissionais NASF entrevistados que, apesar deles compreenderem os conceitos, objetivos e a forma como deve ser praticado o apoio matricial, não conseguem exercê-lo conforme teoria e defendem que o matriciamento não pode ser compreendido como uma simples discussão ou repasse de caso.

Para as equipes de SF o matriciamento está diretamente ligado à discussão de caso, repasse de caso e a questão do foco no indivíduo, porém não se restringe a esse entendimento, uma vez que a educação permanente também aparece como parte desse espaço. Mesmo tendo clareza do conceito de matriciamento no que concerne a questão do conjunto de profissionais, sem relação direta ao usuário e ao apoio às equipes de referência, por vezes, alguns profissionais das equipes de SF, referem que sentem necessidade da presença dos profissionais NASF na atenção direta ao paciente. Mais uma vez, recomenda-se a educação permanente das equipes e o incentivo a educação continuada por meio de capacitações e demais formações complementares em saúde da família, saúde coletiva como forma de um melhor entendimento quanto ao matriciamento (uma das principais formas de atuação dos profissionais NASF) e as demais ferramentas do processo de trabalho NASF.

O modelo hegemônico biomédico, que figurou por anos, é visto ainda como responsável pela atual produção de saúde na rede de atenção à saúde. Os problemas que emergem do campo da saúde ou do processo

saúde-doença são inequivocamente multicausais e com dominação biomédica (ABRAHÃO, 2007). Este cenário acaba por vezes influenciando a formação profissional, como também a prática assistencial, traduzindo-se num grande desafio para que se possam atingir os objetivos traçados pela ESF (RIBEIRO et al, 2004).

A prestação da assistência integral constitui-se em um importante desafio, já que se propõe uma ruptura com o modelo assistencial atual e construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Sob a perspectiva da construção de uma nova prática, o incentivo a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, surge como uma importante estratégia de ruptura com o antigo modelo biomédico e assistencialista, bem como o estímulo a formação em saúde de coletiva e saúde da família por meio da valorização destes profissionais.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 01-03, 2007.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990b.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Secretaria especial de editoração e publicações - subsecretaria de edições técnicas, 2006a.

_____. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a organização da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS). Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, 2011.

_____. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Portaria GM n 154, de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União**, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Assessoria de comunicação social. **ABC do SUS/MS**. 2. ed. Brasília (DF): MS, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n 648/GM, de 28 de março de 2006. Brasília, 2006b. Política nacional de atenção básica.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família)**, n. 27. Brasília, 2010.

_____. Ministério de Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério de Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, mar. 2012.

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 4, p. 393-404, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**. Goiânia, v. 3, n. 1/2, p. 51-74, jan./dez. 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, EE, ONOCKO, Rosana (orgs.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec. p. 229-66, 1997.

CAMPOS, Rosana Onocko. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.), et al. Matriciamento: integrando saúde mental e atenção primária em um modelo de cuidados colaborativos. In: _____. **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 15-18 p.

CORDEIRO, Hésio. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, ano 1, n. 1, p.13-18, 1996.

CUTOLO, Luiz Alberto Agea. Modelo Biomédico reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16, 2006.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Conferência de Alma-Ata; URSS. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jocarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. p. 15.

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

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um

emaranhado? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS - Campinas (SP). Dissertação de Mestrado. Campinas, 2005.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete do Secretário. Aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde estabelecendo diretrizes e normas para organização da atenção básica baseada na Estratégia de Saúde da Família. Portaria Municipal n. 283, de 06 de agosto de 2007. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete do Secretário. Instrução Normativa Municipal 001, de 14 de janeiro de 2010. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Vanessa Gimenes. **Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP**. 2006. 13p. Trabalho de Conclusão do Curso de Aprimoramento em Saúde Mental. Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2006.

ITO, Elaine Emi et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem - USP [online]**, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. Em busca de informações. In: _____. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 165-196 p.

LEVCOVITZ, Eduardo; GARRIDO, Neyde G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, v. 1, p. 3-8, jan./jun. 1996.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**, v. 1, livro 1, 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

MATTOS, Pedro Lincoln Carneiro Leão de. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Revista de Administração Pública**, v. 39, n 4, p. 823-847, jul./ago. 2005.

MATTOS, Rubem Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de (Orgs.). Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. Hucitec – Abrasco, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

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

PINHEIRO, Roseni. Integralidade como princípio do direito a saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>> Acesso em: 12 julho, 2009.

PIRES, Denise. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 13, p. 83-92, 2000.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; GOTTEMS, Leila Bernardo Donato. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 294-299, mar./abr. 2009.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov./dez. 2005.

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva; MELO, Cristina Maria Meira de. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1923-1932, nov./dez. 2008.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 221-42, 1999.

STARFIELD, Bárbara. Integralidade da atenção: quem deveria oferecer o que. In: **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. p. 311- 363.

