



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**FERNANDA FERREIRA SOUZA**

**O PAPEL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NA  
ESTRUTURAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2011**

**FERNANDA FERREIRA SOUZA**

**O PAPEL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NA  
ESTRUTURAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),  
apresentado ao Departamento de Enfermagem  
da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB),  
em cumprimento às exigências para obtenção  
do título de Bacharel e Licenciada em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria de Fátima Araújo Silveira

CAMPINA GRANDE – PB

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S729p

Souza, Fernanda Ferreira.

O papel dos núcleos de apoio à saúde da família na estruturação de redes de atenção à saúde [manuscrito] / Fernanda Ferreira Souza. – 2011.

25 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Maria d Fátima Araújo Silveira, Departamento de Enfermagem”.

1. Saúde pública. 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 3. Enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

**FERNANDA FERREIRA SOUZA**

**O PAPEL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NA  
ESTRUTURAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),  
apresentado ao Departamento de Enfermagem  
da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB),  
em cumprimento às exigências para obtenção  
do título de Bacharel e Licenciada em  
Enfermagem.

Aprovado em 02 de dezembro de 2011.



Prof.ª. Dr.ª. Maria de Fátima Araújo Silveira  
Orientadora



Prof.ª. Ms. Cláudia Santos Martiniano Sousa/UEPB  
Examinadora



Prof.ª Dr.ª Juliana Sampaio/UFPB  
Examinadora

*Dedico esse trabalho aos meus amados e queridos pais, Fernando Antônio e Edna Ferreira, que com seu amor incondicional tornam os obstáculos da minha vida mais fáceis de serem vencidos.*

## AGRADECIMENTOS

À **DEUS** que, através de sua presença silenciosa e constante, ofertou a mim toda a força, perseverança, inteligência e paciência necessárias para que mais essa etapa da minha vida fosse vencida com êxito e sensação de dever cumprido.

Aos meus **Pais, Fernando e Edna**, e aos meus **Irmãos, Marília e Getúlio Neto** por terem abdicado de muitas coisas para que o meu sonho se tornasse possível, mas acima de tudo por me fazerem sentir que, aconteça o que acontecer, serão sempre o meu refúgio.

Aos meus **Avós e Tios**, em especial **Tio Lenivan**, a quem carinhosamente chamo de segundo pai, por todo apoio e dedicação conferidos a mim durante esses 5 anos, e por sempre ter se orgulhado dos passos que já percorri, e por acreditar naqueles que ainda irei percorrer.

Ao meu **Namorado, Renan Fialho**, pelo apoio, carinho, compreensão e dedicação; por, muitas vezes, suportar as ausências e os estresses; e por ter sido, em muitos momentos, o meu principal alicerce.

À minha **Amiga Fernanda Carla** por ter acompanhado e participado dos meus melhores e piores momentos, compartilhando lágrimas, sorrisos, angústias e vitórias. Você, além de amiga, é uma irmã, aquela que dentre muitas que me foram oferecidas, eu escolhi.

Às **Amigas Pauliany e Bianca**, pelo companheirismo, amizade e por terem tornado os meus dias difíceis de faculdade mais felizes e suportáveis.

À minha **Prima Amanda**, pelos momentos de descontração e diversão.

À minha eterna **Professora Cláudia Martiniano**, por ter me inserido no mundo da pesquisa científica; por ter me permitido crescer ao seu lado; por ter sido mãe, madrastra, professora e amiga quando foi necessário; por ter me feito acreditar naquilo que parecia impossível; e por ter sempre demonstrado o carinho e orgulho sentidos.

À **Professora Juliana Sampaio** que muito contribuiu e, com certeza, ainda contribuirá, para o meu crescimento profissional.

Aos meus **Mestres**, por terem apresentado a arte do cuidar que fundamenta a minha profissão, mostrando-me o quanto sou capaz de trilhar caminhos diferentes e melhores.

Aos **Companheiros** do grupo Saúde e Sociedade-UFCG, **Aline, Antônio e Gilberto**, pela ajuda necessária para que esse trabalho fosse concretizado; e à **Emanuella de Castro e Isabel Cristina** pelo apoio e amizade.

À **Turma Enfermagem 2007.1**, por ter assistido e contribuído com o meu crescimento pessoal e profissional.

