

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E DA
COMUNIDADE**

POLIANA REIS ANDRADE

**RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DURANTE A
IMPLANTAÇÃO DE UM NASF**

**Salvador
2017**

POLIANA REIS ANDRADE

**RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DURANTE A
IMPLANTAÇÃO DE UM NASF**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Fundação Estadual Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde da Família e da Comunidade na modalidade Residência.

Orientador: Esp. Alan Jonh de Jesus Costa

Coorientadora: Msc. Fernanda dos Reis Souza

**Salvador
2017**

POLIANA REIS ANDRADE

**RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DURANTE A
IMPLANTAÇÃO DE UM NASF**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde da Família e da Comunidade na modalidade Residência.

Aprovado em ____ de fevereiro de 2017.

Alan Jonh de Jesus Costa – Orientador _____
Especialista em Ativação do Processo de Mudança da Formação Superior em Saúde, Fiocruz,
Brasil.

RESUMO

A proposta política do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF é ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e seu processo de territorialização e regionalização (BRASIL, 2008). Para isto utiliza-se da metodologia do apoio matricial e apresenta o apoio institucional com uma das faces no desenvolvimento das ações (OLIVEIRA; CAMPOS; 2015). Esta experiência foi vivenciada nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade FESF/Fiocruz no município de Camaçari - BA. O objetivo desta escrita é relatar a experiência sobre o processo de construção inicial do trabalho de um NASF, por meio da análise do processo de construção e os atributos constituintes da agenda inicial do NASF; pela compreensão das possibilidades de acesso das equipes de saúde da família ao apoio ofertado pelo NASF e pela identificação da existência de práticas de apoio institucional no NASF. Para isso, foram utilizadas anotações realizadas em diário de campo, análise de agendas, livros de registro e discussões durante duas horas em encontros quinzenais, chamadas de tutorias, no período de março de 2015 a março de 2016, totalizando 24 encontros. Conclui-se que este trabalho se fez para fomentar possibilidades de organização da agenda e fluxograma de acesso afirmando a corresponsabilização do cuidado aos usuários e a busca pela interdisciplinaridade. Além disso, acreditamos que o NASF, apesar dos desafios existentes, apresenta-se como um meio potente para a transformação nas relações da clínica e da gestão.

Descritores: Saúde da Família. Agendamento de consultas. Fluxo de trabalho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. MÉTODOS	8
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	9
4. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21

1. INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) é uma estratégia que foi criada em 2008 para complementar as equipes de Saúde da Família (eSF) e qualificar as ações na Atenção Básica (AB) com responsabilidade sanitária de atender as necessidades de saúde do território. Atualmente, existem 3 tipos de NASF os quais podem ser compostos por até 19 ocupações a depender da análise epidemiológica de cada território a ser coberto (BRASIL, 2012).

A proposta política desta equipe tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e seu processo de territorialização e regionalização (BRASIL, 2008). Para isto, utiliza-se da metodologia do apoio matricial e seus objetos de trabalho são o usuário e as equipes de referência (SOUZA, 2015).

Existem várias experiências de apoio matricial em curso no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a década de 1990, contudo, nos últimos anos essa modalidade de apoio ganhou visibilidade a partir da instituição dos NASF. Campos (2007) propõe inicialmente que o apoio matricial é a retaguarda assistencial, seja o apoio técnico-pedagógico às equipes de referência que complementa ou rompe com o modelo hierarquizado de referência, contra referência, protocolos e centros de regulação.

O processo em construção do fazer do NASF dialoga com o conceito de Oliveira (2011) que diz que o apoio matricial é:

O arranjo organizacional ou modalidade de prática do apoio na qual um conjunto de saberes, de práticas e/ou de competências concentrados em certos setores, grupos ou indivíduos de uma organização, considerados necessários para resolução de demandas ou problemas expressos por outras parcelas da organização, é ofertado a estas últimas por meio de processos que incorporem uma metodologia de apoio. Toma como objeto uma necessidade ou um problema vivenciado. Nesse sentido é que entendemos que o seu enfoque é mais clínico, mas sempre considerando que há dimensões de gestão em jogo (OLIVEIRA, 2011, p. 47).

