



APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, MG, BRASIL¹

**MATRIX SUPPORT IN PRIMARY HEALTH:
THE WORK OF THE CORE GROUP FOR FAMILY HEALTH (NASF) IN THE
METROPOLITAN AREA OF BELO HORIZONTE, MG, BRAZIL**

Rosa Mística Dias Ribeiro²
Cássia Beatriz Batista³

RESUMO: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 e implantado em vários municípios do país buscando fortalecer a Estratégia de Saúde da Família (ESF), proposta central da atenção primária à saúde. Diante da incipiente proposta da política de saúde, com objetivo de conhecer o trabalho desenvolvido pelo NASF, buscamos compreender o funcionamento de uma equipe de um município da região da grande Belo Horizonte. O estudo focou a realização do apoio matricial na relação dos profissionais do NASF com os profissionais das equipes de saúde da família. Foi utilizado como método, a observação participante e o diário de campo numa abordagem qualitativa de aproximação da temática. Verificou-se que o apoio matricial desenvolvido por essa equipe ainda está em construção. Nota-se dificuldades como a pouca compreensão de gestores, usuários, profissionais de saúde, inclusive os próprios integrantes do NASF, sobre a proposta de trabalho, além da organização e das condições de trabalho, por vezes, apresentarem-se desfavoráveis para a realização do apoio.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à Saúde; Saúde da família; Condições de trabalho.

ABSTRACT: The Support Center for Family Health (NASF) was created by the Health Ministry in 2008 and developed in many cities across the country in order to strengthen the strategy of family health, which is the main proposal of primary health care. Faced with the new proposal for health policy, in order to know the work of NASF, we survey the functioning of a group in a city in the great Belo Horizonte region. The study focused on the realization of matrix support in the relation between professionals of NASF and the professionals of the family health. A Method was used, which consisted of a participant observation and the field diary on a qualitative deal with the thematic approach. We came to the conclusion that the matrix support created by the group is still developing. It is noted some difficulties like little comprehension of managers, users and health professionals, including members of NASF in this work proposal, besides the organization and working conditions that sometimes present themselves unfavorable to achieve support.

KEYWORDS: Primary Health Care; Family Health; Working Conditions.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo propôs investigar o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), buscando compreender melhor como funcionam essas equipes, quais atividades são realizadas, quais são seus objetivos e como é desenvolvido o apoio matricial entre os profissionais do NASF e os das Equipes de Saúde da Família (ESF).

¹ Trabalho desenvolvido no estágio curricular durante a Graduação de psicologia na PUC Minas/São Gabriel e apresentado durante o XIX Encontro Mineiro de Psicologia Social em Betim em 2014.

² Graduação em Psicologia pela PUC Minas – São Gabriel. Agente Comunitária de Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte. rosamistica07@yahoo.com.br

³ Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Joao del-Rey (UFSJ). cassiabeatrizb@gmail.com

O tema surgiu a partir de discussões realizadas em estágio curricular do curso de psicologia e a partir da experiência de uma das autoras que atua diretamente com equipe de NASF. Uma das autoras é parte integrante de uma Equipe de Saúde da Família de uma das cidades da região metropolitana de Belo Horizonte, um município com cerca de 80 mil habitantes com o Produto Interno Bruto - PIB e Índice de desenvolvimento humano - IDH identificados como altos pelo IBGE (IBGE, 2013). Nessa equipe, a mesma tem por função o cargo de Agente Comunitário de Saúde. Dessa forma, sua rotina de trabalho proporciona múltiplas interações com esses profissionais como participação em reuniões, visitas domiciliares e grupos de saúde, possibilitando a realização de observações diversas do funcionamento do NASF dentro da Equipe de Saúde da Família onde atua.

O NASF é uma proposta recente e pesquisá-lo se faz relevante pela necessidade de compreender melhor o seu funcionamento e aprimorá-lo. Acredita-se que com estudos como este, será possível aproximar da realidade vivida e colocá-la em diálogo com os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde. De forma geral, as diretrizes sobre o NASF preveem algumas ações:

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à 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. (BRASIL, 2009, p.7)

Tendo as diretrizes e demais documentos oficiais, este estudo envolveu observação participante com registro em diário de campo e posteriormente uma análise e articulação com a produção bibliográfica sobre o tema. As observações das reuniões e demais atividades do estudo foram comunicadas às equipes, do NASF e da ESF, e à responsável pela ESF da localidade. Acordou-se que os registros fariam parte de um estudo desenvolvido durante um estágio curricular da graduação de psicologia.

