



AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

REVIEW OF IMPLEMENTATION OF THE TEAMS OF NUCLEI OF SUPPORT FOR FAMILY HEALTH

REVISIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS DE NÚCLEOS DE APOYO A LA SALUD DE LA FAMILIA

Claudia Santos Martiniano¹, Juliana Sampaio², Fernanda Carla Magalhães³, Fernanda Ferreira Souza⁴, Emanuella de Castro Marcolino⁵, Aline Maria de Oliveira Rocha⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar o processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Método:** pesquisa qualitativa, realizada por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas com coordenadores, gerentes de distritos e profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, no município de Campina Grande/PB/Brasil. Para o tratamento e análise dos dados empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo. O estudo teve aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE 0177.0.133.000-10. **Resultados:** o município estudado não atendeu a todos os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para implantação dos NASF. **Conclusão:** a forma tênue do Ministério da Saúde em orientar a implantação dos NASF, aliada ao modelo de gestão de cada município, acaba por estabelecer um modelo de NASF que nem sempre atende à proposta de reorganizador da rede de serviços de saúde. **Descritores:** Avaliação; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the implementation process of the teams of Cores to Support Family Health. Method: a qualitative research conducted through document analysis and semi-structured interviews with coordinators, district managers and professionals Corps Support Family Health, in Campina Grande/PB/Brazil. For the treatment and analysis of the data we used the technique of content analysis. The study was approved by the research project by the Ethics in Research under the CAAE 0177.0.133.000-10. **Results:** the city studied did not meet all the criteria established by the Ministry of Health to implement the NASF. Conclusion: how tenuous the Ministry of Health to guide the deployment of NASF, coupled with the management model of each municipality eventually establish a model that does not always NASF supports the proposal of reorganizing the network of health services. **Descriptors:** Evaluation; Support Center for Family Health; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el proceso de implementación de los equipos de Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia. **Método:** un estudio cualitativo realizado a través de análisis de documentos y entrevistas semi-estructuradas con los coordinadores, gerentes de distrito y los profesionales de la salud de Apoyo del Cuerpo de Familia, en Campina Grande/PB/Brasil. Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido. El estudio fue aprobado por el proyecto de investigación por el Comité de Ética en Investigación en el marco del CAAE 0177.0.133.000-10. **Resultados:** la ciudad estudiada no cumplió con todos los criterios establecidos por el Ministerio de Salud para aplicar la NASF. **Conclusión:** lo tenue del Ministerio de Salud para orientar la implementación de NASF, junto con el modelo de gestión de cada municipio con el tiempo establecer un modelo que no siempre NASF apoya la propuesta de reorganización de la red de servicios de salud. **Descritores:** Evaluación; Centro de Apoyo a la Salud de la Familia; la Estrategia Salud de la Familia.

¹Enfermeira, Professora Mestre do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: cmartiniano@ibest.com.br; ²Psicóloga, Doutora em Saúde Pública, Professora do Departamento Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: julianasmp@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: mandamag204@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Trabalhador-Bolsista do Programa de Valorização da Atenção Básica. Campina Grande-PB, Brasil. E-mail: fernandaferreira-ffs@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Assistente do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Campina Grande (PB), Brasil E-mail: manu_castro17@hotmail.com; ⁶Estudante de medicina da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: line_rocha90@otmail.com

INTRODUÇÃO

Em muitos países, as respostas aos problemas de saúde têm sido dadas por meio de reformas na atenção primária tomando por base a promoção da saúde, o incremento da atenção às doenças crônicas, a integração entre os níveis de atenção à saúde e a participação do usuário.¹

Entre as ações de consolidação da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde propõe, em 2008, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando assegurar apoio técnico-pedagógico às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista a reorientação das práticas de cuidados em saúde.

De acordo com a Portaria n° 154/2008, os profissionais dos NASF devem estar comprometidos com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, atuando de maneira interdisciplinar e intersetorial, de forma que cada profissional de saúde, a partir de seu conhecimento específico, possa contribuir na resolutividade dos problemas de saúde nos territórios.^{2,3}

Para tanto, os NASF devem seguir as diretrizes já presentes na atenção básica, como: a territorialização, a integralidade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o controle social, a promoção da saúde, a educação permanente e a humanização da atenção.⁴

No que se refere à instituição das equipes NASF, a Portaria 154/2008 prevê para os municípios, a implantação dos NASF tipo 1 e NASF tipo 2, que se diferem quanto à sua composição, abrangência e financiamento.²