Outra face de apoio realizada pelo NASF, o apoio institucional, é um modo para fazer cogestão e necessita de uma postura interativa tanto analítica quanto operacional, isto é, realiza negociação, mediação de conflitos, composição articulada de projetos, planos, e pressupõe também ajuda para que os trabalhadores consigam cumprir com os vários compromissos (CAMPOS et al, 2014).

O apoio matricial e institucional são inerentes e imbricados no processo de trabalho do NASF sendo que o primeiro deve-se fazer mais expressivo nas ações e atividades realizadas. Para Moura e Luzio (2014) o apoio matricial e o institucional são faces da função apoio que aparecem de forma alternada, em intensidades diferentes, porém de maneira não excludente.

Oliveira e Campos (2015) reiteram que o núcleo do apoio matricial refere-se à clínica e o do apoio institucional, à gestão, porém isso não retira a clínica e a saúde coletiva da responsabilidade do apoio institucional, e tampouco elimina a política e a gestão do apoio matricial.

A gestão do processo de trabalho, o acesso e a realização da própria agenda são os maiores conflitos e questionamentos que os trabalhadores do NASF enfrentam, já que apoiam as ações apontadas pelas eSF e estas equipes historicamente atuam embasadas no modelo hegemônico biomédico o qual tende a fragmentar o cuidado do indivíduo encaminhando-o de forma impessoal e sem a devolutiva necessária para o monitoramento do caso.

A clínica reduzida traz três aspectos: o biológico, social e psicológico que por vezes são avaliados de forma isolada e excludente. Já a clínica ampliada busca valorizar os mesmos aspectos entendendo que todos estes tem influência na condição de saúde do indivíduo buscando evitar o privilégio de um em detrimento do outro, além, do reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução diante da complexidade de saúde apresentada (CAMPOS; AMARAL; 2007).

Em se tratando do acesso ao trabalho do NASF as diretrizes afirmam que deve ser feito prioritariamente pela equipe mínima já que esta é a porta de entrada da AB. Dessa forma, é necessário fazer um fluxograma pactuado com esta equipe e publicizado nas unidades de referência para tornar mais fácil o entendimento do acesso às especialidades que compõem o NASF.

Para Silva et al (2012) o funcionamento do NASF tem, como desafio, a articulação das suas atividades dentro da agenda das equipes de saúde da família, considerando as metas assistenciais e o processo de trabalho já estabelecido.

Verifica-se que os estudos sobre o NASF apresentam como lacuna a ausência da análise da gestão do processo de trabalho pautado na função apoio, no acesso do serviço pela eSF, bem como dos elementos estruturantes da agenda. A produção de estudos que abordem as estratégias de organização inicial do processo de trabalho é fundamental, porém são escassos de relatos que mostrem possibilidades de arranjos e, usualmente, encontram-se textos que justificam a metodologia de trabalho inovadora, mas não trazem sistematizações quanto ou como se dá a organização dessa prática.

Por ser um trabalho novo e com desafios ímpares é comum equipes de NASF destoarem do que está proposto nos documentos oficiais, seja pela não compreensão desse trabalho ou pela passividade de reprodução de modelos assistenciais de especialidades aprendidas na graduação acadêmica (SILVA et al, 2012).

À luz desse contexto, questiona-se: Como se dá a organização do trabalho do NASF?

Para refletir sobre estas questões esse trabalho tem como objetivos:

Geral:

Relatar a experiência sobre o processo de implantação do trabalho de um NASF

Específicos:

- Analisar o processo de construção e os elementos constituintes da agenda inicial do NASF;
- Compreender as possibilidades de acionamento das equipes de saúde da família ao apoio ofertado pelo NASF;
- Identificar a existência de práticas de apoio institucional no NASF.

2. MÉTODOS

Este trabalho teve como campo de experimentações as atividades de uma equipe do NASF no município de Camaçari, BA, no período entre março de 2015 a março de 2016. O NASF é do tipo 1, está vinculado a 5 equipes em 2 unidades de saúde da família. Por fazer parte dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade, baseados em metodologias ativas, todos os profissionais, tanto da equipe mínima como do NASF, atuaram por 40 horas semanais no serviço.

A equipe NASF foi composta por 2 fisioterapeutas, 3 profissionais de educação física, 1 nutricionista, 2 preceptoras fisioterapeutas e 1 tutora de campo NASF. As preceptoras eram responsáveis pelo acompanhamento e suporte pedagógico a toda equipe em questões relacionadas ao campo de teoria e prática e a tutora por facilitar quinzenalmente, durante 2 horas, debates teóricos reflexivos sobre as práticas desenvolvidas.