As reuniões observadas fazem parte da rotina dos profissionais de saúde e ocorreram no mês de setembro e outubro de 2013 com duração de uma hora cada. Uma única equipe de saúde da família foi observada em duas reuniões com intervalo de um mês entre elas. O intervalo entre as reuniões ocorreu, pois, a dinâmica dos encontros nesse município, entre o NASF e as equipes de Saúde da Família, acontecem uma vez por mês apenas.

As observações permitiram identificar como é o trabalho da equipe, quais estratégias são desenvolvidas pelos profissionais, como é a interação entre os diversos profissionais da equipe para abordar os casos de responsabilidade da ESF.

2 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: EQUIPES DE REFERÊNCIA E APOIO ESPECIALIZADO MATRICIAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, nos últimos anos, vem mostrando significativos avanços desde sua criação pela constituição de 1988. Entre eles está a ampliação do número de equipes de Saúde da Família que ao longo da década de 1990 se expandiu por todo o país sob indução do Ministério da Saúde, por meio de incentivos financeiros do Piso de Atenção Básica (PAB) variável, que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento. (GIOVANELLA, 2008)

A Atenção Primária à Saúde (APS) envolve um conjunto de práticas em saúde, individuais ou coletivas desempenhadas pelas Equipes de Saúde da Família. A ESF é caracterizada como a porta de entrada prioritária do sistema local. O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de “apoiar à inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil” (BRASIL, 2009). Outras portarias foram promulgadas posteriormente, contudo nos referenciamos à primeira (BRASIL, 2008), pois a mesma orientou a implantação do NASF em estudo.

O NASF deve atuar a partir de algumas diretrizes e dentro dessa lógica, de apoiar as ESF ampliando as ações da APS, o NASF é constituído por profissionais de várias áreas do conhecimento como descrito em sua primeira Portaria:

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional. (PORTARIA nº 154, de 24 de janeiro de 2008). (BRASIL, 2008)

Portanto, a organização dos processos de trabalho do NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser construída priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações de saúde, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2009)

Um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde já era proposto desde 1989, com base nos conceitos de equipes de referência e apoio especializado matricial. Ele parte da suposição de que uma reorganização do trabalho em saúde, baseada no vínculo terapêutico entre equipe e usuário, estimularia cotidianamente um novo padrão de relação entre profissionais e comunidade e assim de responsabilidade pela co-produção de saúde, ampliaria o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e aprimoraria os processos de comunicação entre ambos. (CAMPOS, 1999)

Nesse novo arranjo, os serviços de saúde são organizados por meio da formação de equipes básicas de referência, uma composição multiprofissional, seguindo o objetivo de cada unidade de saúde, as características de cada local e a disponibilidade de recursos. Os usuários de um determinado território são de responsabilidade de uma equipe de referência. As equipes de referência contam com o apoio especializado matricial de outros profissionais, sendo que o apoio dessas especialidades é fornecido para várias equipes de referência tanto no aspecto assistencial quanto no suporte técnico pedagógico. (CAMPOS, 1999) (CAMPOS; DOMITTI, 2007) (CUNHA; CAMPOS, 2011)

A ESF é a equipe de referência dos usuários e o NASF oferece apoio especializado matricial a essa equipe, “especialistas e profissionais organizariam uma rede de serviços matriciais de apoio às equipes de referência”. (CAMPOS, 1999) Os serviços oferecidos incluiriam:

(...) Um cardápio tão amplo quanto o possível, de maneira a enriquecer as possibilidades de composição dos projetos terapêuticos individuais. Esta organização amplia as possibilidades e composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento. (CAMPOS, 1999)

Os profissionais que oferecem apoio especializado matricial possuem um núcleo de conhecimento e um perfil diferente daquele dos profissionais da equipe de referência, mas que pode acrescentar recursos de saber e contribuir com intervenções que aumentam a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários. “O apoio matricial procura construir e ativar espa-

ção para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.” (CAMPOS; DOMITTI, 2007), buscando personalizar os sistemas de referência e contra referência, estimulando o contato direto entre referência responsável pelo caso e especialista de apoio. As formas básicas para o estabelecimento desse contato pode ser através de reuniões onde se discute o caso selecionado pela equipe de referência e elabora-se um projeto terapêutico, acordando uma linha de intervenção para os diversos profissionais.