Para efetivação dessa proposta na rede de atenção à saúde, uma etapa determinante é o processo de implantação das equipes NASF. A Portaria n° 154/2008 define que para implantar o NASF é necessária a submissão, pelos municípios e pelo Distrito Federal, de um projeto ao MS, o qual deve contemplar a proposta de gestão, de planejamento e de intervenção das equipes de NASF.²

Nesse sentido, apesar da Portaria estabelecer as orientações gerais do que se deve contemplar no projeto de implantação dos NASF nos municípios, fica a cargo de cada Secretaria Municipal de Saúde assumir o papel organizativo das ações do NASF e, conseqüentemente, definir o processo de implantação nos municípios.²

Para subsidiar esse processo de implantação, somente um ano após a publicação da Portaria n° 154/2008, o

Ministério da Saúde publica o Caderno de Atenção Básica nº 27, o qual discorre sobre os princípios e diretrizes que orientam as ações que serão desenvolvidas pelas equipes NASF, o que inclui: o processo de trabalho entre os profissionais, sendo abordadas nesse item as atribuições comuns aos membros das equipes e as ações por área estratégica; e as ferramentas tecnológicas para o NASF, que podem ser elencadas como de apoio à gestão e de apoio à atenção.

Em relação ao número de equipes NASF no país, em 2008 foram implantadas 369 equipes do NASF do tipo 1 e 26 equipes do tipo 2, totalizando 395 equipes. Atualmente, esse número está quase quatro vezes maior já que existem 1378 equipes NASF do tipo 1 e 147 equipes NASF do tipo 2, o que corresponde a um total de 1525 equipes distribuídas em todo território nacional. Nesse cenário, a Paraíba conta atualmente com 96 equipes NASF, todas do tipo 1.⁵

Por ser uma proposta recente, ainda são escassos os estudos que avaliam a operacionalização das equipes NASF nos municípios brasileiros. Poucas pesquisas relatam os impactos das ações dos NASF na saúde da população assistida. Ainda assim, afirma-se que a partir dos NASF é possível se ofertar à população melhores tecnologia e tratamento para a maioria das doenças crônicas;⁶ que os profissionais dos NASF são reconhecidos como importantes veiculadores da promoção da saúde.⁷ Outros estudos tecem reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos NASF ou discutem a proposta do NASF na organização dos serviços de saúde.⁹

Contudo, o que se observa é que a maior parte dos trabalhos restringe-se à análise das ações desenvolvidas por categorias profissionais dos NASF¹⁰, sem abordar o processo de trabalho da equipe que o compõe dentro da organização do serviço e do sistema de saúde.

Considerando que não apenas processos definem os resultados, mas é fundamental investigar como se deu a implantação à luz das dimensões propostas, o presente estudo objetivou avaliar o processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

MÉTODO

O estudo privilegia a abordagem qualitativa, realizado por meio de estudo de caso, buscando compreender o fenômeno contemporâneo no contexto da vida real, especialmente quando os mesmos não estão

claramente bem limitados.¹¹ Utilizou-se como técnica de coleta de dados a análise documental e de entrevistas semi-estruturadas.

Os documentos considerados relevantes para esse estudo foram: a Portaria nº 154/GM de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família; o Caderno de Atenção Básica nº 27 do Ministério da Saúde publicado em 2009, o qual apresenta as diretrizes de funcionamento do NASF e o Projeto de Implantação das equipes NASF do município de Campina Grande/PB/Brasil, submetido ao Ministério da Saúde em abril de 2008.

No que se refere às entrevistas semiestruturadas, optou-se por esse instrumento considerando as entrevistas como fontes de informações construídas a partir do diálogo com o indivíduo entrevistado e constituem a reflexão do mesmo acerca da realidade que vivencia.¹² Dessa forma, foram realizadas 36 entrevistas semiestruturadas com coordenação, gerentes de distrito e profissionais de 06 equipes NASF de Campina Grande. A definição da amostra foi intencional, de acordo com a acessibilidade aos entrevistados. Tendo em vista a garantia do anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra “G”, quando as falas forem referentes à coordenação e gerentes de distrito e pela letra “P”, quando os depoimentos forem dos profissionais, acrescidos de algarismos arábicos de acordo com a sequência das entrevistas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba/CEP/UEPB, sob número de protocolo 0177.0.133.000-10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto de implantação do NASF no município de Campina Grande, elaborado em abril de 2008 propôs a formação de 09 equipes NASF do tipo 1 distribuídas entre os 06 Distritos Sanitários de saúde.