Este é um relato de experiência no qual as sistematizações foram obtidas por meio de anotações realizadas em diário de campo, análise das agendas, livros de registro e discussões durante duas horas em encontros quinzenais, chamadas de tutorias, no período de março de 2015 a março de 2016, totalizando 24 encontros.

As discussões do grupo eram disparadas pela prática vivenciada diariamente e o tema escolhido era o que mais causava inquietude nos integrantes da equipe o qual necessitava de

reflexões para gerarem mudanças. A discussão das vivências era embasada com artigos já produzidos, então em rodas de discussão que ocorreram em momentos diferentes a agenda foi colocada em debate para analisar se atendia às diretrizes do NASF.

O acesso ao serviço do NASF sempre foi questionado desde a implantação por não ser porta de entrada da AB já que os profissionais da equipe mínima é que são responsáveis prioritariamente por coordenar os cuidados ao usuário e o conduzem pela rede assistencial na busca por compartilhar a melhor opção de atenção disponível. A mudança de práticas de cuidado por meio da mediação de conflitos foi tema longitudinal do grupo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Como a agenda é realizada

Por se tratar de uma equipe de apoio que lida com as complexas realidades de cada uma das equipes vinculadas, é necessária a construção de uma agenda de trabalho do NASF que contemple as diversidades e as amplas possibilidades de ações que podem ser realizadas no trabalho integrado. Para isso a agenda dos profissionais deve conter alguns elementos considerados estruturantes os quais são as atividades desenvolvidas na USF e no território (BRASIL, 2014).

A elaboração da agenda foi tema que sempre causou inquietude nos profissionais do NASF, por isso foi tema de tutorias recorrentes para tratar deste assunto. Houve discussões sobre a composição da agenda levando em consideração as categorias profissionais e a quantidade de equipes cobertas, as ações e atividades que poderiam compor essas agendas priorizando o componente interdisciplinar, a maior participação de alguns profissionais em atividades que culturalmente a profissão estava mais relacionada como por exemplo: formação de grupos pelos professores de educação física.

As reuniões de matriciamento, nome dado pela equipe NASF deste trabalho, são espaços coletivos entre a eSF e NASF no qual há discussões que envolvem prioritariamente as demandas que são compartilhadas com a equipe do apoio matricial, não anulando a reunião de equipe mínima, na qual o NASF também pode fazer interferências para construção de novos saberes, acontecendo em caráter complementar.

As demandas são compartilhadas prioritariamente durante as reuniões de matriciamento, as quais ocorrem mensalmente, ou ao longo da semana com encontros

informais com a eSF, considera-se informais por serem fora da estrutura de reunião, ocorrendo nos intervalos entre uma atividade e outra.

Soleman e Martins (2015) trazem que o matriciamento é uma lógica de organização do trabalho, um processo constante que permeia todas as ações compartilhadas entre os profissionais de ambas as equipes, sendo esse termo apenas um jargão utilizado pelos profissionais para facilitar a identificação desse espaço.

Nestes espaços são realizadas discussões de casos e temas (fortemente relacionados à educação permanente), elaboração de Projeto Terapêutico Singular, pactuações entre as equipes vinculadas e o NASF, planejamento e programação das ações (construção de propostas de grupos, atendimentos e intervenções entre as equipes), ações de vigilância em saúde, monitoramento e outras (BRASIL, 2014).

Apesar da potência das reuniões de matriciamento, estas aconteciam de forma incipiente, numa disputa constante de tensionamentos para discussão de casos clínicos e participação de no mínimo os profissionais envolvidos no caso. No início, era interrompida por questões administrativas, porém os profissionais do NASF reiteravam a relevância de retomar as discussões e com isso os outros trabalhadores foram se permitindo às mudanças, mas mesmo assim alguns atores se destacavam no diálogo mais do que outros.

A fim de evitar o encaminhamento impresso e impessoal, foi realizada uma organização interna da equipe em que cada eSF tem um conjunto de profissionais de referência da equipe NASF composta por cada núcleo (fisioterapia, educação física e nutrição) com o objetivo de compartilhar demandas novas, fazer repasse dos casos acompanhados sejam eles individuais ou coletivos, planejar e organizar ações e atividades em conjunto com a eSF e etc.

