

# A ORGANIZAÇÃO DO NASF NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALMA SOLA – SC<sup>1</sup>

Marilde Sandri<sup>2</sup>  
Sirlei Favero Cetolin<sup>3</sup>

Este artigo apresenta um Relato de Experiência sobre o processo de implantação e implementação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de Palma Sola no Estado de Santa Catarina. Possui como objetivo refletir sobre as principais facilidades e dificuldades encontradas para a estruturação do serviço na área da Saúde Pública. Para tanto foi necessário elencar e analisar as ações propostas pelo NASF e seus objetivos. Para, finalmente, apontar sugestões de ações ou estratégias que visam qualificar os profissionais para atuarem como apoio compartilhado e colaborativo nas dimensões clínico assistencial e técnico pedagógico. Foi possível constatar que a implantação do NASF foi desorientada quanto às diretrizes e metodologia de trabalho das equipes proposta nacionalmente. Portanto, conclui-se que os problemas enfrentados na organização do NASF são decorrentes da falta de orientação e princípios norteadores quando da sua criação, porém com um esforço no sentido da colaboração profissional e uma sensibilização da equipe do ESF das diretrizes do NASF esse cenário pode melhorar muito.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Saúde Pública; Atenção Primária.

## 1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) busca garantir a universalização da Atenção básica com a criação de programas que visem à plena integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS. Uma das medidas foi à criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) através da portaria GM Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, que considera todas as metodologias de fortalecimento do SUS e tem por objetivo “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 o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção básica”. (Portaria GM Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008).

---

<sup>1</sup> Artigo apresentado ao curso de Pós Graduação em nível de Especialização em Saúde Coletiva: Estratégia Saúde da Família- UNOESC– Campus de São José do Cedro –SC. Fomento Legislação nº 101/CONSUN/2013.

<sup>2</sup> Assistente Social aluna da Pós Graduação em Saúde Coletiva: Estratégia Saúde da Família- UNOESC– Campus de São José do Cedro -SC, E-mail: mabs\_2010@hotmail.com.

<sup>3</sup> Professora no Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva: Estratégia Saúde da Família – UNOESC e Orientadora do presente artigo.

O NASF é constituído por equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atuam em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família – ESF, compartilhando as práticas em saúde e atuando diretamente no apoio á essas equipes (Portaria Nº 2488/10/2011).

O NASF pode contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes vinculadas, atuando com elas na resolução dos problemas e no manejo de situações que demandem suporte especializado e/ou multidisciplinar. Dessa forma o NASF compartilha ações por meio de transferência tecnológica cooperativa e horizontal, isto é, produz mais autonomia para as equipes através do apoio pedagógico. Possibilitando aos profissionais da Atenção Básica desenvolver atividades com outro profissional do NASF e posteriormente sozinhos. (BRASIL, 2014).

O presente estudo apresenta os resultados de um relato de experiência que teve por o objetivo avaliar a existência e capacidade de resolutividade nas ações de apoio da equipe do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com vistas nas dificuldades enfrentadas para essa organização e a utilização das ferramentas do NASF, através do confronto teórico entre a realidade percebida e as diretrizes da política nacional para saúde básica.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Em 2008, a Portaria 154/GM de 24 de janeiro criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, NASF, visando ampliar a atuação dos ESFs já consolidados num esforço multidisciplinar. Quando da sua criação o NASF foi elaborado com o intuito de servir de apoio possibilitando trabalhos com proposta clínica ampliada, e, “atuar no [...] papel de coordenação do cuidado do SUS.”. (BRASIL, 2008). Também fica claro no inciso primeiro do artigo segundo, desta portaria, que o NASF não se configura como porta de entrada do sistema, e sim se posiciona para atuar em conjunto com os ESFs (SFs na ocasião) após a identificação das demandas.

A referida portaria de criação do NASF é clara em alguns pontos, principalmente quanto ao caráter de apoio multiprofissional do NASF. Ela frisa com ênfase, que tanto sua estrutura organizacional, quanto seu modelo de operação e trabalho deve ser orientado num modelo de divisão de responsabilidade e cooperação, sendo o NASF, um apoio com ênfase nas especialidades oriundas das necessidades regionais dos municípios brasileiros. Essa prerrogativa fica clara tanto na redação da portaria, quanto em seus anexos, que detalham

minuciosamente ações possíveis que as equipes do NASF podem (e devem) desenvolver (BRASIL, 2012).