**Fernanda Ferreira Souza**

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>ARTIGO</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>11</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Ampliação do Escopo de Ações da Atenção Básica</b> .....	<b>13</b>
<b>Implicações das Concepções de Ampliação do Escopo de Ações da Atenção Básica para Estruturação de Redes de Atenção à Saúde</b> .....	<b>18</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>22</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>25</b>

## **APRESENTAÇÃO**

Este estudo se constitui no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Enfermagem para atender aos pré-requisitos de conclusão do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

O mesmo origina-se da pesquisa intitulada “NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE: compreendendo sua dinâmica a partir da percepção dos profissionais envolvidos”, vinculada ao Programa de Iniciação Científica da Universidade Estadual da Paraíba (PIBIC/UEPB), Cota 2010-2011, no qual me inseri como aluna colaboradora.

A opção de apresentar os resultados obtidos a partir da referida pesquisa no formato de artigo científico atende à Resolução UEPB/CONSEPE 032/2009, a qual dispõe sobre o Trabalho de Conclusão de Curso. Do ponto de vista da normatização, este artigo atende às normas de formatação da Revista Ciência & Saúde Coletiva, na qual será submetido.

## O PAPEL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NA ESTRUTURAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

### THE ROLE OF CENTERS IN SUPPORT OF FAMILY HEALTH NETWORKS STRUCTURE IN HEALTH CARE

Fernanda Ferreira Souza

**Autor Correspondente:** Fernanda Ferreira Souza. Avenida Marechal Floriano Peixoto, nº 119, Apartamento 301, Centro, Campina Grande-PB, CEP: 58400-165.  
E-mail: [fernandaferreira-ffs@hotmail.com](mailto:fernandaferreira-ffs@hotmail.com). Tel.: (83)9641-0664.

#### RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar algumas concepções produzidas na implementação das equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família sobre seu papel junto à Estratégia Saúde da Família e sua implicação nos processos de construção e articulação das Redes de Atenção à Saúde. Realizou-se estudo qualitativo, exploratório e descritivo, por meio da análise dos documentos ministeriais que regulamentam os núcleos e aplicação de entrevistas semi-estruturadas com 36 profissionais dos mesmos e 3 gestores de Campina Grande. Os resultados apontaram que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família possibilita a ampliação do escopo das ações da Estratégia Saúde da Família a partir de duas modalidades, e cada uma delas exerce influência diferente sobre a articulação de Redes de Atenção à Saúde: a ampliação da equipe, a partir da inserção de especialidades na Estratégia Saúde da Família, reforçando o modelo tecnicista de atenção e impedindo a estruturação de redes de cuidado; e a qualificação da capacidade técnica da equipe já existente, que potencializa a Estratégia Saúde da Família, contribuindo para a construção e articulação de Redes de Atenção à Saúde. Conclui-se que as diversas formas de atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família são oriundas da implantação e direcionamento desse dispositivo pela gestão.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Enfermagem.

#### ABSTRACT

The objective of this study was to analyze some concepts produced in the implementation of core equipment for the support of the Family Health about his role with the Family Health Strategy and its implication in the processes of construction and articulation of Networks of Health Care study was carried out qualitative, exploratory and descriptive, by analyzing the documents governing ministerial cores and application of semi-structured interviews with 36 professionals and 03 managers of Campina Grande. The results indicated that the Support Center for Family Health enables the expansion of the scope of Family Health Strategy actions from two mechanisms, and each has different influence on the articulation of the Health Care Networks: the expansion team from the inclusion of specialties in the Family Health Strategy, strengthening the technical model of care and preventing the structuring of the care, skill and expertise of existing staff, which enhances the Family Health Strategy, contributing to network construction and articulation of Health Care. Concluded that the

various forms of action of the Support Center for Family Health come from the deployment and direction of the management device.