Cabe ressaltar que as ações das pessoas de referência não se restringiam somente as equipes acompanhadas, essa foi apenas uma alternativa de garantir espaço conjunto com as equipes. Entende-se que os profissionais do NASF são apoio e retaguarda para todas as equipes vinculadas.

Durante a reunião NASF, a qual ocorria semanalmente, realizava-se os repasses da reunião de matriciamento e da semana, dessa forma, cada profissional fazia sua agenda individual de acordo com a demanda de sua competência, em seguida havia o compilamento das agendas individuais em uma única agenda do NASF a qual era divulgada nos murais da unidade e por grupos de *whatsapp*. Ainda que as agendas fossem divulgadas, os profissionais da eSF sempre questionavam ao NASF onde eles estariam durante a semana.

A equipe NASF procurou direcionar prioritariamente as negociações da demanda para as reuniões de matriciamento com o objetivo de reduzir a informalidade e diluição das discussões de casos, falta de monitoramento dos casos acompanhados em conjunto pelas equipes, descontinuidade do cuidado pelo NASF, falta de equilíbrio das atividades da agenda, ora compartilhadas, ora somente pelos profissionais do NASF, falta de turnos fixos para atendimentos específicos de núcleo e ausência da classificação de risco para atendimento dos profissionais do NASF.

A tabela 1 exemplifica uma semana padrão dos profissionais de fisioterapia e da nutrição com reunião de matriciamento inserida, vale ressaltar que o NASF participava apenas em 1 reunião de equipe por mês e os membros se dividiam para contemplar todas as equipes fazendo a rotatividade em cada reunião para que nenhum profissional ficasse preso apenas a essa atividade. As reuniões de equipe da unidade A ocorriam na primeira semana do mês e da unidade B na segunda semana para evitar o choque nas terças.

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
<i>Unidade A:</i> <i>atendimento domiciliar compartilhado – fisioterapia</i> <i>Unidade B:</i> <i>territorialização - nutrição</i>	<i>Unidade A:</i> <i>acolhimento - fisioterapia</i> <i>Unidade B:</i> <i>atendimento individual – nutrição</i>	<i>Unidade A:</i> <i>atendimento coletivo específico - nutrição</i> <i>Unidade B:</i> <i>atendimento individual – fisioterapia</i>	<i>Unidade A:</i> <i>Programa Saúde na Escola – nutrição e fisioterapia</i>	<i>Unidade A:</i> <i>atendimento individual – nutrição</i> <i>Unidade B:</i> <i>atendimento coletivo específico - fisioterapia</i>
Reunião NASF (toda equipe)	<i>Unidade A:</i> <i>Atendimento individual – fisioterapia</i> <i>Unidade B:</i> reunião de equipe 2 - nutrição	<i>Unidade B:</i> grupo de convivência - nutrição <i>Unidade A:</i> reunião de equipe 1 - fisioterapia	<i>Unidade A:</i> <i>territorialização - fisioterapia</i> <i>Unidade B:</i> <i>atendimento domiciliar compartilhado – nutrição</i>	<i>Unidade B:</i> oficina com os trabalhadores da unidade – fisioterapia e nutrição

Tabela 1: Exemplo de agenda semanal dos profissionais de fisioterapia e da nutrição.

A figura 1 contempla as possibilidades de atividades fixas e variáveis que podem compor a agenda do NASF. Vale ressaltar que os turnos de atendimentos individuais são por núcleo e não por profissional, esse arranjo foi possível devido ao número de unidade e equipes cobertas e a carga horária de 40 horas semanais de todos os profissionais.



Figura 1: Possibilidades de atividades do NASF. Fonte: Ministério da Saúde.

Salientamos que é imprescindível considerar a agenda NASF o mais diversificada possível para que contemple as distintas atividades e a totalidade das equipes apoiadas, pois se corre o risco de apoiar mais a quem demanda mais. Outro fator importante é estabelecer periodicidade e priorização da realização de determinadas atividades que são relevantes ao processo de trabalho (Ex: reuniões, grupos, etc) e considerar também a disponibilidade de espaço físico negociando e pactuando a utilização dos espaços sem prejuízos para os usuários.