De acordo com as normas ministeriais, o processo de implantação das equipes NASF deve ser operacionalizado, a partir de um primeiro momento, da avaliação conjunta da situação inicial do território, tendo como atores os gestores, as equipes de saúde da família e os conselhos locais, que conhecem profundamente as necessidades de saúde em seu território e podem identificar os temas/situações que mais precisam de apoio.⁴

O projeto de implantação do NASF em Campina Grande foi elaborado pela equipe da Diretoria de Atenção à Saúde. Nele não contém a descrição de análise do processo

entre gestores, equipes de atenção básica e conselhos de saúde para a definição da implantação do referido programa com o objetivo de estabelecer os profissionais que farão parte das equipes NASF, uma vez que tais orientações foram publicadas somente após a implantação do NASF no município.

♦ Processo de implantação das equipes NASF do município

Para construção do projeto de implantação das equipes NASF torna-se necessário, inicialmente, considerar as características do território onde os profissionais irão atuar e, conseqüentemente, a identificação com as equipes da ESF.

Assim sendo, a orientação da Portaria nº 154/2008 referente ao território de atuação dos NASF indica que este deve ser formado por áreas contíguas onde estão dispostas as equipes de saúde da família. Ao analisar a caracterização do território no município em estudo, foi possível perceber que o projeto apresentava a população adscrita de cada equipe Saúde da Família, sendo cada NASF responsável pela cobertura de 08 a 11 equipes de saúde da família, com a população assistida variando entre 21 mil a 35 mil usuários.¹³

No que diz respeito ao desenho territorial dos serviços de saúde, Campina Grande é dividida em 06 Distritos Sanitários que delimitam espaços geográficos e populacionais, porém não administrativos.¹⁴ A lógica do Distrito Sanitário refletiu na organização do território das equipes NASF no momento de sua implantação, conforme se revela no depoimento a seguir:

Mas aí a gente criou um modelo que se adequasse à Atenção Básica e à Estratégia Saúde da Família e adequou ao que a gente já vinha fazendo (G1).

A importância dos Distritos Sanitários dá-se pela possibilidade de contribuir na organização da saúde nos municípios, uma vez que a proposta de sua estruturação surge com o processo de regionalização e municipalização da saúde e tem o propósito de funcionar como estratégia de implementação do SUS, pelo reconhecimento do mesmo como uma unidade operacional mínima do Sistema Nacional de Saúde. Além disso, os serviços oferecidos em cada Distrito Sanitário devem atender às demandas daquela população, através da melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde desta área, ultrapassando o aspecto burocrático-administrativo que muitas vezes está associado à definição dos Distritos Sanitários.¹⁵

Nesta perspectiva, é coerente supor que os NASF devam se organizar na lógica do Distrito Sanitário, de modo que cada equipe atue como responsável pelo compartilhamento dos casos e ações junto às equipes de SF,

potencializando-as no território em que estas estão inseridas. A distribuição das equipes NASF por Distritos Sanitários pode ser visualizada na figura 1, exceto da equipe 3, visto não haver descrição no projeto.

NASF	Localização da sede no território	COBERTURA de DS	ÁREAS CONTÍGUAS	Nº de ESF cobertas
NASF 1	Dentro do território	DS I e III	Sim	08
NASF 2	Dentro do território	DS I	Sim	08
NASF 3	Sem descrição no projeto	—	—	—
NASF 4	Dentro do território	DS IV	Sim	08
NASF 5	Fora do território	DS IV e V	Sim	08
NASF 6	Fora do território	DS V e VI	Sim	11
NASF 7	Fora do território	DS VI	Sim	11
NASF 8	Dentro do território	DS II	Sim	09
NASF 9	Fora do território	DS II e VI	Sim	10

Figura 1. Distribuição da área geográfica de atuação dos NASF em relação aos Distritos Sanitários, Campina Grande, 2010. Fonte: Projeto de Implantação do NASF em Campina Grande.¹³

Como se observa no quadro 1, algumas equipes NASF estão credenciadas em unidades de saúde localizadas fora dos DS aos quais dão cobertura, o que não corresponde ao previsto na Portaria 154/2008, que determina que os serviços de saúde aos quais os NASF estão credenciados devem estar inseridos no território das ESF vinculadas.

O cadastro dos NASF em Centros de Saúde e outros serviços de referência, os quais teoricamente funcionariam como suas sedes possibilitaram diferentes interpretações pelos profissionais acerca desse espaço físico nesses serviços, visto alguns concordarem com a necessidade de existência desses espaços, outros discordarem devido à dificuldade de acesso da população aos mesmos e outros, ainda, desconhecerem a existência desses espaços.

A gente não tem sede, dizem que tem um projeto para fazer uma sede aí, mas até agora nada (P1).