**Keywords:** Public Health; Support Center for Family Health; Nursing.

## INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, fruto de lutas e embates políticos entre o Movimento de Reforma Sanitária e grupos empresariais privados, assiste-se a uma constante tentativa de reorientação assistencial em saúde no país, buscando organizar o setor, a partir de um modelo de vigilância em saúde, com ações de cunho preventivas e de promoção da saúde, com vistas à integralidade da atenção.<sup>1</sup>

Nesse sentido, a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994, representou uma estratégia *vis à vis* alcançar essa reorientação assistencial, buscando organizar o setor a partir da Atenção Básica. Assim, a ESF era tida como “porta de entrada” prioritária do sistema de saúde, visto que era responsável por operar o primeiro contato do usuário com o serviço.<sup>2</sup>

Entretanto, o que se tem percebido é uma dificuldade de operacionalização da Atenção Básica como “porta de entrada” prioritária do sistema, representada pelo difícil acesso dos usuários aos serviços especializados, o que motivou a proposição de novas formas de organização dos serviços de saúde, nas quais a ESF passa de “porta de entrada” prioritária à responsável pela coordenação da rede de atenção e articulação dos diferentes níveis de densidade tecnológica num dado território, contribuindo para a formação de redes de cuidados integrais.<sup>3</sup>

Nessa direção, diversos dispositivos têm sido utilizados para fortalecer esse papel da ESF de articuladora e ordenadora das redes de cuidados territoriais, dentre eles os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantados em 2008, por meio da Portaria 158/08, o qual

surge como um novo dispositivo de gestão da Atenção Básica, com a proposta de oferecer suporte à ESF, buscando qualificar a atenção e a gestão do cuidado, no âmbito da Atenção Básica.<sup>4</sup> Por isso, os profissionais dos NASF devem estar comprometidos com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pela ESF, atuando de maneira interdisciplinar e intersetorial, de forma que cada profissional de saúde, a partir de seu conhecimento específico possa contribuir na resolutividade das problemáticas de saúde.

Segundo a Portaria N° 154/08 é possível aos municípios a implantação de NASF tipo 1 e 2.<sup>4</sup> O NASF 1, integrado por no mínimo 5 profissionais com formação em área da saúde não coincidentes, dentre elas: médicos acupunturista, homeopata, pediatra, psiquiatra e ginecologista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, educador físico e terapeuta ocupacional e vinculado a no mínimo 8 e no máximo 20 equipes de saúde da família. O NASF 2, composto por no mínimo 3 profissionais de categorias não coincidentes, diferindo em relação ao NASF 1 por não possuir em sua composição as modalidades médicas acima citadas e vinculado a no mínimo 3 equipes de saúde da família.

Em pouco tempo de instituído, os NASF tem sido redesenhado pelo Ministério da Saúde por algumas vezes, a exemplo da criação do NASF tipo 3, em 2010<sup>5</sup> e mais recente, também sofre alteração no seu formato, por meio da nova Portaria da Atenção Básica n° 2.488 de 2011, que, além daqueles profissionais que compõe as modalidades de NASF, inclui o médico veterinário, o médico do trabalho, o profissional com formação em arte e educação e o profissional de saúde sanitaria. Além disso, essa Portaria suprime a modalidade 3 de NASF, as quais se tornarão, automaticamente, NASF 2.<sup>6</sup>

Assim, entendendo que o NASF assume uma função estratégica na condução das redes de cuidado territoriais, ao potencializar a ESF na articulação de redes de atenção à saúde, o objetivo desse estudo foi analisar algumas concepções produzidas na implementação das equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família sobre seu papel junto à Estratégia Saúde da

Família e sua implicação nos processos de construção e articulação das Redes de Atenção à Saúde.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, o qual teve como cenário a experiência do município de Campina Grande, que possui 9 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) exclusivamente do tipo 1, com os seguintes profissionais: médico pediatra, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e fonoaudiólogo.

Destaca-se, ainda, que por se tratar de uma experiência em um grande centro urbano, com 92% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>7</sup> e que iniciou a implantação dos NASF em 2008,<sup>8</sup> esta aponta algumas considerações que podem ser facilmente aplicadas a outras localidades do país.

Para a coleta dos dados desse estudo, foram utilizadas a análise documental dos principais documentos ministeriais que versam sobre o NASF (Portaria nº 154/08 e Cadernos da Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF) e entrevistas semi-estruturadas realizadas com dois grupos de sujeitos: profissionais dos NASF e gestores da Atenção Básica. Inicialmente, pretendia-se que, para o grupo dos profissionais, a amostra fosse igual ao universo do estudo (54 profissionais), no entanto, devido à acessibilidade e disponibilidade dos sujeitos, foi possível a realização de entrevistas com 36 profissionais do NASF. Para o grupo dos gestores, entrevistou-se uma amostra composta por 3 gestores da Atenção Básica, desses 1 era o coordenador do NASF e 2 eram gerentes distritais, escolhidos com base nos mesmos critérios utilizados para a seleção dos profissionais.