Alguns desafios intrínsecos ao processo de trabalho do NASF: Compreensão da inserção de outros profissionais de saúde no cuidado na atenção básica, aumento do compartilhamento de necessidades de saúde dos indivíduos seja ele individual ou coletivo em detrimento de encaminhamentos impessoais, visão do indivíduo com um todo e não fragmentado por núcleos de saber, despertar o interesse de alguns indivíduos na discussão mesmo quando estes não estão envolvidos diretamente na demanda, classificação de risco para os núcleos NASF e interdisciplinaridade.

3.2 Fluxograma de acesso

Após a discussão sobre a agenda do NASF durante as tutorias, as inquietações deram lugar a outro tema que desde o momento da implantação era questionado pelas equipes, mas que só com o decorrer do tempo é que os profissionais do NASF perceberam a importância de desenhar um fluxo para materializar as discussões que ocorriam nas reuniões de matriciamento sobre como acionar a equipe do núcleo de apoio.

Diante da necessidade de compreensão, organização do processo de trabalho do NASF, e alinhamento entre os trabalhadores do apoio matricial com as eSF sobre como se daria o acesso ao NASF foi criado um fluxograma. Este inicia com o caso ou situação problema identificado pela eSF (agente comunitário de saúde, médica (o) e enfermeira (o), dentista) ou pelo usuário (a), neste último preconizava-se que o caso fosse levado para conhecimento e discussão com a eSF na reunião de matriciamento.

Após a identificação da eSF, a qual é porta de entrada da Atenção Básica, realizava o primeiro atendimento ou avaliava a situação problema identificada, caso necessitasse o atendimento de algum profissional do NASF preconizava-se que a eSF fizesse a classificação de risco para uma situação urgente ou não, se urgente o acionamento do NASF dava-se com brevidade utilizando meios de comunicação de forma rápida (há uma lacuna na classificação de risco para as profissões que compõem o NASF primeiro por se tratarem de especialidades e segundo por estar inserido na Atenção Básica).

Quando a situação não era urgente recomendava-se que prioritariamente fosse levada em reunião de matriciamento para discussão, negociação e pactuações entre a eSF e as pessoas de referência do NASF para que em conjunto fossem tomadas as decisões de condução do caso ou situação problema que poderiam ser: orientações aos profissionais da eSF que acompanhavam o caso pois tratava-se de uma dúvida simples e não havia a necessidade do NASF ter contato direto com o usuário; compartilhar o caso com a Rede de Atenção a Saúde quando identificava-se que o caso não era apenas de competência para a AB ou para os profissionais de ambas equipes, necessitando do atendimento especializado ambulatorial ou hospitalar.

Devido ao tempo maior de permanência do NASF nas unidades, geralmente os profissionais da eSF propunham a discussão aos trabalhadores do núcleo de apoio assim que os encontrava; isso por um lado era bom porque acionava de forma rápida o profissional do NASF mas por outro lado era um caso que poderia se perder facilmente devido a demanda de vários profissionais ao mesmo tempo nas unidades além do que outras profissionais que

também estavam envolvidos no caso não participavam da troca de saberes durante a discussão.

Durante a discussão, quando identificava-se que o caso era mais expressivo para algum núcleo de saber, a continuidade do caso dava-se com atendimento individual específico, atendimento domiciliar compartilhado ou atendimento coletivo específico. Porém, é importante frisar que não era anulando o monitoramento da eSF desses casos durante a reunião de matriciamento.

Quando o caso ou situação problema requeria mais esforços de raciocínio clínico, começava a entrar em outro nível de complexidade ou que não era expressivo em nenhum núcleo de saber que compunha as equipes, mas era para ser cuidado em AB, optava-se pelo atendimento individual compartilhado, atendimento domiciliar compartilhado ou atendimento coletivo compartilhado.

Diante das necessidades de saúde do território, o caso ou situação problema podia ser cuidado em atividades ou ações coletivas, as quais poderiam ser: formação de grupos, oficinas, territorialização, Programa Saúde na escola, Projeto Terapêutico Singular, Projeto Saúde no território, Academia da Saúde, Consultórios de rua e etc.

Por mais que essas atividades estivessem instituídas no fluxograma, durante a experiência foram difíceis de serem realizadas, seja pela inexperiência em manejar e identificar situações para ações coletivas ou pelas relações fragmentadas com outros profissionais e instituições herdadas da graduação acadêmica, e ainda pela situação de vulnerabilidade que os profissionais se colocavam quando iam fazer ações extramuros.