Imagina você que a sede da gente é no Serviço Municipal, você acha que a gente tem condição de ficar lá no Serviço

Municipal se a população da gente é lá na Ramadinha? O povo não tem dinheiro pra comer, vai ter dinheiro para pegar ônibus para ir pro Serviço Municipal? Não tem! A gente não tem condições de ter sede, eu particularmente, eu acho que não tem. Eu não vejo o NASF pelo menos dentro de um grande centro com sede (P2).

Assim, nós nos reunimos na sexta feira para avaliar, planejar e ver algum plano de ação que a gente tenha. A gente não tem um local sede, então a gente se reúne na casa de uma de nós, no shopping, numa lanchonete, buscando espaços alternativos, mas achando aquela necessidade de estarmos reunidos (P3).

Além disso, ao instituir 09 equipes NASF para referenciar 06 Distritos Sanitários, a lógica da organização por DS ficou comprometida, visto que implica no apoio da maioria das equipes NASF a mais de um DS e, embora obedeça ao critério de contigüidade no que diz respeito ao DS, o mesmo nem sempre ocorre em relação a áreas contíguas de equipes de SF, como pode ser visualizado na figura 2.

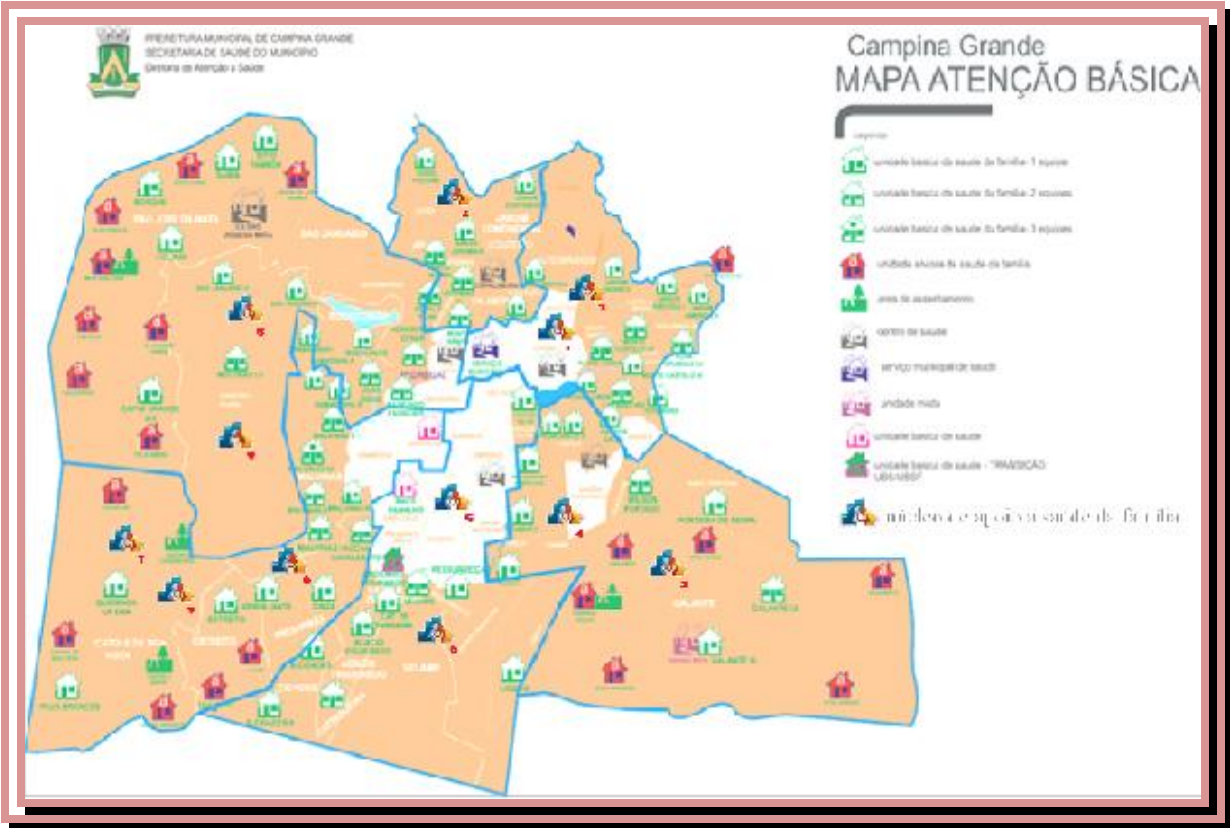


Figura 2. Mapa da distribuição das equipes NASF em relação aos Distritos Sanitários, Campina Grande, 2010. Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB, 2011.

Dessa forma, considerando que a maior parte dos DS apresenta mais de uma equipe NASF em suas delimitações, como pode ser visto no mapa, não é possível definir quais os critérios que foram utilizados pelo município para determinar essa distribuição.