As questões-chave que orientaram a entrevista semi-estruturada foram formuladas a partir da teoria que orientou o estudo, somada a informações prévias existentes sobre o objeto estudado.<sup>9</sup> Assim, a entrevista foi guiada pela busca da compreensão dos profissionais e gestores do NASF sobre como se dá o trabalho do NASF, a partir da descrição das atividades realizadas e da compreensão de seu papel junto à equipe de saúde da família.

Para a análise das narrativas produzidas no encontro entre pesquisador-sujeito da pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo.<sup>10</sup> Esta técnica de análise de dados visa à descrição do conteúdo das mensagens, nesse caso, as concepções produzidas pelos profissionais dos NASF sobre seu papel junto à ESF e na construção e articulação das RAS.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba sob inscrição nº CAAE - 0177.0.133.000-10, e todos os sujeitos foram informados sobre o delineamento da pesquisa e de sua livre participação de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como articuladora das redes de cuidados territoriais sustenta-se na Portaria nº 154/08, a qual explicita que o objetivo desses núcleos é aumentar a capacidade resolutiva das equipes de Atenção Básica, ampliando a abrangência e o escopo de suas ações, além de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica.<sup>4</sup>

Entendendo o escopo como o limite e a abrangência de processos de trabalho foi percebido, ao longo da análise das entrevistas com os gestores e profissionais dos NASF de Campina Grande, que foram unânimes os sentidos produzidos por esses sujeitos de que o

papel do NASF é ampliar o escopo de ações da Atenção Básica, com vistas no aumento da capacidade resolutiva.

Nesse sentido, a discussão será fundamentada a partir das concepções de ampliação do escopo produzidas a partir da atuação do NASF e de sua implicação para a estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

### **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Ampliação do Escopo de Ações da Atenção Básica**

A compreensão das implicações produzidas pela atuação do NASF para a estruturação de redes de cuidados territoriais demanda discussões que permitam entender em que medida esses núcleos têm exercido a função que lhes é cabida de ampliação do escopo de ações da Atenção Básica e de como tem se dado essa ampliação do escopo por esse dispositivo de gestão.

Nesse sentido, na compreensão dos profissionais e gestores, a ampliação do escopo de ações da Atenção Básica tem ocorrido através de duas estratégias que possuem uma diferença tênue, mas estruturante para a construção de redes de cuidados territoriais. O NASF amplia escopo mediante aumento do número de profissionais na equipe de saúde da família ou através da ampliação da capacidade técnica da equipe de saúde já existente.

Na primeira perspectiva, a compreensão de ampliação do escopo através do aumento do número de especialidades nas equipes saúde da família foi constantemente percebida nos discursos de profissionais e gestores dos NASF de Campina Grande, o que permite inferir que a atuação desse dispositivo de gestão nesse município tem sido pautada, prioritariamente, no especialismo e no atendimento. Esse tipo de ampliação do escopo resulta no aumento do

número de ações e serviços produzidos, conferindo certa resolubilidade aos problemas de saúde em termos de procedimentos.

*No NASF, nós trazemos a atenção secundária pra dentro da atenção primária, isso é que é o mais interessante, daí o vínculo maior com nossas equipes, com os profissionais para discutirem casos clínicos e aí fortalece mais ainda pra ver o indivíduo como um ser completo (Gestor 2 do NASF). [Grifos nossos]*

*[O NASF] Não veio matricular pra substituir ou pra tomar o lugar. Ele veio pra acrescentar. Então esse matriciamento veio para que haja um elo maior entre as unidades. Veio para acrescentar no sentido de que as unidades possam se sentir mais fortalecidas e possam encontrar no NASF um apoio para aquelas carências que as comunidades procuram. Por isso são mais médicos, mais assistentes sociais, mais fisioterapeutas, mais farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos e fonoaudiólogos (Gestor 1 do NASF). [Grifos nossos].*

Na lógica de ampliar o número de especialistas disponíveis na Atenção Básica os profissionais dos NASF passam a demandar espaços físicos para realização de atendimentos individuais, sinalizando seu foco no atendimento das demandas e não na reorganização dos processos de trabalho: *Tanto na implantação como atualmente tem a falta de espaço físico para a gente. Então, as unidades são pequenas, fica aquela coisa meio tumultuada. E quando a gente precisa fazer a parte de atendimento, aconselhamento, precisa o médico ou a enfermeira dispor a sala, não tem um local pra gente dar uma palestra (Profissional 25 do NASF).*