Em todas essas situações em que há o compartilhamento dos casos ou situações problemas do território entre as eSF e NASF pretendeu-se que as forças de trabalho dos profissionais de saúde confluíssem para o mesmo objetivo levando em consideração os desejos dos usuários e as necessidades do território, podendo alguns atores terem maior ou menor expressividade em determinadas ações mas que isso não se configure como uma ação fragmentada por profissão ou encaminhamento ao invés do compartilhamento.

Para que haja essa corresponsabilização entre as equipes é necessária a reavaliação do caso ou situação problema prioritariamente na reunião de matriciamento para o monitoramento dos casos acompanhados pelo NASF, os que receberam alta do apoio ou que não era mais de competência da AB e foi compartilhado com a RAS.

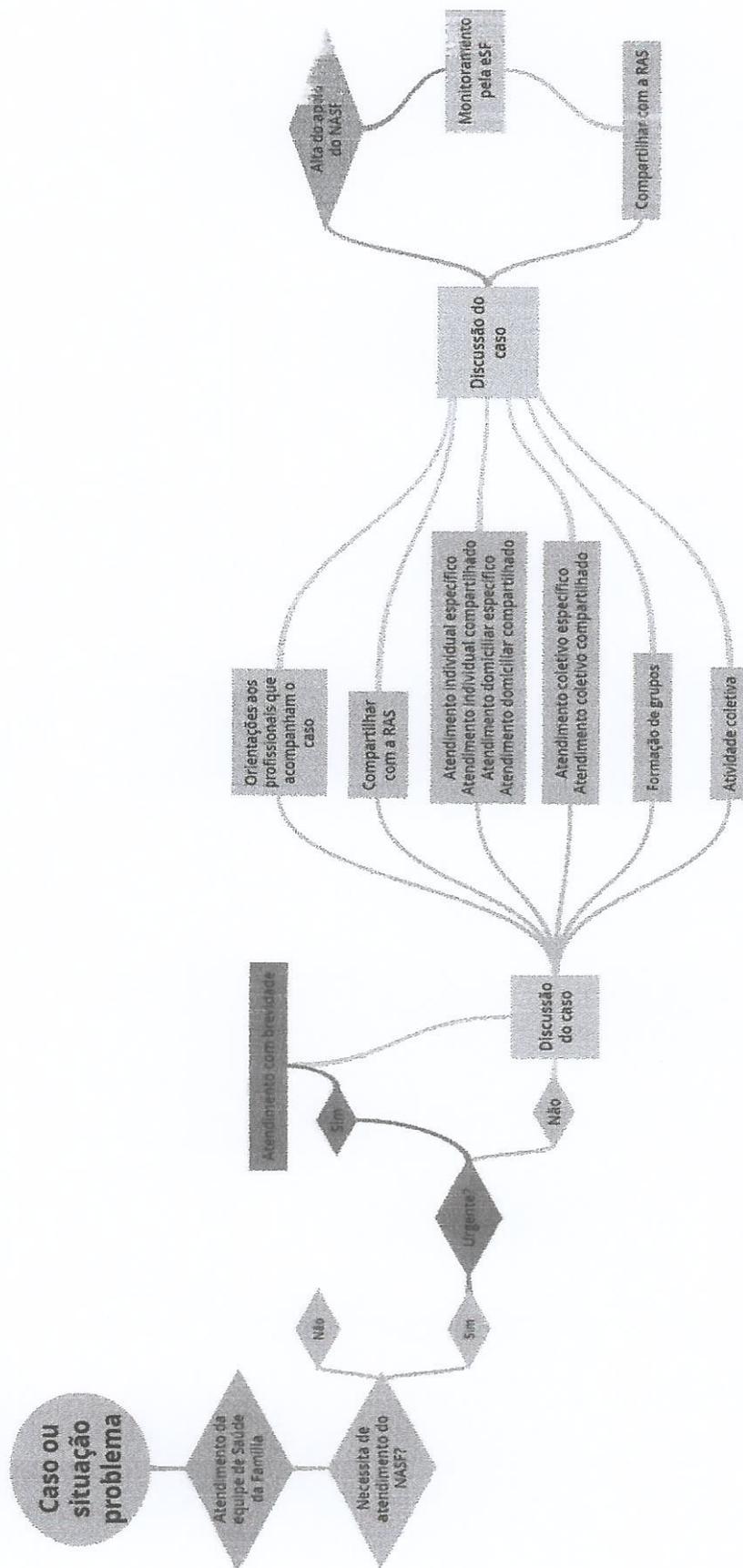
Durante as tutorias de NASF, alguns dos nós críticos identificados neste fluxograma foram: demandas administrativas por vezes sobressaem-se às assistenciais durante as reuniões, dificuldade em ser institucionalizado, pois objetiva romper relações culturais de