♦ **Definição de profissionais a serem inseridos**

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 27, a definição das equipes do NASF deve ocorrer a partir de uma análise dos principais problemas e necessidades de saúde locais, ou seja, devem-se considerar as áreas de apoio técnico-pedagógico que são prioritárias naquele território.⁴

Quanto à composição, o NASF 1 deve ser integrado por no mínimo cinco profissionais, enquanto o NASF 2 por no mínimo três profissionais, dentre eles: médico acupunturista, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra e médico ginecologista, médico do trabalho, médico veterinário, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, profissional de educação física, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitaria, aquele graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva.²

Ao analisar o projeto de implantação, como mencionado anteriormente, não há descrição do processo de escolha dos profissionais, contanto apenas as áreas de apoio dos NASF que incluem os seguintes profissionais: assistente social, farmacêutico, nutricionista,

psicólogo, médico ginecologista e médico pediatra.¹³

Além disso, não se identificou no documento referência aos indicadores de saúde e os indicadores de gestão dos diferentes territórios onde os NASF eram propostos. Sem esta indicação, não foi possível visualizar o que justifica a escolha destes profissionais em detrimento de outros.

Nesse sentido, segundo alguns profissionais do NASF, a ausência de algumas categorias profissionais compromete o trabalho, como se revela no depoimento a seguir.

[...] chegou a nutricionista, mas nós estamos sem a pediatra, estamos sem médico aqui na equipe. Tem equipe do NASF mais completa do que a nossa. [...] O ginecologista a gente não tem, que era pra ter aqui, essa unidade aqui e até o setor que a gente tá do NASF X, é uma região que precisa muito do ginecologista. Se tivesse um médico ginecologista, a gente não tava passando tanto “apuro”, não tem nenhum médico aqui na unidade (P4).

Apesar de não ter sido contemplado inicialmente no projeto, o profissional de educação física já compõe atualmente as equipes NASF do referido município.

No tocante ao processo de contratação desses profissionais, a portaria do NASF determina apenas que, nos projetos de implantação de equipes NASF devem constar a forma de contratação dos profissionais e sua carga horária de trabalho.²

No projeto de implantação do NASF em Campina Grande é especificado que os

profissionais seriam selecionados a partir de concurso público. Observa-se, porém, uma divergência entre o que é previsto no projeto e o relatado pelos profissionais, uma vez que estes referem estar no emprego por indicação política, firmada em contrato temporário de trabalho, por 20 ou 40 horas, conforme a especificidade profissional.

Assim, o NASF foi uma coisa que caiu por acaso na minha vida, eu nem sabia, eu fui chamada, nem tava procurando, me chamaram, [...] o NASF chegou, porque uma pessoa soube que tinha essa vaga, deu meu telefone e me chamaram. Eu fui ver, achei interessante, e vim pro NASF. (P5).

Na verdade, eu fui sem saber o que é que era. Quando me disseram o NASF, aí pronto, agora deu pra mim! Na verdade, nem a nomenclatura eu sabia o que era, porque assim, esse emprego apareceu pra a gente: “Fulano tenho um negócio pra tu!” Vou! Eu não sabia exatamente o que era, sabia que eu ia ser professora de educação física, não sabia que eu ia trabalhar dentro do SUS não (P6; Grifos nossos).

Essa forma de contratação parece trazer algumas implicações para o processo de trabalho dos NASF. A primeira e talvez a mais emblemática, é a própria precarização do trabalho das equipes, cuja fragilidade no vínculo trabalhista nos serviços de saúde, sendo um dos agravantes que vem reforçar a precarização do trabalho nesse setor.¹⁶ De acordo com essa autora, outros problemas podem estar associados ao processo de desregulamentação do trabalho na saúde, quais sejam: a falta de estrutura para planejamento nos serviços, a descontinuidade na assistência, a exaustiva jornada de trabalho visto múltiplos vínculos de trabalho, as inadequadas remunerações, o rodízio de profissionais e as precárias condições de trabalho que interferem na qualidade da intervenção ao usuário.¹⁶

Acredita-se que a força de trabalho é um dos aspectos críticos na consolidação do Sistema Único de Saúde, que vem acompanhando a tendência de flexibilização do trabalho modelado pela reestruturação produtiva vigente no país.¹⁷

A segunda implicação se refere a como os próprios profissionais do NASF se sentem com esse tipo de vínculo, ora vulneráveis, considerando que a qualquer momento o contrato pode ser rompido; ora pouco comprometidos, não assumindo as responsabilidades inerentes ao cargo.