TOMAR, Mário Santos. **A Entrevista semi-estruturada**. Mestrado em Supervisão Pedagógica (Edição 2007/2009) da Universidade Aberta.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LEBRAO, Maria Lúcia; CESAR, Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista com profissionais NASF

	Universidade Federal de Santa Catarina Departamento de Saúde Pública Residência Multiprofissional em Saúde da Família ROTEIRO PARA ENTREVISTA PROFISSIONAIS NASF	
Código:		Data de Nascimento:
Profissão:		
Tempo de experiência NASF:		
Pós Graduação/Especialização em Saúde da Família:		
Centro de Saúde:		
<p>Perguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descreva o processo de trabalho do NASF. <i>- Como se dá o envolvimento entre os profissionais NASF? Consideram o trabalho do NASF integrado e interdisciplinar? Por quê? Identificação das ações desenvolvidas por categoria.</i> 2. Dentre as ações realizadas, para quais é dispensado maior tempo? <i>- Pensando no número de equipes atendidas e a carga horária de 40h semanais. A carga horária X número de equipes atendidas é satisfatória? - Por que não realiza as outras atividades ou realiza em menor proporção?</i> 3. Como se dá o envolvimento entre os profissionais NASF e equipe SF? A integração NASF X equipe SF é satisfatória? Comente. <i>- É possível responder a demanda da equipe? As equipes SF encaminham demandas para a equipe NASF?</i> 4. Como o NASF entende a prática do matriciamento? 5. Você identifica limites e possibilidades para o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF? Quais? 		
Observações:		

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista profissionais equipe de SF

	<p align="center"> Universidade Federal de Santa Catarina Departamento de Saúde Pública Residência Multiprofissional em Saúde da Família ROTEIRO PARA ENTREVISTA EQUIPE ESF </p>	
Código:		Data de Nascimento:
Profissão:		
Tempo de experiência na equipe:		
Pós Graduação/Especialização em Saúde da Família:		
Centro de Saúde:		
<p>Perguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O que é o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para você? <i>- Aqui envolve a ideia de compreensão do processo de trabalho NASF junto às equipes SF.</i> 2. Você saberia descrever quais são as ações realizadas pelo NASF? Descreva. <i>- Objetivo: verificar o que a equipe conhece a respeito do trabalho do NASF.</i> 3. Como você percebe o processo de trabalho do NASF junto à equipe SF e CS? <i>- Apoio, atividades desenvolvidas, atividades individuais? São atividades integradas/interdisciplinares? A integração ente equipe SF e NASF acontece sempre, ou somente com alguns profissionais? Como você avalia o tempo que os profissionais NASF dedicam para o trabalho com a equipe SF?</i> 4. Como a equipe SF entende a prática do matriciamento? 		
Observações:		

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –
Entrevistas semi-estruturadas.**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevistas semi-estruturadas

Informações sobre a pesquisa:

Somos estudantes de pós-graduação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que se desenvolve a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC e a Universidade Federal de Santa Catarina.

Como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Residente em Saúde da Família, será realizado um estudo cuja proposta é compreender a organização do processo de trabalho do NASF Distrito Sanitário Centro, Florianópolis/SC, em direção a sua estruturação enquanto um núcleo pautado pelo princípio da integralidade e, como este processo se realiza com as equipes da ESF. A pesquisa terá como título: “Núcleo de Apoio a Saúde da Família: uma abordagem multiprofissional na perspectiva da integralidade”.

Procura-se se contribuir, com este estudo, para o processo de organização deste núcleo dentro da rede, auxiliando a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) que, no momento discute o processo de trabalho e tenta criar indicadores para sua avaliação. Conseqüentemente contribuir também para a ampliação dos conhecimentos sobre o tema estudado, abrindo espaços para novas pesquisas dentro desta área.

Serão realizadas entrevistas coletivas e semi-estruturadas e, por isso, pedimo-lhe permissão para gravá-las e transcrevê-las.

Sua participação não trará riscos ou desconfortos, será mantido sigilo das informações prestadas e, em hipótese alguma sua identidade

será revelada. Os registros ficarão sob posse dos pesquisadores, somente. Os resultados deste serão publicados na forma de Trabalhos de Conclusão de Curso, artigos científicos em revistas especializadas e resumos em eventos científicos.

Ressaltamos que a sua participação não é obrigatória e que, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo quanto a sua relação com o pesquisador. Caso haja dúvidas a respeito do estudo, os pesquisadores estão a disposição para esclarecê-las.

Consentimento pós-informação

Eu,, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “*Núcleo de Apoio a Saúde da Família: uma abordagem multiprofissional na perspectiva da integralidade*” - realizada pelos residentes em Saúde da Família Alessandra Fontana, Ana Weigert Bressan e Carolina Calado Carneiro, sob orientação da professora Neila Maria Viçosa Machado – e concordo em participar da realização desta pesquisa.

....., de de 2012.

Assinatura:

RG:

Contatos:

Alessandra Fontana: alezitif@gmail.com – (48) 9611-8233

Ana Weigert Bressan: anawbressan@gmail.com- (48) 9650-4635

Carolina Calado Carneiro: carolnutri051@gmail.com – (48)9934-4216

Neila Maria Viçosa Machado: neila@ccs.ufsc.br – (48) 88291317

ANEXO A - Orçamento

Material	Quantidade	Preço unitário (R\$)	Preço total (R\$)
Papel A4	03	15,00	45,00
Computador portátil	01	1.500,00	1.500,00
Xeróx – cópias	600	0,10	60,00
Encadernação simples	03	3,50	10,50
Tinta preta (impressora jato de tinta)	03	56	168,00
Caderno de anotações	01	3,50	3,50
Caneta	10	2,50	22,50
TOTAL			1809,50