Nessa direção, atuando a partir da oferta de procedimentos, o NASF rompe com a integralidade da atenção à saúde, visto que esta deve ser entendida como a articulação do processo de cuidado em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde.<sup>11</sup> Desse modo, pensar na integralidade da atenção à saúde implica refletir sobre o próprio processo de trabalho, modificando-o de tal forma que a oferta de procedimentos torne-se uma fração mínima desse processo, e não, a regra de atuação, conforme ocorre no trabalho do NASF atuando a partir do especialismo.

Esta compreensão de ampliação da capacidade resolutiva da Atenção Básica parece, ainda, justificar que os profissionais dos NASF realizem atendimentos ambulatoriais nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), seja por demanda espontânea ou

encaminhamentos da equipe de saúde; e que da mesma forma também realize encaminhamentos, seja para a equipe de saúde da ESF, para outros profissionais do NASF ou ainda para outros serviços de diferentes densidades tecnológicas: *A gente conversa, avalia o paciente, encaminha ao médico. Se ainda não passou pela médica, encaminha para médica. Aí ela encaminha pra gente, fisioterapeuta, aí a gente avalia e pede os exames. (Profissional 21 do NASF).*

*A gente dá apoio ao PSF e a gente tem a equipe de referência, que vai dá suporte para a gente. Os casos que a gente não consegue resolver, a gente encaminha para a equipe de referência da gente e “ta” sempre em contato com a equipe de referência para tentar resolver aquele caso (Profissional 7 do NASF). [Grifos nossos]*

Nesse contexto, o NASF assume a responsabilidade pelo cuidado dos usuários, criando um vínculo com os mesmos, o que permite o surgimento de tensões entre a prática profissional do NASF e a teoria que regulamenta o trabalho desse dispositivo de gestão, a qual afirma que o NASF deve compartilhar com a ESF as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas.<sup>4</sup>

Além disso, ao atuar como profissional especialista na ESF, o profissional do NASF assume o papel de “porta de entrada” ao operar o primeiro contato do usuário no sistema de saúde, contrapondo-se à Portaria nº 154/08, visto que essa afirma que esse dispositivo de gestão não se constitui em porta de entrada da rede de serviços.<sup>4</sup>

Assim, atuando na lógica do especialismo e da oferta de procedimentos, o NASF parece afastar-se da intersetorialidade em saúde, visto que se exime das discussões de processos de trabalho e organização de fluxos, para pautar sua atuação no atendimento das demandas.

Dessa forma, ao participar do processo de trabalho da Atenção Básica como mais um especialista disponível no serviço, o NASF reforça o tradicional modelo de cuidado tecnicado, especializado e fragmentado que impede a integralidade da atenção, pressupondo a construção de equipes multidisciplinares em detrimento do trabalho interdisciplinar: *Eu nunca tive trabalho com o ACS, recebo demanda normal. Qualquer necessidade eu vou atender a necessidade deles.*

*Tem algumas coisas que não se referem ao profissional do serviço social e eu na conversa mesmo já digo: olha, não é demanda minha (Profissional 2 do NASF). [Grifos nossos]*

No que se refere ao trabalho em equipe na Atenção Básica, tem-se que as equipes de saúde da família devem trabalhar de maneira horizontal e flexível, a fim de garantir maior autonomia, criatividade e integração dos agentes. Além disso, defende-se que o objetivo do trabalho em equipe é exercer influência sobre os fatores que incidem no processo saúde-doença;<sup>12</sup> e quando este ocorre de maneira interdisciplinar, oferece aos profissionais a oportunidade de reconstruir ou redirecionar suas práticas, a partir do trabalho do outro, buscando modificar a realidade com vistas à integralidade da atenção à saúde.