Um dos pontos fortes e também objetivo do NASF é a possibilidade de trabalho multidisciplinar, a exemplo temos o estudo de caso do município de São Paulo:

Em consonância com as políticas públicas de saúde vigentes no País, a implantação do NASF contribui na ampliação do número e da diversidade de recursos humanos disponíveis na atenção primária em saúde com vistas ao desenvolvimento do trabalho multi e Inter profissional, de forma a aumentar a resolutividade das problemáticas de saúde da população. (LANCMAN; ABREU GONÇALVES; CORDONE GUIMARÃES; OLIVEIRA BARROS. 2013).

Conforme apontado – também – por Lancman; Abreu Gonçalves; Cordone Guimarães e Oliveira Barros, a atuação multi e Inter profissional do NASF visa aumentar a resolutividade das ações da saúde pública, figurando como prerrogativa fundamental para o sucesso do proposto, conforme apontam os autores supracitados e os cadernos do PNAB.

Porém as dificuldades com os trabalhos multidisciplinares não parecem como exceção à regra, o desenvolvimento de práticas que promovam a saúde envolvendo uma equipe plural são desafios enfrentados em alguns pontos do território nacional, como podemos observar nesse estudo de caso de Dibai Filho e Aveiro feito no município de Arapicara:

Sobre as dificuldades vivenciadas nos NASF em relação ao trabalho com idosos, os fisioterapeutas entrevistados destacaram a equipe multidisciplinar e a falta de capacitação, materiais e infraestrutura. No que diz respeito às dificuldades na interação com os demais profissionais da saúde comunitária, os agentes comunitários de saúde (ACS) são os que mais dificultaram o trabalho dos fisioterapeutas nos NASF de Arapicara. (DIBAI FILHO, Almir Vieira; AVEIRO, Mariana Chaves. 2012).

Em 2010 o Ministério da Saúde lançou os “Cadernos de Atenção Básica” com as Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Esses cadernos detalharam – e criaram – as diretrizes de atuação do NASF, foi então introduzido o conceito de Apoio Matricial. Dessa maneira instituiu como proposta do NASF o apoio matricial às ESFs, “Essa equipe de saúde terá, no NASF, o apoio matricial, seja pela modalidade de atendimento compartilhado, pela discussão de casos/formulação de projetos terapêuticos, seja pelos projetos de saúde no território” (BRASIL, 2010, p.14). Esta foi uma inovação para o NASF, inclusive apontado nos próprios cadernos quando diz “O conceito de apoio matricial e mais ainda sua prática constituem aspectos relativamente novos no âmbito do SUS, sendo sugeridas as leituras complementares [...]” (BRASIL, 2010, p. 13).

A introdução do conceito de Apoio Matricial não foi superficial, visto que, é parte integrante da proposta fundamental de trabalho do NASF. O próprio conceito de trabalho é admitidamente novo e foi incluído numa ação que já estava em andamento desde 2008. Segundo os próprios cadernos, essa mudança tem o objetivo de aumentar a resolutividade/capacidade de cuidado das equipes de saúde, além de promover o cuidado compartilhado através da alteração do lugar e da dinâmica das especialidades (BRASIL, 2010). Conforme aponta CAMPOS, DOMITTI (2007), apoio matricial objetiva fornecer apoio técnico a nível especializado e multidisciplinar através da agregação de conhecimento e com atividades que elevam o nível de resolutividade da saúde individual, familiar ou coletiva.

A Política Nacional de Atenção Básica aprovada e divulgada em 2011, quanto ao trabalho do NASF, ressalta a importância e necessidade da responsabilização compartilhada:

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012, p.70)

Esse texto parece reforçar o encaminhado pela portaria de 2008 e os cadernos de 2010, principalmente, quando observamos a intenção da “revisão da prática do encaminhamento [...]” fica evidente que essa atividade já vinha sendo erroneamente praticada e precisava ser revista. Então já nos atentamos para um “desvio” de função nas atividades do NASF.