encaminhamentos impessoais e fragmentados; o estabelecimento de discussões qualitativas durante as reuniões de matriciamento, a falta de interesse de alguns profissionais em participar de discussões de casos clínicos para que haja a colaboração interprofissional.

Para construção do fluxograma (Figura 2) foi utilizada a proposta de Franco e Merhy (2003), em que o fluxograma analisador representa graficamente o itinerário do (a) usuário (a) na busca pelo cuidado. Ele simboliza as demandas dos usuários, bem como as decisões e intervenções que são realizadas no encontro com os (as) profissionais, apresentando ao final uma descrição das possibilidades do seu percurso assistencial e terapêutico (LOPES, 2014). Na representação gráfica dos fluxogramas foram utilizados os seguintes símbolos norteadores:

- a elipse representa a entrada ou saída/final do processo de produção de serviços/cuidado;
- o losango representa os momentos em que é necessário tomar uma decisão para a continuidade do trabalho;
- o retângulo representa o momento de intervenção/ação, sobre o processo.

Figura 2: Fluxograma de acionamento do NASF pela eSF.



Fonte: Fluxograma elaborado pela equipe NASF da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade FESF/Fiocruz (2016).

3.3 O NASF orientado pelo método da roda

O NASF tem esse desafio: mudar o modelo de atenção, que é hegemonicamente biologicista, hospitalocêntrico, profissional centrado e com saberes nucleares fragmentados para articulações das atividades dentro da agenda da eSF considerando as metas assistenciais e o processo de trabalho já estabelecido.

Sua principal ferramenta colocada tanto pela literatura como pela política é o apoio matricial, que é a retaguarda assistencial e técnico-pedagógica às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A partir do apoio matricial espera-se fazer a disputa minuto a minuto da reorganização do modelo de Atenção a Saúde por meio da colaboração interprofissional, da clínica ampliada e do cuidado usuário centrado.

Entretanto, o instituído nem sempre é possível de ser executado, visto que a complexidade das relações de trabalho, subjetivação e produção de práticas de saúde que o NASF se insere exigem mais ferramentas do que as possíveis de serem manejadas com o apoio matricial.

Campos e Domitti (2007) já apontavam em um dos textos clássicos as dificuldades de operacionalização como o obstáculo estrutural que conspira contra o diálogo e a maneira interdisciplinar de operar-se, o obstáculo decorrente do excesso de demanda e da carência de recursos, o obstáculo político e de organização por ter a tradição de funcionar com concentração de poder (diretores, médicos e especialistas), obstáculo subjetivo e cultural, pois o trabalho interdisciplinar depende de predisposição subjetiva para lidar com incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado, obstáculo epistemológico que se refere ao processo saúde doença restrito e o obstáculo ético que prioriza a utilização do prontuário único utilizado por vários profissionais.

A literatura recente sobre o NASF confirma esses obstáculos e acrescenta que, atualmente, dentre as dificuldades reconhecidas no processo de trabalho do NASF, está a formação dos profissionais, que não é compatível com as necessidades do SUS. As propostas pedagógicas são construídas distanciadas dos serviços e não contemplam pontos-chaves como o trabalho em equipe, o vínculo, o acolhimento, imprescindíveis para a equipe do núcleo de apoio (NASCIMENTO; OLIVEIRA; 2010).

Há a necessidade de repensar a organização do trabalho, as agendas dos profissionais, tanto no que se refere à assistência individualizada quanto para a construção do trabalho interdisciplinar que repercute diretamente na qualidade do cuidado, além do que, o NASF, em

alguns municípios, assume o papel dos outros níveis de atenção devido as filas de espera para atendimento em serviços de atenção secundária.