Eu estou aqui com o programa, ou seja, não sou concursada. Aqui, meu contrato termina e eu saio. (P3).

Porque assim como é um emprego político, a gente entrou, sabendo que ia trabalhar um dia sim, um dia não[...] então de certa forma isso complicou, porque eu não dei o sangue, não fiz tudo que era para fazer, então isso dificultou[...] (P6; Grifos nossos).

A terceira implicação diz respeito a como as equipes NASF são percebidas pelos profissionais da ESF revelando um descrédito nas atividades do NASF.

Foi uma barreira muito grande assim, bateram de frente, quando começou o NASF, porque o corpo do NASF, as pessoas que são do NASF, são pessoas contratadas e o corpo do PSF são pessoas concursadas. Então eles acham, que o NASF não faz nada em vista deles. (P5).

“Ah... esse NASF não vai funcionar, isso é emprego dado, ninguém vai trabalhar, então nunca colocaram confiança na gente (P6).

A quarta e última implicação da forma de contratação dos profissionais do NASF é a falta de perfil dos mesmos para trabalhar na Saúde Pública, agravada pela pouca vivência nessa área, seja em relação a pós-graduações (ensino) ou a experiência anteriores (assistência). Assim, dos 29 profissionais das equipes NASF entrevistados, 21 relataram alguma experiência profissional anterior, e destes apenas 4 trabalharam na atenção básica. Ainda nesse sentido, dos 24 profissionais que relataram possuir especialização, apenas 9 apresentavam na área de saúde pública/coletiva. Dessa forma, pode-se supor que a pouca experiência e a formação deficiente na área da saúde coletiva parece definir determinado perfil, como identificado pela própria profissional do NASF.

Para mim, PSF é usar uma rasteirinha, caminhar, é pegar sol, chuva e lama e é encontrar o usuário, é conhecer o usuário, tem muita gente que tem perfil [para o setor] privado: nutricionistas mandando comer ricota, suplementos alimentares que não são compatíveis com o salário do usuário (P7).

Isso acaba por influenciar no direcionamento das ações de saúde, e, conseqüentemente, na resolutividade ou não dos problemas da população, visto que a falta de perfil profissional para o trabalho em saúde coletiva, conduz a estratégias distantes da realidade do usuário.

♦ Atuação e integração das equipes NASF com a rede

A Portaria 154/2008 prevê, em seu Anexo I, um rol de atividades comuns aos profissionais do NASF que devem ser desenvolvidas por todas as equipes e ainda define ações a serem realizadas em nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas

integrativas e complementares; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.^{2,4}

No que diz respeito à definição de atividades dos profissionais, o projeto de implantação do município em estudo não apresenta as atribuições comuns aos profissionais do NASF. No mesmo, estão definidas, apenas, as ações das áreas priorizadas pelo município, a saber: Saúde da Mulher; Saúde da Criança. Fisioterapia, Serviço Social, Assistência Farmacêutica, Psicologia e Nutrição.

A opção por definir as atribuições das áreas prioritárias, em detrimento daquelas compartilhadas entre os profissionais, parece indicar maior interesse no desenvolvimento de ações especializadas, fragmentadas e curativas condizentes com modelos convencionais de cuidado em saúde. Isso se revela no depoimento a seguir:

O NASF tem como base mesmo a troca de informações entre profissionais e a educação de prevenção para a comunidade. Isso para não ficar preso apenas ao atendimento à terapia. A troca de informações entre profissionais para a discussão de caso. Na minha concepção, era isso que deveria fundamentar. Mas não é isso que realmente acontece, trabalham apenas com a terapia (P8).

A proposta de trabalho do NASF visa à superação desta lógica fragmentada e pautada na especialidade, a partir da corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, priorizando atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos para os usuários assistidos.⁸

Uma das oportunidades de resgatar as habilidades e competências necessárias à mudança de modelo pretendida pelo SUS foi o Curso Introdutório das equipes NASF, realizado antes do início das atividades. Entretanto, os profissionais informam que:

[...] o introdutório foi meio[...] não foi legal! O que foi passado pra gente lá, pra mim não foi suficiente para a gente começar a trabalhar. Agora essa capacitação que a gente tava comentando aqui foi realmente... era para ter sido lá no início, quando a gente fala que foi jogado dentro do posto, a gente foi jogado mesmo! A gente não sabia o que ia fazer não (P6; Grifos nossos).

A gente começou com um curso introdutório no Centro de Saúde, que foi mais para passar o tempo, por que não foi um curso que veio do Ministério, foi feita pela Secretaria de Saúde para passar o tempo

mesmo, pois não tinha nada a ver com o NASF (P9).