Apesar da criação do NASF em 2008, apenas em outubro de 2011 foi realizado o lançamento da Portaria Nº 2.488 que viera a fornecer a vigente Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). A PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) organizou uma série de atividades que eram (e são) desenvolvidas nos municípios brasileiros, porém, é necessário avaliar como essas medidas foram implantadas no cotidiano do serviço de saúde, e é nesse âmbito que nosso estudo se insere. A regulamentação anterior de amparo ao trabalho dos promotores públicos de saúde era a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, que instituía somente a maneira como atuavam isolada ou conjuntamente os serviços de saúde pública no país (BRASIL, 1990).

O PNAB, além de outras consequências, marcou uma série de mudanças na metodologia de trabalho das secretarias de saúde. Nosso campo de atuação tem como base o município de Palma Sola, que conforme os dados coletados começou o processo de instalação do NASF em 2010. Assim como tantos outros municípios brasileiros, Palma Sola realizou a

implantação do NASF antes do lançamento das diretrizes do PNAB, em 2011. Baseando-se unicamente na lei de criação do mesmo em 2008. Essa antecipação na implementação, ou atraso no lançamento das diretrizes detalhadas do programa, favoreceu o desenvolvimento de vícios metodológicos como veremos mais adiante.

A atuação profissional do NASF é imprescindivelmente socialmente relacional. O produto do trabalho desenvolvido não é, como em outros casos, palpável ou diretamente mensurável economicamente. Trata-se de um fazer que promova a qualidade de vida e saúde, e como o próprio organograma funcional da estrutura já citado anteriormente sugere uma ação de apoio matricial, inter e multidisciplinaridade, responsabilidade compartilhada parece evidente a característica relacional de qualquer atividade proposta dentro do NASF. Excluindo-se atividades administrativas, as demais não podem ser desenvolvidas em isolamento, para tanto, a percepção do outro é sempre presente. Seja o outro o fim para o trabalho, o paciente nesse caso, ou o colega de trabalho o relacionamento interpessoal está presente. Nesse contexto de inter-relação Danielle D'Amour et al. (2008), realiza um estudo acerca da colaboração profissional na Atenção Primária à Saúde em Quebec, Canadá. D'Amour dissecou as relações de apoio profissional dentro de sistemas complexos de interação de múltiplos atores, e percebeu com seu estudo, que conforme se aprofundava a interação da colaboração profissional melhores eram os resultados obtidos na promoção da saúde.

No Brasil, usando o trabalho de D'Amour, pesquisadores realizaram análises correlacionando o apontado da teórica com a proposta e prática do NASF, principalmente, pois, no NASF é encontrado esse pressuposto teórico colaboração profissional em saúde. Esses estudos nos servem de parâmetro de estudo, destarte, como apontado por Eliezer Magno Diógenes Araújo e Percy Antonio Galimbertti em pesquisa de observação participante temos:

Constatou-se que o atual arranjo dos NASF não tem possibilitado, de forma eficaz, o desenvolvimento de práticas colaborativas. Também é de se questionar se forneceu subsídios para o planejamento e gestão em saúde e a identificação de áreas que precisam de intervenções e melhoramentos. (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013.)

A constatação feita por Araújo e Galimbertti aparece como conclusão após a observação dos trabalhos feitos no NASF e ESF. Para chegar a tal apontamento, os pesquisadores acompanharam a forma de atuação de toda equipe e principalmente os pontos de reunião. Apesar dos periódicos encontros entre as equipes terem participação regular dos

envolvidos, foi notada a falta da colaboração profissional. Alguns atores encontravam-se sobrecarregados, sem a noção da equipe, desenvolvendo suas atividades de forma individualizada a fim de dar conta das demandas e com certo nível de stress já presente (ARAÚJO, GALIMBERTT, 2013).

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência com o profissional diretamente ligado com a implantação do NASF no município de Palma Sola e que ainda continua desenvolvendo atividade frente à coordenação do núcleo de apoio e toda Secretaria de Saúde do Município. Julga-se que a experiência do profissional seja importante na análise empreendida, pois, o profissional em questão desenvolveu atividades ligadas ao NASF desde o planejamento e implantação em 2009/2010 e tem uma visão abrangente acerca da estrutura e metodologia de trabalho pesquisado.