Os autores citados (CAMPOS; DOMITTI, 2007) também recomendam reservar-se um tempo para diálogos sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. E em algum caso específico quando não é possível aguardar a reunião regular, como na lógica dos sistemas hierarquizados, o profissional de referência deve acionar o apoio matricial por meio de contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao usuário.

O apoio matricial envolve sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, no entanto essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais, a saber: atendimentos e intervenções conjuntas entre os especialistas matriciais e os profissionais de referência; atendimentos programados para o especialista matricial mantendo contato com a equipe de referência onde a mesma dê continuidade ao cuidado oferecido pelo apoiador ou ainda apoio que proporcione a troca de conhecimento e de orientações entre equipe de referência e apoiador. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

O modelo permite também aos profissionais de saúde desenvolver dentro do seu trabalho atividades de forma menos prescritiva, proporcionando aos profissionais maior autonomia e espaços para a criatividade, possibilitando o desenvolvimento de um modelo de atendimento personalizado e singularizado para cada paciente, criação de vínculo, potencializando o papel terapêutico e o melhor acompanhamento de cada usuário. Nota-se que nesse arranjo é possível uma ampliação de clínica e o diálogo entre as distintas profissões e conhecimentos para a busca da integralidade do cuidado. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo objetivo se traduz na compreensão da atividade de apoio matricial entre os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscando analisar o funcionamento das equipes e a dinâmica das atividades realizadas.

Para tal, utilizou-se como recurso metodológico a observação participante e o registro em diários de campo. Segundo Minayo (2001), a técnica de observação participante se realiza através do contato direto entre pesquisador e o fenômeno observado a fim de conseguir informações acerca da realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, permitindo aproximações do cotidiano e das práticas na atividade de trabalho real.

Já o método de registro em diário de campo consiste na descrição detalhada dos fatos em torno da vivência no contexto de trabalho. Nele, o objetivo principal do autor/pesquisador é trazer à tona sua relação com o seu trabalho, com o estabelecimento ou instituição alvo da pesquisa. Pezzato (2011) discute o uso potencial de diários e, segundo a autora, pode-se entender essa metodologia como uma ferramenta de intervenção com a capacidade de produzir um movimento de reflexão da própria prática, pois“(...) o ato da escrita do vivido, no âmbito individual ou no coletivo, é o momento de reflexão sobre e com o vivido, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar”. (PEZZATO, 2011)

A observação participante e os registros em diário de campo foram realizados durante dois meses na localidade estudada conforme o período estabelecido com o serviço de saúde e necessário para o estágio curricular.

4 ANÁLISE DE DADOS

4.1 Processo de trabalho no NASF

O NASF no município foi implantado em 2009, composto pelos seguintes profissionais: 1 fonoaudiólogo, 1 assistente social, 2 nutricionistas, 2 profissionais fisioterapeutas e 1 farmacêutico para atender 12 Equipes de Saúde da Família. A Unidade Básica de Saúde (UBS) em que se realizou o estudo, possui 2 Equipes de Saúde da Família e todos os profissionais são concursados.

O trabalho do NASF nessa UBS é organizado por meio de reuniões mensais com duração de 1 hora para cada equipe em uma das salas da unidade. Nessas reuniões se discute os

casos de saúde, mais especificamente dos usuários, que o NASF está acompanhando e marcam-se novos casos. Na reunião também acontece marcação dos grupos de saúde que o NASF oferece aos usuários das equipes de referência.