Pelo exposto, observa-se que as questões como vínculo, acolhimento, escuta e trabalho em equipe, características inerentes ao SUS, a ESF e a partir de então ao NASF, não foram discutidas no curso introdutório oferecido pela Secretaria de Saúde às equipes. “Dentre as dificuldades identificadas no processo de trabalho do NASF está a formação dos profissionais que não atende às necessidades do SUS, muito menos da Atenção Básica”.^{8:95}

Seguindo as normas ministeriais, após a aprovação do projeto de implantação do NASF é necessário, como um segundo momento do processo, o planejamento do processo de trabalho e das metas, que deve contar com a colaboração e articulação de gestores, NASF, as equipes de saúde da família e os usuários. Esta pactuação inicial deve se tornar, contudo, um processo rotineiro, a partir do reconhecimento por parte de todos os atores de sua responsabilidade na co-gestão dos processos de trabalho.⁴

Apesar dessas orientações do Ministério, não consta no projeto de implantação do município em tela a previsão de agenda compartilhada entre as equipes. Foi possível perceber nas falas dos profissionais que os mesmos reclamam da não pactuação inicial entre ESF e equipe NASF, o que se reflete na dificuldade de realização das ações do NASF junto à ESF.

[...] E, assim, foi passado muito por cima para os profissionais de PSF quem era a gente e o que a gente ia fazer. Então, desde o início que teve esse entrave de o PSF aceitar a presença da gente, porque houve uma falha da Secretaria de Saúde em chamar todos os profissionais dos PSF e explicar pra eles direitinho qual a função da gente, porque a gente foi praticamente jogado dentro dos postos. (P10).

Quando eu comecei, a principal dificuldade era justamente a equipe PSF, não por ela não aceitar, mas sim por ser uma coisa nova que eles não conheciam, que eles não tinham sido apresentados e que a gente que chegou e disse:”_Nós somos o NASF e vamos fazer o atendimento agora! (P11).

No que se refere ao formato da rede de serviços, a Portaria 154/2008 indica que o projeto de implantação do NASF apresente a integração da equipe NASF com os demais serviços de atenção à saúde no município por meio da definição de fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência, fluxo de informação e coordenação de acesso pela ESF.²

O projeto em análise não contempla tais especificações. Os profissionais do NASF ao

relatarem sobre o processo de trabalho informam que as equipes de Saúde da Família identificam casos e encaminham para o NASF, que atende aos casos específicos na tentativa de resolver o problema. Quando o profissional do NASF não consegue resolver o caso, este é encaminhado para o nível secundário de atenção.

Eu percebo que essa pessoa precisa de um acompanhamento sistemático, uma terapia em longo prazo [...] encaminho para a Universidade Estadual da Paraíba que tem a Clínica de Psicologia lá (...) eu tenho aqui uma relação de todas as pessoas que eu encaminhei com a data do encaminhamento, da unidade que faz parte, para onde eu encaminhei e o nome do agente de saúde (P12).

Considera-se que, a partir do momento que a equipe Saúde da Família encaminha para o NASF, e este passa a mimetizar a média complexidade, gera-se um fluxo em que não se sabe onde o NASF está inserido. Ainda assim, quando o profissional do NASF não consegue dar resolubilidade ao caso, o mesmo encaminha o usuário para a média complexidade.

Esta lógica no fluxo de integração nos níveis de serviço do município em questão revela a opção do serviço por uma modalidade de atendimento no qual os profissionais do NASF realizam ações assistenciais, como se revela a seguir:

[...] O NASF é para ser apoio matricial e assistencial, mais apoio matricial que assistencial, mas eu sinceramente faço mais assistencial que apoio matricial. Por que existe uma demanda, se eu tou ali e posso atender porque eu não vou atender? (P1).

A gestão ela quer um NASF assistencialista, assim, palavras da gestão, de dizer que pactuou, quando iniciou o processo de implantação, ele pactuou como assistencialista, eles escolheram um NASF assistencialista (P13).

Na busca de um formato de integração da rede de serviços de saúde, houve uma intenção do gestor municipal em seguir o previsto na Portaria 154, entretanto, segundo os técnicos da gestão, alguns seguiram o que estava normatizado e outros não.

O gestor nos deu autonomia para conduzir o processo de acordo com o que é para ser feito, nós temos o apoio da gestão. [...] porque eu conduzo o processo 90% matricial. Aí, quando um profissional viu que outra gerente tava fazendo de outra forma, porque cada um faz de um jeito, aí o profissional disse: “Ah, não eu quero fazer de tal jeito!” Ai eu disse: “Então pronto, comigo você não fica! Arruma outro. Se você quer fazer o seu modelo no NASF X, a

senhora não vai poder ficar, porque aqui a gente faz como a portaria reza!” (G2).