Uma das dificuldades, por exemplo, foi a implantação do processo de trabalho, visto que envolvia a falta de conhecimento sobre o campo da AB, a constituição e construção da agenda, o dissenso sobre o acesso direto do usuário ao serviço do NASF pela eSF e pelo próprio NASF, o atendimento individual como forma de atenuar a falta de outros pontos da rede e o atendimento quantitativo em detrimento do qualitativo.

A complexidade desse cenário exige estratégias que envolvem, por exemplo, o apoio institucional. Este definido por Campos (2003) como:

Acompanhamento qualificado do trabalho de equipes e tem, como característica principal, a oferta de estratégias metodológicas para implementação das diretrizes e dispositivos da Política. Ação de consultoria que coloca, em análise, os métodos de trabalho instituídos; incentiva trabalho cooperativo em equipe, de modo democrático, participativo e cogestionado; estimula troca dos saberes, enfrentamento das disputas de poder, circulação de afetos, análise dos movimentos institucionais e criação de processos de trabalho que não distanciem as atividades da gestão e da atenção (Campos, 2003, p.92).

A face apoio institucional no NASF foi identificada durante as atividades de: reuniões de equipe SF/NASF, apoio na construção de agendas das eSF, apoio na reorganização do processo de trabalho dos profissionais por meio do acolhimento e apoio no planejamento e avaliação de ações/atividades norteadas por características da cogestão, ativação dos sujeitos e coletivos, mediação de conflitos e ampliação da capacidade de tomada de decisão/compromisso orientados intuitivamente pelo método da roda (Tabela 2).

O método da roda é definido por Campos (2010) como um propósito ambicioso de construir novas correlações de forças que diminuam as diferenças de poder entre os atores sociais e sugere dispositivos que consolidem situações mais equilibradas de poder. Ainda de acordo com Campos (2007), ter acesso às informações e tomar parte em discussões e na tomada de decisões permitem o exercício compartilhado do poder, trabalhando o sujeito e as instituições, pois um interfere no outro.

4. CONCLUSÃO

Sem a pretensão de encontrar respostas estanques sobre os elementos constituintes da agenda inicial do NASF, as possibilidades de acionamento das eSF ao apoio ofertado pelo NASF e a existência de práticas de apoio institucional no NASF, e mais interessados em propor a discussão, esse trabalho se fez para incrementar o debate sobre a possibilidade de o NASF funcionar como estratégia de superação da lógica verticalizada, fragmentada, especializada e medicalizadora do cuidado e da gestão em saúde além de fomentar possibilidades de organização da agenda e fluxograma de acesso afirmando a corresponsabilização do cuidado aos usuários e a busca pela interdisciplinaridade. Acreditamos que o NASF, apesar dos desafios existentes, apresenta-se como um meio potente para a transformação nas relações da clínica e da gestão do cuidado e do processo de trabalho na ESF.

Entendemos que o NASF recupera o sentido etimológico da palavra apoio e, em analogia com a sua utilização original, apresenta-se como uma base alta que coloca, em evidência, a produção coletiva da saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. *Cria os Núcleos e Apoio a Saúde da Família – NASF*. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012. *Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências*. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Paideia e gestão: indicações metodológicas sobre o apoio*. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 85-102.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa et al. *A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada*. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:983-95.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Maria Aparecida. *A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):849-859, 2007.
- CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. *Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia*. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337- 2344, ago. 2010.
- FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. *Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. IN: MERHY, E.E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- LOPES, Adriana Santos. *Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família*. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso. *Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato*. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Supl. 1:627-40.
- MOURA, Renata Heller; LUZIO, Cristina Amélia. *O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes*. *Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO* v.18, supl.1, p. , 2014.

NASCIMENTO Débora Dupas Gonçalves, OLIVEIRA Maria Amélia de Campos. *Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Mundo Saúde (Impr.) 2010; 34:92-6.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese]*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2011.

OLIVEIRA, Mônica Martins; CAMPOS Gastão Wagner de Sousa. *Apoios matricial e institucional: analisando suas construções*. Ciência & Saúde Coletiva, 20(1):229-238, 2015.

SILVA, Andréa Tenório Correia et al. *Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(11):2076-2084, nov, 2012.

SOLEMAN, Carla; MARTINS, Cleide Lavieri. *O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - especificidades do trabalho em equipe na atenção básica*. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 1241-1253, Aug. 2015 .

SOUZA, Thiago Santos. *NASF: Fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?*. Dissertação (mestrado). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2015.