Nestas reuniões, nomeadas de reuniões do NASF, participam cerca de 10 profissionais de ambas as equipes: referência e apoio matricial. Da ESF, participam o médico, o enfermeiro e quatro agentes comunitários de saúde. Do NASF, participam o farmacêutico, o fonoaudiólogo e o assistente social. Todos os profissionais da ESF são convocados para esta reunião, exceto aqueles que estão de férias, licença maternidade, atestado de saúde ou folga. No caso do NASF, há profissionais que trabalham apenas no período da manhã e as reuniões são na parte da tarde, logo, se ausentam. Desse modo, a reunião tem uma presença relativamente fixa com os mesmos profissionais.

A Unidade Básica de Saúde continua funcionando no momento da reunião, portanto os técnicos de enfermagem e o auxiliar administrativo não participam das reuniões, assim como o profissional de serviços gerais. Enquanto uma equipe de referência está se reunindo com o NASF, a outra equipe de referência da unidade está funcionando normalmente.

Os profissionais do NASF, no início da reunião, informam os retornos dos casos que atenderem durante o mês. Cada profissional fala da sua intervenção com aquele usuário, expondo para toda a equipe como foi o atendimento, quais ações realizadas, orientações dadas, e a frequência e necessidade de acompanhamento e monitoramento do caso.

Em uma das reuniões observadas, nota-se que cada profissional realiza isoladamente seu trabalho especializado. Apesar das visitas serem realizadas em conjunto com vários profissionais e com espaço das reuniões para discussões dos casos, constata-se que ainda é acanhada a interação dos saberes e o olhar para o indivíduo como um todo.

Discutiu-se, em uma das reuniões observadas, o caso da Sra. Orquídea, paciente 54 anos, acamada em fase terminal de câncer, utilizando sonda nasoentérica para se alimentar. Pôde-se verificar que a

(...) fonoaudióloga começa a dar os retornos atendidos no mês de outubro. Retorno da Sra Margarida, retorno da Sra Orquídea. A enfermeira busca o prontuário da Sra Orquídea. E pergunta se óleo mineral causa refluxo? Algumas pessoas ficam em dúvida, a fono responde que não, pois a senhora está usando sonda que leva o alimento até o intestino, acha pouco provável voltar. A médica ainda não está presente, ela retirou o óleo mineral por receio de causar refluxo. Sra Orquídea está sempre como o intestino preso, ela ficou internada há poucos dias para fazer lavagem no intestino, os técnicos do PSF realizaram lavagem, mas não resolveu, precisou ser internada. E a equipe quer saber como ela está, pergunta para o ACS se sabe se ela já voltou para casa, o mesmo não sabe. Fono começa a dá o retorno da visita, informou que ela orientou a filha sobre a deglutição de saliva com segurança, higienização da boca, qualidade de vida e que ficou combinado que ela voltaria na casa da Sra Orquídea uma

vez por mês, juntamente com a fonoaudióloga que trabalha no PSF. Depois, a assistente social informa as suas orientações na visita, a cuidadora está com dificuldades financeiras, portanto ela orientou novamente os medicamentos que estão disponíveis no SUS para diminuir os gastos financeiros, porém acredita que o que está acontecendo é uma falha na organização da cuidadora para buscar os medicamentos na farmácia (diário de campo, outubro de 2013).

A pesquisadora participou dessa visita como agente comunitário de saúde e observou que durante a visita, cada profissional oferece sua contribuição separadamente. Portanto, cada um cuidando da sua alçada. Nas visitas, os profissionais vão juntos, mas cada um orienta uma área específica, havendo pouca interação dos conhecimentos entre os profissionais. Desse modo, nota-se que o problema de organização familiar para obter a medicação necessária à usuária não foi resolvido, pois afinal, qual especialidade de saúde cuida disso?