No entanto, o trabalho realizado na ESF é pautado na falta de responsabilização coletiva, o que leva à descontinuidade do cuidado. Além disso, a falta de interação entre os profissionais da equipe permite uma desarticulação entre ações preventivas, curativas e de promoção da saúde.<sup>13</sup>

Assim, tendo em vista que o NASF, atuando com base no especialismo, utiliza os mesmos mecanismos de trabalho da ESF e, por isso, segue a mesma lógica desses profissionais, a realidade do trabalho em equipe extrapola para esse dispositivo de gestão, o que resulta na fragmentação do cuidado, a qual impossibilita a oferta de uma atenção à saúde longitudinal e contínua, conforme se espera da ESF.<sup>14</sup>

Em contrapartida, na concepção de ampliação do escopo mediante aumento da capacidade técnica da equipe de saúde da família já existente, o papel do NASF é conferir o apoio matricial com retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico à ESF, entendendo que o apoio matricial implica na construção de diretrizes clínicas e sanitárias entre as equipe de referência e a especializada.<sup>15</sup>

A equipe de referência, no caso, as equipes de saúde da família, deve responsabilizar-se pelo acompanhamento longitudinal de um indivíduo, família ou comunidade, com o

objetivo de criar vínculo entre profissional e usuário, permanecendo responsável pela condução dos casos mesmo que um apoio especializado seja acionado.<sup>15</sup>

Na perspectiva de ampliação do escopo, apoiar a equipe de referência implica oferecer educação permanente, buscando facilitar processos de trabalho que possibilitem a co-gestão e co-responsabilização do cuidado, interdisciplinaridade da equipe e a ampliação da clínica.<sup>14</sup>

A educação permanente, nesta direção, se apóia na singularidade dos processos de trabalho e das produções de cuidado, introduzindo mecanismos, espaços e temas que proporcionem a problematização e experimentação das práticas em saúde.<sup>16</sup>

Nesta direção, o apoio matricial permite desencadear processos de educação permanente em saúde, ao proporcionar a produção de novos conhecimentos em ato e ao operar a gestão coletiva dos processos de cuidado, na qual os diferentes segmentos sociais contribuam na formação de uma clínica mais comprometida e participativa, além de potencializar as ações terapêuticas, possibilitando a reorientação do processo de trabalho em equipe interdisciplinar.

Em se tratando de gestão da clínica, propõe-se a ampliação da mesma, o que significa ultrapassar a prática pautada, exclusivamente, na regularidade e no previsível, conferindo igual atenção às peculiaridades dos sujeitos e à imprevisibilidade de seu processo de saúde-doença.<sup>17</sup> Para tanto, exige-se dos profissionais a execução de um trabalho interdisciplinar e comunicativo, ou seja, a co-gestão.

No âmbito da co-gestão ou gestão compartilhada, evidencia-se que essa forma de gestão permite tecer discussões entre os diferentes atores do processo de trabalho em saúde acerca dos fatores que, porventura, exerçam influência no processo de trabalho em saúde, possibilitando, assim, o surgimento de estratégias e pactuação de compromissos entre os membros da equipe e entre equipe e usuários.<sup>15</sup>

O apoio matricial, nesta perspectiva, consiste, ainda, em apoiar a ESF na operacionalização de seus instrumentos de trabalho, contribuindo para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que consistem em estabelecer condutas terapêuticas articuladas, oriundas de discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar;<sup>18</sup> e de Projetos de Saúde do Território (PST), o qual implica na apreensão do território de saúde, que permita a identificação de áreas de risco/vulnerabilidades, assim como de suas potencialidades ambientais e sócio-culturais, para a construção de ações de saúde integralizadas com a realidade local.<sup>19</sup>

A partir desta concepção de apoio matricial, o NASF deve apoiar a ESF na concretização da territorialização do cuidado, com a compreensão do território não apenas como espaço geográfico, mas como espaço vivo, no qual são produzidas relações, afetos e formas de viver e promover saúde e/ou doença.<sup>20</sup>

Assim, a partir da exposição desses dois tipos de ampliação do escopo de ações, destaca-se que ambas levam ao aumento da resolubilidade, mas sob lógicas distintas. O NASF como ampliação da equipe, aumenta a resolubilidade através do aumento do número de procedimentos; enquanto que o NASF na lógica da ampliação da capacidade técnica da equipe já existente aumenta a resolubilidade ao oferecer à equipe básica estratégias de reorganização dos processos de trabalho com vistas à qualificação do cuidado.

Assim, entender essas duas concepções de ampliação do escopo de ações da Atenção Básica pelo NASF implica compreender o próprio papel do NASF para articulação de redes de cuidados territoriais, identificando as potencialidades desse dispositivo de gestão para estruturação de Redes de Atenção à Saúde.