O relato foi organizado em forma de texto dissertativo e será coadunado de base às análises e confrontações com a teoria levantada na fundamentação teórica.

Na história do NASF em Palma Sola, apenas um profissional se manteve vinculado desde a implantação em 2010 até o ano de 2015, e este profissional repassou informações para elaboração deste estudo. Quando de sua implantação duas pessoas estiveram em contato com as informações e prestando serviços diretamente na organização do projeto, essas pessoas mais tarde ingressaram no quadro de profissionais que atuaram no NASF, eram elas um psicólogo (a) e um (a) assistente social. Em 2012 o psicólogo (a) teve seu desligamento do NASF e passou a realizar outras funções na Secretaria de Serviço Social em Palma Sola, SC.

### **4 A IMPLANTAÇÃO DO NASF EM PALMA SOLA, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Em 2010 o município de Palma Sola conheceu através de circulares e publicações oficiais do governo federal o NASF, na ocasião o município apresentava uma série de dificuldades, principalmente de financiamento, quanto ao atendimento em saúde pública. A Unidade Básica de Saúde da cidade vinha desenvolvendo seus trabalhos e buscava uma melhoria na resolutividade de suas ações. Foi então que as informações acerca do NASF

chegaram através do gestor municipal de saúde, que na época recebia ofícios e circulares de órgãos públicos de esfera estadual e federal que informaram sobre a existência do NASF.

O gestor do município demonstrou interesse na implantação do NASF, pois, era uma urgência o atendimento a nível especializado na UBS, e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família estaria trazendo mais recursos para o município investir em pessoal. Com esse intuito o município de Palma Sola, assim como outros da região na época, foi em busca da implantação do NASF.

Dentre os registros contidos nas atas do Conselho Municipal de Saúde encontra-se na Ata de nº 063/2009 a primeira menção ao NASF. Na ocasião foi apresentado pela psicologia e pela assistente social da UBS o “programa” assim caracterizado na redação da ata. Ambas explanaram os objetivos do NASF, vale constar a menção feita que este programa estava em implantação e, a partir de então, os conselheiros de saúde passariam a dar suporte ao NASF em Palma Sola. Esse documento encontra-se anexo a nosso estudo.

Após realizar estudos e os arranjos necessários para cumprir as prerrogativas da portaria de 2008 foi possível a adesão NASF tendo como profissionais vinculados ao NASF uma Psicóloga, uma Assistente Social e um Farmacêutico.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família foi organizado conforme a necessidade do município e com vistas na possibilidade de aumento de repasse do governo federal. Nenhum tipo de treinamento foi realizado e inicialmente ele teve um foco quase exclusivo no atendimento à saúde mental, com a formação de grupos de apoio para acompanhamento da evolução do quadro clínico, distribuição de medicamentos controlados, atividades de socialização e promoção da autoestima.

Praticamente observou-se a criação de mais uma ferramenta de colaboração dentro dos serviços prestados na UBS. Era uma ampliação no espectro de atuação da UBS, já que, as ESFs não tinha especialidade e os casos de saúde mental estavam desassistidos pelo município. O ESF em Palma Sola tem três equipes completas: uma com área de abrangência no perímetro urbano; outras duas que cobrem a extensão territorial rural do município. Essas equipes do ESF observavam as demandas e encaminhavam para o NASF que fazia o atendimento especializado, porém, sem nenhum tipo de responsabilização compartilhada. Havia apenas triagem e encaminhamento.

Esse era o conceito do NASF na época. Os cadernos com as diretrizes não foram divulgados, nenhum treinamento existiu. E o município aproveitou-se do programa para incorporar às equipes de trabalho profissional especializado.

O NASF em Palma Sola evoluiu desde 2011, principalmente no que tange ampliações de serviços conforme mais profissionais iam entrando na equipe. A difusão de informações mais especializadas possibilitou um melhor atendimento a demanda que chegava. Porém a ausência de princípios norteadores coadunados com o desconhecimento da política apresentada pelos cadernos e diretrizes do PNAB durante o início dos trabalhos do NASF criaram sérios desvios de relações de trabalho, ainda presentes apesar das conversas e reorganizações informais.