Alguns autores já vêm constatando essa situação nos serviços de saúde, que, no geral, quando mais de um profissional atua sobre um caso, eles o fazem de maneira vertical, em ações separadas umas das outras, pautando na suposição de que se cada profissional realizar sua parte estaria garantida a qualidade do todo. A integração é mínima entre os diversos saberes e práticas, e por vezes, quando existe, cabe ao médico compatibilizar as diferentes lógicas envolvidas no processo de trabalho. (CAMPOS, 1999)

Nesse processo de trabalho fragmentado, a maioria dos profissionais não se responsabiliza integralmente diante do caso, e como consequência, a responsabilidade sobre o processo saúde-doença é baixa e frágil. Os profissionais de saúde são responsabilizados por realizar algum tipo de procedimento característico do seu núcleo profissional, quase nunca pensando e agindo sobre a história de vida das pessoas. A tomada de decisão sobre diagnóstico e intervenções terapêuticas raramente é realizada pela equipe. É o que acontece no NASF juntamente com a ESF, cada profissional realiza sua ação separadamente, independentemente da ação do outro profissional, ficando o trabalho interdisciplinar comprometido e deficitário. (CAMPOS, 1999)

No processo de implantação do NASF no município de Belo Horizonte foi encontrado obstáculos semelhantes, sendo um deles, a dificuldade por parte dos profissionais de saúde em compreender qual o modelo de atenção e cuidado proposto pela Atenção Primária, ainda existindo uma "visão clássica" de cada profissional atuando separadamente, realizando atendimento clínico isolado focado na doença. Outro ponto indicado pelas autoras é o trabalho em equipe multiprofissional considerado pelos profissionais do NASF como interdisciplinaridade. Ainda que essa percepção seja restrita, ela é vista como avanço, bem como um desafio, pois os profissionais do NASF afirmam que muitas pessoas não estão capacitadas ou dispo-

tas a atuar nesse modelo. Alguns profissionais afirmam que estar aberto a novas opiniões, discussões e não ver seu conhecimento como único não é trabalho simples. (AZEVEDO; KIND, 2011) E acreditamos que não é mesmo, assim como o trabalho na saúde, como um todo.

4.2 A dinâmica da reunião de matriciamento

As observações das reuniões de matriciamento também revelaram que os agendamentos das consultas para os profissionais do NASF ocorrem sem discussão dos respectivos casos. No começo da reunião, a enfermeira da equipe chega com uma pasta com encaminhamentos dos usuários. Posteriormente, durante a reunião, chega o momento de agenda-los.

Então a enfermeira pergunta quantas vagas o NASF possui para nutrição? E tenta organizar os encaminhamentos para marcar, ou seja, selecionar quais encaminhamentos serão marcados. Existem poucas vagas e muitos encaminhamentos, então ela passa a pasta para a médica da equipe selecionar os encaminhamentos. A fonoaudióloga do NASF pede para a equipe escolher entre 5 vagas ou 3 vagas e 1 grupo para o nutricionista. A médica escolhe 5 vagas, prioriza 5 encaminhamentos que estão na pasta e passa para a fonoaudióloga marcar. Enquanto agenda (anota as marcações), o restante da equipe aguarda e a enfermeira anota as datas das consultas em um caderno (Diário de campo, setembro de 2013).

Nota-se nesse relato que o trabalho da ESF e do NASF está focado na figura do médico e nos procedimentos. Há estudos de alguns autores à respeito do trabalho centrado nos procedimentos que coloca o fato de que, ao realizar o cuidado, o profissional opera um núcleo tecnológico no seu processo de trabalho, composto por Trabalho Morto (instrumental) e Trabalho Vivo em ato. Os dois formam uma razão entre si, à qual ele chama de Composição Técnica do Trabalho (CTT), que pode trazer a hegemonia do Trabalho Morto, quando o modelo assistencial se caracteriza como médico-hegemônico, produtor de procedimentos. (MERHY; FRANCO, 2003)

Há uma centralidade na figura do médico que decide a prioridade dos atendimentos dos especialistas definindo os encaminhamentos, o que torna a reunião desnecessária para este tipo de atuação que envolve marcações de consultas sem discussão dos casos e privilégio de alguns saberes.

Constata-se que há pouca interação entre os profissionais e pouca discussão dos casos para serem agendados, diferentemente do proposto pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2009) Ainda que esteja explícito como função do NASF, um atendimento compartilhado que possibilite uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabi-

dades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos, com ênfase em estudo e discussão de casos e situações de saúde, com elaboração de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, consultas e intervenções conjuntas, observa-se uma distância para efetivação destas diretrizes.