### **Implicações das Concepções de Ampliação do Escopo de Ações da Atenção Básica para Estruturação de Redes de Atenção à Saúde**

Tendo em vista que o modelo piramidal de atenção à saúde tem sido insuficiente para garantir a integralidade em saúde e considerando a necessidade de um novo modelo de organização de serviços, que permita ao usuário transitar, sem maiores problemas, pelos serviços com diferentes densidades tecnológicas, em 2010, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 4.279/10, que orienta a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.<sup>21</sup>

De acordo com a Portaria nº 2.488/11, que regulamenta a Atenção Básica, o papel da ESF nas RAS é ser o centro de coordenação e articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde da RAS, organizando relações horizontais e, não mais, hierarquizadas, conforme acontecia com a organização dos serviços em um formato piramidal, deixando de ser a única “porta de entrada” do sistema de saúde.<sup>6</sup>

Nesta direção, o Decreto nº 7.508/11, ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, ratifica que as Redes de Atenção à Saúde possuem como portas de entrada, além da Atenção Básica, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e os serviços especializados de acesso aberto, podendo-se criar novas portas de entrada a partir das características das Regiões de Saúde.<sup>22</sup>

Nessa perspectiva, o NASF pode ser considerado um dispositivo de gestão que, atuando de maneira compartilhada com a ESF, torna-se elemento importante para estruturação das RAS. Entretanto, as duas concepções de ampliação do escopo de ações da Atenção Básica produzem resultados distintos para a construção dessas redes, ora impulsionando e facilitando a estruturação das mesmas, ora impedindo-as.

Na lógica de ampliar escopo mediante aumento do número de especialistas na equipe de saúde da família, percebe-se o NASF, que deveria atuar com vistas à superação da lógica fragmentada da saúde para a construção de RAS, a qual, de acordo com a Portaria nº 4.279/10, representa um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica,<sup>21</sup> acaba fortalecendo esse modelo centrado nas especialidades e na fragmentação, ao passo que se exime da discussão de processos de trabalho, atuando, apenas, como mais uma especialidade em Saúde da Família.

Além disso, a compreensão do NASF como a ampliação do número de especialidades na ESF implica romper com a lógica de clínica ampliada, já que ao fortalecer o modelo procedimento-centrado, dificulta o trabalho interdisciplinar. Nesta perspectiva, a fragmentação do cuidado, fortalecida pela lógica do especialismo, dificulta a responsabilização coletiva e, com isso, rompe com a proposta de RAS.

Ao se perceber como um membro da equipe de saúde da família, o NASF se permite trabalhar com os mesmos instrumentos do profissional da ESF, a exemplo da relação de encaminhamentos, embora a Portaria nº 154/08 afirme que o NASF, atuando junto à ESF, deve rever a prática de encaminhamentos.<sup>4</sup> Assim, atuando com base no encaminhamento, o NASF dificulta a estruturação da RAS, visto que a mesma busca romper com essa prática, ao passo que a organização dos serviços em RAS torna obsoleto o sistema de referência e contrarreferência, pois passa a trabalhar com prontuários informatizados e com o cuidado compartilhado.<sup>14</sup>

Nesse contexto, o NASF de Campina Grande atuando na lógica das especialidades e da oferta de procedimentos, não tem gerado desdobramentos para a estruturação das RAS; pelo contrário, tem reforçado o modelo desarticulado de organização de ações e serviços, visto que a ESF permanece encontrando dificuldades para exercer sua função de articuladora das redes de cuidados territoriais e os usuários continuam sem transitar, livremente, pelos

diferentes níveis de densidades tecnológicas de acordo com suas necessidades, conforme era previsto na construção das RAS.

Em contrapartida, na perspectiva de ampliação do escopo através da capacitação técnica da equipe existente, a concepção de apoio matricial do NASF e sua atuação nesses moldes coadunam-se com a proposta das RAS, na medida em que visa o trabalho compartilhado e a co-gestão das ações. Dessa maneira, o NASF insere-se como mais um elemento fortalecedor das RAS com o intuito de garantir a máxima resolutividade na Atenção Básica, à medida que compartilha as ações e decisões apoiando a ESF e articula o acesso aos serviços de maior densidade tecnológica por meio das RAS.

Assim sendo, o NASF deve contemplar as características sanitárias em que está inserido juntamente com as RAS, organizando-se harmonicamente para a obtenção de ações e serviços direcionados a determinada população e conformados a partir da articulação entre os níveis de atenção.