Tanto em 2010 quanto em 2015, o NASF claramente não desenvolve o Apoio Matricial aos grupos de ESF. Ele apenas atua como um ambulatório especializado orientado pelas demandas identificadas anteriormente. Infelizmente essa forma de atuação vem sendo desenvolvida desde o principio e cada vez encontra mais resistência, por parte dos profissionais que atuam na UBS, e dificuldades de ser aplicada com o passar do tempo.

A estrutura do NASF está enrijecida devido à forma como foi implantada. É possível afirmar que alguns profissionais que atuam no NASF hoje têm o conhecimento a respeito de suas atuais diretrizes, quanto ao Apoio Matricial e a partilha de responsabilidades. Porém é visível uma grande dificuldade para se alterar os padrões de trabalho após esses já estabelecidos.

Esse conhecimento se infiltrou como novidade nas secretarias dos municípios que já tinham implementado o NASF no final de 2013, pois, nessa ocasião houve um encontro estadual de profissionais do NASF. Nesse encontro foi apresentado o conceito de Apoio Matricial e finalmente às diretrizes contidas no plano de saúde (BRASIL, 2012). Foi notável que os municípios em vias de implantação, ou mesmo os que ainda não haviam iniciado os trabalhos, tiveram muito mais facilidade de montar uma estrutura e uma equipe alinhada com os princípios contidos no plano de saúde de 2011 e nos cadernos de 2012.

O quadro profissional do NASF em Palma Sola, em 2015, está composto por: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo e educador físico. O Educador físico foi incorporado nas atividades no ano de 2015 quando da disponibilização da Academia da Saúde. Essa equipe multidisciplinar tem assumido a responsabilidade profissional no atendimento das demandas da saúde pública no município.

As principais demandas atendidas no momento pelo NASF é a saúde mental, organizada em grupos, que conta com psicólogo e assistente social para orientar e acompanhar as atividades. O tratamento da saúde mental está organizado em três grupos, conforme a abrangência das ESFs. No grupo é realizado o acompanhamento e distribuição das



medicações controladas além de atividades de socialização, organizados pelos profissionais do NASF e Atenção Básica.

A equipe do NASF também acompanha o tratamento dos acamados e cuidadores. É visível, na estrutura do ESF, uma sobrecarga devido à demanda espontânea, além dos casos de urgência e emergência, um pouco também em função da dificuldade de ações de apoio matricial integrado com as equipes especializadas, porém, desse assunto trataremos na análise. Dessa maneira o NASF, por ter a disposição uma gama de profissionais mais variados, acaba por realizar essa função com os acamados e cuidadores. Além do exposto, os profissionais do NASF também desenvolvem atividades de prevenção e promoção da saúde com os pacientes de doenças crônicas e presta assistência farmacêutica para toda a população participante dos grupos que utiliza medicamentos de forma contínua bem como a população que utiliza medicamentos de forma não contínua.

A estrutura organizacional de toda UBS que vem se desenhando desde 2010 pouco se altera. As metodologias e responsabilidades já implantadas estão arraigadas no cotidiano dos sujeitos que desenvolvem atividades ligadas seja ao ESF ou NASF. Dessa forma, o começo “equivoco” gerou situações delicadas de trabalho principalmente quanto ao apoio matricial, inter e multidisciplinar das equipes.

Depois do encontro em 2013 oferecido pelo governo do estado de Santa Catarina observamos um pequeno avanço na compreensão do NASF pela própria equipe do NASF. O esclarecimento sobre a integralidade das equipes (NASF e ESF) já é de conhecimento dos nasfianos, porém, os integrantes do ESF não tem essa concepção. É possível dizer, após esses treinamentos ofertados, que existe essa visão de integralidade das duas equipes pelos profissionais do NASF, visão essa que, infelizmente, não está presente na equipe do ESF.