A dinâmica da reunião de matriciamento nos leva a ponderar se está claro para todos os profissionais envolvidos o significado das reuniões, a importância e o objetivo da mesma. Ou mesmo, o reconhecimento de que reuniões fazem parte do trabalho do profissional de saúde e estas podem ser potentes estratégias de promoção de saúde. Contudo, as hierarquizações das profissões e a centralidade dos procedimentos precisam ser enfrentadas.

(...) reunião dispersa, todos falam ao mesmo tempo e misturam os assuntos, assistente social chama a atenção para voltarmos para um caso ou assunto de cada vez. (...) a ACS W está lá fora, ela já entrou e saiu várias vezes da sala (diário de campo, setembro de 2013).

No próximo mês, percebe-se a mesma dinâmica,

Enquanto a gerente pede a lista de acamados para apresentar na reunião com o Centro Municipal de Atenção Domiciliar em Saúde – CEMADS, a reunião está dispersa, parece que as pessoas não estão tão interessadas na reunião, pois a ACS S. está organizando prontuários e a ACS W está agendando preventivos para as mulheres da sua área de abrangência. Depois a gerente atende o celular durante a reunião (Diário de campo, outubro de 2013).

As reuniões parecem pouco resolutivas e os profissionais começam a realizar outras tarefas de trabalho, aproveitando o tempo de outra forma. De fato, parece que momentos juntos e de trabalho interno surgem como demanda da equipe.

As diretrizes que constam nos documentos oficiais são criticadas frequentemente, pois há uma percepção de que os profissionais da saúde em geral (incluindo membros do próprio NASF), desconhecem o significado de determinados conceitos-chave da proposta, a qual, por sua vez, diria “o que fazer”, mas não “como fazer”. (VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012) Portanto, a falta de interesse dos profissionais da ESF, pessoas entrando e saindo todo momento da reunião ou fazendo outras coisas que não dizem respeito a reunião, pode ser devido, não à falta de compreensão do significado das reuniões e do objetivo do NASF, mas sim, ao como alcançar este objetivo. Mesmo assim, para alguns profissionais das equipes de referência, não está suficientemente claro qual o papel do NASF, principalmente para os agentes comunitários de saúde, como foi descrito nos dados acima.

Poderíamos também apontar que há uma sobrecarregada de trabalho por parte da ESF, pois ao mesmo tempo da reunião estão preocupados com o que precisam fazer, organizar

prontuários, marcar os preventivos ou já querem marcar os casos mais graves, os acamados, por exemplo. Ressalta-se que a equipe pesquisada já ultrapassou o número de pessoas preconizado pelo Ministério da Saúde. Ou seja, as equipes de referência podem estar tão sobrecarregadas “apagando incêndios” que não vislumbrem o auxílio do NASF como uma diminuição de “focos de fogo” ou mesmo, não concordam com o arranjo proposto de um núcleo de especialistas dando suporte a tantas equipes com tão pouco tempo para cada.

De todo modo, concordamos que é necessária uma constante sensibilização das equipes e da população sobre o alcance e a importância do papel do NASF, sendo essa sensibilização um desafio e tarefa contínua. (AZEVEDO; KIND, 2011)

A concretização das ações propostas pelas diretrizes como preconizado pelo Ministério da Saúde, que uma equipe do NASF poderá acompanhar até 20 ESF, vem sendo percebida pelos profissionais do NASF como algo muito difícil e até mesmo impraticável devido a grande demanda existente, o que gera descrédito nessa estratégia de apoio a saúde da família.

No município pesquisado, o NASF acompanha 12 equipes e já percebemos que falta tempo hábil para acompanhamento de todas as equipes. Como descrito o NASF encontra com a ESF uma vez por mês, durante uma hora, não existindo tempo suficiente para discussão dos casos e construção dos projetos terapêuticos. Os profissionais da ESF também se apresentam cansados e sobrecarregados pelo serviço, não despendendo tempo para discutir os casos, mas já fazendo as marcações dos casos mais complicados para o NASF. Na reunião de matriciamento não vimos à construção de um projeto terapêutico integrado, mas sim cada profissional realizando sua prática separadamente.