Nesse sentido, é possível compreender que o NASF apresenta maior potencia em seu papel de fortalecer as RAS, através da compreensão do apoio como uma estratégia de ampliação da capacidade técnica da equipe já existente, auxiliando à ESF na operacionalização e ampliação dos seus instrumentos de trabalho (PTS, PST, Gestão da Clínica, trabalho em equipe, vínculo).

Assim, operar a proposta de apoio matricial que embasa o processo de trabalho de NASF, implica em operacionalizar as RAS, tendo em vista que o NASF, trabalhando nesses moldes, organiza o processo de trabalho da ESF, permitindo que a mesma exerça o seu papel de coordenadora da rede de cuidados, com vistas a integralidade e continuidade do cuidado, atuando a partir de um novo modelo de organização de atenção à saúde – RAS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Entende-se que a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios brasileiros, a partir de 2008, representou inúmeras possibilidades de reorganizar o processo de trabalho na Atenção Básica e reestruturar a própria organização da atenção à saúde, tendo em vista que a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi insuficiente para a coordenação do cuidado e articulação dos níveis de densidades tecnológicas assistenciais.

No entanto, tomando-se como critério a experiência vivenciada pelo município de Campina Grande, assiste-se a uma falta de normatização na implantação dos NASF, representada pelas diferentes atuações de profissionais e gestores, que têm refletido, diretamente, na estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

Assim, ao que parece, o que tem ocorrido é uma perversão da proposta de NASF, o que permite dizer que o programa tem perdido sua característica ideológica, tornando-se mais um projeto político específico para uso da gestão.

## REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUARYOL MZ. Epidemiologia & Saúde. 6ª edição. Rio de Janeiro (RJ): MEDSI; 2003. p. 567-586.
2. Silva AG Jr; Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA. Modelos de atenção a saúde da família. Rio de Janeiro (RJ): EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 1-7.
3. Cecilio LCO. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Caderno de Saúde Pública. 1997; 13 (3): p. 469-478.
4. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. 2008. [acesso em 18 ago 2011]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>.
5. Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. 2010. [acesso em 07 dez 2011].

Disponível em [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=903%3Aportaria-nasf-3&catid=204%3Ainformes-e-eventos&Itemid=28](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=903%3Aportaria-nasf-3&catid=204%3Ainformes-e-eventos&Itemid=28).

6. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. [acesso em 06 dez 2011]. Disponível em [http://www.corengo.org.br/attachments/article/374/PORTARIA%20MS\\_GM%20N%C2%BA%202.488,%20DE%2021%20DE%20OUTUBRO%20DE%202011.pdf](http://www.corengo.org.br/attachments/article/374/PORTARIA%20MS_GM%20N%C2%BA%202.488,%20DE%2021%20DE%20OUTUBRO%20DE%202011.pdf).

7. Leite RFB, Veloso TMG. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. *Saúde Soc.* 2009; 18 (1): p. 50-62.

8. 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*; 10-12 novembro 2010; Natal, Rio Grande do Norte; Natal: UFRN; 2010.

9. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987. 176 p.

10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1994.

11. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (2): p. 335-342.

12. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2001; 5 (9): p. 150-153.

13. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35 (3): p. 303-311.

14. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde: Revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. IN: *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª Ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 61-85.

15. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (2): p. 399-407.

16. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (4): p. 975-986.

17. Campos GWS. A clínica do sujeitos: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia*. 2ª Ed. São Paulo (SP): Editora HUCITEC; 2003.

18. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2 ed. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2007.

19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

20. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(3): p. 898-906.

21. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. [acesso em 20 set 2011]. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>.

22. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BR). Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011. [acesso em 18 set 2011]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto.pdf>.

## ANEXO

## Andamento do projeto - CAAE - 0177.0.133.000-10



Título do Projeto de Pesquisa				
O que fazem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Campina Grande? Análise das práticas dos profissionais à luz da proposta do apoio matricial				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	21/05/2010 11:08:59	14/06/2010 09:40:53		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	14/06/2010 09:40:51	Folha de Rosto	0177.0.133.000-10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	14/05/2010 00:33:33	Folha de Rosto	FR340128	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	21/05/2010 11:08:59	Folha de Rosto	0177.0.133.000-10	CEP