Essa visão da atuação independente, porém não existe nos trabalhos coletivos ou campanhas. O atendimento feito para os grupos (grupo de gestantes, apoio a saúde mental, cardíacos e hipertensos, para exemplificar alguns dos trabalhos com grupos realizados na UBS) tem um envolvimento maior de todos os profissionais. E nesse âmbito, acontecem as ações de responsabilidade compartilhada. Tanto a equipe mínima do ESF tanto a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da família tem claramente se corresponsabilizado no desenvolvimento das atividades em grupos. Todos trabalham, e mais, sentem-se parte integrante e ativa na orientação do grupo. Nessa esfera, é possível observar com clareza a divisão responsável dos trabalhos e não apenas a compartimentação dos mesmos. Existe ali a noção de que não há funções separadas, mas sim, conhecimentos diferentes e complementares.

Outra particularidade das equipes em Palma Sola reside na questão do Projeto Terapêutico Singular. Enquanto as ações coletivas contam com o engajamento das equipes o Projeto Terapêutico Singular é quase inexistente. A responsabilização por parte da equipe é inexistente quando se trata do atendimento que demanda particularidades, como nas situações de acamados ou naquelas que a promoção da saúde necessita ser realizado in loco, ou mesmo na comunidade do paciente. Nesses casos, os profissionais de todas as equipes atuam de maneira individualizada. Não há análise, discussão ou construção conjunta de qualquer Projeto Terapêutico Singular na UBS de Palma Sola. O profissional ligado ao caso desenvolve suas atividades de maneira individual, e se necessário, encaminha o paciente ao especialista, porém, não acompanha o restante do tratamento. Ao fazer o encaminhamento existe um desligamento do caso, uma isenção moral por parte do profissional que não se entende mais como responsável do caso e acredita que a resolução total da questão está agora nas mãos do outro. Esse vínculo estrito de relacionamento acontece de maneira disseminada nos profissionais, devido aos ranços da implementação do NASF, e está se mostra mais presente nos profissionais das equipes do ESF. Nesse quesito, é dificultado o avanço do apoio matricial, pois é ausente a responsabilidade compartilhada.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Um dos aspectos basilares para compreensão da implementação do NASF no município de Palma Sola é o contexto nacional em que ele se encontrava quando de sua adesão pelo poder público local. O NASF foi criado em 2008 e teve sua primeira regulamentação feita pelo Ministério da Saúde no PNAB apenas em 2010, época concomitante da implantação do NASF em Palma Sola. Porém nenhuma consulta ou treinamento foi oferecido aos municípios, até por que, era uma política que dependia da adesão da administração pública local para ter início.

Esse contexto confuso quando de implementação deixou a mercê da casualidade a estruturação do NASF em Palma Sola. A ata de 2009 prova a impossibilidade de conhecimento do município a respeito das diretrizes do programa, e mais, mostra o intuito distorcido de seu “uso”. O NASF era encarado como um programa que viria para aumentar a arrecadação financeira do município para área da saúde com a inserção de mais cargos para por fim, desafogar a folha de pagamento municipal. Claro, não podemos ignorar a intenção do

gestor em aumentar a capacidade de atendimento, principalmente quanto à saúde mental, que no momento estava desassistida na saúde pública municipal.

As “correções” e a adição de princípio norteador feito pelo ministério da saúde em 2010 e em 2011 abre o pressuposto teórico de que o NASF não foi criado de forma completa, ou seja, a portaria de 2008 não projetava de maneira completa a forma de atuação, a implantação e principalmente o posicionamento dos profissionais do NASF dentro da UBS. Para os municípios que iniciaram o trabalho do NASF antes de 2010 e/ou 2011 essa lacuna subjetiva possibilitou um atrofiamento (em relação o PNAB) do objetivo do Núcleo de Apoio À Saúde da Família.