Ao mesmo tempo em que o apoio matricial e, portanto, as diretrizes do NASF preconizam a responsabilização no acompanhamento dos usuários, elas não oferecem condições para que isso ocorra, seja pela falta de tempo para se dedicar às ESF, seja pela logística do trabalho, devido à falta de um lugar concreto nas UBS para que os membros do NASF exerçam suas funções. (VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012)

A falta ou existência de tecnologias inadequadas como recursos humanos, financeiros e materiais costumam fazer parte da fase de implementação das políticas públicas, também ocorrendo no processo de implantação do NASF no município de Belo Horizonte. (AZEVEDO; KIND, 2011)

Por fim, observa-se que, por meio da revisão de alguns autores e da análise de diário de campo, o apoio matricial oferecido pelos profissionais do NASF na ESF pesquisada está em construção e tem desafios estruturais a serem enfrentados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, verificou-se que o apoio matricial desenvolvido pela equipe analisada ainda está em construção. Nota-se dificuldades como a pouca compreensão de gestores, usuários, profissionais de saúde, inclusive os próprios integrantes do NASF, sobre a proposta de trabalho interdisciplinar, além da organização e das condições de trabalho, por vezes, apresentarem-se desfavoráveis para a realização do apoio.

Percebe-se que, durante as reuniões entre as equipes, os principais dificultadores do processo de trabalho foram: falta de discussão conjunta dos casos e situações de saúde; inexistência de um processo de elaboração de projetos terapêuticos pautados na corresponsabilização do cuidado e integração de saberes; a não diferenciação de trabalho multi e interdisciplinar; a falta de comunicação horizontal entre os profissionais; a perspectiva ainda médico-centrada de resolução de problemas; e dificuldades de, a partir das diretrizes ministeriais, desenvolver a práxis ou o “como fazer” da proposta de apoio matricial que o NASF representa, dentre outros. Tal constatação evidencia a existência de um entendimento geral que reafirma a atuação de maneira vertical, em ações separadas umas das outras e isoladas à certos campos de saberes, em que cada profissional realiza sua parte, contrariando o que preconiza a proposta. Além disso, evidencia uma atividade de trabalho ainda médico-centrada, não dialógica, hierarquizada e prescritiva.

Podemos apontar vários fatores que contribuem para a ineficiência do apoio matricial desde a formação dos profissionais de saúde, a organização do trabalho, hierarquização dos saberes e das profissões, a lógica curativista e procedimental ainda em vigor, pouca compreensão em relação à proposta e função do NASF, o desafio de trabalho interdisciplinar, a infraestrutura e financiamento para a atenção primária, a desvalorização dos profissionais de saúde desse segmento, dentre outros.

Deste modo, como já apontaram autores (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012), o aperfeiçoamento das ferramentas de apoio matricial no trabalho cotidiano em saúde passa por várias perspectivas, desde um melhor entendimento conceitual do tema por parte dos profissionais, até um desenvolvimento de uma estrutura adequada para sua realização e, fundamentalmente, a aquisição de mudança nos modos de se pensar, praticar e produzir saúde.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Natália Silva; KIND, Luciana. **Núcleos de apoio à saúde da família: o processo de implantação em Belo Horizonte**. 2011. 108f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; BLANES, Lara de Sousa; FERIGATO, Sabrina Helena. **Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental**. Interface (Botucatu) [online]. 2012, vol.16, n.42, pp. 767-778.
- BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF**. 2008.
- CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Ciência & Saúde Col. 4(2):396, 1999.
- CAMPOS, Gastão Wagner Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 399-407.
- CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Apoio matricial e atenção primária em saúde**. Saúde soc. [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 961-970. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1290201100040001>
- GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Atenção primária à saúde**. In: Giovanella L *et al.* (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz / Cebes. 2008, p. 575-625.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2013**. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/estimativa_tcu.shtm. Consulta em agosto de 2014.
- MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional** in: Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PEZZATO, L.M; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21(4): 1297-1314, 2011.

VANNUCCHI, Ana Maria Cortez; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. **Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde**, Brasil. Physis [online]. 2012, vol.22, n.3, pp. 963-982.