É importante ressaltar que a dinâmica de trabalho fragmentada das equipes NASF parece, em parte, ser explicada, pelo formato da rede de serviços existente no município que, embora apresente uma grande evolução no número de serviços de atenção básica, contando atualmente com 92 equipes de Saúde da Família e ainda 3 Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, apresenta os serviços de média e alta complexidade operacionalizados pelo setor privado que, no município em análise, não se insere de forma complementar ao sistema de saúde, mas como principal fornecedor desse nível de atenção.

CONCLUSÃO

As categorias de análise desse estudo possibilitaram verificar o delineamento conferido a essa proposta no município de Campina Grande a partir da contraposição dos discursos dos entrevistados, da Portaria 154/2008, do Caderno de Atenção Básica nº 27 e do projeto de implantação do NASF no referido município.

Os resultados apontaram que o documento do município referente à implantação das equipes NASF, não contempla todas as especificações exigidas pelo Ministério da Saúde, porém isso não se constituiu impeditivo para a aprovação dessa nova política em Campina Grande.

Dessa forma, percebe-se que a fragilidade na orientação ministerial para direcionar a implantação desse novo projeto em saúde aliado às determinações de cada gestão municipal, propiciou o estabelecimento de um modelo de NASF que não condiz com a verdadeira proposta desse dispositivo. Assim, apesar da proposta do NASF ser interessante, o município de Campina Grande apresenta atualmente esse projeto deturpado, resultado, em grande parte, do que antecedeu essa implantação.

REFERÊNCIAS

1. Jackson CL, Askew DA, Nicholson C, Brooks PM. The primary care amplification model: taking the best of primary care forward. BMC Saúde Res Serv [Internet]. 2008 [Cited 2001 Aug 21];8:268. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640382/?tool=pubmed>.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF [Internet]. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2008. [cited

2011 Aug 18]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>.

3. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad saúde pública [Internet]. 2007 Feb [cited 2011 Sept 12];23(2):399-407. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [cited 2011 Aug 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

5. Brasil, Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde. Redes e Programas. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. [Cited 2011 nov 10]. Available from: <http://189.28.128.178/sage/>

6. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! Ciên. Saúde coletiva [Internet]. 2009 Sept/Oct [cited 2011 Oct 12];14 (supl.1):1493-97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800001

7. Carvalho BG, Souza RKT, Soares DA, Yagi MCN. Doenças cardiovasculares antes e após o Programa Saúde da Família. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 Dec [cited 2011 Oct 13];93(6):645-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001200014

8. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Mundo saúde [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2011 Oct 12];34(1):92-96. Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf

9. Martiniano CS, Sampaio J, Marcolino EC, Souza FF, Magalhães FC. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da organização dos serviços de saúde: elementos para o debate. In: Anais da I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a pobreza e a desigualdade. I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a pobreza e a desigualdade. 2010 Nov 10-12; Natal, Rio Grande do Norte. Natal: UFRN; 2010. p. 01-8.

10. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioter mov [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2011 Oct

15];23(2):323-30. Available

from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502010000200015&script=sci_arttext

11. Yin RK. Estudos de Caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2001.

12. Minayo MCS, O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.

13. Campina Grande. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Campina Grande - PB; 2008.

14. Silva ALMA, Sousa CSM, Brandão ICA, Fonseca filho FMF. Referência e Contrarreferência: distribuição dos serviços de saúde em Campina Grande. In: V Simpósio Nacional de Geografia da Saúde II Fórum Internacional de Geografia da Saúde, 2011 Dec 12-13. Recife, Pernambuco. Recife: UFPE; 2011. p. 01-08.

15. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Navarro M, Gracie R. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, Organizador. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 237-55.

16. Souza MASL. Trabalho em Saúde: as (re) configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In: Davi J, Martiniano, CS, Patriota LM, Organizadores. Seguridade Social e Saúde: Tendências e Desafios. Campina Grande: EDUEPB; 2009. 192 p.

17. Góis OS, Medeiros SM, Guimarães J. Neoliberalismo e o Programa Saúde da Família: sobre o trabalho precário. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 May/June [cited 2012 Sept 21];4(3):1204-10. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1098/pdf_96

Submissão: 25/09/2012

Aceito: 24/10/2012

Publicado: 01/01/2013

Correspondência

Claudia Santos Martiniano
Universidade Estadual da Paraíba
Departamento de Enfermagem
Rua Baraúnas, 351 – Bairro Universitário
Bodocongó
CEP: 58429-500 – Campina Grande (PB), Brazil