Somando-se nessa conjuntura a falta de treinamento da esfera federal acerca do funcionamento do programa. Esse espectro de visão permite observar o conturbado organograma funcional do NASF. Não obstante seu trabalho primeiro foi imediatista, focado no atendimento dos casos que a UBS até o momento não tinha suporte. O NASF tornou-se uma nova porta de entrada. A população foi beneficiada com a ampliação do atendimento da saúde pública, porém, a diretriz do programa (fornecida mais tarde) estava distorcida. Criaram-se nesse momento, vícios metodológicos. Além de não existir o apoio matricial seu conceito era desconhecido pela equipe, e esse fato também é observado na declaração do ministério da saúde ao caracterizar o apoio matricial como “conceito novo” em 2010. A metodologia que teve como objetivo aumentar a capacidade de resolutividade da UBS acabou, mais tarde, por gerar confusão nos profissionais do NASF, dificultando a execução da responsabilização compartilhada. Essas figuram como as mais latentes dificuldades enfrentadas na implantação e operacionalização do NASF principalmente no que tange sua questão organizacional.

Acerca das equipes que deveriam fornecer o apoio matricial, a responsabilidade compartilhada e as equipes que recebem esse apoio, é possível observar que cada área cuidou de sua especialidade. Houve sim uma ampliação ambulatorial no atendimento da saúde pública, porém, com restrições na responsabilização compartilhada, visto que, as instâncias eram vistas de maneira independente. Ambas como porta de entrada, porém, uma atuando como clinica geral, o caso das ESFs, e outra agindo de maneira especializada com atuação de profissionais como psicólogo e assistente social. Vale acrescentar: a rotatividade de profissionais no NASF é pequena, então, as pessoas que atuam em 2015 são as mesmas da época de sua implementação em 2010. Todos já estão ambientados com a metodologia, e mais, com o organograma funcional, oferecendo uma resistência natural à mudança e/ou reestruturação. Esse é o principal vício metodológico que limita a execução do apoio matricial

e da responsabilização compartilhada. Essa assertiva, infelizmente, é válida para as três equipes do ESF aumentando a resistência e cimentando erroneamente a organização de ambos os grupos. Dessa forma podemos afirmar que existem impedimentos para a equipe do NASF praticar o apoio matricial.

Acerca das equipes que deveriam fornecer o apoio matricial, a responsabilização compartilhada e as equipes que recebem esse apoio é possível observar que cada área cuidou de sua especialidade. Houve sim uma ampliação ambulatorial no atendimento da saúde pública, porém, com restrições na responsabilização compartilhada, visto que, as instâncias eram vistas de maneira independente. Ambas como porta de entrada, porém, uma atuando como clinica geral, o caso das ESFs, e outra agindo de maneira especializada com atuação de profissionais como psicólogo e assistente social. Vale acrescentar: a rotatividade de profissionais no NASF é pequena, então, as pessoas que atuam em 2015 são as mesmas da época de sua implementação em 2010. Todos já estão, de certa forma, ambientados com a metodologia, e mais, com o organograma funcional, oferecendo uma resistência natural à mudança e/ou reestruturação. Esse é o principal vício metodológico que limita a execução do apoio matricial e da responsabilização compartilhada. Essa assertiva, infelizmente, é válida para as três equipes do ESF aumentando a resistência e cimentando erroneamente a organização de ambos os grupos. Dessa forma podemos afirmar que existem impedimentos para a equipe do NASF praticar o apoio matricial.

Porém, é devido adicionar aqui uma ressalva válida quanto ao apoio matricial. As atividades coletivas realizadas por todas as equipes da Unidade Básica de Saúde contam com uma integração não vista nas outras formas de trabalho. É seguro apontar que nesse caso existe uma responsabilização compartilhada entre os profissionais, pois, de fato todos assumem junto os compromissos com os grupos e campanhas. Esse fato se dá, talvez, pois a criação dos grupos de apoio aconteceram após a implementação do NASF e após o lançamento da regulamentação da equipe pelo governo federal, o que contribuiu, que sua criação fosse mais alinhada ao proposto pelo ministério. Em contrapartida, ao passo que é clara a integração dos profissionais no cuidado, promoção e atendimento a saúde coletiva, é infelizmente quase nula a prática do Projeto Terapêutico Singular com responsabilização compartilhada. Cada profissional atua nos casos não coletivos de maneira individualizada e isso é válido tanto para os profissionais ligados as equipes do ESF quanto do NASF (em menor proporção). A esse respeito podemos afirmar, portanto, que existe um avanço no trabalho de apoio matricial e responsabilização compartilhada. Em alguns momentos as equipes cumprem as diretrizes e objetivos das equipes, e na maioria dos casos essa prática

ainda é rudimentar e continua sendo executada da mesma maneira quando da implementação do NASF em Palma Sola.

As propostas e objetivos do NASF são claros, e elas foram disseminadas, pelo menos para a equipe de Palma Sola, no encontro estadual de profissionais do NASF. O PNAB é claro quanto à função estratégica e compartilhada do NASF junto das equipes de ESF. Porém é latente a dicotomia entre o planejado e a ação concreta no município de Palma Sola, em função de sua maneira autêntica de estruturação.

Por fim, observando a conjuntura exposta, é perceptível os pontos críticos de disfunção e as qualidades do sistema autêntico do NASF de Palma Sola implementado desde 2009 / 2010. É notável a falta da ação matricial oriunda de sua organização pré PNAB. O NASF tem de fato ampliado o escopo de atuação da UBS, mas destoa claramente das diretrizes nacionais impedindo o aumento da resolutividade das ações da saúde pública. É inegável que no exercício de suas funções os profissionais colaboram na resolutividade dos casos, mas, a dificuldade na concretização do apoio matricial impede o aumento da eficácia das ações de promoção da saúde pública, relegando muitas vezes o NASF ao atendimento primário. Comprova-se isso na existência do caráter de “porta de entrada” do NASF em Palma Sola.

Resta-nos a tarefa de sugerir estratégias para contribuir com o imbricado quadro presente. Vale a ressalva de que nossas sugestões não figuram como solução absoluta e cabal dos problemas enfrentados, apenas, é possível em vista justamente de uma análise científica da realidade e podem abrir discussões para improvisar a resolutividade das ações da UBS indo de encontro com as políticas do PNAB. A primeira sugestão é a realização de esforço em direção da colaboração profissional conforme apontado por D’Amour (2008). Essa prática pode possibilitar o desenvolvimento gradual da responsabilização compartilhada e parece facilitar o apoio matricial. Também é notável a necessidade de sensibilização quanto às diretrizes do NASF para com todos os profissionais das equipes do NASF que deveriam prestar apoio matricial e equipes do ESF que seriam apoiadas dessa maneira. Essa sensibilização permitira afinidade nos discursos e intenções. Após essa tarefa, resta a estruturação das matrizes de apoio e de responsabilidade compartilhada. Para essa tarefa não existe fórmula ou receita pré-estabelecida, deve ser realizada em parceria descobrindo-se as potencialidades dos profissionais com diálogo e quiçá treinamento.

## 6 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes and GALIMBERTTI, Percy Antonio. **A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família**. *Psicol. Soc.* [online]. 2013, vol.25, n.2, pp. 461-468. ISSN 1807-0310

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional n.º 64, de 4 de fevereiro de 2010. *Lex: legislação federal e marginália*, São Paulo, v. 59. p. 1966, out./dez. 1995.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de Setembro de 2010. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM N.º 154, de 24 de Janeiro de 2008. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em 11 de 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N.º 2488, de 21 de Outubro de 2011. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso 11 de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

\_\_\_\_\_. **PNAB**: Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 108 p.:

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27) ISBN 978-85-334-1697-0

CAMPOS GWS, DOMITTI AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev, 2007

D'Amour, D. et al. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188.

DIBAI FILHO, Almir Vieira; AVEIRO, Mariana Chaves. Atuação Dos Fisioterapeutas Dos Núcleos De Apoio À Saúde Da Família Entre Idosos Do Município De Arapiraca-Al, Brasil. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**. Universidade de Fortaleza, Centro de Ciências da Saúde, out./dez. 2012. Fortaleza ISSN 1806-1222. Disponível em < [http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2012.4\\_artigo1.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2012.4_artigo1.pdf) > . Acesso em: Maio de 2015

LANCMAN, Selma; ABREU GONÇALVES, Rita Maria de; CORDONE GUIMARÃES, Nicole; OLIVEIRA BARROS, Julian. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio

à Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, vol.47 n.5 Oct. 2013. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004770> > Acesso em: Maio de 2015.